

PRIMERA PARTE

Enfoques históricos y actuales de la Terapia de la Tartamudez.

Uno de los más tristes problemas alrededor de la tartamudez, ese terrible desorden que afecta a la humanidad, es que sus víctimas se encuentran demasiado a menudo en manos de un terapeuta ingenuo, cuando no incompetente. Es verdaderamente desafortunado que la tartamudez pueda ser temporalmente aminorada por tal cantidad de diferentes tipos de tratamiento, y que éxitos esporádicos generen una plétora de ciegos entusiastas que declaran afirmaciones grandilocuentes que eventualmente son desmentidas más tarde. Cada nueva generación de terapeutas redescubre los mismos viejos métodos, los modifica ligeramente, les da nueva racionalidad, y los aplica a una nueva remesa de tartamudos. Hay muchos círculos viciosos dentro de la tartamudez, pero este es ciertamente uno de los más trágicos. Si hemos de interrumpir este triste circular, alguien debe recopilar la información pertinente y someterla a un escrutinio crítico y eso es lo que hemos intentado.

No obstante, no deseamos que se entienda que esos métodos terapéuticos del pasado y presente son totalmente inservibles. Estamos seguros de que cada uno de ellos ha liberado a algunos tartamudos de sus discapacidades comunicativas y ha mejorado a otros. La tarea que nos fijamos es separar los granos y las pepitas de oro terapéutico de la enorme cantidad de grava y arena, y estar muy atentos a las piritas de hierro— el oro del tonto. En el presente momento, el tratamiento de la tartamudez esta lejos de ser satisfactorio. Aun queda mucho que aprender sobre la naturaleza básica del trastorno así como sobre su terapia.

Quizá esta cita de Wendell Johnson (1939) reforzará nuestro punto de vista:

Cuanto más trabajo con tartamudos, más tolerante me vuelvo con cualquier persona que tenga ideas terapéuticas sobre el tema... No existe eso que podamos llamar *el método* para tratar la tartamudez, y el hecho de que métodos tan diferentes sean más o menos exitosos tiene más que un interés accidental.

Deseando enfatizar en este recuento lo que los terapeutas hacen realmente con los tartamudos, encontramos algunos extraños compañeros en la misma cama. Nuestro capítulo referente a las terapias de castigo y refuerzo, por ejemplo, contiene al mismo tiempo al contemporáneo Dr. Goldiamond y al antiguo Dr. Frank que aconsejaba una buena azotaina para los tartamudos. En el capítulo de sugestión y persuasión ocurre lo mismo con Mesmer y Wendell Johnson. Todos los tratamientos podrían haber sido incluidos en el capítulo de la sugestión. El título de cada capítulo debe ser entendido meramente como un indicador de la característica clínica dominante de un grupo de terapias que pueden diferir mucho en otros aspectos. En la mayoría de las ocasiones hemos enfatizado lo que estos clínicos han hecho a sus tartamudos, en lugar de porqué hicieron lo que hicieron. Se verá como muchos clínicos hacen las mismas cosas por diferentes razones y diferentes cosas por la misma razón y como algunos clínicos parecen no tener ninguna razón en absoluto que justifique las extrañas

cosas que les mandan hacer a los tartamudos. Trataremos de encontrar algo e orden en este caos.

Capítulo 1

Terapias de sugestión, distracción y persuasión.

Creemos apropiado comenzar esta exploración de los muchos tipos de tratamiento experimentado por los tartamudos en el pasado y en el presente por considerar el papel jugado por la sugestión, distracción y persuasión en las variadas terapias. Verdaderamente, si hay algún punto en común en todas las terapias del tartamudeo reside aquí. Esto no es sorprendente ya que encontramos sugestión y persuasión permeando todas las formas de terapia, incluidas las de la medicina convencional. Ningún paciente irá al médico si no tiene alguna esperanza de que su mal pueda ser aliviado. Ningún tartamudo buscará ayuda de un terapeuta sin expectativas similares, ni continuará la terapia si esas expectativas no son fomentadas. Todos los médicos y terapeutas saben bien esto y por tanto, directa o indirectamente, deliberadamente o inconscientemente, algún tipo de sugestión y persuasión parece ser inherente a la relación terapéutica. Ciertamente parece evidente, en relación con la tartamudez, que de un modo u otro, todos los terapeutas buscan influenciar a sus clientes para que desaprendan las viejas respuestas mal adaptadas y aprendan algunas mejores, y mucha de esa influencia depende de lo bien que estimulen las expectativas favorables del cliente. El núcleo esencial de la persuasión y sugestión es que si el sufridor se pone en manos del practicante y hace lo que este le manda, mejorará.

Lo que es más significativo: mejorará sin que importe lo que se le diga que haga o lo que le haga el practicante. Los días de la curación por la fe no han muerto. Verdaderamente, como Frank (1961) y King (1962) han mostrado, están muy vivos y hay algo de chamán en todos los médicos con éxito. Trataremos en profundidad el tema del efecto placebo en una sección posterior de este libro referido a la terapia con drogas, pero de momento digamos que al menos con las enfermedades psicósomáticas, los placebos inactivos han llevado a la curación o a una mejora importante cuando son acompañados de la sugestión. Platonov (1959) en Rusia informa de una gran variedad de desordenes tratados exitosamente por sugestión o persuasión directa o indirecta, y hay numerosos informes en nuestra propia literatura que ofrecen otras evidencias de que el resultado de la terapia depende a menudo de la creencia del paciente en su eficacia. El papel de la sugestión es aumentar esa creencia.

En muchos informes, el desorden de la tartamudez, al menos en la forma avanzada que muestran los adultos, parece casi expresamente diseñado para las terapias que emplean la sugestión y la persuasión. Primero de todo, es intermitente. Viene y va; aparece y desaparece. Ningún tartamudo tartamudea todas las palabras de todas las conversaciones. En se-

gundo lugar, cuando se presenta lo hace en las más variadas formas. Raramente presenta un cuadro monosintomático. En tercer lugar, su severidad en términos de frecuencia y duración es también altamente variable e influenciado por un cúmulo de condiciones, algunas de ellas aumentan la severidad y otras la disminuyen. En cuarto lugar, las recuperaciones espontáneas, sobre todo en niños, han sido registradas comúnmente. En quinto lugar, la fluidez temporal puede ser fácilmente establecida. Finalmente, en la mayoría de los tartamudos encontramos evidencias de sugestión negativa mórbida, la persona pensando constantemente sobre su dificultad de habla, esperando que se manifieste, y planeando estrategias para manejar su aparición o amenaza. Cualquier desorden de estas características debería ser altamente tratable por sugestión y lo es, como demuestra la siguiente cita de Blanton (1936):

Durante un verano intenté, con un grupo de personas jóvenes e inteligentes, un tratamiento para curar la tartamudez consistente en acariciar el *nervio vago* pasando la mano por detrás de la oreja por el cuello y además relajando la lengua y las cuerdas vocales a base de hacer correr un dedo desde la barbilla hasta la laringe. Les dije a aquellas jóvenes personas que este método relajaba el *nervio vago* que controla las cuerdas vocales y también los músculos *glosofaríngeos* que se tensan. Estos ejercicios, junto con algunas charlas de higiene mental eliminaron los síntomas de la tartamudez en algunos de estos jóvenes, aunque no había ninguna verdad en la teoría que les había presentado sobre el *nervio vago* los músculos *glosofaríngeos*, pero ellos me creyeron y eso les ayudó. Por tanto desearía enfatizar el hecho de que el poder de la sugestión y la influencia de la transferencia de emoción del paciente al profesor y del profesor al paciente debe ser considerado en cualquier tipo de tratamiento.

La sugestión se presenta en formas variadas. Puede ser directa o indirecta. Puede incluir hipnosis o autosugestión. El terapeuta puede usarla deliberadamente o sin ser él mismo consciente de que lo está haciendo. El tartamudo puede estar activamente persuadido por el terapeuta de que si hace algunas tareas específicas o sigue algunos procedimientos específicos se volverá más fluido; o la sugestión puede estar producida por una implicación más sutil. Ningún procedimiento terapéutico está libre de la influencia de la sugestión. Nuestras percepciones, nuestras emociones, nuestro sistema de creencias puede ser alterado por auto-afirmaciones que hagamos y cuando esas auto-afirmaciones tienen eco o son influenciadas por el terapeuta, puede verse el impacto de la sugestión.

- **Sugestión directa.**

Como bien saben las agencias de publicidad, la eficacia de la sugestión directa depende de la frecuencia e intensidad de su repetición, de su atractivo para los deseos de la persona, y en parte del prestigio de la persona que realiza la sugestión. Todos estos enfoques han sido y aun son usados en la terapia de la tartamudez. Muchos de los viejos libros en este campo estaban llenos de exhortaciones directas, se decía a los tartamudos una y otra vez (a menudo en mayúsculas) que si seguían EL MÉTODO (cualquiera que este fuera) podrían ser y serían curados. El horrible destino que les aguardaba si rechazaban la suges-

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

tión se pintaba también con vivos colores. Testimonios elocuentes de predicadores, banqueros, oficiales, y de personas reputadas de haber superado el trastorno con éxito increíble se encuentran a lo largo de estas viejas páginas. Permitámonos una sola ilustración de un libro de Beasley (1897):

Por ejemplo, tuve un alumno que me visitó diariamente durante una semana; no pudo venir más. Un mes después de que volviera a casa me escribió como sigue: “Solo un mes ha pasado desde que empecé con su método, y en ese corto periodo de tiempo he adquirido una libertad de habla más allá de cualquiera de mis expectativas más optimistas. Ahora puede hablar con tranquilidad mental y auto control”

...Otro caso remarcable fue aquel de un chico de casi 18 años, que estuvo conmigo durante solo una quincena, pero trabajó tan bien y consiguió tal dominio de mi sistema que no solamente se curó a sí mismo sino que también curó a su hermano pequeño que estaba afectado también.

Una y otra vez, encontramos estos autores diciéndonos como se curaron a sí mismos descubriendo una nueva técnica— aunque raramente revelan su secreto. Un poco de misterio siempre ayuda a la sugestión. Esta cita de Yearsley (1909) es bastante típica del aseguramiento del éxito:

Después de estudio e investigación diligentes, mis esfuerzos fueron coronados con un éxito extraordinario. En tan corto espacio de tiempo como son dos semanas, había erradicado cualquier vestigio de mi impedimento. La noticia de mi curación pronto se divulgó, y grandes autoridades de la medicina que sabían lo severamente que yo estaba afectado, me mostraron sus felicitaciones. Un conocido especialista, que había tratado desórdenes del habla durante 25 años, inmediatamente reconoció mis habilidades ofreciéndome una participación en su negocio...

Si este pasaje parece un claro intento de crear el prestigio que facilita la sugestión podemos referir al lector al libro de Reichel titulado *Dejar de tartamudear* publicado en 1964 en USA o aquel otro de Mathur (1958) en la India, que lleva en el frontispicio lo siguiente: “Felicitaciones, señor Mathur, por su lógico y útil consejo en este particularmente problemático desorden. Ha probado usted desde su experiencia el valor de sus métodos, los cuales estoy seguro serán de igual valor para otros afectados con este desorden.”

En la actualidad, pocos terapeutas emplean estas variedades descaradas de publicidad para establecer su autoridad, prefiriendo en lugar de ello un enfoque indirecto o quizá la autosugestión. No obstante, todavía encontramos la sugestión directa usada actualmente en la forma de la hipnosis.

- **Hipnosis.**

Aunque la hipnosis ha sido conocida y usada durante siglos, especialmente en India y China, fue Anton Mesmer en el siglo XVIII el que primero demostró claramente que poniendo a las personas en trance podía hacer desaparecer dramáticamente algunos síntomas indeseables. Aunque su teoría del magnetismo animal y sus métodos para inducir estados hipnóticos fueron pronto combatidos, puede decirse que Mesmer ha dado algún ímpetu al campo de la psicoterapia moderna. Braid, Liebault, Bernheim, Charcot, Breuer, y Freud usaron hipnosis todos ellos y el movimiento psicoanalítico creció a partir de estos experimentos. Como fácilmente podía esperarse, la tartamudez captó pronto la atención de los hipnotistas.

El fenómeno de la hipnosis todavía no es completamente entendido. Por ejemplo, estudios electroencefalográficos han mostrado claramente que, bajo hipnosis, la persona no está completamente dormida; sus ondas corticales son indistinguibles de aquellas en estado despierto. A nivel subcortical sin embargo parece haber alguna evidencia de que la función de filtrado y almacenamiento del sistema reticular pueda estar implicada en la hipnosis. Los rusos tienden a ver la hipnosis como una inhibición parcial cortical, una condición producida por el sistema de señal secundario (el lenguaje). Es parcial debido a que se caracteriza por “puntos centinela” que permanecen desinhibidos y funcionando. Explican el fenómeno hipnótico como algo parecido a la atención selectiva que hace que una madre salga de un profundo sueño para atender el más leve murmullo de su bebé, aunque sea incapaz de responder a ruidos mucho más potentes.

Otras explicaciones ven la hipnosis meramente como una instancia extrema de la vulnerabilidad a la sugestión que todos tenemos (Hull, 1933). Los psicoanalistas ven el estado hipnótico como un estado de identificación y transferencia. Algunos autores consideran la hipnosis como una psicosis temporal. Aún otros (Sarbin, 1950) ven la hipnosis como el comportamiento de asunción de papeles que tienen los actores que se identifican momentánea pero completamente con el carácter que representan. Finalmente el estado hipnótico ha sido considerado similar a la situación que ocurre bajo una extrema privación sensorial. Chertok (1967) resume, probablemente mejor que nadie, lo que sabemos sobre la hipnosis: “Los interesantes intentos de síntesis durante los años anteriores no han proporcionado aún una explicación adecuada de la interacción entre factores físicos y psicológicos implicados en la hipnosis.”

En el pasado, casi toda la hipnosis se acompañaba de métodos muy autoritarios, pero hoy, aunque no son considerados inapropiados en todos los casos, la mayoría de los modernos practicantes de la hipnosis los evitan aun usando una potente sugestión directa. Existen por todas partes descripciones de las variadas técnicas. Aquí deseamos decir solamente que no todas las personas son igualmente vulnerables, que algunos son completamente resistentes, e incluso en aquellos tartamudos que han sido fácilmente hipnotizados

los resultados en términos de remisión de los síntomas no han sido particularmente impresionantes.

Revisión de la literatura referente a hipnosis y tartamudez. Es difícil evaluar la literatura concerniente a tartamudez e hipnosis. La mayoría de las referencias no describen, por ejemplo, el tipo de tartamudez exhibida, las técnicas usadas, la profundidad del trance, ni suministran datos referentes a seguimiento. Es típico el artículo de Donath (1932) quien nos dice simplemente que dos tartamudos fueron “completamente curados” con hipnosis. Richter (1928) en el mismo año da una narración más completa de cómo usaba la hipnosis. El tartamudo era primeramente colocado en sueño hipnótico, entonces se le decía que repitiera palabras simples, luego frases simples, hablando despacio y con cuidado hasta que no tartamudeara. (La mayoría de los tartamudos podrían por supuesto ser capaces de repetir con fluidez después del terapeuta, incluso aunque no estuviesen hipnotizados!) Esta práctica de repetición en trance debía ser continuada durante un tiempo para producir resultados efectivos. Richter aclara que la sugestión poshipnótica por sí sola (“Ahora no vas a tartamudear nunca más”), no es suficiente, sino que debe ser precedida por mucho entrenamiento en fluidez. La sugestión poshipnótica negativa para que la persona no tartamudee, parece ser no solo poco sabia, sino incluso peligrosa. Este autor recuerda muy bien el ataque de ansiedad extremo que experimentó cuando fue sometido a esta clase de sugestión poshipnótica negativa y después tuvo que hablar ante una clase de estudiantes de medicina.

Vogel (1934) informa del exitoso uso de la hipnosis con marines hospitalizados aunque él la usó principalmente para explorar la historia pasada de un “trauma psíquico” que presumiblemente estaba detrás de la tartamudez. Durante el trance, se pedía a estos tartamudos que contasen lo que podían recordar sobre incidentes que pudieran haber causado el desencadenamiento del desorden. Entonces se le sugestionaba diciéndole que, cuando despertase, sabría la causa y sería así capaz de superar la tartamudez. Vogel cita un caso en el que un individuo no pudo recordar el incidente causativo antes de haber sido hipnotizado pero lo relató durante la hipnosis y fue capaz de recordarlo después de despertar. (Era que había sido severamente latigado a la edad de 7 años!) Este paciente fue “curado en tres sesiones aunque perdía el control y tartamudeaba ‘ligeramente’ cuando se excitaba.”

Este relato es bastante típico de muchos otros escritos anteriormente en la literatura y cualquiera que sepa un poco de hipnosis podrá reconocer la posibilidad de que el paciente invente en ocasiones el tipo de incidente que supone que el hipnotista desea oír (un fenómeno que, dicho de paso, no es exclusivo de la hipnosis). Freud encontró las mismas invenciones de incidentes traumáticos en sus primeras exploraciones del psicoanálisis.

Espaciados por la vieja literatura hay ocasionales informes de tartamudos que se volvieron fluidos como resultado de la hipnoterapia. Bramwell (1930) repasa estos casos, así como dos de su propia cosecha, uno de ellos (después de dos años de tratamiento hipnótico) estaba “prácticamente bien” y el otro “mejoró”. Unos pocos de los autores que el re-

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

sa, Von Corm, Osgood, y Hamilton, informan de casos exitosos, pero otros como Forel están desilusionados por el resultado. H. Gutzmann (1898) se expresa bastante elocuentemente sobre el tema:

El tratamiento hipnótico de la tartamudez ha sido un fracaso abyecto. Forel, el máximo exponente de la terapia hipnótica, así lo ha atestiguado. Los éxitos que se han conseguido han sido solamente en combinación con otros tratamientos. No hay un terapeuta competente que dude que mediante sugestión hipnótica un tartamudo puede ser calmado y hablar bastante bien de esta manera, pero dudará de que este modo tranquilo dure.

También tenemos algunos informes de éxito relativamente reciente de la hipnoterapia. Levbarg (1941) describe su trabajo con un contable algo paranoico que comenzó a tartamudear severamente a la edad de 50 años cuando iba a ser llamado a testificar ante un gran jurado. En el lapso de una semana de sesiones diarias, la tartamudez desapareció y después de cinco semanas no había vuelto. Schneck (1959) usó la hipnoterapia con un tartamudo de 17 años, resultando en alivio inicial y después recaída. Rehipnotizado, volvió a mejorar, pero Schneck parece prudente en su declaración de pronosis. Nao (1964), un japonés, afirma que tres de sus cinco tartamudos fueron curados totalmente con hipnosis. Un estudio que describe con detalle el tratamiento de la tartamudez con hipnosis es el de Watkins (1949) que describe el tratamiento hipnótico de un soldado que, bajo el estrés de la batalla, había experimentado un retorno de su tartamudez infantil. Rosen (1953) también ofrece un relato punto por punto de 37 sesiones de hipnosis administradas a una mujer de 21 años, basadas básicamente en regresión y catarsis, en la cual ella acabó dándose cuenta de que su tartamudez tenía implicaciones sexuales. Subsecuentemente a esta experiencia, se volvió fluida y volvió al instituto y durante cuatro meses fue libre de la tartamudez. Entonces sufrió una pequeña recaída, volvió a Rosen para otra sesión hipnótica, y permaneció fluida desde entonces durante seis años.

La mayoría del material disponible en la literatura consiste en estos casos individuales. En la mayoría de ellos no encontramos nada acerca de la severidad de la tartamudez ni su sintomatología o historia, ni como los tartamudos afrontaban otras situaciones de habla. Faltan seguimientos cuidadosos. Tampoco sabemos cuantos otros tartamudos fueron hipnotizados sin buenos resultados. También es interesante que muchos de estos casos de éxito de la hipnosis se refieren a individuos cuya tartamudez empezó relativamente tarde en su infancia o ya de adultos, quizá indicando el tipo de problema llamado “tartamudez histérica” por Freund (1966). Luchsinger y Arnold (1965) afirman que la “hipnosis es solo útil en casos agudamente traumáticos de tartamudez.”

Tenemos al menos dos estudios que hablan de la hipnosis de un número sustancial de tartamudos. El primero de Wetterstrand, que cita Bramwell (1930), fue hecho hace muchos años. De los 45 tartamudos que hipnotizó, se informó que 15 se curaron (todos ellos salvo 2 eran niños entre 2 y 12 años). De acuerdo con Bluemel (1931) que también cita este

estudio, Wetterstrand “admite su ignorancia de cuantos de ellos se curaron permanentemente”. El otro gran estudio fue realizado por Moore (1946). De 40 sujetos, solo 8 hablaron fluidamente bajo hipnosis, llevaron a cabo la sugestión poshipnótica fluidamente, e informaron de habla relajada y fácil durante dos o tres días. Otros once hablaron fluidamente ante una audiencia bajo hipnosis y fueron capaces de conseguir la sugestión poshipnótica intermitentemente y hablar relajadamente. Otros doce lo hacían bien mientras estaban hipnotizados pero fueron incapaces de llevar a cabo las órdenes poshipnóticas para hablar fluidamente. Nueve no pudieron ser hipnotizados. No se llevó a cabo un seguimiento extensivo. A pesar de sus descubrimientos, Moore concluyó que la hipnosis no debería ser usada sola sino junto con otras terapias.

En otra revisión de la hipnoterapia, McCord (1955) afirma que pocos modernos practicantes de la hipnosis recomiendan hoy en día el uso de la simple sugestión poshipnótica como un método que por sí solo hará que el tartamudo se libere de su tartamudez. Su estudio indica que la hipnosis debe ser usada principalmente como hipnoanálisis para producir regresiones al pasado o para facilitar una catarsis. En una revisión posterior de la literatura, Rousey (1961) dice que cuando se use la hipnoterapia, debe ser empleada junto con logopedia, y que solo producirá beneficio si el paciente puede ser profundamente hipnotizado.

Se ha renovado algo el interés por la hipnoterapia después del trabajo de Wolpe (1958) que induce relajación y después presenta una jerarquía de situaciones estresantes imaginarias para desensibilizar al paciente. Este uso de la hipnosis es descrito y recomendado en el texto de Brutten y Shoemaker (1967). También tenemos un interesante informe del Japón: Takeyama (1963) colocaba a los tartamudos en trance, les entrenaba para relajarse, y después les aplicaba sugestión poshipnótica para que tartamudeasen abierta y fácilmente en las situaciones temidas. Para concluir esta revisión de la literatura, debemos mencionar a Falck (1964) que repasa algo de la literatura y pide un mayor esfuerzo para informar sobre el tipo de tartamudez tratada, las técnicas usadas, y la efectividad de la mejora después de un lapso de tiempo— una petición que secundamos de corazón.

Nuestra propia exploración de la hipnosis ha sido parcialmente revisada en otro libro (Van Riper, 1958). Habiendo sido hipnotizado varias veces sin obtener alivio de su tartamudez, a este autor le debe haber faltado la fe suficiente para que el proceso se complete de forma satisfactoria. No obstante, descubrimos que aunque podemos producir fluidez fácilmente cuanto el tartamudo está profundamente hipnotizado, la sugestión poshipnótica para que el tartamudo no volviera a tartamudear fracasaba consistentemente a la hora de producir algo más que fluidez momentánea. También hemos usado entrenamiento hipnótico para inducir relajación mientras se habla (nada se decía sobre tartamudear) y después usábamos sugestión poshipnótica para que el tartamudo hablase de la misma manera relajada después de despertarse. Esto produjo un marcado incremento de fluidez y un descenso de severidad sin ansiedad asociada. Sin embargo, el efecto desaparecía rápidamente. Entonces

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

rehipnotizábamos a los tartamudos, encontrando de nuevo el mismo alivio pero pronto se reveló que cada vez más y más sesiones de hipnosis eran necesarias para mantener la forma de hablar relajada, así que este procedimiento fue desechado.

Entonces usamos el trance para entrenar a los tartamudos a responder a su tartamudez primero con cancelaciones y luego con pull-outs (véase en Van Riper, 1971, una descripción de estos procedimientos.) Quedamos sorprendidos de lo fácil que los tartamudos aprendían a reaccionar más apropiadamente al miedo o la experiencia de su tartamudez, ya que estas técnicas normalmente no son dominadas sin dificultad. Eufóricos con este descubrimiento creímos que al fin estábamos cerca de la solución del viejo problema. Desafortunadamente, muy pronto la cantidad de fluidez que los tartamudos habían poseído iba rápidamente desapareciendo. Cancelaban y hacía pullouts perfectamente, pero su habla empezaba a estar infestada con más y más cancelaciones y pullouts. La severidad decrecía, pero la frecuencia se había hinchado. Cuando un tartamudo cuya tartamudez se concentraba antes usualmente en las primeras palabras empezó a cancelar o hacer pullouts en todas y cada una de las palabras que decía, lo hipnotizamos de nuevo y le pedimos con fuerza que nunca volviera a hacerlo.

Otro de nuestros intentos con la sugestión fue pedir al tartamudo que intentase hacer algunos tartamudeos voluntarios cuando entrase en una situación temida específica. Esto llevó a algunas largas combinaciones de tartamudeos voluntarios e involuntarios y también fue rápidamente descartado.

El único éxito verdadero que tuvimos con la experimentación hipnótica consistió en facilitar a tres tartamudos que dejaran de evitar y posponer e inhibir comportamientos instrumentales como las sacudidas de cabeza. Por ejemplo, una sugestión consistió en decir al tartamudo que “intentase mantener su cabeza firme mientras tartamudeaba y decir la palabra temida sin parar antes.” Nos daba la impresión de que estos tartamudos se desprendían de estos comportamientos instrumentales mucho más rápidamente de lo que hubiéramos pensado. Al final decidimos que no sabíamos suficiente sobre la hipnosis como para que se convirtiera en una herramienta habitual en el tratamiento de nuestros clientes. Siempre había muchos individuos a los que no podíamos hipnotizar y aquellos a los que sí podíamos parecían pasar a ser demasiado dependientes de nosotros. Es más, cuando la sugestión se desvanecía, nos era muy difícil encontrar un nuevo tipo de entendimiento útil con ellos.

Todo lo que pudimos hacer bajo hipnosis, pudimos hacerlo también sin ella, aunque a veces diera la impresión de que tardábamos más. Queríamos que nuestros clientes fueran fuertes y libres de nosotros, no débiles y dependientes. Así que con algo de pena descartamos la terapia hipnótica hace muchos años aunque ocasionalmente hemos desviado alguno de nuestros clientes hacia el hipnoanálisis. Quizá esta cita de Kline (1965) resume nuestra actual visión de la hipnosis mejor que ninguna otra:

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

Hoy en día, poco trabajo se ha hecho con la hipnosis en cuanto a su papel terapéutico histórico, llámese terapia de sugestión con la utilización de la sugestión poshipnótica como la mayor fuente de cambio de comportamientos. Nosotros preferimos ver la hipnosis como una herramienta dinámica para acceder a muchas facetas de la personalidad y las reacciones de comportamiento.

Muchos de los tartamudos adultos que vienen a nosotros preguntan si debería tratar de curarse con la hipnosis. Les respondemos que no.

- **Autosugestión.**

No conocemos ningún otro desorden en el que la autosugestión haya sido tan recomendada como la tartamudez. La encontramos en las admoniciones de padres y profesores: “Ahora dite a ti mismo que dejes de tartamudear. Insiste en que hablarás suavemente. Dite a ti mismo que te relajes. Convéncete para no tartamudear. Usa tu fuerza de voluntad.” Estas ingenuas auto-órdenes constituyen la carga de consejos que cada tartamudo recibe de sus seres cercanos— y la mayoría de los tartamudos han tratado de seguirlos en vano. Unos pocos ex-tartamudos nos han dicho que superaron el desorden con tales auto-afirmaciones y, como veremos, algunas de las modernas terapias están expresamente diseñadas para explotar la autosugestión.

Demos algunos ejemplos. Wedberg (1937) nos dice en su autobiografía cuantas veces se sugirió a sí mismo consciente o inconscientemente como debería aprender a oponerse a su tartamudez con esas auto-sugestiones positivas.

Las siguientes sugerencias son más efectivas si se aplican justo antes de que te duermas por la noche y durante un breve periodo de relajación al despertarse por la mañana. Piensa en ellas primero. Varíalas para que se ajusten a tu caso individual a base de atacar las actitudes que te han molestado mayormente y repítelas en voz alta: “Nunca me he sentido tan calmado y en paz. Cuando estoy calmado, mi habla sale libremente. Todo mi habla puede ser como esta, suave y libre...” (y así sucesivamente!)

Algo muy similar es relatado por Robbins (1926):

Puedes superar este miedo a tartamudear con la autosugestión siempre que elijas el momento en que tu cerebro sea más sugestionable, lo cual se ha encontrado en los momentos en que sientes inclinación a dormir. Justo antes de que te duermas, respira lentamente por la nariz, relaja todos los músculos de tu cuerpo, desecha todas las preocupaciones de tu mente y concentra tu pensamiento en las siguientes palabras: “puedo hablar fluidamente.” No es suficiente con meramente pensar estas frases; hay que creer en ellas.

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

Cuando este autor era joven, Coué, el famoso campeón francés de la autosugestión, estaba en el colmo de su influencia. Se informaba que había curado dramáticamente a un tartamudo severo ante una gran audiencia (Heltman, 1943). Todo el mundo había oído la famosa fórmula de Coué: “¡Cada día en cada aspecto voy a mejor y mejor!” Incluso perfectos desconocidos me la ofrecían cuando me oían tartamudear. Me cansé de oír tonterías, así que aprecié el siguiente pasaje del libro de Boome y Richardson, *La Naturaleza y Tratamiento de la Tartamudez*, cuando fue publicado en 1932:

No debería ser necesario decir que la sugestión negativa hace más daño que beneficio: “No tartamudearé”, por ejemplo, generalmente tiene el efecto de aumentar el problema. Un niño de 9 años nos dijo la primera vez que vino que ya había tenido una “terapia de pensamiento” que consistía en la fórmula: “Cada día en cada aspecto mi tartamudez va a mejor y mejor.” Si “mejor” quiere decir “mayor”, la fórmula estaba teniendo excelentes resultados! Creemos que incluso la famosa frase de Coué, la cual usamos durante varios años, puede derrotar a sus propios objetivos —con tartamudos de cualquier clase— por ser demasiado positiva. Hay momentos en los que es muy evidente que un caso severo no está yendo a “mejor y mejor”, por el momento.

Este tipo de autosugestión está muy extendida. En Japón, Mochizuki (1965) nos cuenta como los tartamudos tienen repetir una y otra vez, “Mi tartamudez está curada. Mi tartamudez está curada. Puedo leer y hablar suavemente”, y él mismo dice que este método es estúpido y acientífico. En India, el hogar del yoga, este tipo de autosugestión es una práctica muy prevalente. Mathur (1960) tenía a sus tartamudos sentados en una esquina silenciosa diciéndose a si mismos: “No tartamudeo, lo he curado. Ahora sé donde radica el misterio. Lo he curado o lo curaré completamente.” Debían entregarse a esta letanía todos los días y en cualquier momento que una (mala) autosugestión les invadiera, debían en ese mismo momento y lugar contrarrestarla con otra sugestión. “No, no tartamudeo.” En Inglaterra encontramos a Brook (1957) ofreciendo su fórmula: “Un cambio está ocurriendo en mi actitud respecto al habla. Estoy calmado y mi habla es fácil. Una imagen de facilidad y quietud viene a mí a menudo a lo largo del día, de manera que mi habla fluye más fácilmente. Busco este sentimiento cada vez que hablo. Me siento calmado y confiado y disfruto de este habla sin esfuerzo.” Pero quizá el pináculo de esta montaña de fórmulas autosugestivas se encuentra en un libro publicado en USA por Wilton (1950). “Hay un procedimiento definitivo por el cual puedes reforzar tu fe, y es lo que yo llamo la Afirmación Inestimable.” El capítulo 10 del libro de Wilton trata de esta Afirmación Inestimable y esperemos que no la mancillemos citándola aquí. Algo tan precioso no debe perderse. Esta es la Afirmación Inestimable de Wilton:

Estoy calmado. Tengo un sentimiento de calma a lo largo de todo mi cuerpo. Esta calma del cuerpo calma también mi mente. Me siento en paz. Poseo la paz. Estoy en paz con todo lo que tengo alrededor. Esta paz es tan profunda que hace que todo lo que me rodee también esté en paz. En la calma nace la fuerza. En la calma nace la libertad. En la calma nace la acción libre. Desde este estado presente de calma puedo empezar a funcionar libremente. Y todas mis acciones pueden ser hechas con calma”

○ *Terapia autogénica.*

Este tipo de terapia, muy prevalente en Europa, se usa para tratar un amplio rango de enfermedades psicosomáticas, y la tartamudez es solo uno de los desórdenes a los que se ha aplicado. Los conceptos básicos fueron concebidos por el Dr. J. H. Schultz, un eminente psiquiatra y neurólogo de Berlín, que había sido muy influenciado por los escritos de Oscar Vogt durante los primeros años del siglo XX. Schultz, insatisfecho con los métodos usuales de hipnosis en los que los pacientes tendían a ser muy pasivos y dependientes, exploró varios métodos de autosugestión, incluyendo el Yoga, y finalmente desarrolló un sistema bastante sofisticado de ejercicios que podrían crear un estado autogénico de relajación (similar pero no igual a la hipnosis y el sueño). Bajo la dirección del médico, el paciente, concentrando su atención pasivamente en ciertas declaraciones, llega a conseguir la normalización de sus procesos corporales. El paciente se reclina o sienta en una silla con los ojos cerrados. Hay seis ejercicios estándar cada uno de los cuales es una declaración clave para ser repetida a uno mismo una y otra vez. Las series tienen que ver por turnos con peso, calor, regulación cardíaca, respiración, calor abdominal y refrigeración de la frente. Ofrecemos esta pequeña cita de Luthe y Schultz (1959) para ilustrar uno de los primeros ejercicios:

El paciente, recostado en un diván, se relaja en la postura típica y cierra los ojos. El doctor (con una voz calmada) dice: “Mi brazo derecho me pesa. (Estoy en paz)... Mi brazo derecho me pesa... Mi brazo derecho me pesa... Mi brazo derecho me pesa...” El paciente continúa concentrado pasivamente con el mismo “Mi brazo derecho me pesa” durante 20 segundos más o menos.

El Doctor dice: “Bien, creo que es hora de terminar” El paciente (a) flexiona su brazo vigorosamente, (b) respira profundamente, (c) abre los ojos.

Como la misma rutina de entrenamiento debe ser repetida para el brazo izquierdo, piernas y otras partes del cuerpo, se necesitan muchas sesiones solo para aprender el primer ejercicio estándar referido al peso. Algunas de las fórmulas de autosugestión para otros ejercicios estándar son: “Mis brazos y piernas están calientes”... “latidos del corazón calmados y regulares”... “Mi plexo solar está caliente”... “Mi frente está fría” y “*Ello me respira...*” Esta frase, tan incorrecta gramaticalmente en traducción al inglés (y al español), se refiere a la conciencia pasiva de la regularidad y facilidad de la respiración. Luthe y Schultz (1968) narran paso a paso un diario de 112 sesiones de este entrenamiento autogénico durante el cual solo seis de estos ejercicios estándar fueron aprendidos por el paciente.

Solo cuando el paciente ha adquirido preeficiencia en los ejercicios estándar se le da paso a la segunda fase: los ejercicios meditativos. Estos implican el imaginar diversos patrones visuales, empezando con colores simples uniformes, y progresando por una serie

de siete estados hasta la imaginación de escenas emocionales en los que el paciente participa. Para algunos pacientes, estos ejercicios meditativos son omitidos y se les da ciertas “fórmulas intencionales” que están más directamente relacionadas con el problema. Deben concentrarse sobre ellas de la misma manera que anteriormente se habían concentrado en las sensaciones de peso y temperatura. Una de las que se utilizan para la tartamudez se le llama la fórmula de neutralización: “Hablar no importa”. Otra es: “Mi cerebro habla automáticamente.” El programa de entrenamiento acaba con métodos de ventilación y abreacción para neutralizar las interferencias emocionales. Este resumen del curso no hace justicia a la elaborada y germánica complejidad del entrenamiento autogénico ni de las dinámicas que envuelve, pero al menos dibuja las más importantes características. El entrenamiento autogénico no se recomendaba para niños tartamudos menores de 9 años y en algunos de los casos más difíciles en adultos se les decía que necesitaban hipnosis previa antes de llevar a cabo el entrenamiento. Brankel (1958) en su evaluación del entrenamiento autogénico dice, “El entrenamiento autogénico tiene valor por cuanto que induce un estado de calma en los sistemas respiratorio y articulario antes de la fonación y así reduce el crudo impacto de los factores acústicos, visuales y emocionales al empezar a hablar. Quizá una frase de Luthue y Schultz resumirá el propósito de la terapia autogénica: “En casos de tartamudez, la terapia autogénica ayuda sobre todo a inducir una actitud más pasiva y casual hacia la interrupción del habla, a base de enfatizar que el sistema neuromuscular funciona mejor cuando se le deja solo.” A este autor le da la impresión de que se necesita una gran cantidad de trabajo para conseguir ese propósito.

○ *Los métodos de Fernau-Horn*

Entre los especialistas europeos que usan la sugestión, nos encontramos a Helena Fernau-Horn (1969). Su teoría y métodos han gozado de considerable influencia, especialmente en Alemania. Ella adopta el punto de vista de Schultz de que los tartamudos tienen dos tipos de neurosis. La primera (*Kern*) es el “corazón”, la neurosis primaria en la cual la tartamudez es un síntoma de algún conflicto subyacente. Los tartamudos con neurosis *Kern* necesitan psicoterapia profunda, ya que ellos no desean realmente hablar fluidamente. El segundo tipo, la neurosis *Rand*, es lo que habitualmente se llama neurosis secundaria o de expectativa, el tartamudo se ha convencido, después de algunas experiencias traumáticas, de que no puede hablar sin dificultad.

Aunque la neurosis *Kern* o la *Rand* o ambas pueden estar presentes en un tartamudo dado, la mayoría de la terapia de Fernau-Horn (1969) parece estar dedicada a ayudar a los del segundo tipo, ya que de acuerdo con Hanicke y Leben (1964), ella cree que este tipo de neurosis está presente en entre el 80 y 90% de todos los tartamudos. Fernau-Horn ve la dificultad básica en interrupciones de la respiración debido a los factores antes mencionados. El bloqueo neurótico o la congelación de la respiración (y como consecuencia de la

fonación) se convierten en una parte de una cadena autorreforzante de círculos y espirales de inhibición que son casi tan automáticas como un reflejo condicionado pavloviano. Estos círculos y espirales viciosos deben ser interrumpidos y reemplazados por lo que ella llama el *Aublaufzirkel*— un término difícil de traducir al inglés (y al español), pero que parece referirse a la temporización normal y al flujo paralelo de respiración y sonido en las sinergias que subyacen en el habla fluida.

Freund (1966) clasifica el método de Fernau-Horn como una de las técnicas autosugestivas y de sus escritos es fácil decir porqué. Empieza por intentar persuadir inmediatamente al tartamudo de que sus miedos neuróticos cuando habla no tienen base real, y darle algo de habla fluida en su primera visita. Quiere que piense: “Ich habe keine Sprechstörung. Ich siehe nur die Sprech-bremsset.” (No tengo ningún desorden de habla. Solo estoy poniendo rupturas en mi habla.) El paciente normalmente se tumba en una cama con el terapeuta revoloteando a su alrededor y comienza a hacer una serie de ejercicios de respiración para aflojar la tensión abdominal y producir relajación con pequeñas inhalaciones y prolongadas exhalaciones mientras repite frases como esta: “Mi respiración fluye como las olas” “Mi tono fluye como las olas” “Mi habla como las olas. Oigo, siento, sé que puedo hablar. Puedo decir cualquier cosa si estoy calmado. Mi confianza crece día a día.” La imaginación visual y auditiva se enfatiza en estas verbalizaciones (algunas veces se graban en cinta) y el procedimiento se acerca a la hipnosis en su sugestión. Los ejercicios respiratorios están diseñados principalmente para promover la relajación y la serenidad, ya que es en estas condiciones cuando el *Aublaufzirkel* o sincronización normal del habla puede venir a reemplazar los círculos infernales de la inhibición. Fernau-Horn, sin embargo, no busca un estado de relajación completa sino más bien una tonicidad equilibrada de la musculación respiratoria que permita un habla rítmica.

El entrenamiento es firmemente controlado por el terapeuta, el paciente permanece en un papel bastante pasivo al menos hasta que haya dominado el tipo de habla calmada y relajada en la clínica. Se le da entonces una prescripción de tareas de habla para llevar a cabo una transferencia a la vida diaria, cuando la ansiedad le amenace, debe recurrir de nuevo a los procedimientos que ha aprendido. La terapia nos parece altamente estereotipada, un poco mística, y bastante rígidamente basada en la autosugestión.

○ *Entrenamiento de señal de Schilling*

Muchos logopedas europeos no se han contentado con seguir a Fernau-Horn ni a Schultz exactamente. Se han hecho muchas modificaciones; combinaciones de estos procedimientos con otros, como las técnicas de Froeschel de masticar el aire. Una de las más exitosas de estas modificaciones (de acuerdo con nuestros propios informes) fue implementada por Anton Schilling (1965). En esencia consiste en un periodo preliminar de entrenamiento autogénico seguido de ejercicios de relajación a la Fernau-Horn. Entonces se integra a ambos por medio del entrenamiento de señal. En esencia, algún estímulo (un gesto de

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

mano, una sensación de calor, un ligero movimiento facial, un tono o fragmento melódico, etc) es repetidamente asociado al estado autogénico y también a la respiración y fonación relajadas (según la terapia de Fernau-Horn) hasta que llega a ser el estímulo condicionante para evocar esos estados. Schilling escribe, “Este gesto, comparable con el gesto que se hace automáticamente en una despedida amistosa, se combina con una inhalación de flujo de aire con los labios un poco abiertos, casi sonriendo, y esto lleva automáticamente a una profunda respiración abdominal y a la sensación de habla suave.” Schilling dice que esta señal puede ser condicionada a una imagen visual o a una de las fórmulas intencionales autogénicas y que cuando está así condicionada permitirá al tartamudo calmarse e integrar los movimientos en una fracción de segundo— incluso bajo estrés. Schilling deja claro, sin embargo, que este entrenamiento de señal debe ser riguroso: “Solo si este condicionamiento es adecuadamente establecido ocurrirá la transferencia a todas las situaciones de habla.”

Sugestión indirecta

Hasta ahora la mayoría de los procedimientos que hemos descrito incluyen sobre todo la sugestión directa, bien administrada por el terapeuta o por el paciente mismo. Queremos dejar claro sin embargo que el uso de la sugestión indirecta siempre ha sido más prevalente. Lo encontramos a lo largo de la historia y lo encontramos hoy en día. Esencialmente lo que ocurre es que el tartamudo se convence de que dejará de tartamudear y se convertirá en fluido. La fuente de esa convicción no es necesariamente el terapeuta, aunque sí pueda manipular las fuerzas que subyacen. En lugar de ello, la sugestión puede provenir de la desesperada esperanza del tartamudo por curarse, o la enorme cantidad de tiempo que invierte en las actividades terapéuticas, o las propiedades mágicas de un distractor, una prótesis o aparato, una novedosa forma de hablar, la identificación con un terapeuta carismático, o un centenar de factores más. Cree porque necesita creer. Rechaza todas sus dudas. Se dice a sí mismo privada y repetidamente que lo que hace en terapia le ayudará. Recoge la mínimo brizna de confirmación que puede encontrar. El autor de este texto recuerda vivamente este proceso en su propio tratamiento en algunos de los institutos para tartamudos a los que asistió en su juventud. Algunas de las cosas que tuvo que hacer eran increíblemente absurdas pero debido a su desesperada necesidad de esperanza, se lavaba el cerebro a sí mismo y tenía una fuerte creencia en su eficacia. Es más, con esa fe venía algo de alivio temporal, aunque no completo. Estamos seguros de que algo de sugestión de este tipo tiene lugar en todas las terapias de tartamudez y que algunos de los tartamudos más leves han encontrado en ello curación, sin importar el tipo de tratamiento que experimentaron.

- **Ejercicios logopédicos**

Resultó evidente para los observadores más antiguos que los tartamudos tenían anormalidades respiratorias, que tenían dificultades en comenzar la fonación, y que a menudo exhibían posturas articulatorias anormales durante el acto de tartamudez. Una inferencia natural es que los tartamudos tienen alguna debilidad básica en la musculatura que lleva

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

a cabo estos movimientos y por tanto son necesarios ejercicios para fortalecer esos músculos. Así, Demóstenes practicaba su habla mientras subía montañas con chapas de plomo alrededor del pecho y gritaba contra las rompientes de las olas. Celso, el famoso médico romano, prescribió varios ejercicios físicos y respiratorios a sus tartamudos. Al leer estos viejos papeles, es casi divertido ver como estas autoridades del pasado discuten acerca de la localización de la debilidad— Itard (1817) insistía que se encontraba en los músculos de la laringe, McCormac (1828) afirmaba que en los músculos de la respiración, y muchos otros culpaban a la lengua. Además de esto, otros antiguos autores, reconociendo que no había debilidad verdadera en la musculatura, estaban no obstante impresionados por su irregularidad, atribuyendo el desorden a espasmos neurobiológicos de la glotis, el aparato respiratorio, o los articuladores. Uno de ellos llamó a la tartamudez “el baile de San Vito de la lengua.” Una vez más, el método que recomendaban para contrarrestar estos espasmos era entrenamiento duro y consciente sobre como respirar, como producir voz y como articular los diferentes sonidos. Una tercera escuela veía la tartamudez como un mal hábito, simplemente, que podía ser roto con práctica intensiva de habla normal. Amman, ya en 1700, escribe:

Tartamudear es casi un perpetuo tropiezo de la pronunciación, que viene principalmente por un mal hábito. Consiste principalmente en una laboriosa y ansiosa repetición de los sonidos explosivos en la que la cara del tartamudo se vuelve lívida y colorada debido a la lucha constante por hablar, con la consecuente disminución de aire exhalado. Recomendando a los afectados leer mucho con una voz potente, contar historias leídas últimamente a un amigo, traer algo a la memoria diariamente y repetirlo habitualmente, y hablar siempre con lentitud y premeditación.

Encontramos un claro ejemplo de este entrenamiento pedagógico en los ejercicios de habla del método Brosteriano en Inglaterra (1827) y en las gimnasias vocales que acompañaban el uso de almohadillas bucales en el método americano promocionado por Madame Leigh. Como ejemplo del tipo de terapia basada en estas creencias, podemos dar un resumen del programa de Schmalz (1846). Lo primero de todo, Schmalz recomienda que el tartamudo debe tener una mente tranquila, seguridad en sí mismo y creencia en la infalibilidad del método y a partir de ahí llevar a cabo unos ejercicios diariamente durante suficiente tiempo:

1. Prolongar la inhalación y la exhalación antes del inicio del habla.
2. Relajar los movimientos respiratorios y articulatorios.
3. Usar una voz de bajo tono.
4. Hablar suavemente, no alto.

5. Comenzar a hablar con aire en los pulmones.
6. Concentrarse en contraer el abdomen.
7. Pasar la atención de la articulación a la voz, fijándose en el tono.
8. Decir las frases sin interrupción.

Los tartamudos debían practicar el habla y la lectura hasta que fuesen capaces de llevar a cabo todos estos puntos.

Estos ejercicios de habla fueron muy populares en los años 1800s. Mantenían a los tartamudos entretenidos e implicados. Podían ser practicados sin que aflorase mucha tartamudez, alentando así la sugestión indirecta de que eran curativos. Eran fáciles de implementar para los terapeutas e indudablemente producían algún alivio temporal para la mayoría de los tartamudos y cura para unos pocos. El más prestigioso mentor del entrenamiento pedagógico a través de ejercicios de habla fue Gutzmann (1898) cuyo sistema dominó la terapia de habla para los tartamudos durante muchos años. El catálogo de ejercicios que aconsejaba eran llevados a cabo por el tartamudo bajo rígida supervisión en casa, en el hospital, o en una institución. El tartamudo tenía que aprender la manera correcta de coordinar sus músculos de habla y hablar muy conscientemente, en lugar de automáticamente. Comenzaba con ejercicios intensivos de respiración y entrenamiento en vocalización, después procedía a practicar sonidos sencillos primero, luego sílabas, luego palabras y finalmente frases. En la última fase, todas las palabras tenían que ser dichas durante una exhalación voluntaria de aire y las vocales de esas palabras debían prolongarse.

La terapia de Gutzmann era relativamente fácil de implementar incluso para individuos sin entrenamiento previo. Típicamente alemana, era sistemática y definida exhaustivamente. Los ejercicios eran explicados con todo detalle. Sus escritos tenían un embriagador sabor a ciencia y autoridad. Eran tan fáciles de seguir que algunos hablantes normales o tartamudos (que habían ganado algo de fluidez siguiendo el método) abrían colegios o institutos para tartamudos, habitualmente en casas particulares, de manera que pudieran controlar el entrono del tartamudo completamente. En estas casas, la tartamudez era normalmente “verboten”. Seguías el método. Hacías los ejercicios. Obedecías las órdenes. Muchos institutos de este tipo florecieron en América durante los primeros 30 años del siglo XX, y en muchas otras partes del mundo. Incluso hoy encontramos lugares en los que ese tipo de tratamiento es todavía empleado y encontramos vestigios del mismo en un libro de Anderson (1970).

Normalmente, cuando un tartamudo ingresa en uno de estos institutos, se le ordena que permanezca en absoluto silencio durante un periodo de tiempo que puede llegar hasta

las dos semanas. Se le dice de manera rotunda que es necesario debilitar los malos hábitos de habla antes de que los nuevos sean contruidos mediante los ejercicios necesarios. El autor de este libro ha experimentado esos silencios y puede asegurar que eran extremadamente traumáticos al principio pero, a medida que pasaban los días, venía la esperanza de que, cuando comenzase a hablar de nuevo, lo haría más fluidamente. El uso de un periodo de silencio reforzaba un compromiso; daba la oportunidad de firmar un contrato invisible que siempre existe entre el terapeuta y el paciente. Si rompías tu silencio, es como si no firmaras. Lo que ocurría en ese caso es que se añadían más días de silencio a la cuota como penalidad. En ciertos centros de tartamudez era posible hablar durante los periodos de silencio pero solo durante las recitaciones y ejercicios al unísono o cuando se hablaba con ayudas rítmicas. Como el tartamudo era normalmente fluido en ese tipo de actividades, se investían de un halo de potencia casi mágico. Yearsley (1909) escribió:

El silencio, en lo que se refiere a la cura, significa no intentar siquiera entablar conversación con nadie bajo ninguna circunstancia y esto ¡debe ser obedecido! por un periodo de al menos 10 días. Si es posible un periodo aun mayor, será aun más ventajoso para el pupilo. No debe, durante este estado, conversar ni en el más mínimo grado. Incluso los habituales “Buenos días” y “Buenas tardes” deben ser evitados. En presencia de otros debe permanecer mudo. Una semana de silencio tendrá el efecto de restaurar su mente a la condición normal. No habrá ese miedo constante al fracaso y al desastre en lo referente a las conversaciones. Se resignará simplemente a una semana de paz y tranquilidad, donde ningún pensamiento crítico sobre su habla lo molestará. Todo lo que requiere el pupilo es hacer una firme resolución de que no caerá en la tentación de la conversación.

Más recientemente tenemos una cita de DeHirsch y Langford (1950):

Los periodos prolongados de silencio han sido utilizados por terapeutas, principalmente, creemos, en institutos logopédicos en los que los pacientes podían vivir. Los tartamudos que han llevado a cabo este método testifican que les ha proporcionado relajación, y tiende a romper un mal hábito, ya que, cualquiera que sea el origen de la tartamudez, no hay ninguna duda de que la tartamudez es un hábito establecido. Durante estos periodos de silencio, ejercicios de ritmo, ejercicios de respiración y demás deben ser llevados a cabo como ayudas adicionales a la relajación. Cuando el silencio es finalmente roto, lo es en primer lugar en situaciones bastante simples y controladas. Muchos tartamudos se encorajan al ver que después de un periodo de silencio de dos o tres semanas, son capaces de decir palabras bastante bien, a veces sin rastro de tartamudez en absoluto. Tal experiencia le da al tartamudo un sentimiento de nuevo comienzo, lo cual ayuda mucho a enfrentarse con un problema tan de largo recorrido.

Como ya hemos dicho anteriormente, y estos autores sabían bien, el efecto de la sugestión depende no sólo del prestigio del que sugestiona, o en la masiva repetición del mensaje, sino que también depende de la intensidad del estímulo. Una sugestión débil tiene

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

poco efecto. A continuación proporcionamos un ejemplo de sugestión fuerte en una sesión de terapia presenciada en Francia por Rigmor Knudsen (1946):

Los tartamudos comienzan el día a las nueve de la mañana recibiendo un masaje eléctrico en la cara y en la garganta, presumiblemente para relajar la tensión de esos músculos. Entonces los adultos practican ejercicios de respiración ayudados de un aparato, con la supervisión de los asistentes. A continuación siguen los “ejercicios psico-neuro-motóricos” que eran dirigidos personalmente por Madame P. Duraban desde las 9.30 hasta las 11 AM y tenían lugar en una habitación bastante grande en la que los tartamudos de todas las edades se sentaban en una fila de sillas. Mme. P., que ya no es una mujer joven, con su pelo blanco que le cuelga de la cabeza como espuma, se enfrenta con la clase y grita con su potente voz lo que deben hacer. “Es energía lo que necesitan,” me explicaba, “y yo la tengo.” Empezaban con ejercicios silenciosos. “Ouvrez la bouche!” gritaba Mme. P., y era fantástico ver a cuarenta personas abriendo sus bocas forzosamente. “¡Tratad de crear resistencia en la mandíbula!” gritaba, y nunca hubiera soñado en ver tensiones como aquellas. Pero eran los ejercicios de voz los más espectaculares. Todos debían gritar lo más alto posible. “¡Sin energía, no hay resultado!” sentenciaba Mme. P. triunfalmente. Por ejemplo había un ejercicio que consistía en decir “kra-rra-rra;” que era repetido una inmensa cantidad de ocasiones con diferentes vocales, sin parar, y con velocidad creciente. Al mismo tiempo, Mme. P., como una domadora de bestias salvajes, excitaba a los estudiantes para que se emplearan con más y más fuerza: “¡Dadlo todo!”, “¡Más alto!”, “¡Aun más alto!”. Finalmente, después de una serie de ejercicios que parecían interminables, a la mayor intensidad posible, se terminaba con una serie de respuestas a preguntas al unísono. Uno de estos cursos duraba como mínimo catorce meses. Al final de la clase, Mme. P. se volvió hacia mí triunfalmente y me dijo “¡Cada día con la misma energía! ¡Que nadie diga que no tiene suficiente energía!” Y no pude evitar responder: “Madame, sólo ahora entiendo a Napoleón.” Lo tomó como un cumplido y me invitó a volver cada día, de manera que pudiera aprender el método e importarlo a Dinamarca, pero le di las gracias y huí de allí rápidamente.

Asumiendo que algunos tartamudos hayan sido beneficiados por esta terapia, la cuestión que se plantea es cuales serán los componentes curativos de este tipo de prácticas. Podríamos considerar algunas de las siguientes: el uso del comportamiento asertivo para inhibir recíprocamente la ansiedad del tartamudo; el efecto de modeling a través de la identificación; la integración de las sinergias básicas de voz, articulación y respiración; la presencia de ruido de enmascaramiento; los efectos rítmicos y prosódicos del habla coral. Pero, más potente que todas éstas presumibles influencias, es el evidente uso de sugestión, tanto directa como indirecta.

Cuando uno repasa la multitud de viejos libros y manuales de terapia de tartamudez, se queda alucinado por el número de ellos que contienen no sólo ejercicios fonéticos y frases sino también largos pasajes que habían de ser leídos o memorizados y recitados. ¿Tantas largas horas gastadas por legiones de tartamudos desconocidos y olvidados a lo largo de

la historia, fueron completamente en vano? ¿Es la sugestión la razón básica para cualquier efectividad que este enorme trabajo pudiese proporcionar? ¿Es posible que grandes dosis de habla y lectura normal (como quiera que se procurase) pudieran desvanecer la tendencia a tartamudear? Si el habla normal puede ser fuertemente reforzada por práctica masiva, ¿no debería esto debilitar su respuesta competitiva tartamudeadora en los mismos términos? Muchos de nuestros antecesores en el campo de la patología del lenguaje creían ciertamente que sí.

Tratemos de explicar porqué estos ejercicios se usaron de manera tan extendida. La lectura, al menos en entorno clínico, es para muchos tartamudos menos estresante que hablar, aunque solo fuera por el hecho de que no tienen la carga adicional de formular un mensaje. Lo mismo puede decirse de hablar párrafos memorizados. A través del habla y lectura coral, o la relajación, u otros métodos, la mayoría de los tartamudos pueden producir una buena fluidez en estas prácticas. Recitando material memorizado, el efecto de adaptación reduce la tartamudez después de unas pocas recitaciones sucesivas. La primera preocupación de nuestros antecesores era hacer a los tartamudos fluidos lo más pronto posible y estas eran actividades que ciertamente les ayudaban a conseguirlo. ¡Algo que funciona tan rápidamente y tan bien, tiene que ser bueno! Quizá creían tan fuertemente en la eficacia de dar a los tartamudos prolongadas y repetidas experiencias de habla normal que se emplearon en administrarles tan dudosas prácticas para conseguir ese objetivo.

Presumiblemente siempre hay recompensas y reforzamiento positivo como consecuencia de periodos de habla normal producida de esta manera. Algunas de estas recompensas provienen del terapeuta, otras del interlocutor y muchas más del propio tartamudo. Por desgracia, esta habla normal no se produce en contextos ligados con el comportamiento tartamudo ya que la situación comunicativa es a menudo diferente. En la clínica el estrés es reducido; el miedo y la frustración eliminados. Aunque las palabras sean las mismas que aquellas en las que habitualmente el tartamudo tiene problemas, son percibidas de manera diferente y así es difícil conseguir la transferencia a la comunicación en vivo. La tartamudez no es un desorden de pronunciación. Mucha de la mejora mostrada como resultado de largas sesiones de práctica de habla fluida se debe probablemente al incremento de la autoestima del tartamudo debido a su implicación en terapia. Lo está intentando. Está trabajando en su habla a base de toda esa recitación y lectura. Es seguro que tantas largas horas de trabajo le ayuden. Así funciona la sugestión indirecta y así se reduce la ansiedad y la tartamudez. Además, si el tartamudo emplea todas esas horas practicando, ese tiempo no lo emplea enfrentándose al endemoniado y amenazante mundo exterior. Es posible que el resultado fuera el mismo si empleara ese tiempo cantando o hablándose a sí mismo o copiando a mano los párrafos. Pero además, otra ventaja se acumula: libera al terapeuta, aunque no al tartamudo, como lo atestigua este antiguo lamento de Appelt (1929):

Esclavicé mi vida en respiraciones, vocalizaciones, ejercicios de articulación con la ayuda de libros; pero, por mucho que cavilé sobre la causa del sufrimiento y estudié sus

diferentes síntomas, todas mis penas resultaron inútiles y fui empujado hacia el convencimiento de que aquellos grilletes se fortalecían más y más, cuanto más luchaba por liberarme de ellos... Llegué a la conclusión de que un porcentaje muy grande (al menos el 90%) de aquellos que habían sido despedidos como “curados” estaban, en realidad, solo en apariencia curados, y, cuando mis investigaciones me llevaron a descubrir que el miedo a hablar, junto con resistencias físicas internas son la causa del desorden, supe que los ejercicios mecánicos no harían desaparecer esas dificultades inherentes, y que la cura verdadera y duradera estaba aún por descubrirse.

Ha habido una enorme cantidad de este trabajo en el tratamiento de la tartamudez. Asumiendo que algunos pocos tartamudos han sido curados, y otros han mejorado por estas prácticas, incluso aunque los otros no hayan tenido tanta suerte, creemos que la mayoría de ese cambio debe ser atribuido a la sugestión. Boome y Richardson (1932) lo dicen claramente:

La mayoría del trabajo llevado a cabo en el grupo tiene su mayor valor como vehículo de sugestión. Cuanto más joven sea el niño, más necesidad tenemos de mantenerle entretenido. Pero con niños algo mayores es posible explicarles hasta cierto nivel y con palabras sencillas que el problema es psicológico, y que la alteración de sus hábitos de pensamiento es una parte del tratamiento más importante que los ejercicios mismos, que son sólo unos medios para conseguir ese fin.

- **Colegios de tartamudez**

Quizá un vistazo al funcionamiento de los viejos colegios para tartamudos podría ser de ayuda para evaluar los tratamientos en términos de sugestión, ya que en ellos los tartamudos podían ser encontrados practicando este tipo de actividades día y noche. Como hemos dicho anteriormente, el tratamiento comenzaba normalmente con un periodo de silencio absoluto durante varias semanas, en las cuales el tartamudo era sometido a una intensa sugestión verbal. Los métodos eran confidenciales. A menudo el tartamudo era obligado a prometer que no desvelaría el método. Testimonios (a menudo pedidos y pagados a personas que nunca habían tartamudeado) llenaban las paredes, y eran leídos en silencio o en voz alta como parte del ritual diario. Una vez superado el periodo de silencio, el trabajo de habla se llevaba a cabo en grupos, con los tartamudos respirando, recitando, temporizando sus sílabas con sus brazos o dedos al unísono con el instructor o marchando por el aula golpeándose el pecho con una batuta.

En su adolescencia, este autor asistió a varios de esos colegios para tartamudos típicos de un tipo de institución que explotó a los tartamudos durante los primeros años del siglo XX. Cada instituto tenía mínimas variaciones en el tratamiento pero todos ellos empleaban sugestión directa e indirecta constantemente. Uno usaba balanceo de brazo, otros

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

vaivenes de ojos o manos, otro una forma continua de hablar como en un susurro, en el cual todas las palabras eran prolongación unas de otras y las consonantes eran tragadas. En cada una de estas instituciones recitábamos eslóganes llenos de sugestión, como los siguientes: “¡Lo haré; lo haré; lo haré; LO HARÉ!” “¡Debo ser fuerte; no debo ser débil; no tartamudearé; oídme hablar!” “Me curaré, encontré el camino.” En todos ellos teníamos los mismos interminables ejercicios de respiración: acostarse, sentarse, ponerse de pie; rituales de respiración pectoral, costal, diafragmática, abdominal. (Se medían nuestros pechos cada semana para ver si nos habíamos beneficiado de la práctica.) Hacíamos fonación de vocales simples a coro, luego parejas de vocales, luego tríos y luego cuartetos. Entonces las decíamos todas juntas controlando nuestra respiración. Después repetíamos palabras y frases siguiendo al instructor, sincronizando nuestra pronunciación con balanceos simultáneos de los brazos o nudillos o las puntas de los dedos. Mientras recitábamos las sugestivas sentencias después del instructor, pobre de aquella alma que tartamudeara. Era separado del grupo, multado, sentenciado a pasar horas en completo silencio o se le asignaba un gran número de hojas para leer en voz alta en soledad, o puesto en ridículo delante de sus compañeros.

Estos antiguos curanderos lo sabían todo sobre contingencias y sobre refuerzos positivos y negativos, mucho antes de que naciera Skinner. Medio muertos de hambre en la hospedería, se nos daba ración extra de fabas a cambio de fe en el trabajo y resultados— o privilegios como permitirnos dejar temporalmente el lugar para dar un paseo o comprar cuchillas de afeitar o cacahuets. Teníamos pequeños papeles sellados que hacían de fichas, moneda de cambio de aquel reino autocrático. Recuerdo vender uno de mis jerséis por ocho piezas de aquellas, y usar el privilegio obtenido por ello (siete piezas, más una que dejé para una ración extra de fabas) para llegarme hasta la esquina y comprar mi primer helado desde hacía meses. Cualquier tartamudo que expresara una sombra de duda acerca de la posibilidad de que EL MÉTODO no iba a ayudarlo era avergonzado o expulsado. Teníamos sesiones en grupo por las mañanas, en las que recitábamos nuestra fe y creencia mientras balanceábamos los brazos.

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



El autor de adolescente. Cortesía W. Starweather.

En uno de estos colegios se montaban tribunales cada viernes. Todos temíamos ese día porque cualquiera de nosotros podía ser llamado delante del jurado, acusado de no hacer el trabajo necesario, de no usar la manera de pronunciar descrita o, lo que era peor de todo: de haber tartamudeado. El fiscal llamaba a testigos que testificaban en contra del acusado, el cual, pobre diablo, era su propio abogado defensor. Bajo ese estrés era difícil usar el método o no tartamudear, de modo que normalmente era encontrado culpable y sentenciado a severas penas. A menudo se le rebajaban tres grados en la escala, para superar cada grado se necesitaba al menos una semana de duro y aburrido trabajo. El sistema estaba ingeniosamente diseñado para mantener a los tartamudos en la institución la mayor cantidad de tiempo posible ya que no sólo teníamos que pagar el curso y la habitación, sino además la instrucción extra por semana.

Pero siempre había esperanza detrás de todo aquello— esperanza brillante, amable, basada en la fe, el trabajo duro y el sacrificio. Si la tristeza te impedía dormir, siempre podías levantarte y hacer más ejercicios, y los hacíamos.

Releyendo lo anterior, 40 años después, este autor se resiste a creer que pudiera haber soportado tanta charlatanería, pero cuando uno tartamudea terriblemente y no hay más recurso en el mundo, uno se aferra a cualquier tontería y soporta cualquier cosa que le ofrezca una brizna de esperanza. Y de verdad había esperanza. Nos lavaban el cerebro con personas muy fluidas, probablemente fraudulentas, que venían todas las semanas y nos contaban su testimonio de cómo habían sido curadas. La esperanza también se infundía con frases sugestivas que recitábamos, por el material que leíamos y, sí, incluso por el aire que respirábamos durante los ejercicios de respiración. Y el miedo, ese demonio, era también a menudo invocado para espolearnos. Cada vez que un tartamudo se las arreglaba para escapar de allí, o era expulsado, el profesor o el director nos reunía a todos y pintaba con vivos colores la fatalidad que sentenciaba el destino de la pobre alma que había abandonado el camino. Bajo tal régimen de confinamiento, muchos de nosotros mejorábamos. Nos veíamos unos a otros ganar fluidez y eso era altamente sugestivo e impresionante.

En algún otro lugar he escrito lo siguiente (Van Riper, 1971):

Los curanderos de aquellos días eran excelentes conocedores del condicionamiento operante. Vivíamos (casi en prisión) en un instituto donde éramos manipulados como conejillos de indias skinnerinos en un laboratorio. Ocasionalmente, con inmenso esfuerzo y concentración era capaz de conseguir suficiente fluidez metronómica como para oler el queso de la esperanza, pero más a menudo, incluso en mis cantinelas metronómicas me bloqueaba severamente con el brazo congelado en el aire y mis dedos pegados. Pegamento en mis labios, en lugar de fluidez, era el resultado cuando mis ahorros se terminaban y era echado del instituto sin ninguna ceremonia. Había otros 64 tartamudos al mismo tiempo y me escribía con todos ellos después de aquello. Solo uno de ellos dijo que había ganado algo con el entrenamiento; la mayoría habían salido peor de lo que entraron. Esto me sorprendía porque ninguno había tenido las dificultades que yo había tenido para conseguir fluidez con el habla metronómica. Habían conseguido ser fluidos en el instituto y, a la hora de marchar, habían firmado testimonios de que estaban curados. Más tarde encontré a un hombre que era la excepción y hablaba sin tartamudear, pero a un ritmo de dos monótonas y medidas sílabas por segundo. Parecía un zombi, un muerto viviente.

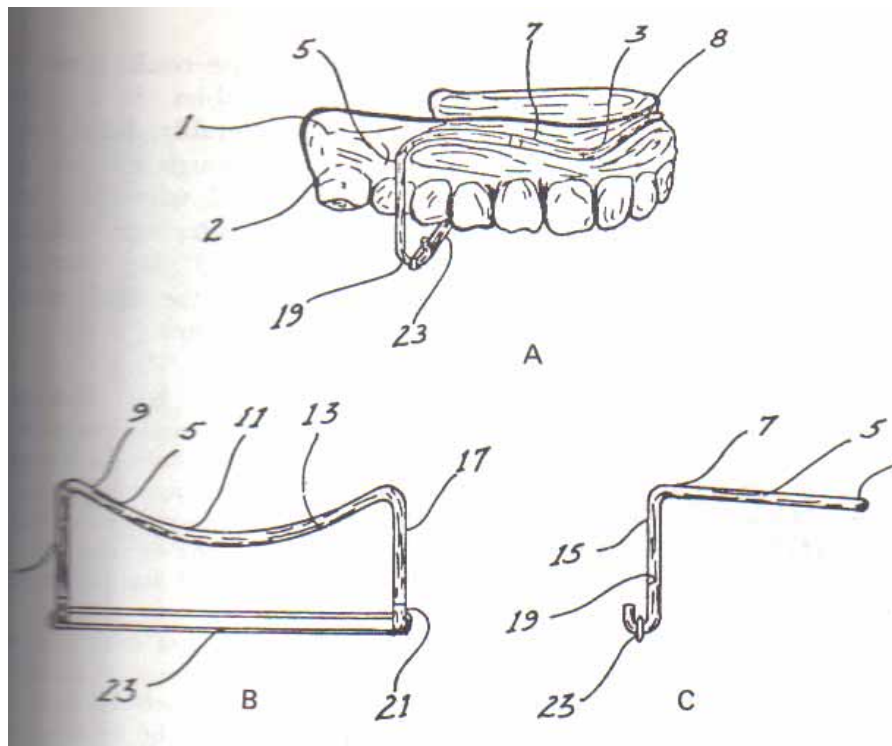
Muchos de los tartamudos con los que trabajé en mis primeros años de carrera habían tenido experiencias similares. Después, durante un par de décadas, con el advenimiento de nuevos profesionales y la desaparición de los colegios para tartamudos, el uso de métodos basados en el ritmo temporal parecía haber muerto, pero ahora de nuevo han florecido, disfrazados con la terminología de la modificación de la conducta. Indudablemente deberá cosecharse otra remesa de tartamudos y terapeutas desilusionados antes de que podamos esperar por algo de progreso hacia una adecuada terapia de la tartamudez.

- **Uso de Prótesis**

A menudo los ejercicios de entrenamiento de habla se llevaban a cabo junto con aparatos protésicos. Estos proporcionaban algo de la corroboración que siempre es necesaria para que la sugestión sea efectiva. También servían como distractores. La alteración de la configuración de estímulos que se produce cuando tienes en la boca un objeto extraño o llevando un arnés en la laringe, alrededor de tu cuello o teniendo un cinturón en el pecho para sentir tu respiración cuando hablas, reduce el miedo y así, temporalmente, la tartamudez. De nuevo encontramos en ellos la magia de la sugestión trabajando. Han sido usados durante siglos y siguen vendiéndose hoy en día. Itard, un médico francés (1765-1838), colocó pequeños tenedores de oro debajo de la lengua de sus tartamudos para superar la supuesta debilidad espasmódica. Otra prótesis muy antigua es descrita por Schilling (1965):

El Muthonom de Columbat era un pequeño instrumento de plata y marfil el cual, deslizado debajo de la lengua y fijada a los incisivos inferiores, conseguía elevar y retraer la lengua. Otros dispositivos parecían diseñados para conseguir justo lo contrario: juntar la lengua con los incisivos inferiores. Uno de estos era una placa de plata como segundos dientes diseñado por Hervez de Chegoin en 1830.

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



Fred Stammercheck, para enlentecer el habla.

Otras aplicaciones impedían la respiración abdominal y, aun otros, como el dispositivo de Bates tenían muelles que presionaban la nuez, y también había extraños aditamentos con cables para ser llevados dentro de la boca. Robinson (1964) describe uno que había sido patentado en su país:

No hace tanto, en 1957, por ejemplo, la patente número 2818065 fue expedida para el FREED STAMMERCHECK, un aparato bucal para enlentecer el movimiento de la lengua y ayudar así a reducir los síntomas de la tartamudez. La anotación de la patente establece que “Cuando el dispositivo es apropiadamente instalado en la boca de un tartamudo se observa una inmediata mejora en su tartamudez, y con solo llevarlo intermitentemente, el hábito reflejo desaparece.”

McCarthy (1970) dice que existen más de 50 patentes en la oficina de patentes de USA para curar a los tartamudos. También existen en Japón. Allí, Sato (1954) describe un aparato consistente en una delgada placa que debe ser pegada a los dientes de los tartamudos, informando que en 18 de 69 casos el resultado fue excelente, 32 muy bueno, 17 bueno, 2 regular y ninguno fue malo. Clark (1959) habla de un dispositivo llamado *zond*, usados en Rusia para alterar la posición de la lengua de los tartamudos.



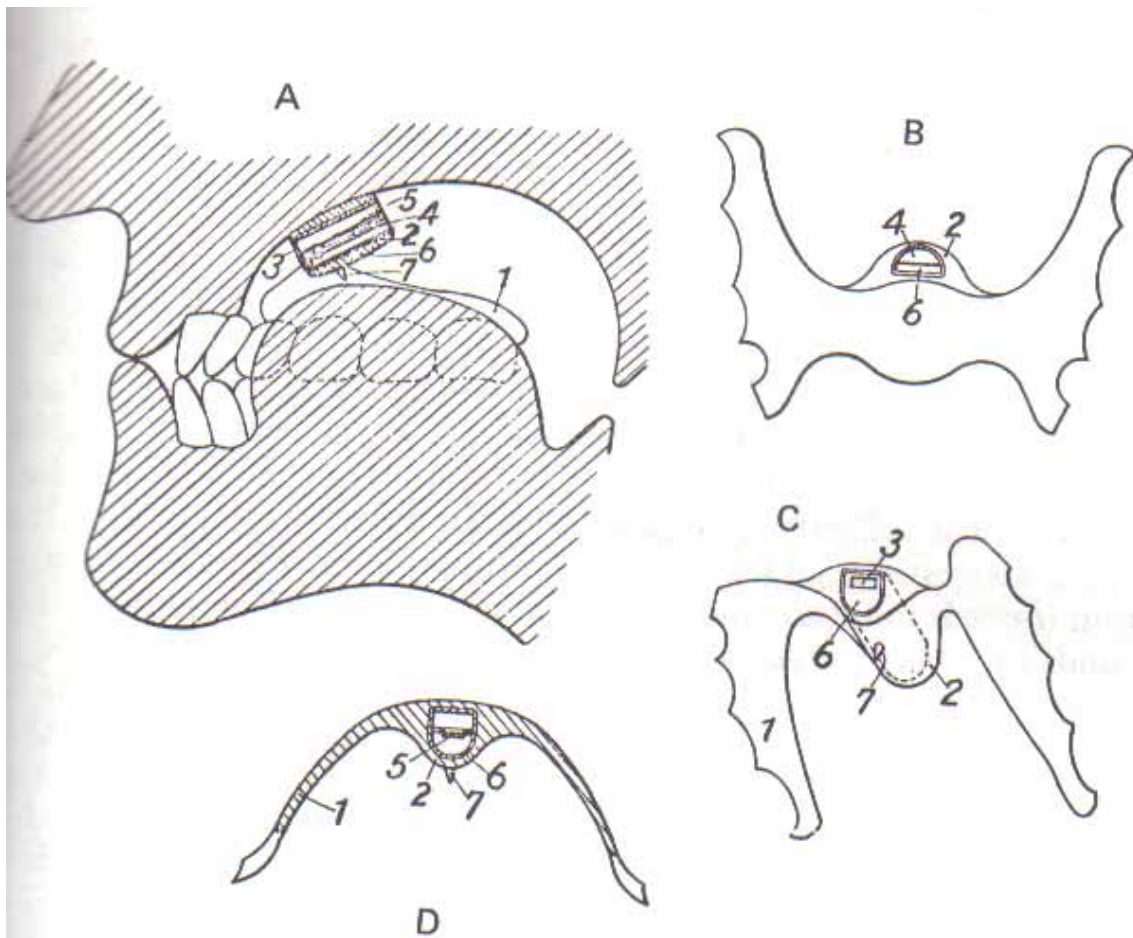
Zond

Durante su miserable adolescencia, el autor de este libro no llevó ninguna de estas prótesis, pero sí descubrió que podía hablar más fácil con guijarros (como Demóstenes) o, preferiblemente, caramelos duros, en su boca— aunque no por mucho tiempo— y se preguntó porque estos le ayudaban a reducir su tartamudez. Alexander Melville Bell (1853), el inventor del habla visual para los sordos, proporcionó una explicación. Escribió:

El tartamudo siente indudablemente autoridad y amplios precedentes para probar el efecto de los guijarros en su boca; pero quizá esté satisfecho de renunciar a la oportunidad de una indigestión si traga uno de ellos, cuando se le diga que los guijarros en su boca serán inútiles.

Demóstenes no se curó a sí mismo con guijarros sino con energía y perseverancia indómitas. Si los guijarros realmente le hubieran ayudado, sería por haber mantenido su boca abierta. Quizá tuviera el habito, muy común entre los tartamudos, de mantener su mandíbula cerrada y tener guijarros entre los dientes podría servir para corregir esto. En todo caso, no permitáis que el tartamudo crea en nada más que en sí mismo— más allá de cualquier asistencia mecánica o expedientes inusuales— para trabajar en su cura.

Uno de los más ingeniosos aparatos viene del Japón en la forma del “aparato para curar tartamudos” de Idehara (1937) que consiste en un pequeño silbato colocado en el interior de la cavidad bucal y fijado con adhesivos encima de los dientes superiores. El objeto de este aparato es proporcionar realimentación del flujo de aire, un procedimiento muy pertinente en términos de la moderna servoterapia. Aunque otros no pueden oír el ligero silbido, el tartamudo sí puede, cuando respira, y así aprende a silbar mientras habla. En la base de este silbato se coloca una cuchilla afilada lo suficiente para hacer daño si hay demasiada presión de la lengua.



Dispositivo para curar la tartamudez de Idehara.

Colegas modernos recomiendan llevar un metrónomo eléctrico detrás de la oreja como una prótesis auditiva. Más sobre esto en un capítulo posterior. Ahora podemos sonreír al ver los tenedores de Itard o el Muthonomo de Columbat, pero algunas modernizaciones de estos aun se venden hoy en día. Podemos preguntarnos porqué el gobierno prusiano pagó tanto dinero por la cura secreta de Madame Leigh, y hacerlo la cura oficial de la tartamudez. Aunque nos maravillamos menos cuando pensamos en algunos de los modernos métodos y dispositivos usados para retraer la lengua. ¡Algunas veces parece que el progreso es siempre circular!

- **Distracción.**

Si la sugestión ha de ser verdaderamente efectiva, necesita algo de corroboración. Nos resistimos a sugestiones que son obviamente inválidas o no plausibles; aceptamos mejor aquellas que parecen apropiadas o verdaderas. Como los hipnotistas saben esto bien, les

piden a sus pacientes que fijen sus ojos durante algún tiempo en una luz u objeto mantenido o balanceado sobre su cabeza antes de sugerir que sus ojos le pesan y tiene ganas de dormir. Sabiendo que pronto caerá en trance bajo las expertas órdenes del hipnotista, el paciente siente realmente que él mismo se balancea y se cree la sugestión, sin darse cuenta de que en realidad uno siempre se balancea algo cuando está de pie rígidamente erecto y de que el hipnotista sincroniza los balanceos del collarín con el ritmo de ese mismo balanceo. Cuando se le dice que le será imposible separar sus dedos sólidamente cerrados, el paciente descubre que mantenerlos durante algunos minutos en esa posición consigue de hecho que sea difícil desplegarlos, y así la sugestión consigue la corroboración que necesita para ser aceptada.

Encontramos el mismo proceso durante la terapia de tartamudez. Verdaderamente muchas técnicas terapéuticas comunes fueron descubiertas y usadas por los tartamudos mismos antes de que fueran explotadas sistemáticamente por terapeutas. Es fascinante observar como muchos tartamudos que no han sido tratados descubren idénticas técnicas: cambiar el tempo de su pronunciación, variar la manera como articulan, adoptar patrones de inflexión poco naturales, y así sucesivamente. Lo que es importante es que reconocemos que, ya que estas maneras de manejar la tartamudez producen temporales pero efectivos resultados, estos resultados provienen de la corroboración parcial que cualquier sugestión efectiva requiere.

Hace mucho, en un artículo alemán que impresionó mucho a este autor la primera vez que lo tradujo, y que aún sigue impresionándole, Henry Freund (1932) clasificaba estas técnicas de modificación del habla y mostraba como ayudan a reducir o eliminar la tartamudez. Las más prominentes sobre ellas eran aquellas que distraían al tartamudo de su atención patológica a claves verbales o situacionales que significasen peligro para hablar. Freund mostró que muchos trabajadores habían buscado distraer la atención del tartamudo sobre su articulación a base de técnicas que le forzaban a concentrarse en adoptar una manera novedosa de respirar, de producir la fonación, de acentuar, de producir sílabas, de alterar el tempo o las características melódicas de su habla. Desde el punto de vista de Freund, estos métodos eran una lejana reminiscencia de las antiguas gimnasias del habla, tan sugestivas, y de los ejercicios de endurecimiento muscular porque atacaban directamente al corazón de la neurosis que estaba implicada en cada tartamudez, así que él todavía recomendaba su uso juicioso. Si la técnicas de distracción pueden romper los círculos viciosos autorreforzados de la sugestión negativa y las percepciones anormales, ¿porqué no usarlos? Dr. Freund, un hombre sabio y amable, pensaba que el uso por parte de los tartamudos de cualquiera de estos métodos o incluso alguna evitación ocasional como el uso de sinónimos es “más preferible que el sentimiento de completa derrota y frustración que acompaña a un tartamudeo real.”

Por lo menos es cierto que los tartamudos han usado dispositivos y comportamientos distractores durante años para mejorar su desorden. Y también lo han hecho sus terapeu-

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

tas. Hace más de un siglo, Schulthes (1830) insistía que era muy importante que a los tartamudos se les dieran maneras de distraerse de su atención mórbida hacia las dificultades de su habla. Muchos trabajadores modernos, seducidos por los temporales incrementos de fluidez producidos por algunos de estos antiguos métodos, los han redescubierto y justificado su uso con racionalizaciones modernas impresionantes mientras negaban su calidad de distractores. Los antiguos terapeutas no eran tan ingenuos. Potter (1882) proporcionó una larga lista de distractores que iban desde arrastrar las palabras hasta aspirarlas pasando por el habla silabeada en el tiempo y el control del ritmo y tenía algunas reservas sobre su uso:

Todo el tema de trucos e inventos mecánicos puede ser desechado con unas pocas palabras. Cualquiera de ellos será útil mientras sean una novedad para el paciente, sirviendo para concentrar su atención y ejercitar su voluntad, constituyendo un obstáculo adicional para su habla, genera toda la fuerza de voluntad latente para superar el problema. Así, cuando se conquista el nuevo obstáculo más grande, el antiguo y, por un momento, más pequeño obstáculo es superado también. Pero cuando por el uso se acostumbra al truco, la voluntad es liberada de la necesidad de esfuerzo y el tartamudo vuelve a la misma severidad que antes, maldice al curandero que le engañó y vuelve a la desesperación.

50 años más tarde, más o menos, Fletcher (1928) hizo un comentario similar en una frase muy larga:

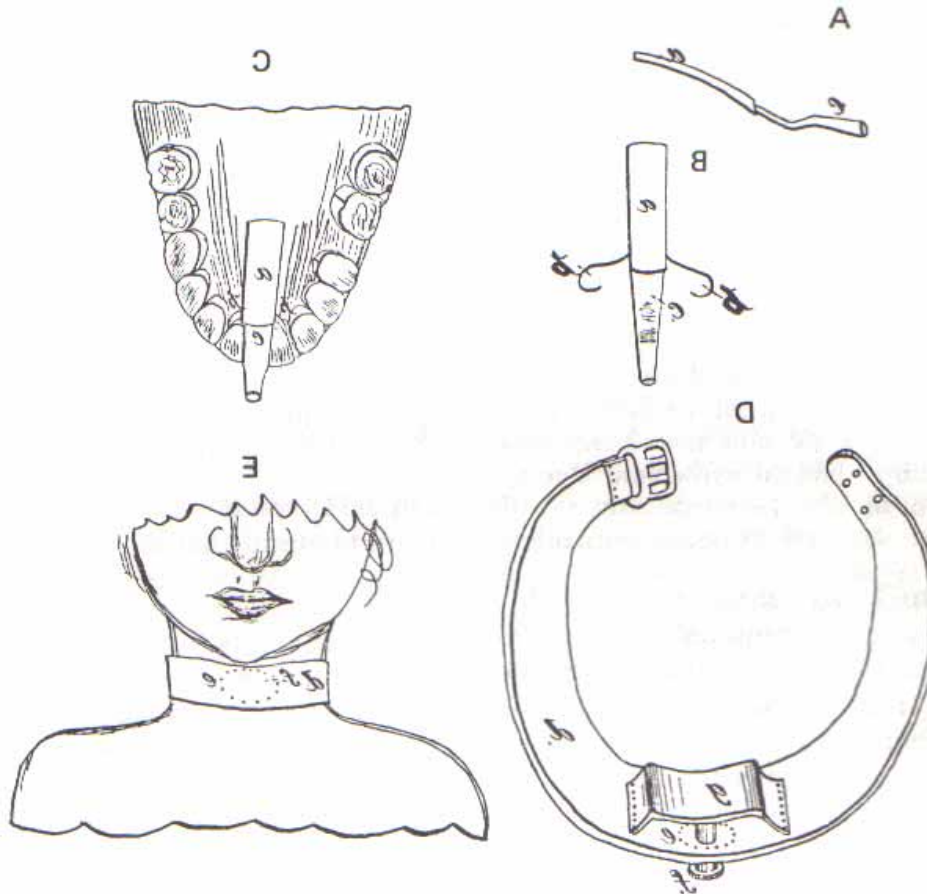
Colocar corchos o cuñas entre los dientes, alzarse de hombros, dar golpes con el pie, pincharse con los dedos, silbar o contar antes de hablar, y otros muchos expedientes terapéuticos, todos ellos dados por efectivos en algunos casos, parecen deber su eficacia al hecho de que distraen la atención del tartamudo de su dificultad, y que, en consecuencia, le proporcionan un alivio de sus inhibiciones mórbidas por las que su habla está dificultada.

Considérese por un momento como de distractivas eran las aplicaciones de Bates que mencionamos brevemente en la sección de prótesis. Potter (1882) nos cuenta sus tristes experiencias con ellas:

Las aplicaciones de Bates eran ampliamente recomendadas para la cura de la tartamudez hace algunos años y han cosechado multitud de víctimas. Cuestan 35\$, están patentadas, y constan de tres artículos, (1) un instrumento con la forma de pequeña cuña aplanada, que se instala en la boca con el mango proyectándose entre los labios, con el propósito de dar acceso al aire durante la tartamudez labial; (2) un pequeño tubo de oro para ser acoplado con una banda de goma a un diente, para aliviar la tartamudez dental; (3) un compresor de la laringe, capaz de incrementar la presión a base de apretar un tornillo y una hebilla, acoplado al cuello con una banda, para aquellos que tengan problemas en enunciar los sonidos guturales. Como casi todos los casos serios presentan todas las formas de tartamudez antes mencionadas, el uso simultáneo de las tres aplicaciones es necesario si queremos estar preparados para cualquier emergencia. La locura de haber esperado beneficiarse de tal apa-

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

rato durante algún tiempo es conocida por experiencia por este autor, el cual pagó la suma antes mencionada por un juego de estos artilugios en tiempos en los que tuvo que negar esa suma a las necesidades más básicas de la vida.



Las aplicaciones de Bates.

Un viejo experimento llevado a cabo por Gutzmann (1898) puede demostrar como un distractor puede alterar la situación de habla de manera que los estímulos que usualmente disparan la tartamudez se vuelven inefectivos. Aplicó una débil corriente eléctrica al cuello de algunos tartamudos a nivel de la laringe y comprobó que algunos de ellos se volvían remarcablemente fluidos. Sin embargo, también descubrió que algunos de ellos también se volvían fluidos cuando colocaba los electrodos en el cuello pero no aplicaba corriente. Estaban simplemente pensando más en un shock que en la posibilidad tartamudear. Algunos tartamudos han relatado que pueden hablar mejor mientras están nadando, o conduciendo o llevando a cabo alguna otra actividad. Si bien es cierto que algún de este efecto, como nadando o bailando, se pueda deber a la temporización rítmica general del movimiento corporal, otros, como conduciendo, pueden ser debidos a la necesidad de vigilar la carretera más que a la tartamudez. Una de las ilustraciones más vívidas de este efecto novedad se encuen-

tra en un pequeño artículo de Genisse (1935) en el que se descubrió que algunos tartamudos en la Universidad de Michigan fueron capaces de hablar con fluidez mientras estaban a cuatro patas (El autor de este texto desarrolló por aquel entonces una estúpida teoría sobre la dilatación temporal de los capilares corticales.) Fitz (1961) da una ilustración del uso moderno de la sugestión y distracción:

Durante el curso del tratamiento, 15 de los tartamudos más severos fueron mostrados a varios terapeutas del lenguaje en un colegio para niños inadaptados. Sus rupturas de habla iniciales se debilitaron inmediatamente cuando fueron sometidos a *ejercicios de vibración elástica*. En media hora la demostración se terminó porque todos ellos eran capaces de hablar libremente durante al menos dos minutos cada uno.

En su juventud, el autor de este texto fue sometido en una ocasión a una terapia de visualización llevada a cabo por un tal Swift (1931), un médico muy famoso especializado en desórdenes del lenguaje. Localizando el origen de la tartamudez en el *cuneo* y atribuyéndolo a una falla en la *imaginación visual*, Swift entrenaba a sus pacientes a desarrollar esta función. Si decíamos “silla verde”, teníamos que visualizar esa imagen en el ojo de nuestra mente. Si decíamos un concepto abstracto, teníamos que imaginarlo escrito en letras naranjas sobre fondo azul. Desafortunadamente para esta teoría (que nos ayudó temporalmente), Bluemel (1931) apuntó que los ciegos congénitos no tartamudeaban más ni menos que los videntes. Algunas ciegas aclamaciones fueron realizadas a favor de la terapia de visualización, pero su mayor mérito es seguramente el ser la forma más pura de distracción nunca inventada.

- **Maneras novedosas de hablar.**

Mackay (1969) demostró que los hablantes normales tartamudeaban mucho menos cuando hablaban con el DAF si hablaban con voz nasal. Como debían atender al tono, podían ignorar el retraso. No nos sorprende. Los tartamudos descubrieron hace mucho que si adoptaban una manera de hablar poco familiar podían volverse fluidos por algún tiempo, aunque el efecto no solía durar. Kingdon-Ward (1942) es uno de los muchos autores que ha hecho la observación, por ejemplo, de que la severidad y frecuencia de la tartamudez decrece súbita y dramáticamente cuando hablas en un idioma o dialecto extranjero. Bloodstein (1969) proporciona esta ilustración:

Las distracciones raramente continúan siendo efectivas si se usan repetidamente. Un tartamudo, llegado hace poco a Nueva York desde una pequeña ciudad del medio oeste y anticipando la excepcional cantidad de dificultad en el habla adoptó el hábito de hablar con el acento “drawl” de Texas y hablo bastante fluidamente durante un mes de esta guisa. Entonces comenzó a tartamudear de nuevo, tan pronto como se acostumbró a aquella manera de hablar.

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

Los viejos terapeutas también descubrieron este fenómeno y lo explotaron ampliamente. Algunos de ellos enseñaron a los tartamudos a hablar en tono monótono, o bien les recomendaba el uso de inflexiones inhabituales. Una de las últimas técnicas fue la de Scripture, “subir una octava”. Al tartamudo se le enseñaba a subir el tono de su voz una octava en el momento en que se encontraba tartamudeando en una palabra. Otros trabajadores también recomendaban una manera de hablar tipo sing-song en la que cada una de las sílabas era pronunciada con un tono diferente. El método de Arnott, desarrollado en 1864, fue muy popular durante muchos años y encontramos algunos terapeutas que todavía lo usan hoy en día. Consiste en pedir al tartamudo que pronuncie la vocal *e* antes de la primera palabra de cada frase o de cada palabra temida. Se han empleado muchas variedades de la técnica de Arnott: las llamadas vocales *schwa* o nasales o introducir una *h* aspirada como sonido de inicio. Durante algún tiempo estos sonidos iniciales indudablemente distraen la atención del tartamudo a sus sonidos temidos (ya que las palabras ya no empiezan con ellos) y esta técnica produce alguna fluidez temporal. Más tarde, sin embargo, los sonidos de comienzo se convierten en sonidos temidos ellos mismos por contigüidad o asociación, o bien el poder distractivo se acaba cuando uno se habitúa a él y de esta manera el problema de este pobre diablo se ha multiplicado por dos. Jorge VI, el rey de Inglaterra, fue enseñado por el terapeuta Leary, de Australia, a comenzar cada sentencia, frase y palabra temida con una vocal *schwa* y hablando muy despacio. Hemos oído al monarca hablar vía radio a un imperio en el que no se ponía el sol. Era gallardo, pero había veces que su técnica fallaba.

Otra técnica muy común requiere que el tartamudo use una manera de hablar que consiste en fijar la lengua a los dientes superiores o a los inferiores. Todas las consonantes plosivas se deben “aligerar”, es decir ser producidas con muy poca presión, o incluso casi omitidas. De esta manera era producida la fluidez, pero ciertamente a cambio de inteligibilidad. Lo mismo puede decirse de la demanda de que toda el habla sea realizada muy suavemente, casi en un susurro. Los terapeutas parecen haber usado cualquier posible variación de las características del habla en el tratamiento de la tartamudez: alterar el tono, la intensidad, la cualidad para producir formas novedosas de pronunciación. También han alterado el tempo, pero consideraremos el habla silabeada y el habla lenta en otro capítulo. Lo que queremos recordar es que estas nuevas formas de hablar que producen fluidez temporal no son nuevas. Miles de tartamudos ya fallecidos han gastado horas, días, meses y años persiguiendo el deseo de una brizna de fluidez a base de adoptar una nueva forma de hablar. Si bien durante algún tiempo había poca tartamudez cuando hablaban de esta manera extraña, raramente permanecían fluidos cuando intentaban hablar de nuevo como seres humanos. Es muy difícil integrar estas anormales maneras de hablar en el habla normal porque el poder distractivo se disuelve y las pistas que precipitan la tartamudez de nuevo levantan su feo rostro.

Existe sin duda alguna distracción inherente en todas las formas de terapia de tartamudez. Incluso en psicoterapia, la atención del tartamudo se distrae de su dificultad de habla hacia algún problema de ajuste básico. Recordamos bien la reacción de L. E. Travis

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

cuando se le insinuó que el habla coral debía su efectividad solamente a la distracción: “Si es así, bendita sea la distracción.” Incluso ni los procedimientos de condicionamiento operante están libres de la sospecha de la distracción. De hecho, Biggs and Sheehan (1969), en su réplica a un estudio de Flanagan, Goldiamond, y Azrin (1958) insistían que sus datos mostraban claramente que la reducción de la tartamudez debida a la aplicación contingente de un tono auditivo de 180 decibelios se debía probablemente al efecto de la distracción. Cualquier estudioso serio del desorden, contemplando cualquier demostración terapéutica debe tener en cuenta este aspecto, y también los clínicos y los investigadores.

Los tartamudos por sí mismos han usado desde hace mucho varios tipos de comportamientos distractivos para liberarse de la tiranía de sus miedos y ganar algo de fluidez temporal. Desafortunadamente, la mayoría de ellos no son ni buenos (en el sentido de Travis) ni son capaces de establecer alivio permanente. La siguiente cita de Greene (1931) dibuja el tema muy vivamente:

Durante una temporada tomamos un grupo de 25 tartamudos y probamos todos los trucos que habíamos oído hablar e improvisamos unos cuantos más para la ocasión. Los resultados fueron muy malos, ya que tan pronto como las muletas temporales desaparecieron todos volvieron a su antigua manera de tartamudeo. Dos casos mostraron mucha mejora y lograron conservarla, pero eran aquellos que hubieran mejorado de cualquier manera con cualquier tipo de persuasión. Son los casos muy impresionables que aparecen ocasionalmente e inmediatamente mejoran sin importar el tipo de tratamiento que se les aplique, siempre que sea considerado un tratamiento por ellos. Hemos encontrado que los trucos, las distracciones de cualquier tipo, interfieren con las líneas de pensamiento de los tartamudos haciéndoles hablar mecánicamente e interfiriendo en su habilidad para concentrarse en lo que realmente quieren decir.

Que la distracción puede realmente aminorar la tartamudez es indiscutible, como Bloodstein (1969) ha demostrado. Pero deberíamos hacer algo más que darle a este efecto un nombre. ¿Por qué un distractor distrae? ¿Por qué el tartamudo habla mejor cuando recita a modo de sin-son, o usa una extraña manera de respirar, o se le bombardea con shocks eléctricos o golpes de sonido o mete un “hey” antes de la palabra temida (Dixon, 1957) o en muchas otras condiciones?

Newman (1968) atribuye el efecto distracción a la novedad de los estímulos, una novedad que altera la situación de habla de manera que las antiguas claves a las que estaban fijados los comportamientos tartamudos o bien ya no están presentes, o no son percibidos como tal. El propone dos hipótesis: (1) Trayendo estímulos novedosos a la situación de habla, esta se desvía tanto de lo típico que la generalización del estímulo no tiene lugar y las claves que precipitan la tartamudez no son atendidas, y (2) La naturaleza inusual de la situación de distracción cambia la percepción del tartamudo de manera que los estímulos condicionados que anteriormente provocaban la tartamudez resultan significativamente alterados.

Nos gustaría añadir otras dos explicaciones: primero, bajo la distracción, el tartamudo es menos consciente de las posibles consecuencias indeseables de su tartamudez; y segundo, y más importante, mientras atiende al estímulo distractor, simplemente no asume el conjunto de comportamientos preparatorios anormales que tan a menudo le llevan al tartamudeo. No adopta las posturas inusuales que disparan la tensión y los temblores. Está demasiado ocupado preocupándose de los guijarros en su boca o llevando a cabo los extraños métodos prescritos de hablar, respirar, fonar o articular, o preparándose para un shock eléctrico o el trallazo de un intenso ruido blanco. Quizá, con su atención selectiva hacia esas otras cosas, no puede escanear visualmente a sus interlocutores en busca de claves que signifiquen impaciencia u otras formas de rechazo, o escuchar las habituales roturas y anomalías de su habla. Su percepción normal resulta así alterada. Es incluso posible que concentrándose en la lentitud de las sílabas, o en la expectativa de un castigo, permita que más información propioceptiva sea usada en el monitoreo de su habla, permitiendo de esta forma eliminar la posible disfunción en su sistema de procesamiento auditivo.

- **Persuasión**

Un consejo barato que a menudo reciben los tartamudos se expresa de la siguiente manera: “No hay nada realmente mal en ti; ¿por qué no dejas simplemente de tartamudear?” “Mira, realmente podrías hablar bien si de verdad te lo propusieses.” “No es nada más que un hábito y tienes que romperlo.” “¡Todo está en tu cabeza!” Estos comentarios y exhortaciones reflejan una antigua y extendida creencia de que el tartamudo puede realmente parar su tartamudez si de verdad quiere hacerlo. También entienden que el tartamudo necesita ser persuadido de que no tiene por qué tartamudear. Hace más de cien años, Wyneken (1868) expresaba este sentimiento muy claramente: “Debemos privar al tartamudo de sus dudas y reemplazarlas por convicciones, es decir, por fe en su habilidad para hablar. Si pudiéramos convencer al tartamudo de la certeza en un método curativo, hablaría bien, mientras creyera en él.”

Aunque la persuasión está íntimamente relacionada con la sugestión y probablemente representa un caso particular de ella, su mayor ventaja es el uso del razonamiento y la lógica para crear fe. Cuando se usa en terapia, el terapeuta normalmente verbaliza en primer lugar las creencias de su cliente y después presenta sus creencias como contraste. A continuación sigue un intercambio en el cual las evidencias a favor del punto de vista del terapeuta son claramente establecidas, mientras que las que soportan el punto de vista del cliente son debilitadas o encontradas erróneas. En la persuasión, siempre existe la impresión de razonamiento, de lógica, y quizá también de autoridad. Las experiencias del cliente son interpretadas de modo que se le empuja a creer las asunciones del terapeuta, y a actuar según ellas. La mayoría de las terapias de persuasión usadas con tartamudos están diseñadas para convencerle de que puede hablar fluidamente y de que no hay razón para continuar luchando o escapando.

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

Entre las terapias de persuasión conocidas está la de Froeschels (1964), explicada en una larga serie de publicaciones. También se conoce como la terapia de masticar el habla. La tartamudez, de acuerdo con Froeschels, es un desorden hiperfuncional de tensión y lucha debidas a la infravaloración. Froeschels creía que el niño, como respuesta a sus disfluencias y dudas de habla normales, cae en lo que él llama “un error lógico.” Este error es la creencia de que hablar es difícil. Para persuadir al tartamudo de esta convicción errónea, Froeschels usaba la técnica de masticar el aire, o el ventrilocuismo. Citemos a Froeschels textualmente sobre su técnica de masticar el aire:

El método debe ser usado en la forma siguiente. Primero se le da al paciente una explicación de los movimientos de mascar y hablar. Entonces se le pide que mastique según su manera habitual, con los labios cerrados, pero a boca llena, y que observe su boca moviéndose constantemente durante el acto de masticar. Inmediatamente después se le pide que “mastique como un salvaje”, esto es, abriendo su boca y realizando movimientos extensivos de labios y lengua. Subsecuentemente, el paciente debe producir voz durante este acto de masticar. Si el masticado es realizado convenientemente, saldrán de su boca una gran variedad de sonidos. Si solo se oye un sonido uniforme, tipo “ham—ham—ham”, significa que los labios y la lengua no se están moviendo correctamente. Cuando se hace bien, el masticado da la impresión de un idioma extranjero. De esta manera el paciente aprenderá lo fácil que es hablar.

Froeschels creía que la mayoría de los métodos de entrenamiento logopédico que enseñaban al tartamudo una manera normal de hablar eran erróneos y que el éxito que pudieran proporcionar era debido a la sugestión. “Además”, escribió, “me parece que estos métodos confirman la opinión del paciente de que hablar es difícil.” Froeschels admite que el masticado es un “método superficial”, ya que cree que en la mayor parte de los casos se necesita psicoterapia profunda. Por el contrario, Kastein (1947), que recomendaba el masticado afirma que “la mitad de la batalla es convencer al paciente de que hablar es fácil”, también se ve obligada a decir que “el terapeuta bien entrenado considerará la personalidad del paciente como un todo y que, además de usar el método de masticado o cualquier otro, el terapeuta debe contribuir a reconstruir la personalidad dañada del paciente.” Froeschels creía que la respiración masticada debería, en cualquier caso, preceder la psicoterapia. Si el método parece muy simple, uno debería considerar la posición de Rothe (1928). Este escritor recomienda el método del masticado precisamente por ser una forma pura de tratamiento y evitaba cualquier terapia-ensalada. No obstante, su simpleza puede distraer de su verdadera sofisticación. Hollingsworth (1939) mostró que el masticado tenía un efecto tranquilizador: Despert (1942) veía la vocalización masticada como una actividad abreactiva, y decía, “Los juegos de habla masticada reproducen la situación primigenia de comer-hablar y dan la oportunidad de aliviar (abreacción) una experiencia psicomotora traumática de una manera más afectiva;” y Van Riper (1957) discute su efectividad psicoterapéutica como una forma de consuelo: “A diferencia de algunos de las más extrañas técnicas como el control del ritmo, elevar el tono una octava, hablar en monótono, golpear las sílabas, la actividad de

masticar es familiar a todo paciente. Usada discretamente no es más anormal que masticar un chicle mientras se habla.”

Froeschels apuntó no obstante que algunos de sus pacientes tenían dificultades para aceptar la persuasión de que, aprendiendo a masticar su respiración mientras hablaban, podrían hacerlo sin tartamudear. Para estos recomendó el ventrilocuismo como procedimiento alternativo: “Con pacientes que no cooperan usando la aplicación práctica de la idea del masticado, el ventrilocuismo se les ofrece como otra manera de demostrarles (de que realmente pueden hablar sin tartamudear) aunque es un enfoque menos directo que el método del masticado.

Enseñando ventrilocuismo, el terapeuta instruye al tartamudo autoritaria e impresionantemente en la importancia de los movimientos articulatorios a medida que modifica la fonación y manipula los labios del paciente para producir las diferentes vocales. Se le dice al tartamudo que la voz y el susurro son lo mismo y que si tiene problemas en la fonación, se limite a susurrar. Entonces se le pide que lea en voz alta “con la boca abierta pero sin mover los labios ni la lengua,” y entonces a hablar como lo haría un ventrílocuo, usando mínimos movimientos articulatorios. El canto se usa algunas veces como transición gradual hacia el habla normal. Tanto la técnica del masticado como el ventrilocuismo son usadas básicamente para demostrar al tartamudo que puede hablar fluidamente. Esencialmente son métodos de sugestión y persuasión. Aunque han sido escasamente usados en USA, todavía son usados bastante ampliamente en Europa.

- **Terapia semántica**

A algunos lectores les parecerá extraño encontrar las terapias recomendadas por Wendell Johnson, Dean Williams, y otros de la llamada Escuela de Iowa incluidas entre las terapias de persuasión. No obstante, si dejamos de lado por un momento la teoría y nos centramos en la metodología, se puede hacer un buen argumento de esta categorización. Como Froeschels, Johnson creía que la tartamudez se originaba por un error de percepción, sobre todo el de los padres de un niño disfluyente, padres que habían erróneamente etiquetado las dudas normales del habla de su pequeño como tartamudez. Johnson pensaba que cuando esas infravaloraciones de los padres eran asumidas por el niño, éste tendía a responder con reacciones de lucha y evitación. A medida que esto era aprendido y automatizado, el tartamudo empeoraría cada vez más. El corazón del problema, de acuerdo con Johnson, consistía en la etiqueta de las disfluencias normales como “tartamudez”, y de la persona que las sufría como “tartamudo”. La tarea del terapeuta sería entonces cambiar esas asunciones erróneas sobre la naturaleza del desorden.

Bloodstein (1969) proporciona esta imagen de la terapia de Johnson:

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

Su procedimiento clínico habitual consistía en hacer al tartamudo consciente de lo inapropiado del lenguaje que usaba a la hora de hablar de su propio problema. En un grupo de discusión, se invitaba a que la persona analizase detenidamente lo que quería decir cuando se refería a sí mismo como “tartamudo,” como asumiendo que había algo en él que lo diferenciaba marcadamente de los demás, o cuando se refería a lo que hacía como “la tartamudez”, o “ello” como si su problema no fuera lo que él mismo hacía sino una cosa en su interior que necesitaba parar o manejar, o controlar de alguna manera.

Wendell Johnson era una de las personas más encantadoras y persuasivas que hemos encontrado nunca y muchos de los tartamudos que trabajaron con él tenían la misma opinión. Su enfoque básico era el diálogo (de naturaleza Socrática). El tartamudo era llevado, con cuestionarios bien preparados y retos, a creer que no había nada esencialmente malo en él, excepto sus asunciones y el lenguaje en el que éstas estaban basadas. La teoría semántica general, expuesta por Korzybski (1941) proporciona la racionalidad para el análisis verbal de los sentimientos y las experiencias de habla del tartamudo. Se le impelía a que se diera cuenta de cuán a menudo los hablantes normales sufrían disfluencias, sin reaccionar a ello con infravaloración ni evitación. Se les urgía a hablar más y reaccionar menos. Se les persuadía a hablar y pensar descriptivamente, en lugar de evaluativamente. Esta rutina de constante cuestionamiento, observación, testeo, análisis, re-evaluación estaba diseñada para ayudar al tartamudo a ganar la convicción de que era básicamente un hablante normal.

Williams (1957) también había insistido en que la asunción del tartamudo de que es de alguna manera diferente del hablante normal es enteramente incorrecta y se debe al tipo de lenguaje que usa al referirse a sus dificultades.

Existe la tendencia a hablar como si (y enfocar el problema como si) un “algo” estuviese ahí. En este sentido, su tartamudez es una entidad, un “algo” animista que reside en su interior. Esto es fundamentalmente una creencia mágica. Habla y actúa como si creyera, o bien que hay un pequeño hombrecito en su interior dispuesto a retener ciertas palabras, o bien que algunas palabras poseen unas propiedades físicas que les hacen atascarse en su garganta. “Cuando hablo, trato de esconderlo.” “Siento que va a ocurrir.” “Ello me impide hablar.” Mientras uno siga funcionando como si ese “ello” hiciera las cosas funcionar así, uno no está motivado para observar las relaciones de causa-efecto de su comportamiento, ya que “ello” es a la vez causa y efecto.

Cuando se analiza el proceso real de esta terapia, encontramos al terapeuta retando el lenguaje del tartamudo y persuadiéndole para que adopte una manera de pensar más analítica y descriptiva. Al tartamudo, en este tratamiento, se le muestra la locura de su “pensamiento animista” y, se espera convencerlo de que es simplemente un hablante normal que ha aprendido algunas maneras erróneas de pensar acerca de sí mismo y reacciona a ellas inapropiadamente. Bloodstein (1958) lo resume todo en una sentencia: “La tartamudez solo

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

tiene una causa: la asunción del niño de que necesita esforzarse para hablar,” una afirmación que Froeschels seguramente hubiese aceptado.

Sander (1970) muestra que el proceso de esta terapia tiene algunos problemas:

Lo que hace que los principios de la reorientación semántica sean tan difíciles de aplicar es que uno debe primero desaprender maneras poco apropiadas de hablar sobre el problema de la tartamudez. Por esta razón, un lenguaje descriptivo del comportamiento aplicado a la terapia de tartamudez puede ser probablemente mejor enseñado citando ejemplos de usos desafortunados del lenguaje y enseñando a revisar estas afirmaciones de acuerdo con reglas prescritas.

Sander afirma que el tartamudo debe usar un lenguaje descriptivo que se enfrente con su comportamiento real; debería ser un lenguaje de verbos, no de nombres, un lenguaje de “hacer”, no de “tener”; debería ser positivo, no negativo. Insiste en que el terapeuta debería adoptar también ese lenguaje pero apunta que no es fácil. “Estas no son habilidades complicadas, pero seis años de práctica me han convencido de que son más difíciles de adquirir de lo que había pensado.” En nuestra opinión, probablemente distorsionada, son aún más difíciles de adquirir para el tartamudo. Cuando toda una cultura insiste en que tartamudeas porque tienes algún impedimento en tu habla, y cuando has sentido la penalidad y frustración de no ser capaz de hablar fluidamente, es muy difícil seguir la sugerencia de Johnson (1961) de que el tartamudo debería trabajar para cambiar su auto-imagen de desviado, y de actuar como si fuese un hablante normal. Examinando las prácticas desapasionadamente, creemos que la reeducación semántica pertenece, al menos en parte, a la categoría de terapias de sugestión y persuasión.

Hemos llegado al final de esta revisión, más bien triste, de las terapias del tartamudo de sugestión, distracción y persuasión. La necesidad de un enfoque diferente del problema parece clara. Es descorazonador ver muchas de las técnicas largo tiempo desechadas aparecer una y otra vez, a menudo revestidas de nueva racionalidad pero produciendo los mismos resultados. ¿Cuándo aprenderán los terapeutas que es fácil hacer que el tartamudo hable fluidamente? ¿Cuándo se enfrentarán a la idea de que el tartamudo ya sabe, de hecho, hablar fluidamente? ¿Cuándo comprenderán que lo que el tartamudo no sabe es qué hacer cuando tartamudea, o cuando sabe que va a hacerlo?