

Parte II.

Nuestro enfoque terapéutico.

En esta sección presentamos un resumen de nuestro propio tratamiento para la tartamudez. Se apreciará inmediatamente que hemos adoptado muchos de los métodos terapéuticos descritos en las páginas anteriores, incluidos algunos que hemos criticado como inefectivos cuando se usan como agentes únicos de cambio. Creemos que la tartamudez necesita una terapia global, un empuje completo, si ha de rendirse a la intervención clínica y que debe ser atacada desde cualquier flanco y con cualquier arma disponible. Nuestro punto de vista, tanto en teoría como en terapia, es ecléctico. Hemos buscado construir a partir de las contribuciones de aquellos que vinieron antes que nosotros, tomando de cada uno de acuerdo con su adecuación para cada paciente individual, y revisar aquellos enfoques que ofrecen algunas promesas al impacto terapéutico. Así, aunque rechazamos el habla rítmica silabeada como un método inapropiado para tratar al tartamudo adulto, usamos pronunciaciones rítmicas para ayudar al niño tartamudo principiante a que sienta de nuevo lo que es el habla fluida y suave. Aunque no usamos la relajación corporal general, podemos entrenar al tartamudo adulto a modificar sus temblores relajando sus labios. Sugestión, desensibilización, castigo y refuerzo, servoterapia, psicoterapia, encontrarán todas ellas aplicación específica en nuestro entramado. No obstante, a pesar de su eclecticismo, el diseño de nuestra terapia tiene poco de arbitrario. Tocamos del papel, más que de oído. Nuestro enfoque es para solucionar problemas.

Presentamos esta terapia con cierta reluctancia, ya que estamos seguros de que adolece de graves debilidades tanto en diseño como en aplicación. No obstante, siempre nos ha parecido importante tomar el riesgo de explorar nuevas maneras de ayudar a los tartamudos porque sólo de esta manera podremos caernos hacia delante en lugar de fracasar hacia atrás. Hemos buscado abrir una nueva vía. Puede haber otras.

Capítulo 8.

El diseño de la terapia.

En este capítulo intentaremos presentar las bases racionales y el diseño de nuestra propia terapia para el tartamudo crónico que está en los últimos años de la adolescencia o en la edad adulta. (Capítulos posteriores se referirán al tratamiento de los niños que justo han comenzado a tartamudear y de los niños que ya han desarrollado miedos y respuestas de esfuerzo pero que no pueden ser tratados como un adulto.) Hemos desarrollado esta terapia a lo largo de un periodo de años y, aunque deja mucho que desear, creemos que contiene muchas promesas. Esperando encontrar un tratamiento que tuviese éxito en más que un pequeño número de tartamudos, hemos experimentado con todos los tipos de terapia descritos en las anteriores páginas de este libro, pero todas ellas nos presentaron mucho mayor fracaso a largo plazo comparado con la fluidez que proporcionaban a corto plazo. No estamos contentos con lo que hemos diseñado. Requiere mucho del terapeuta y más aun del tartamudo. No es una forma de tratamiento simple ni fácil. Aunque aún primitiva, quizá sea la predecesora de mejores cosas en el futuro. Todo lo que podemos decir es que ha dado a más de nuestros tartamudos más alivio y más fluidez permanente que cualquier otro enfoque que hemos conocido. Quizá algún día, cuando sepamos más acerca de la naturaleza básica del desorden, podremos disponer de una terapia que prevenga o elimine las disrupciones básicas de las secuencias motoras que quizá sean el corazón del problema.

Las bases de nuestra terapia.

A día de hoy no tenemos esa información esencial a pesar de toda la investigación que ha sido llevada a cabo, por lo que debemos explotar hasta el límite lo que sí sabemos. Nuestra terapia se basa en la teoría del aprendizaje, la servo teoría y principios de psicoterapia. Respecto al aprendizaje, ayudamos al tartamudo a desaprender sus viejas respuestas maladaptativas ante la *amenaza* y ante la *experiencia* de la disrupción de la fluidez y aprender otras nuevas y más adaptativas en su lugar. En términos de servo teoría, desde el momento en que el habla parece estar automáticamente controlada por la realimentación y parece existir alguna evidencia real de que algún error en el procesamiento auditivo produce las disrupciones básicas, entrenamos al tartamudo a monitorizar su habla enfatizando la propiocepción y de esta manera *bypaseando* de alguna manera el sistema de realimentación auditiva. La tercera base de nuestra terapia es una forma de aprendizaje que puede entrar en la categoría de psicoterapia. Estos adolescentes y adultos tartamudos vienen a nosotros con miedos intensos, frustraciones, y otras reacciones emocionales debido a las disrupciones de su habla y a sentimientos de anormalidad. Muestran muchos sentimientos autodestructivos. A menudo son personas infelices y ansiosas. Aunque la mayoría de ellos muestran los patrones sintomáticos característicos de los que Freund (1966) llama neurosis de expectación en lugar de los de las neurosis clásicas, algunos tartamudos presentan ambas. En cualquiera de estos dos casos, no podemos ignorar la urgencia de alivio de la psicopatología que tan a menudo rodea al desorden en la edad adulta. De acuerdo con esto, hemos diseñado nuestro tratamiento de manera que la psicoterapia apropiada para el tipo de neurosis secundaria o de expectación impregne todas nuestras relaciones con el paciente. Cuando encontramos que también existe una neurosis primaria o *kern*, referimos el paciente a otro especialista como hemos

discutido en el capítulo de psicoterapia. Para resumir, el diseño básico de esta terapia y las actividades e interacciones que contiene se fundamentan en tres principios: teoría del aprendizaje, servo teoría y psicoterapia.

Hay, no cabe duda, muchos caminos hacia la Roma de la fluidez, pero algunos son más directos que otros. Algunos rodean hasta tan lejos que los tartamudos que los caminan se pierden y se descorazonan. Algunos terminan en los arrabales de la desesperación. El autor de este texto vagabundó muchos años en las tierras baldías de la terapia y conoció también a otros muchos tartamudos atrapados en el laberinto de los viejos métodos. Estos tartamudos, que saborearon con sus labios la miel de la fluidez fácil de clínica en clínica y de terapeuta en terapeuta, son almas tristes. Han perdido muchas horas hablando con dispositivos metronómicos adosados a sus orejas. Han sido hipnotizados y psicoanalizados. Se ha apelado a su fuerza de voluntad, se les ha exhortado a vigilar su habla, a mascar su respiración, a hablar como ventrílocuos. Sus esperanzas han sido disparadas con la experiencia artificial de la fluidez temporal y la promesa de una curación rápida y fácil, para después tener que recoger los trozos de esas esperanzas, estrelladas contra las rocas de la realidad. Cada nueva generación de terapeutas encuentra los mismos viejos trucos, los justifican con una nueva terminología y los aplica a una nueva remesa de tartamudos¹. Hemos intentado desbrozar una nueva vía.

El esquema terapéutico.

Hemos explorado muchas formas de administrar nuestra terapia de tartamudez y hemos llegado a la conclusión de que solo un programa bastante intensivo parece ofrecer prognosis favorable. En términos de la frecuencia de las sesiones terapéuticas, por ejemplo, hemos experimentado con muchos formatos: una vez a la semana, dos veces a la semana tres veces, cuatro, cinco; con una hora, dos horas, tres ó cuatro horas de duración por sesión. Hemos usado terapia individual, en grupo, y auto terapia como únicos formatos y en diferentes combinaciones. Con algunas excepciones, la conclusión a la que hemos llegado es que lo mínimo requerido para la mayoría de los adultos tartamudos es una hora de terapia individual, más una hora de terapia de grupo, tres veces a la semana, y la mayor cantidad de auto terapia diaria que sea posible durante un periodo de tres o cuatro meses. Si fuera posible, preferiríamos un tratamiento aun más intensivo. Además de este programa básico, hemos encontrado conveniente incluir otro periodo de otros tres o cuatro meses durante el cual el tartamudo pase consulta una o dos veces a la semana durante una hora individualmente o en grupo; este periodo sería la dedicación a la etapa terminal de la terapia: la estabilización. Si bien es cierto que hemos sido capaces de tratar a muchos tartamudos con un programa menos intensivo, el mayor ratio de éxito lo hemos obtenido con este esquema. Muchos terapeutas y muchos tartamudos entenderán que este programa es demasiado largo y consume mucho tiempo. Estos son los terapeutas y los tartamudos que fracasan. La tartamudez en el adulto raramente responde a terapias superficiales. De

¹ Esta es la principal razón para escribir este libro. (Y para traducirlo)

hecho, la mayoría de los tartamudos saben en el fondo de su corazón que es necesario un esfuerzo enorme para mejorar. Muchos de ellos han recibido este tipo de terapias superficiales y, de esta manera, pueden dar la bienvenida a una invitación a un esfuerzo concentrado.

La secuencia terapéutica.

También hemos explorado diferentes maneras de secuenciar las actividades terapéuticas y los objetivos de cada una. La secuencia que nos ha parecido más productiva de alivio permanente se ordena de la siguiente manera:

1. Una fase de *identificación* en la que el tartamudo explora, analiza y clasifica los comportamientos visibles y las experiencias no visibles que caracterizan su tartamudez particular.
2. Una fase de *desensibilización* dedicada a reducir sus ansiedades al hablar y el resto de emociones negativas conectadas con su desorden. En esta fase buscamos endurecer al tartamudo frente a la amenaza, la confrontación y la experiencia del fracaso de la fluidez.
3. Una fase de *modificación* dedicada primero a la variación y el desaprendizaje de sus habituales respuestas de forzado y evitación, y después al aprendizaje, a través del condicionamiento, de nuevas maneras de tartamudear más fluidas y menos anormales.
4. Una fase de *estabilización* en la que ayudamos al tartamudo a consolidar sus ganancias, crear conductas generalizadas que hagan la nueva forma de tartamudear automática, y mejorar la monitorización propioceptiva de su habla.

Esta secuencia de cuatro fases ha parecido la más efectiva de todas las variaciones que hemos intentado durante cuarenta años de trabajo con tartamudos.

También secuenciamos cuidadosamente las variadas actividades dentro de cada fase. Generalmente, programamos nuestras tareas de acuerdo con la dificultad estimada para cada tartamudo individual, empezando por aquellas que puedan ser llevadas a cabo más fácilmente. Veremos este principio jerárquico aplicado en identificación, desensibilización, modificación y estabilización. Usando este enfoque graduado en la secuencia de actividades, la probabilidad de éxito se incrementa notablemente y la motivación permanece en alto nivel.

Previsión para diferencias individuales.

Queremos dejar claro que este diseño general no significa que trataremos a todos nuestros tartamudos de la misma manera. Hay suficiente libertad de maniobra dentro del programa para personalizar el tratamiento de acuerdo con las características o necesidades

específicas del cliente. En la previsión de las distintas tareas para cada fase de la terapia, siempre se tienen en cuenta las diferencias individuales. Por ejemplo, un tartamudo puede necesitar mucha desensibilización a hablar en público mientras que otro puede tener poco miedo a esta tarea. Nos aseguraremos de no dar a cada uno de ellos las mismas tareas en la fase de desensibilización. En el caso de algunos tartamudos, podemos pasar muy ligeramente por la fase de modificación. En otros, aquellos más rígidos y compulsivos, esta fase puede ser la más importante de la terapia. Ciertos tartamudos necesitan más psicoterapia; otros aprenden más despacio; otros muestran más control propioceptivo. Nuestro programa, basado como está en diseño de tareas terapéuticas individuales, es suficientemente flexible para ajustarse a estas diferencias.

Terapia de tartamudez como desaprendizaje y nuevo aprendizaje.

Hemos declarado anteriormente que nuestra terapia está basada en la teoría del aprendizaje, la servo teoría y la psicoterapia. Deseamos ahora presentar en más detalle como cada una de estas teorías contribuyen al diseño de nuestra terapia. Empecemos con una descripción de cómo aplicamos la teoría del aprendizaje en el tratamiento del tartamudo.

Primeramente formulemos la cuestión esencial: ¿Qué necesita aprender y desaprender el tartamudo? La respuesta de todas las viejas terapias es que necesita aprender a hablar normalmente, que necesita aprender a hablar sin tartamudez. Hemos visto como nuestros predecesores (y algunos de nuestros actuales colegas) han buscado facilitar este aprendizaje del habla normal. Habiendo notado anomalías en la respiración, fonación, y articulación durante el acto del tartamudeo, encorsetaron a los pobres diablos a horas, días y meses de práctica en estas funciones. Enseñaron al tartamudo a respirar, a producir voz, a articular, a frasear –como si no supiese ya de sobra como hacer todas estas cosas. Los terapeutas le pidieron que hablase más despacio, cantar, recitar, ritmar sus palabras y sílabas, de manera que pudiera hablar normalmente. La asunción básica siempre era que proporcionando habla normal, y después reforzándola, la tartamudez desaparecería. Creemos que la larga historia de fracaso terapéutico de estos métodos cuestiona esta asunción y pensamos que sabemos porqué. Es porque estos procedimientos hacen muy poco o nada para extinguir o reducir la enorme cantidad de comportamientos de evitación y escape que se añaden a la anomalía del tartamudo.

Creemos que el tartamudo no necesita ser enseñado a hablar sin tartamudez. Él ya sabe como hacerlo. Él ya habla normalmente la mayoría del tiempo. Un gran porcentaje de sus palabras son habladas fluidamente. Él puede normalmente hablarse a sí mismo sin dificultad. Él puede, después de abandonar una tienda en la que ha pasado un horrible trago para hacerse entender, decir las mismas frases con perfecta fluidez cuando ya nadie le escucha. ¿Necesita aprender cómo hablar normalmente, o necesita aprender cómo tartamudear? En nuestra opinión el problema básico consiste en aprender mejores formas de afrontar la tartamudez cuando su amenaza o su experiencia tienen lugar. Esto es lo que el tartamudo necesita aprender. Darle meramente un periodo de fluidez no le ayudará a saber lo que puede hacer cuando espere o experimente un bloqueo en el flujo de su habla.

De hecho, ese periodo de fluidez puede hacerle sentir aún más impotente cuando la tartamudez retorne, como, ay, suele hacer.

Objetivos del aprendizaje y el desaprendizaje.

La mayoría de la anormalidad en la tartamudez consiste en comportamientos que son reacciones a la amenaza o la experiencia de las interrupciones en el flujo del habla. Todos los intrincados hábitos de esfuerzo y evitación parecen ser comportamientos aprendidos que se acumulan alrededor de estas rupturas de la fluidez. Han sido adquiridos durante muchos años. Los niños tartamudos principiantes raramente los exhiben. Cada tartamudo aprende su conjunto único de reacciones de afrontamiento y, si son aprendidas, entonces sería posible desaprenderlas. Seguramente podríamos enseñar al tartamudo a responder a sus bloqueos de formas menos anormales que las que habitualmente usa. Seguramente seríamos capaces de mostrarle como responder a la amenaza o la experiencia de la tartamudez de maneras que reduzcan la penalidad y frustración que siente habitualmente. Encontremos maneras de prevenir el reforzamiento constante del miedo y la anormalidad que mantienen el desorden. Si el tartamudo puede aprender a tartamudear con razonable fluidez y con poca anormalidad, tanto la severidad como la frecuencia de la tartamudez disminuirán. Aprendiendo a tartamudear fácilmente y sin esfuerzo se puede romper el círculo vicioso de auto reforzamiento o al menos invertir su curso. Si pudiéramos limar las excrescencias y dejar solo el corazón de la tartamudez, quizá fuera un pequeño corazón, como el de una cebolla. Creemos que podemos enseñar al tartamudo mejores maneras de encontrar las transiciones motóricas necesarias en lugar de esas tan inapropiadas que emplea con tan devastadoras consecuencias. Pensamos que no hay necesidad de tartamudear grotescamente, hacer caras raras, sacudidas de cabeza o retención de la respiración. Creemos que sí es posible tartamudear más fácilmente y con menos anormalidad. Quizá sea un poco difícil de aprender, pero ciertamente no tan duro como sería (usando las palabras de uno de nuestros clientes) “aprender a andar en monopatín para un cojo”

Lo que estamos diciendo es que es una locura como los terapeutas ignoran el hecho de que el tartamudo confirmado llega a ellos con una larga historia de reforzamiento. Sus respuestas habituales a la amenaza o la experiencia del tartamudeo son muy, muy fuertes. Esperar que pierdan esa fuerza previniendo su ocurrencia con una fluidez temporal nos parece poco realista. Esperar que, mediante terapia, seamos capaces de generar suficiente incremento en la cantidad de habla normal para prevenir cualquier reaparición de unos comportamientos tartamudos que no hemos debilitado en el tartamudo confirmado, nos parece una ingenuidad. Estas reacciones de lucha y evitación han sido fijadas a demasiados estímulos externos e internos; han sido incorporadas al lenguaje del tartamudo; han llegado a ser facetas de su sentido del yo. Cualquier terapeuta medio entrenado puede hacer que sus tartamudos hablen sin tartamudez en la clínica, pero ¿no debería en lugar de ello enseñarle una manera de reaccionar eficientemente cuando la tartamudez aparezca o la espere? La tartamudez puede ser temporalmente reducida o suprimida por una gran cantidad de métodos desde la relajación, hablar en eco, hipnosis, condicionamiento operante, hasta un puro abracadabra mágico; pero, a no ser que *modifiquemos* los comportamientos aprendidos

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

y los debilitemos, nuestros esfuerzos serán en vano. La larga historia del tratamiento de la tartamudez lo ha demostrado muy claramente.

Esta posición no significa, no obstante, que no tengamos esperanza de alivio o de que la frecuencia de la tartamudez no pueda ser reducida. De hecho podemos ofrecer mucho más que un simple decremento en la severidad. Trabajando con los comportamientos tartamudos, moldeándolos y modificándolos hacia formas menos anormales, no evitamos que el tartamudo no alcance la posible “cura” que obtendría de cualquier otra manera. Lo que hemos descubierto es que la tartamudez se marcha por la misma puerta por la que entró. Mientras debilitamos y eliminamos los comportamientos aprendidos que se desarrollaron como formas de manejar las disrupciones de habla originales, tanto la frecuencia como la severidad el tartamudeo van declinando, y en algunos casos hasta cero. Hemos tenido nuestro paquete de curas completas y, por lo que podemos asegurar, al menos tantas como las producidas por cualquier otro tipo de terapia. No muchas, es cierto, pero sí las suficientes para evitarnos tener que asegurar al tartamudo que tartamudeará toda su vida. Algunos pocos de nuestros casos de adultos dejaron de tartamudear completamente, aunque la mayoría de nuestros casos siguen tartamudeando, una declaración esta que, al menos, contiene la virtud de la honestidad. No obstante, cuando tartamudean, lo hacen de una manera fácil y su comunicación no resulta perjudicada. Hablan fluidamente a pesar de tartamudear. La tartamudez llega a ser un fastidio menor; aprenden a vivir con ella con soltura, incluso con elegancia. Si uno puede tartamudear fácilmente y sin gruesa anormalidad, el desorden no interfiere en la mayoría de los objetivos vitales. En definitiva, buscamos hacer que el adulto tartamudo sea fluido, tartamudee o no. Hemos tenido tartamudos que han llegado a ser profesores de éxito, pilotos aéreos, comerciales, abogados, predicadores, políticos; incluso uno llegó a ser reportero y otro terminó de subastador. La mayoría de ellos tartamudean pero lo hacen tan fluidamente que no les impide desarrollar sus profesiones altamente verbales.

Hay algunas ventajas básicas en este enfoque, comparado con aquellos otros cuyo objetivo es “no tartamudez” o “cero tartamudez.” Lo primero de todo, nuestra terapia presenta un contraste significativo respecto a los métodos en que ha empleado el tartamudo en el pasado para dejar de tartamudear. Todos los terapeutas reconocerán que los tartamudos vienen a nosotros con una serie de dispositivos automatizados de terapias pasadas que, al principio, le han dado algo de fluidez, antes de haberse incorporado como una anormalidad más. No importa que tipo de terapia se ofrezca a esos tartamudos, las que proporcionen fluidez inmediata son inmediatamente acogidas por ellos con sospechas. Sólo un individuo muy ingenuo podría dejar de tener dudas en relación a la permanencia de esos métodos de supresión de la tartamudez, ya que le recuerdan todo el resto de cosas similares que ha hecho en el pasado. En contraste, cuando le decimos que queremos que tartamudee y que tenga miedo de manera que podamos estudiar y cambiar esas reacciones, la propuesta es al menos nueva y diferente. Durante años el tartamudo ha hecho todo lo que podía para proteger una precaria fluidez y para evitar la tartamudez. Todos sus trucos, estrategias de evitación y engaño se desarrollaron para mantener la pretensión de que era un hablante normal y han llegado a ser una carga intolerable. Incluso cuando sus trucos son momentáneamente exitosos, el tartamudo siente algo de vergüenza por tener que usarlos. Y

de esta manera, el tartamudo acoge casi con alivio esta nueva propuesta terapéutica. Está cansado de huir, cansado de tratar siempre de hablar sin tartamudear, desilusionado con tantas prácticas que dispararon sus esperanzas y después las estrellaron. ¡En todas las vidas llega a un punto en que la persona debe enfrentarse de una vez a su demonio!

Dentro de este tipo particular de terapia hay otras ventajas. La amenaza constante de recaída, tan fácilmente provocada por un pequeño momento de tartamudez en las terapias de tipo represivo no es tan potente cuando se emplea una terapia de modificación. Si el tartamudo tiene un momento de tartamudez, bueno, no todo está perdido. La recaída, con R mayúscula, no ha levantado su temida y bien conocida cabeza; todo lo que ha ocurrido es que nos hemos encontrado con otra oportunidad de hacer algo constructivo. En las terapias represivas del tartamudeo, el tartamudo tiende a reaccionar ante sus tartamudeos con la negación. Trata de olvidarlo, de ignorarlo. Además, cuando se acerca la amenaza de una dificultad tiende a usar las antiguas tácticas de evitación de manera que pueda proteger la fluidez que tan duramente ha trabajado para conseguir, y, si las usa, se encuentra en la misma vieja trampa una vez más. Este tartamudo tiende a sentirse culpable cada vez que tartamudea porque interpreta ese tartamudeo como su fallo al no hacer lo que le enseñaron. En nuestra terapia no existe esa situación. El tartamudeo no significa recaída. Otro momento de miedo no significa catástrofe. En esta terapia necesitamos comportamientos tartamudos porque presentan nuevas oportunidades para el tartamudo de aprender nuevas respuestas. Cada vez que ocurren tiene otra oportunidad de debilitar las viejas respuestas y fortalecer las nuevas.

Para citar solo una ventaja más, esta terapia también repara la grieta del auto-concepto del tartamudo mientras que las terapias que intentan que deje de tartamudear sólo la agrandan. El rol de una persona que puede hablar fluidamente a base de tartamudear fácilmente y sin anormalidad no niega su larga identificación como tartamudo. Es más fácil definirse uno mismo como un *tartamudo fluido* que intentar adoptar el rol de un *hablante normal fluido o disfluyente*, ya que ha estado mucho tiempo intentando adoptar esa pose y siempre ha sido eventualmente desenmascarado. No importa a cuanta gente haya conseguido engañar en el pasado haciéndoles creer que es un hablante normal, el tartamudo nunca ha sido capaz de engañarse a sí mismo. No importa en cuantas ocasiones, situación tras situación, haya conseguido evitar la tartamudez abierta, él mismo sigue considerándose un tartamudo. No es fácil cambiar los dominios del tigre de la tartamudez para el tartamudo adulto. En otras palabras, cuando el terapeuta intenta que el tartamudo hable sin tartamudez, está haciendo lo que el tartamudo ha intentado siempre hacer. Incluso aunque tenga éxito, ese tartamudo sentirá la misma vieja sensación de fraude y se preguntará cuándo, cómo de pronto el fraude será descubierto. En contraste, si podemos enseñar al tartamudo a que sea fluido, incluso aunque tartamudee, no ocurrirá ningún conflicto de falso rol².

² Para una buena discusión sobre el conflicto de rol véase Sheehan (1970)

El proceso de aprendizaje.

En el adulto tartamudo encontramos que mucho de su cargamento consiste en respuestas emocionales que han sido condicionadas a un enorme conjunto de estímulos externos e internos. Encontramos miedos a palabras, ciertos sonidos, ciertos oyentes, ciertas condiciones de comunicación como la presión del tiempo, o ciertas situaciones de habla. Además de estos miedos, encontramos muchas otras reacciones desagradables también³. La mayoría de estas respuestas han sido condicionadas según el condicionamiento clásico y por tanto en nuestra terapia aplicaremos los bien conocidos principios clásicos del descondicionamiento y el contracondicionamiento. Exponemos al tartamudo repetidamente al estímulo condicionado asegurándonos de que la respuesta condicionada no ocurra, buscando de esta manera neutralizar las claves que son capaces de disparar la agitación emocional. Rompiendo la relación entre el estímulo condicionado y el no condicionado, el tartamudo rompe algunas de sus cadenas. Aprende por ejemplo, que cuando sabe que debe pronunciar una palabra que empieza por la letra *p*, esa percepción no tiene porqué ser siempre precedida por el estrés. Aprende que el sonido del teléfono no tiene porqué significar necesariamente una catástrofe para él cuando responda. Tenemos cientos de maneras de llevar a cabo esta desensibilización presentando estos estímulos mientras nos aseguramos de prevenir las respuestas desagradables habituales. Muchas de estas maneras las describiremos en páginas posteriores.

Mucha de nuestra terapia se basa en el contracondicionamiento. Constantemente buscamos condicionar respuestas más adaptativas a los estímulos que generan los miedos, las frustraciones, las evitaciones y las respuestas de lucha. El tartamudo no solo desaprende sus viejas respuestas; también aprende nuevas reacciones ante las mismas claves. Seguimos los principios del contracondicionamiento no sólo para las respuestas emocionales integradas por condicionamiento clásico sino también para las instrumentales. En lugar de evitar cuando siente miedo a una palabra o situación, enseñamos al tartamudo a aprender nuevas respuestas de afrontamiento. En lugar de retroceder o retorcerse cuando se vea incapaz de producir una palabra, sílaba o sonido, le enseñamos nuevos procedimientos para conseguir decirla. En esencia, establecemos y reforzamos una nueva manera fluida de tartamudear que pueda competir y reemplazar sus antiguos comportamientos autodestructivos.

A lo largo de estas interacciones, aplicamos los principios básicos del reforzamiento contingente positivo y negativo y ciertos tipos de castigo para debilitar las viejas respuestas y reforzar las nuevas. Cuando se necesita, usamos inundación y práctica negativa u otras técnicas de desensibilización. Una y otra vez administramos el refuerzo y el castigo de manera que los comportamientos instrumentales originales del tartamudo pueden ser progresivamente moldeados hacia la forma fluida de tartamudeo que pretendemos. En esta

³ Para una presentación extensa de estas respuestas véase el capítulo de fenomenología visible en Van Riper (1971)

terapia hacemos uso intensivo de los procedimientos de modelado, donde el terapeuta u otros tartamudos proporcionan modelos apropiados de manera que el aprendizaje vicario tenga lugar.

Este énfasis en el condicionamiento no significa, no obstante, que ignoremos los aspectos cognitivos del aprendizaje o que tratemos al tartamudo como si fuese una rata de laboratorio no fluida. Hacemos de él un participante activo tanto en la planificación como en la puesta en marcha de la terapia. Trabajamos constantemente para facilitar el aprendizaje individual, porque sabemos que el cliente debe ser capaz de desarrollar nuevas estrategias para manejar su problema cuando no estemos cerca para ayudarlo. Debe “aprender a aprender” como manipularse y controlarse y reforzarse a sí mismo. Desde el principio queremos que fije sus objetivos, que diseñe sus tareas de aprendizaje y desaprendizaje, y que evalúe el resultado objetivamente. En definitiva, le entrenamos para que sea su propio terapeuta.

Servoterapia.

En nuestro capítulo sobre servoterapia ya habíamos presentado los principios lógicos y teorías básicas y algo de nuestra propia aplicación de los principios cibernéticos en el tratamiento del tartamudo; por tanto aquí vamos a hacer una breve revisión. Si la producción del habla está controlada automáticamente mediante realimentación, más que por un control consciente como parece ser, cualquier terapia efectiva debe tener en cuenta esto.

Nosotros creemos que algunas de las dificultades del tartamudo tienen su origen en los sistemas de procesamiento auditivo. Creemos que si conseguimos que se concentre en la realimentación propioceptiva más que en la auditiva podemos evitar estas dificultades. De acuerdo con esto, usamos el enmascaramiento, DAF y otros métodos para facilitar el control motor a través de la propiocepción. Queremos que el tartamudo deje de escuchar las alteraciones y bloqueos en su discurso cuando estos aparecen y cuando los espere.

Queremos que se concentre en la percepción de su discurso, no en la manera cómo suena. Creemos que muchas de sus alteraciones, exceptuando aquellas que están relacionadas con la evitación, se deben a una búsqueda cibernética de modelos motores integrados y por tanto tratamos de que atienda los aspectos motóricos de su articulación. Buscamos que mejore su exploración, que construya mejores modelos dentro de su mecanismo de comparación, así el error podrá ser reconocido y podrá lograr una corrección automática.

Aunque utilizamos principios cibernéticos durante todo nuestro tratamiento, los aplicamos especialmente durante la fase de estabilización. Hacemos esto deliberadamente ya que no deseamos prevenir comportamientos tartamudos hasta que hayamos tenido oportunidad de debilitarlos y podamos construir mejores maneras de respuesta a la amenaza o experiencia de la interrupción de una palabra o sonido.

Psicoterapia.

Durante muchos años, como un anexo a nuestra terapia de habla, experimentamos con varias formas de psicoterapia buscando siempre la que mejor se adaptara a las necesidades de nuestros tartamudos. Comenzamos con una psicoterapia orientada psicoanalíticamente, ya que nosotros mismos habíamos sido analizados, descubriendo que nos había proporcionado una muy útil introspección psicológica y que nos había ayudado a ser un tartamudo más feliz. Incluso ahora no podemos afirmar, junto con Salter, que el psicoanálisis es un elefante decrepito y anciano que debería volver a la jungla de la que procede y tener la decencia de yacer y morir. Nuestra opinión es que la mayoría de nosotros, tartamudos o no, podemos beneficiarnos de un análisis en profundidad y a largo plazo, si pudiéramos permitirnoslo económicamente. Pero se trata de una cuestión de necesidad. Sólo unos pocos necesitan de verdad pasar por tal experiencia.

Algunos tartamudos están tan acosados y confusos por sus conflictos pasados que sólo una psicoterapia expresiva, interpretativa y reconstructiva les puede ayudar. Durante nuestra larga experiencia clínica, sin embargo, estos tartamudos fueron pocos. Quizá aquellos que necesitan desesperadamente tal terapia van, como debería ser, a los psiquiatras o psicoanalistas, mientras que los otros (en nuestra opinión la gran mayoría) vienen a nosotros, los terapeutas del habla. Como ha indicado nuestra anterior revisión de las investigaciones, muchos tartamudos parecen ser bastante normales emocionalmente y estamos de acuerdo con Freund (1966) en que la neurosis, cuando existe, generalmente es un *resultado* de las experiencias traumáticas asociadas al habla. Si pertenece a alguna clase de neurosis, será a la de las neurosis de expectativa; esto es, una neurosis secundaria, y no primaria. Estos tartamudos eran infelices porque tartamudeaban, no necesariamente tartamudeaban porque una vez fueron desgraciados. Sí esto último fuera cierto, la mayoría de la humanidad tartamudearía. Historia tras historia, en nuestros casos, hallamos que el desajuste neurótico apareció años después del asentamiento del desorden. A pesar de que tartamudeaban, los niños tartamudos que estudiamos se mostraban tan felices o infelices como cualquier otro niño hablante normal hasta que, generalmente durante los años de escolarización, empezaban a sentir las censuras y conocían el estigma aplicado por otros y finalmente reaccionaron a su frustración comunicativa. Sólo entonces apareció la ansiedad, los hábitos inadaptados, las mórbidas exageraciones y las defensas neuróticas. Sólo entonces estos tartamudos se convirtieron en neuróticos. Y permítasenos afirmar que ni siquiera a todos ellos les pasó esto.

Algunas de las personas más normales y bien adaptadas que hemos conocido han sido tartamudos, aunque generalmente eran los mas ligeros. Estos casos no se hallan comúnmente, pero existen. Hemos recogido también “hablantes normales tartamudos” que ocasionalmente mostraban todas las características básicas de la tartamudez. Tienen excesivas repeticiones silábicas, prolongaciones de sonidos, bloqueos en la fonación y son extremadamente disfluentes bajo estrés comunicativo; sin embargo, no se consideran a sí mismos tartamudos ni muestran ninguno de los rasgos neuróticos que comúnmente caracterizan el desorden. No tienen miedo, ni luchas internas, ni conciencia de sus interrupciones y los demás no los consideran tartamudos. Explorando las historias de estos tartamudeadores no tartamudos, nos ha llamado la atención el hecho de que estos

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

individuos muy poco fluidos pero bien adaptados han tenido infancias muy felices o poseyeron, desde el principio, cierta ventaja al tener una personalidad compensatoria que les capacitaba para escapar a las comunes frustraciones o censuras. Tenían padres, amigos y profesores que no sentían ansiedad ante las interrupciones en su habla. Tenemos 27 individuos de este tipo y, en nuestra opinión, cualquiera de ellos, en una situación menos favorable, podría haber sido un futuro paciente de un terapeuta del lenguaje.

Al hacer estos comentarios no queremos dar la impresión de que la mayoría de los tartamudos adultos con los que hemos trabajado no necesitaron psicoterapia. La mayoría de ellos la necesitaron y tuvimos que diseñar una terapia que cubriera esta necesidad. Lo que estamos diciendo es que, aunque nuestros tartamudos comúnmente tenían problemas emocionales, no relacionados con su tartamudez, a menudo lo suficientemente severos como para hacerlos infelices e inadaptados, estos problemas no eran de tal naturaleza que, en nuestra opinión, requieran psicoterapia formal, profunda y a largo plazo sino más bien una de apoyo. La mayoría de sus problemas emocionales estaban centrados en el tartamudeo, y puesto que la comunicación es vital para llevar una vida adecuada, la mayoría de nuestros tartamudos severos eran seres humanos con muchos problemas. Buscando minimizar su dolor y frustración habían erigido defensas que los aprisionaban. Muchos tenían esquemas habituales inadaptados de comportamiento unidos a su ansiedad que aumentaban y mantenían sus desgracias.

Para proporcionar una breve muestra de los distintos tipos de problemas que encontramos añadidos al tartamudeo, debemos mencionar sólo unos pocos casos que nos vienen a la mente relacionados con esto. Estaba Evelyn, que se hablaba a sí misma en voz alta sobre lo infeliz y desdichada que era y esto lo hacía aunque no estuviera sola. Y Burr, el músico que tartamudeaba al tocar un solo de trompeta, y pasaba horas todos los días en su habitación dirigiendo, con batuta, las sinfonías de Mozart grabadas en disco. Y Bob que se desmayaba cuando se le pedía que recitara en clase. O Bill, el sucio, que prefería ser rechazado porque nunca se lavaba, más que por su tartamudez. O Joe, quien siempre demostró su convicción de que experimentaba un severo tartamudeo cada vez que el tiempo cambiara. O John que hacía movimientos de vals cuando tartamudeaba sin poder evitarlo. O Jim, el hipocondríaco, y otro Jim cuya abulia era tan intensa que no podía siquiera empujar una puerta giratoria. Y George, el ermitaño de Ozarks, que odiaba a todos los humanos (hasta que aprendió a hacer frente a su tartamudez). Y Jack que era sexualmente impotente —al igual que verbalmente. Y Dick, el gordito, o Wilma que casi se muere de anorexia nerviosa. Y Sally, que dormía sólo dos horas al día. O Charles, cuya asma variaba en consonancia con su tartamudez. Y muchos otros. Pero lo que deseamos dejar muy claro es que todo este tipo de comportamientos neuróticos desaparecieron una vez que estos tartamudos aprendieron a enfrentarse con su tartamudeo y se hicieron fluidos. Hemos hallado, al igual que Wolpe y Eysenck, que la mayoría de nuestros casos, una vez que se convertían en tartamudos fluidos, no desarrollaban otros síntomas, otros equivalentes

neuróticos⁴. Además lo que generalmente ocurría es que a medida que el tartamudeo disminuía así lo hacían los comportamientos neuróticos.

La gran mayoría de nuestros tartamudos no se parecían a los que hemos mencionado. Ellos simplemente tartamudean. Realmente sólo tenían ese problema. Como uno de ellos nos contó: “No, no tengo ningún otro problema de importancia. Tartamudeo. Esto es suficiente. Si pudiera hablar bien, sería igual que cualquier otro.” (Y, después de una exploración intensiva, concluimos que había sido objetivo en su propio diagnóstico). Verdaderamente, tartamudear es suficiente, más que suficiente; la ansiedad, la frustración, los miedos que dominan las vidas de muchos tartamudos son más que suficientes para producir infelicidad. La alteración se extiende a todo el espacio vital, todo el tiempo que permanecen despiertos —y algunos incluso tartamudean en sueños. La aparente compulsión de los comportamientos tartamudos convulsiona toda la integridad del individuo. Todas las relaciones interpersonales quedan impregnadas por el tartamudeo. Para poder existir en un mundo altamente verbal, el tartamudo tiene que erigir defensas para evitar ser aplastado. El espectador casual, e incluso el logopeda inexperto, no pueden de ninguna manera comprender como la tartamudez domina las vidas de esta gente. Lo que supone incluso una mayor barrera, porque ellos hablan con pocos recursos; los tartamudos severos se privan a sí mismos de la expresión verbal de sus emociones. Travis (1957) habló de los “sentimientos inexpresables” de los tartamudos. Son inexpresables en parte porque el tartamudo no puede hablar con facilidad.

Buscando un tipo de psicoterapia especialmente adecuada a la mayoría de nuestros tartamudos, al principio fuimos ingenuos esperando que cualquier tipo sería adecuada para todos ellos. Experimentamos con varias clases de terapias basada en el psicoanálisis, el counseling de Roger, con la mayoría de las formas de la psicoterapia directiva (Thorne, 1950), con la terapia de liberación catártica (Levy, 1919), con psicoterapias de grupo como las aconsejadas por Slavson (1951) y Bach (1954), con grupos de entrenamiento en desensibilización y otras. Durante cuatro años hicimos sólo psicoterapia con nuestros tartamudos, omitiendo toda terapia de habla: descubrimos que esto daba los resultados más pobres de todos los programas terapéuticos que hayamos empleado (Van Riper, 1958). Con algunos otros casos tratamos, sin éxito en la mayor parte, de concentrarnos sólo en una

4 Esto no es universalmente verdadero aunque sí en la mayoría de los casos que nosotros hemos tratado. Hemos tenido algunos tartamudos que desarrollaban enfermedades, conflictos matrimoniales, dificultades al miccionar, alergias e incluso estrabismo como secuelas a su fluidez conseguida. La mayoría de estos casos eran personas mayores (cuarenta años) y habían tenido histerias anteriores de otro comportamiento neurótico. Unos pocos tartamudos mostraron una relación recíproca entre sus otros problemas y su tartamudeo. De este modo, a uno de ellos le brotaba acné cada vez que tenía uno de sus periodos de fluidez y el acné desaparecía tan pronto como su tartamudeo empeoraba. Otro mostró la misma relación con sus migrañas. Pero estos son casos inusuales, raros, y no los comunes.

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

terapia verbal basada en la teoría del aprendizaje, manteniendo la intervención psicoterapéutica en un mínimo. Hemos probado con terapia familiar, tomando un total de 13 tartamudos en sus propias casas, uno o dos al mismo tiempo, por lo menos durante un año de residencia. Durante varios veranos, mandábamos alguno de nuestros casos a un campamento (Shady Trails) que ofrecía un programa intensivo de terapia en unas condiciones ideales de aislamiento.

¿Y cuales fueron nuestras conclusiones? Simplemente estas: que ciertos tartamudos parecieron beneficiarse de cada una de estas formas de psicoterapia y que otros las aprovecharon mínimamente, si es que lo hicieron. No encontramos un tipo de psicoterapia adaptada a la mayoría de los tartamudos. Cada uno de ellos parecía requerir un tipo de terapia adecuado a sus necesidades, experiencias y problemas propios y exclusivos. De acuerdo con esto desarrollamos un tratamiento que pudiera permitir diferentes aproximaciones.

Como hemos dicho anteriormente, nuestro programa terapéutico es intensivo, requiriendo al menos tres horas diarias durante cuatro meses, seguido por un periodo de terapia terminal de otros cuatro meses durante los cuales los tartamudos se encontraban dos veces a la semana (una vez en grupo y otra individualmente con nosotros). Durante los primeros cuatro meses, el programa estaba dividido en terapia de grupo, terapia individual y autoterapia, comenzando la terapia de grupo una semana ó dos después de las otras. Descubrimos que necesitábamos este periodo preliminar para aprender lo suficiente sobre nuestros casos individualmente de manera que pudiéramos estructurar el tipo de psicoterapia adecuado a sus necesidades.

Nuestros grupos eran bastante reducidos, de seis a diez tartamudos. Se reunían diariamente y, durante el primer mes, sólo con el terapeuta. Después se incluían los tartamudos que estaban recibiendo terapia terminal. Luego, e incluso más tarde, estudiantes en prácticas y, finalmente visitantes invitados por los propios tartamudos o el terapeuta se unían a nuestras sesiones. Hallamos muy efectivo este uso transicional de grupos. En primer lugar, esta manera de agrupamiento permitió primero la identificación básica con el terapeuta, después se incluía algo de identificación con tartamudos que habían hecho un avance considerable; posteriormente cuando se unían al grupo los estudiantes en prácticas y visitantes, hablantes normales, se pudieron observar marcados cambios en la percepción distorsionada de las relaciones interpersonales de los tartamudos, cambios que fueron muy saludables. Pero siempre nos aseguramos de que el corazón del grupo consistía en los tartamudos con su terapeuta.

La nuestra fue una combinación orientada activamente de terapia de habla y psicoterapia. En la primera sesión de grupo de cada semana se fijaban los objetivos básicos para esa semana, con métodos sugeridos para lograrlos desarrollados conjuntamente por los tartamudos y el terapeuta, se discutía la base lógica de las tareas, y se describían las posibles dificultades en su realización. En ese mismo día, en las sesiones individuales con el terapeuta, las actividades y experiencias asignadas se estructuraban en función de

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

objetivos máximos y mínimos. Para cualquier tartamudo, la fijación de objetivos se lograba sólo después de una amplia discusión con el terapeuta, y cuando se lograba era una decisión conjunta. Estas sesiones de planificación a menudo proporcionaban intercambios psicoterapéuticos altamente significativos ya que se necesitaba una autoconfrontación y con frecuencia se producían expresiones de emoción liberadoras.

Puesto que la realización de las tareas de terapia autoadministradas siempre eran notificadas al grupo o a nosotros personalmente, encontramos en este hecho una excelente oportunidad de catarsis y análisis. Animado a referir no sólo lo que había hecho al realizar sus tareas sino también cómo se sintió antes, durante y después de éstas, el tartamudo a menudo llegaba a encararse consigo mismo a unos niveles muy profundos.

En las sesiones de grupo los tartamudos verbalizaban por turnos una parte de sus autobiografías y relataban sus experiencias en autoterapia⁵. Los otros en el grupo le hacían preguntas provocadoras o hacían comentarios sobre cómo llevaba a cabo la nueva manera de hablar y los comportamientos interpersonales que supuestamente estaba tratando de aprender. Nuestro propio rol en estos intercambios era el de clarificar y ocasionalmente, cuando se daba el caso, el de proteger. Reflejábamos; raramente interpretábamos. Algunas veces ampliábamos lo que los tartamudos aportaban proporcionando ejemplos similares o de contraste de nuestra propia experiencia personal o profesional. Al compartir, se creaba generalmente un sentimiento fuerte de grupo unido y cuando esto sucedía, los tartamudos estaban menos a la defensiva y eran más sinceros. Fueron aireados fuertes sentimientos sobre sí mismos y sobre los demás, en ocasiones una persona era provocada por otra hasta estallar, a medida que la discusión se hacía más significativa y acalorada. Cada sesión demostró alguna reacción y los comienzos de un cambio. Es cierto que esta psicoterapia no era muy profunda pero era necesaria y suficiente. Realmente tuvieron lugar aprendizajes nuevos e importantes.

En las sesiones individuales diarias del tartamudo con el terapeuta, se usaba el tipo de psicoterapia que juzgábamos más apropiado para las necesidades y problemas específicos del tartamudo. Algunos no necesitaban más que lo inherente a la terapia del habla. Con algunos tartamudos usamos exclusivamente el enfoque rogeriano. Con otras, empleamos un enfoque analítico verbal exigente, similar a la terapia racional recomendada por Ellis, o las terapias activas de Glasser y Perls. Y usamos otras psicoterapias. Sólo con muy pocos tartamudos nos encontramos interesadas al principio en desenterrar material reprimido y someterlo a examen e interpretación. Con unos pocos empleamos incluso la asociación libre y el análisis de sueños y comportamientos. Algunos nos vieron sólo como una amable figura paterna y de apoyo. Otros, por decirlo de una manera suave, nos vieron

⁵ Se pidieron informes escritos de la autoterapia, lo cual incluía la expresión de los sentimientos y emociones experimentados.

de forma bastante diferente. Pero cualquiera que fuera el rol terapéutico que lleváramos a cabo, y cualesquiera los métodos que usáramos, procuramos siempre ser coherentes y constantes con cada tartamudo en particular.

Diagnosis.

Ahora vamos a dar una idea general de nuestros procedimientos diagnósticos. Si tenemos que adaptar la terapia a las necesidades específicas del tartamudo —y siempre son específicas— debemos ser capaces de apreciar el tipo de persona y el tipo de problema que presenta. Esto no quiere decir que sea posible en el examen inicial abarcar todo el campo de sus dificultades, fuerzas y debilidades. Creemos que el diagnóstico es un proceso continuo. Desde el principio de la terapia, en cada sesión, el terapeuta debe repetirse las viejas preguntas: "¿Qué necesita esta persona ahora? ¿Por qué hace lo que hace? ¿Qué dice este comportamiento de él como persona? ¿Dónde está ahora y dónde debe llegar después? ¿Cuál es la mejor manera que yo tengo ayudarlo?" Por muy hábil que el terapeuta sea no hallará respuesta a estas preguntas en una sola sesión. Nuevas respuestas y nuevas preguntas aparecerán constantemente a lo largo de la terapia.

Sin embargo, a través de los años, hemos elaborado un procedimiento bastante estándar para el examen inicial. Después del saludo inicial, intentamos perfilar de un modo formal un recuento de lo que intentamos explorar y esperamos lograr durante la sesión de diagnóstico. También verbalizamos algunos de los sentimientos probables del tartamudo cuando entra en esta confrontación y valoración. Entonces pasamos inmediatamente al análisis del habla, con la creencia de que uno debería siempre empezar por la dolencia, por el problema presentado. Mostramos a la vez al tartamudo que sabemos bastante sobre su alteración; le mostramos nuestra objetividad analítica, nuestra carencia de escrúpulos sobre manipular o compartir su tartamudez; en resumen, revelamos nuestra competencia.

Podemos empezar (posiblemente pero no siempre) pidiéndole al tartamudo que lea algunos pasajes y que comente lo que ha leído. Generalmente nos proporciona suficiente tartamudeo como para hacer una estimación preliminar de la naturaleza global del problema y proporciona un tosco diagnóstico diferencial de tartamudez frente a cluttering, disfluencia normal u otros problemas. Entonces, después de que nuestro cliente ha tartamudeado obviamente en una palabra, le interrumpimos para preguntarle si, en su opinión, el tartamudeo que ha mostrado era típico o inusual, de una duración media, más corta o larga de lo que el ordinariamente experimenta. Con esto buscamos su estimación subjetiva de severidad, para compararla con la nuestra. Posteriormente comentamos los tipos de comportamientos tartamudos mostrados, buscando analizarlos en términos de lo que el tartamudo pudiera decir acerca de su probable función estratégica, a saber, evitaciones, posposiciones, entradas, recursos de liberación del habla y otros parecidos⁶. Escrutamos los comportamientos, buscando determinar aquellos que parecen ser los más prominentes y

⁶ Para una explicación más detallada de este análisis véase Van Riper, 1971.

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

consistentes. Anotamos cualquier secuencia jerárquica que pueda ser evidente, por ejemplo, el tartamudo primero intenta un recurso de imitación, si esto no le permite sacar la palabra, un segundo, y otro, y otro.

Estamos especialmente interesados en el núcleo de los comportamientos del tartamudo y no en las respuestas de evitación y liberación. Observamos las características de sus repeticiones silábicas, su velocidad, regularidad, y coarticulación, notando sus variaciones a medida que finalmente consigue pronunciar una palabra. Estamos interesados en como el tartamudo busca y rebusca el punto exacto de los componentes motóricos simultáneos y sucesivos de esa palabra y cómo finalmente lo halla. Cuando aparecen las fijaciones, tratamos de determinar cómo empiezan sus temblores y cómo terminan y que posturas anormales de la boca, repentinos espasmos u oleadas de tensión los desencadenan. Tratamos de descubrir de qué modos se interrumpe la sinergia de la pronunciación en términos de tiempos respiratorios, fonación y articulación (ablauf). Tratamos de identificar lo que parece estar mal hecho en el inicio de la fonación, y lo que él tartamudo hace cuando finalmente la logra.

También exploramos el momento de tartamudeo en términos de sonidos, palabras o posición dentro de la frase. Tratamos de descubrir si el flujo de aire está siendo impedido o no y dónde se encuentra la oclusión —a nivel de la laringe, la lengua, los labios o en varios de estos puntos simultáneamente. Hacemos estimaciones de los diferentes comportamientos de bloqueo y emisión hablada. También nos importa el habla normal del tartamudo. ¿Cómo es de fluido cuando no está tartamudeando? ¿Cuáles son las características de su habla normal en términos de intensidad, cualidad, tono y ritmo? ¿Cuánto tiempo habla verdaderamente a lo largo del día? Parte de lo que descubrimos lo compartimos con él para que pueda participar activamente en el análisis y dejar claro que damos bienvenida a sus comentarios.

Después tratamos de explorar su capacidad para predecir sus momentos de tartamudeo, dejándole subrayar palabras que teme en un pasaje antes de que lo lea o pidiéndole que señale con anticipación el momento de tartamudeo durante el habla del tema propuesto. Entonces, a través de entrevistas, tratamos de comprender los tipos de entradas fonéticas o características situacionales que generalmente son vistas como difíciles o provocadoras de miedo. Le pedimos que nos cuente experiencias en las que su tartamudeo fue más traumático o severo. En esta investigación tratamos de conseguir algunas impresiones de las jerarquías de dificultad en la situación para este tartamudo en particular.

También exploramos el asentamiento y desarrollo de su tartamudeo, las frustraciones y rechazos, los posibles provechos y beneficios secundarios, los otros tipos de terapia que pueda haber experimentado. Durante toda esta comunicación se introducen todo tipo de informaciones en la computadora clínica de nuestra cabeza. Anotamos sus posturas y movimientos del cuerpo, hacemos juicios provisionales sobre su emotividad, sobre las actitudes hacia sí mismo, hacia nosotros y hacia los demás. ¿Qué siente él realmente acerca de su tartamudez? ¿Qué otros problemas pueden estar presentes? Cualquier bit de

información debe por supuesto ser comprobado pero primero debe ser almacenado. Puesto que nuestra entrevista de diagnóstico es grabada en cinta magnetofónica, retenemos mucha de esta información para una revisión posterior.

Cuando la exploración se hace demasiado tensa, o cuando el tartamudo necesita un descanso, lo llevamos a otra habitación y le pedimos que rellene las escalas de Lanyon (1967) y de Erickson (1969) para diagnóstico de la severidad. También solemos utilizar el Perceptions of Stuttering Inventory (PSI) de Woolf (1967), un instrumento que tiene un valor real para enjuiciar las respuestas de miedo, lucha y rechazo. Mientras está rellorando estos tests, escuchamos la grabación de la entrevista para poder comprobar nuestras impresiones clínicas previas y planificar nuestra posterior investigación.

Cuando el tartamudo regresa, comprobamos su respuesta al enmascaramiento de ruido y al desfase de realimentación auditiva, buscando en esta última situación determinar aquel volumen y tiempos de desfase que facilitan especialmente o interrumpen la fluencia. Comprobamos su fluencia al cantar, en habla susurrada, y en habla al unísono y shadowing. Anotamos su respuesta al uso del electrolarynx. Si aparecen anomalías respiratorias, hacemos un registro poligráfico de su respiración en silencio, en habla normal, durante la expectativa de tartamudeo y después de los periodos de tartamudeo. Posteriormente le hacemos escuchar las grabaciones de algunos momentos de su tartamudeo y exploramos sus reacciones ante esta experiencia⁷. Si no fuera muy traumático para él, le pediríamos que se mirara en un espejo o en video mientras tartamudea y comentamos la confrontación.

Para entonces ya tendremos unas primeras impresiones bastante adecuadas de la cantidad de ansiedad, vergüenza u hostilidad que aparentemente siente, sabremos bastante bien el nivel de su tolerancia a la frustración. Sin embargo, también hacemos una comprobación posterior para ver como responde a estrés comunicativo, prisa, interrupciones, ausencia del oyente y cosas parecidas. Por esta razón le pedimos llamar por teléfono en nuestra presencia o, si es necesario y apropiado, hablar delante de un pequeño grupo de oyentes desconocidos. Vemos que tal se adapta a estas situaciones y también a lectura repetida del mismo material o emisiones repetidas de la misma palabra tartamudeada.

También pensamos que es importante hacer terapia de ensayo pidiéndole que trate de modificar algunos de sus comportamientos tales como cerrar los ojos, protusión de labios o repetición clónica. Determinamos cómo puede manejar alguno de sus momentos de tartamudeo después de que han ocurrido. Le pedimos que prolongue un momento de tartamudeo hasta que le demos la señal para que siga. Le pedimos que intente una palabra temida sin uno de sus comportamientos habituales de aproximación, por Ej. una inspiración, el uso de “humor”, o cualquier recurso de inicio que emplee asiduamente. Le

⁷ Una descripción y esquema de este análisis se encuentra en Van Riper (1971)

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

pedimos que prediga y comente la puesta en marcha de estas tareas. Esta terapia de ensayo también nos ayuda a hacer una valoración de la motivación del tartamudo, su habilidad para relacionarse con nosotros, y la fuerza de los comportamientos de su tartamudez. A menudo esto revela algunas de las dificultades que experimentaremos una vez que comience la terapia.

A través de todo este examen, como hemos dicho, hacemos frecuentes comentarios al tartamudo sobre nuestros descubrimientos y, antes de que la sesión concluya, le presentamos un resumen de nuestras impresiones. No le decimos todo lo que hemos observado pero compartimos suficiente material para que distinga la imagen principal del problema presentado tal como nosotros lo vemos y sus implicaciones para el tratamiento. Subrayamos que esta visión es provisional y siempre sujeta a revisión. Es importante que él participe desde el principio en el proceso terapéutico.

Generalmente terminamos la sesión de diagnóstico asignándole al tartamudo la tarea de preparar una autobiografía bastante amplia, centrada en aquellas experiencias importantes que en su opinión le marcaron. Y sobre personas significativas que le influyeron. Después planificamos otras sesiones para que complete tests tales como el MMPI, la escala de ansiedad manifiesta de Taylor o el cuestionario Willoughby para tener un examen completo. Cuando sea indicado, también podemos pasarle tests proyectivos como el Rorschach o quizá el Bender, el Rotter, el TAT u otros tests especiales. Si hay un fuerte componente de confusión o el caso presenta algunos momentos de tartamudeo que recuerdan a los lapsus de la epilepsia, por supuesto le recomendamos que se haga un examen encefalográfico.

La organización de toda esta información presenta alguna dificultad pero teniendo presente que debemos conocer a nuestro tartamudo si queremos diseñar una terapia adecuada para él, el esquema del problema requiere una pronta definición. Una ecuación que hemos desarrollado (Van Riper, 1971) puede proporcionar alguna ayuda:

$$S_s = \frac{PFAGH + SfWf + Cs}{M + Fl}$$

En la cual P designa la cantidad y vulnerabilidad a la penalidad que el tartamudo sufre por tartamudear; F, la frustración que siente cuando tartamudea; A, la cantidad de ansiedad generalizada procedente de cualquier fuente; G, la cantidad de vergüenza y culpa que siente; H, la cantidad de hostilidad hacia sí mismo y hacia los demás; Sf y Wf representan el miedo a situaciones y el miedo a las palabras; Cs, su vulnerabilidad al estrés

comunicativo⁸. El examen diagnóstico proporciona algunos juicios sobre cada uno de estos factores.

El factor M, en el divisor, representa nuestra estimación de la moral o la fuerza del ego del tartamudo o la suma total de sus valores positivos dividida por sus desventajas. Puede ser incluida la motivación del tartamudo para superar su tartamudez. El factor FI representa la fluidez que posee y reconoce. Valorando la aparente fuerza de cada uno de estos factores, se logra un perfil del problema específico de cada tartamudo y el factor Ss es una representación de la severidad global de la tartamudez en términos de terapia prospectiva. Como hemos dicho, esta ecuación es indudablemente tosca. No tiene en cuenta la fuerza de los hábitos, los componentes de evitación y lucha, ni la frecuencia o duración ni ningún factor de posible organicidad —pero puede servir como núcleo para valoración general de dificultad clínica y es esto lo que el terapeuta necesita.

Suponemos que la mayoría de los terapeutas utilizan algún tipo similar para perfilar las necesidades clínicas de sus pacientes en sus diagnósticos continuos a través de toda la terapia. Siempre hay necesidad de enjuiciar y evaluar los tipos de factores que hemos mencionado. No podemos confiar solamente en el recuento de frecuencia de tartamudeo. La alteración es demasiado variable y está demasiado influida por demasiados estímulos externos e internos. No podemos tratar solamente la tartamudez. Debemos tratar al tartamudo.

⁸ Para una información más detallada de esta ecuación véase Van Riper (1971). A menudo es útil pedirle al tartamudo que valore los pesos de cada uno de los factores de la fórmula.