

Tratamiento en el adulto

• EL TRATAMIENTO DE LA TARTAMUDEZ NO PUEDE SER UNIFORME

El tratamiento de la tartamudez debe, en primer lugar, adaptarse a la edad de la persona tartamuda.

Recordemos que, cuando se presenta antes de los 5 o 6 años de edad, la tartamudez puede ser reversible y que, en efecto, en tres (y sólo en tres) de cada cuatro casos remitirá por sí sola. El tratamiento consiste entonces en prevenir la posible cronificación en cada uno de los niños que empiezan a tartamudear, ya que, de lo contrario, uno de cada cuatro de los mismos desarrollará una tartamudez crónica que puede llegar a conservar toda su vida. El tratamiento en estos casos se dirigirá, como ya sabemos, más al entorno que al niño mismo. Entre los 6 y los 13 o 14 años tenemos que enfrentarnos, tal como hemos dicho en el capítulo anterior, al problema de la motivación del niño. El tratamiento deberá, pues, adaptarse tanto a esta situación como a las reacciones del entorno, incluso aunque el niño no esté preparado, por el momento, para una intervención directa.

Más adelante, en el adolescente y en el adulto, la actitud del entorno tiene menor importancia —lo cual no significa que sea nula—, pero el problema se halla entonces profundamente fijado en la manera de ser del paciente. Recuperar un comportamiento de habla normal o, cuando esto no es posible, modificarlo, al menos, para hacerlo más aceptable, se hace mucho más difícil de conseguir.

Ser tartamudo a los 4, a los 10 o a los 30 años no es, evidentemente, lo mismo, y el tratamiento, por lo tanto, no puede ser tampoco el mismo para todas las edades. Sin embargo, este tratamiento depende también de lo que el paciente quiera obtener y de la manera en que esta demanda pueda articularse con lo que el terapeuta puede ofrecerle. A este respecto, deben evitarse los malentendidos que puedan presentarse desde el mismo principio del tratamiento, especialmente por lo que respecta al adulto.

• **DOS DESEOS ILUSORIOS DE LA PERSONA TARTAMUDA**

Lo que desea el paciente podría, de hecho, expresarse con frecuencia simplemente como: «Libreme de esta tartamudez que me molesta y me avergüenza tanto». Desgraciadamente, la tartamudez no se presenta como un cuerpo extraño que pueda extirparse y erradicarse de un modo sencillo. La tartamudez resulta de una construcción anormal del habla que da lugar a alteraciones más o menos profundas en la misma. Más que eliminarla, lo que tiene que hacerse es repararla o, a falta de algo mejor, paliarla al menos.

Otro de los deseos del paciente suele ser: «Haga que mi habla esté libre de accidentes y que sea totalmente irreprochable». Sin embargo, suprimir los accidentes del habla no permitirá al sujeto, en modo alguno, recuperar un habla normal. Desgraciadamente —y éste es un malentendido básico—, muchas personas tartamudas, y hemos de decir que también muchos terapeutas, están convencidas de que un habla normal y un habla sin accidentes son exactamente la misma cosa (!!!). Olvidan con ello que el habla normal presenta precisamente accidentes similares muchas veces a los del habla patológica, lo cual, y siempre de acuerdo con el contexto, es paradójicamente la prueba de su carácter vivo y natural. ¡Un habla demasiado perfecta es más bien una anomalía!

• **TRES TIPOS DE PROYECTOS TERAPÉUTICOS**

Si consideramos los tratamientos que proponen los diferentes tipos de especialistas que se hacen cargo habitualmente de casos de tartamudez, ya se trate de logopedas, médicos (foniatras, psiquiatras, neurólogos, generalistas), psicoterapeutas, psicoanalistas, pedagogos (profesores de dicción o incluso de canto) o personas que habían sido tartamudas, constatamos que pueden clasificarse en tres categorías de proyectos distintos, si bien puede pasarse fácilmente de uno al otro.

Erradicar. Controlar

Un primer proyecto terapéutico —tal vez el que nos viene de inmediato a la cabeza— considera el control de los tartamudeos,

para lo cual se presentan dos posibilidades. La primera consiste, pura y simplemente, en tratar de eliminarlos. Para ello deberá adoptarse, de manera permanente, un habla voluntariamente modificada —más lenta o siguiendo un ritmo, por ejemplo—, confiando en que esta habla modificada se convierta, poco a poco, en automática. Un habla ciertamente artificial, pero sin alteraciones. La segunda solución consiste en aprender métodos que permitan controlar los tartamudeos cuando sea necesario, de manera que la tartamudez sea siempre lo más discreta posible, pero especialmente inaparente cuando el momento así lo requiera. Se trata de conseguir, pues, una tartamudez atenuada, que persiste, sin duda, pero que el paciente ya no teme porque ha aprendido a convivir con ella y ha dejado de ser un obstáculo para sus proyectos.

Paliar las supuestas deficiencias

Un segundo proyecto, totalmente diferente, es el propuesto por los terapeutas que consideran la tartamudez únicamente como el síntoma de una deficiencia concreta, ya sea física o lingüística, o bien psicológica. En el primer caso, el tratamiento recurrirá a los fármacos, a aparatos para la modificación de la autoescucha, al entrenamiento de la mecánica de la laringe, de la respiración o de la competencia lingüística. En el segundo caso, el tratamiento se centrará en la significación psicológica de la tartamudez y en la manera en que el individuo reacciona a este problema en la vida cotidiana.

Curar

Un tercer tipo de proyecto —sin duda el preferido por el autor— consiste en considerar de entrada la posibilidad de una curación completa, que llegue a conseguir un habla realmente normal no solamente en su apariencia externa, sino también en sus mecanismos profundos. Se trata de volver a poner estos mecanismos en condiciones, reparándolos y modificándolos hasta obtener las características del habla normal.

Es esta opción la que describiremos a continuación, siendo conscientes, no obstante, de que se trata de una opción ambiciosa que no siempre resulta posible llevar a cabo en todas las personas

tartamudas, ya que requiere, a menudo y especialmente en el adulto, mucho trabajo y esfuerzo. Es necesario tener siempre presente que el sentido común nos obliga a determinar la terapéutica no en función de la normalización a cualquier precio, sino en función del alivio óptimo del sufrimiento. Expondremos a continuación la postura del autor acerca de otros métodos de abordaje del tratamiento de la tartamudez en el adulto.

• OPCIÓN CURACIÓN

La posibilidad de que una persona adulta pueda curarse de su tartamudez es puesta en duda por la mayor parte de los terapeutas, quienes prefieren mantenerse en la idea de una tartamudez, de algún modo, domesticada; de una tartamudez con la que el individuo ha aprendido a vivir y que se presenta, pues, de una manera atenuada. A modo personal, el autor preconiza siempre esperar la curación, es decir, el acceso a un habla verdaderamente normal. Un habla que no precise de un control permanente ni de un entrenamiento indefinido. Un habla que dé al individuo la seguridad de que no corre el riesgo de comprometer el intercambio verbal que ha emprendido por un accidente del habla. Un habla considerada normal, tanto por el interlocutor, los interlocutores o el auditorio como por el individuo mismo.

De acuerdo con un trabajo llevado a cabo por dos logopedas, D. Hoff y D. Rovella-Flon, que lo presentaron como proyecto de final de carrera, esta curación puede obtenerse en más de la mitad de los casos.

Este trabajo, cuya seriedad resulta realmente digna de mención, consistió, en primer lugar, en la elaboración de un cuestionario muy simple, que se incluye en la página 132, y que se limitaba a cuatro preguntas con cinco propuestas de respuesta para cada una. La simplicidad del cuestionario permitía esperar la obtención del máximo número de respuestas posible, y así hacerse una idea más aproximada de la evolución de la tartamudez después del tratamiento. Se envió la encuesta a 101 pacientes que, en los años precedentes, habían seguido un tratamiento practicado, siguiendo los mismos principios en todos los casos, por logopedas del equipo del autor y por este mismo. Del total de cartas, 47 fueron devueltas al remitente por cambio de domicilio, lo cual redujo a 54 el número de personas sobre las que se llevó a cabo el estudio; de éstas 54 personas, 36 eran mayores de 14 años al principio del tratamiento.

Los autores del trabajo se pusieron en contacto de nuevo, por carta y por teléfono, con estas mismas 54 personas y finalmente —lo que resulta realmente excepcional— todos contestaron a la encuesta, ya sea devolviendo el cuestionario cumplimentado con respuestas sucintas (11 pacientes), enviando un cuestionario con respuestas más detalladas (5 pacientes), accediendo a una entrevista telefónica (10 pacientes) o bien, accediendo a una entrevista personal (28 pacientes).

Los resultados globales, detallados en la tabla de la página 133, fueron los siguientes:

De los 36 casos en los que el tratamiento se inició después de los 14 años, se consideró curados a 21 pacientes, mientras que a los 15 restantes se les consideró no curados.

De los 18 pacientes menores de 14 años, a 12 se les consideró curados y a 6 no curados.

Los criterios de curación que se siguieron fueron, principalmente, que el sujeto ya no se considere a sí mismo una persona tartamuda, y que nadie de su entorno lo considere como tal.

Gracias a las entrevistas, los autores comprobaron que de los 26 pacientes que se consideraban curados, 20 no presentaban ningún rastro de tartamudez en el habla, mientras que los otros 6 conservaban ocasionalmente alguna ligera secuela de la misma. Los autores observaron también que 3 pacientes que se consideraban no curados, no presentaban señal alguna de tartamudez. Creyeron, no obstante, y para ser justos, que estas 3 personas debían ser contabilizadas como fracasos.

Si el autor ha creído oportuno aportar tantos detalles acerca de cómo se llevó a cabo esta memoria es porque la idea de curación de la tartamudez ha sido tan frecuente y categóricamente negada, que se hacía realmente necesario el aporte de elementos de credibilidad al respecto.

En el número de diciembre de 1995 de la publicación *Lettre Parole-Bégaiement* (carta n.º 7), órgano de difusión de la Asociación Habla-Tartamudez (APB, v. pág. 197), encontramos el testimonio de Mario Scrofani, un estudiante de psiquiatría, tartamudo, que escribe: «Todos los métodos terapéuticos dan lugar a algunos resultados positivos, siempre parciales, y a numerosos fracasos. En definitiva, no son más que una ayuda, un sostén que se presta a las personas tartamudas». Añade, además: «En ningún caso se trata de un verdadero tratamiento, sino que es la persona tartamuda por sí misma la que, apoyada con un método (¡de los que existen más de 200!), debe hacer el esfuerzo de aprender a dominar su habla, ya

CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA

(llevada a cabo por D. Hoff y D. Rovella-Flon en 54 personas tartamudas tratadas siguiendo la opción curación)

I. Después de su tratamiento, considera usted que sus dificultades de habla:

- Se han agravado
- Permanecen inalteradas
- Persisten solamente en circunstancias especiales
- Son algo menos frecuentes
- Son mucho menos frecuentes
- Han desaparecido totalmente

II. Las personas de su entorno, ¿son de la misma opinión?

- Sí
- No
- No lo he preguntado

III. ¿Habla usted gustosamente en público?

- Jamás
- Con cierta dificultad
- Sin problemas

IV. ¿Cómo reacciona usted si se atasca mientras está hablando?

- Me concentro en lo que estoy intentando decir
- Cambio de palabra
- Controlo mi articulación
- Me excuso con mi interlocutor
- Me detengo un momento para relajarme
- Otros procedimientos

ENCUESTA D. HOFF y D. ROVELLA-FLON**Detalles de los resultados obtenidos
según las edades de los pacientes**

(basado en 54 casos, de los que 36 eran pacientes mayores de 14 años)

Edad al principio del tratamiento	Personas	Curados	No curados
Mayores de 25 años	9	5	4
De 18 a 25 años	18	9	9
De 14 a 18 años	9	7	2
Subtotal			
Mayores de 14 años	36	21	15
De 7 a 13 años	10	5	5
De 3 a 6 años	8	7	1
Subtotal			
Menores de 14 años	18	12	6
Total general	54	33	21

que todos los tartamudos, incluso si han seguido un tratamiento de reeducación y se consideran curados, deben hacer siempre un esfuerzo para mantenerse dentro de una norma de elocución. El tratamiento no es más que un método paliativo. La fluidez natural no se recupera jamás». El autor quiere dedicar el resto de este capítulo a Mario Scrofani para luchar contra este pesimismo que expresa con simplicidad y que nos gustaría permitir atemperar, si bien reconociendo siempre que, en un adulto, llegar a la curación de la tartamudez no es en modo alguno una empresa sencilla. Esta curación requiere a menudo, como ya hemos dicho, una gran inversión de tiempo y trabajo, así como tener muy claro que es imposible obtener un resultado semejante si nos contentamos con conseguir un «dominio del habla». Curar la tartamudez es algo completamente distinto que controlarla de manera voluntaria.

Principio del tratamiento

La recuperación de un habla normal exige trabajar a tres niveles distintos. El primero concierne a la misma persona tartamuda, es decir, al locutor. A este nivel, debemos ocuparnos del funcionamiento de los órganos del habla y, en particular, de cómo reaccionan ante la emoción y la voluntad. Se trata, pues, del dominio del primer controlador que hemos introducido en el capítulo 1 y que funciona, normalmente, de manera automática y subconsciente. Es sobre todo en este primer nivel en el que funcionan los métodos a los que hacía alusión Mario Scrofani, y que tiene razón en calificarlos simplemente como métodos que aportan una simple ayuda... ¡lo que no está nada mal! El segundo nivel es el de la relación que se establece con el interlocutor, es decir, que se trata del dominio del tercer controlador. Naturalmente, los métodos a los que se refiere Mario Scrofani se preocupan de dotar a la persona tartamuda de sistemas para luchar contra el temor a tartamudear, temor que se funda en el miedo a ser juzgadas por los demás y, en particular, por el interlocutor. Superar este miedo es ya de por sí fundamental, pero no basta, no obstante, para establecer una relación normal con el interlocutor y considerarlo una parte activa vital del intercambio verbal. Por último, el tercer nivel es el de la construcción del ORIV, en el que los tres controladores estarán funcionando conjuntamente, cada uno en su justa medida. La consecución de esto último supone la verdadera curación.

En la práctica, el hilo conductor para llegar a este objetivo ideal —incluso en los casos en los que nos detenemos antes de llegar hasta él porque, o bien nosotros o bien el paciente, consideramos que, después de todo, «ya está bien así»— pasa por la voluntad de reparar este habla más o menos desnaturalizada, mediante la corrección de las seis alteraciones fundamentales del habla descritas en el capítulo 3, sin olvidar, no obstante, que puedan descubrirse otras.

Información

La primera etapa es la información, que debe, además, fluir en las dos direcciones. Por una parte, el terapeuta, logopeda o foniatra, deberá tomar contacto con este caso de tartamudez en particular, conocer su historia, las tentativas terapéuticas llevadas a cabo con anterioridad, los deseos de su paciente, lo que éste piensa de

su problema, cómo lo explica, cuáles son sus interrogantes sobre el tema, etc.

Por su parte, el paciente deberá ser informado a fin de conseguir que se haga una idea más precisa de lo que es la tartamudez en general, y de cuáles son las particularidades de su caso en concreto. Deberá tomar conciencia de la manera en que el habla puede sufrir alteraciones, no sólo superficiales (concretar tipos de accidentes del habla, tipos de problemas asociados), sino también en profundidad (importancia relativa en su caso particular de las seis alteraciones fundamentales del habla). Se trata también de que llegue a imaginar el factor o factores que han podido desencadenar su tartamudez, así como a comprender los mecanismos que explican su evolución y sus variantes.

Podemos considerar que hemos cruzado una barrera importante cuando el paciente se da cuenta, finalmente, de que en su tartamudez no hay, de hecho, nada misterioso. Puede tratarse de un problema complicado a veces, incluso algo desconcertante, pero ¡misterioso, no! Este primer resultado se obtiene, a menudo, en la primera entrevista, aunque algunas veces sólo a título provisional. Las verdades desconcertantes, que tenemos naturalmente el derecho de poner en duda, resultan normalmente difíciles de integrar, de entrada, de una manera permanente.

En cuanto a la molestia producida por la tartamudez en los actos de la vida cotidiana, nos servirá como balance global de la situación, si bien, en la opción curación, este tipo de balance no es el más importante para evaluarla.

Separar el entrenamiento del habla normal

Antes de emprender el tratamiento, el paciente debe ser informado de cómo va a desarrollarse y de cuáles son los principios en que se basa. El tratamiento comporta, siempre que sea posible, sesiones semanales con el terapeuta, y su duración media es de 18 meses. A lo largo de las sesiones, se explorarán detalladamente los mecanismos, tanto físicos como psicológicos, del habla y, a partir de este estudio, se preparará un programa de ejercicios que serán practicados, tan regularmente como sea posible, durante algunos minutos cada día. Los ejercicios están pensados para ir introduciendo cambios en el uso del habla corriente, sin que el paciente tenga que preocuparse directamente de ello. Como estos cambios

se irán produciendo de una manera espontánea y no por decisión voluntaria, el entrenamiento y el uso normal del habla quedan así completamente separados. Durante el entrenamiento se requiere una atención constante sobre los mecanismos del habla, mientras que durante su uso normal, en cambio, no se trata de ocuparse del detalle de ejecución de la misma. Es lo mismo que ocurre, por ejemplo, con un coche: su funcionamiento es completamente diferente cuando estamos usándolo que cuando estamos haciendo reparaciones o ajustes en sus mecanismos. En el primer caso, lo esencial es llegar a nuestro destino. En el peor de los casos, requeriremos ser remolcados, pero no es cuestión de manipular el motor mientras está funcionando. En el segundo caso, se trata de volver a poner en condiciones la mecánica del vehículo y, si es posible, sin tener que hacer grandes reparaciones.

Este modo de enfocar el tratamiento se distingue de otros —que el autor no desea en modo alguno condenar *a priori*— en los que, en las sesiones se ponen en práctica métodos que permiten evitar la tartamudez; métodos que luego intentarán emplearse de manera voluntaria en el uso normal del habla. Sin embargo, resulta fácil darse cuenta de que, al estar tan pendiente de la ejecución del habla en el momento de su uso habitual, nos arriesgamos a que el paciente desarrolle un habla artificial y controlada; se instale, en definitiva, en la segunda alteración del habla. Equivaldría, siguiendo con el ejemplo planteado en el capítulo 3, a incitar al «patrón» (la conciencia) a instalarse permanentemente en el despacho del primer controlador (el que se ocupa del detalle de ejecución del habla y de la conformidad a las normas), en lugar de dejarlo permanecer en su verdadera posición, es decir, en el piso superior, junto con el segundo y el tercer controlador, para ocuparse de la construcción del ORIV. En la opción curación preferimos evitar este riesgo. Se introducirán, naturalmente, algunos pasos que seguir en el momento del uso normal del habla, pero harán referencia solamente al comportamiento tranquilizador y a la aceptación de ayuda, es decir, que apuntarán a corregir la tercera y la cuarta alteración del habla. Volveremos a esta cuestión.

Adquisición de dominio sobre la tensión psicomotriz

Tras la primera etapa de información, la segunda consistirá, para el paciente, en la adquisición de dominio sobre su tensión

psicomotriz, que es la energía que actúa tanto sobre sus músculos como sobre su mente (sin que se sepa cómo se comunica entre ambos). Para lograr recuperar el reflejo normal de relajación en el momento de presentación de los tartamudeos es necesario, en primer lugar, aprender a distenderse, y este aprendizaje se llevará a cabo gracias a la práctica de ejercicios especiales de relajación. El autor ha ideado en este sentido un ejercicio que recibe el nombre de *Relajación con los ojos abiertos*, muy conocido actualmente por muchos logopedas, y que no requiere más que entre 5 y 10 minutos de práctica al día.

En la práctica del ejercicio de *Relajación con los ojos abiertos*, el paciente debe respirar con suspiros entrecortados con pausas de algunos segundos, durante las cuales debe aprender a sentirse tranquilo a pesar de la falta de respiración. Se trata de descubrir la «apnea confortable», lo cual no es posible a no ser que el suspiro haya sido ejecutado de una manera armoniosa y económica. Durante algunas de estas pausas, debe ejecutar también ciertas maniobras de crispación/distensión, consistentes en tensar progresivamente todos los músculos de un miembro —sin provocar, no obstante, movimiento alguno, lo cual se logra bloqueando las articulaciones de este miembro— y relajarlos luego de manera brusca, tratando siempre de evitar que la tensión se difunda al resto del cuerpo.

Este ejercicio es muy útil en estos casos, ya que su objetivo no es la relajación en sí misma, sino aprender a dominar la energía psicomotriz, que es realmente esencial. La iniciación a esta práctica puede costar un cierto tiempo a las personas tartamudas. Normalmente, algunas semanas, pero en ocasiones hasta varios meses. Sin que sean siempre conscientes de ello, las personas tartamudas funcionan a menudo a un nivel de tensión increíblemente alto, bloqueando el tórax, la cara y todo el cuerpo. La familiarización con el cuerpo relajado conscientemente en este ejercicio cotidiano, es una fase esencial del tratamiento. Muchas veces es, incluso, y de acuerdo con los pacientes curados, la etapa más importante; a condición, sin embargo, de no detenerse aquí.

Tenemos que señalar de nuevo que, de hecho, el dominio del nivel de tensión psicomotriz, no permite resolver directamente el problema planteado por la inversión del reflejo de relajación en el momento de los tartamudeos (primera alteración del habla). Como ya hemos dicho, entre el movimiento automático y el movimiento

voluntario existe una diferencia de escala considerable. La voluntad de distenderse es una acción demasiado compleja para poder reemplazar de manera válida el reflejo de relajación. Esto justifica la regla a la que nos hemos referido antes, según la cual, no debemos ocuparnos de los detalles del mecanismo físico del habla en el momento mismo de su uso cotidiano. Efectivamente, a menudo atribuimos a la voluntad un poder superior al que realmente tiene.

Muchas veces oímos decir la típica frase de que «querer es poder», o como decía el patriota francés de principios de siglo: «Para un corazón francés no hay nada imposible». Sin embargo, a esta frase respondía un humorista de moda: «¡Pues que intente encender una cerilla frotando sobre un queso fresco!». El automatismo está, por el contrario, completamente desvalorizado. Así, por ejemplo, el aprendizaje automático, **cantando**, de las tablas de multiplicar o de las provincias de cada región, que puede aportar, sin embargo, una base sólida a posteriores operaciones mentales, ha caído en desuso, siendo su «grave defecto» no recurrir a la inteligencia. En estas condiciones, resulta difícil de reconocer la superioridad, tan importante en determinadas tareas, del simple automatismo sobre la voluntad inteligente. En lo que respecta a la articulación del habla, esta humillante inferioridad de la orden motriz voluntaria con respecto a la orden motriz automática explica, tal vez, buena parte de la dificultad del tratamiento de la tartamudez.

La práctica regular de ejercicios de relajación tiene, naturalmente, una acción benéfica general que llevará a una mejoría del habla, si bien, muchas veces y de manera paradójica, después de superar un período pasajero de agravamiento debido a la relajación de la vigilancia estricta que se ejercía sobre el habla. Sea como sea, el objetivo real de esta práctica no es en modo alguno la obtención de la distensión en sí misma, sino el dominio de la tensión psicomotriz. Se trata, en suma, de acceder al control que regula el nivel de energía que domina tanto el cuerpo como la mente. Se trata de aprender a manipular este control de una manera eficiente, tanto para incrementar como para disminuir la potencia.

Esta capacidad es, en efecto, indispensable para la adquisición del control sobre muchos otros elementos que intervienen en el acto del habla: la respiración (o, más exactamente, el soplo fonatorio), la actitud corporal, la mirada y la voz, la articulación, la velocidad y el ritmo, todos estos elementos tienen que ser controlados a voluntad, pero no para intervenir en el curso del habla en el mo-

monto de su uso normal, sino para preparar la etapa siguiente. Confirmamos de nuevo el principio de la separación del entrenamiento y del uso real del habla, que, como ya hemos dicho, es efectivamente fundamental en esta opción de curación de la tartamudez.

Dominio de la respiración y de la actitud corporal

El dominio de la respiración y del soplo está muy ligado al de la tensión psicomotriz. Durante el ejercicio de *Relajación con los ojos abiertos*, el paciente aprende a respirar mediante suspiros, separados por pausas variables de algunos segundos en los que contiene la respiración. En este ejercicio, el movimiento respiratorio del suspiro debe, poco a poco, hacerse ligero, fácil, agradable. Aunque controlado y voluntario, es preciso que este suspiro sea lo más natural posible, que sea relativamente discreto y que recurra tanto a la respiración torácica superior como a la respiración abdominal. Se producirá, además, al cabo de unos minutos, una sensación de bienestar, de confort, de abandono. Resulta, sin embargo, difícil que las personas tartamudas consigan llevar a cabo este ejercicio correctamente por sí solas, por lo que necesitarán la ayuda de reeducadores competentes y experimentados.

D. Hoff y D. Rovella-Flon constataron en su estudio (v. pág. 130) que cuando el paciente consigue practicar a voluntad los suspiros en que consiste este ejercicio de una manera satisfactoria, se halla a medio camino de su recorrido hacia la curación. Esto no tiene por qué resultar sorprendente. La ejecución correcta de estos suspiros exige que el sujeto sepa combinar en un mismo movimiento el control voluntario del gesto con su desarrollo automático: «No provoqué voluntariamente este suspiro, sino que lo dejo salir como quiere». El habla normal necesita este tipo de funcionamiento.

El dominio del soplo y, más exactamente, del abdominal, indispensable para una proyección vocal eficaz, se conseguirá más fácilmente cuando el aprendizaje de la relajación haya dotado ya al sujeto de una cierta habilidad para controlar su tensión psicomotriz. La adquisición de este dominio podrá lograrse mediante una serie de ejercicios que el paciente realizará tanto acostado, del mismo modo que los ejercicios de relajación, como, sentado y de pie. Estos ejercicios están orientados, como los suspiros, a

lograr la naturalidad del gesto, el ahorro de energía, la autenticidad del comportamiento. Algunos de ellos, como el ejercicio *Soplo del Sagitario*, implican simultáneamente al soplo, a la verticalidad y a la mirada. Se trata, pues, de las características del comportamiento de proyección vocal que intervienen cuando el habla toma un carácter dinámico, tal como hemos explicado en el capítulo 2 al hablar de la respiración. Estos ejercicios no sólo deben ser ejecutados correctamente, sino que tienen que vivirse además de una manera auténtica. Para ello, también aquí resulta imprescindible disponer de un buen guía.

El sagitario es un centauro —cabeza y torso de persona y cuerpo de caballo— que dispara Hechas a las estrellas. En este caso, nuestro sagitario no se sirve de flechas, sino de los rayos mágicos proyectados por su mirada.

El ejercicio del *Soplo del Sagitario* tiene como finalidad permitir una toma de conciencia del mecanismo de la voz proyectada, aquella que utilizamos cuando la voz se convierte en un instrumento de acción, cuando nos sirve para llamar a alguien, dar una orden, afirmar, informar, interrogar, hablar en público. En todas estas circunstancias, esta voz se utiliza normalmente de una manera automática —estamos genéticamente programados para ello—, lo cual supone un comportamiento especial constituido por cuatro elementos:

1. Tener la certeza de ser eficaz: cuando decidimos llamar a alguien, estamos seguros, en principio, de que nos oirá, incluso si luego nos damos cuenta de que no ha sido así. Este primer elemento, que demuestra nuestra confianza en el poder que tenemos, es primordial, ya que es el que desencadena los tres elementos siguientes.
2. La orientación de la mirada hacia «la otra persona» que queremos alcanzar.
3. Enderezamiento del cuerpo.
4. Recurso a la acción de los músculos abdominales para producir una espiración que toma entonces el nombre de **soplo abdominal** y cuya ventaja es que resulta controlable por la acción antagonista del diafragma, tal como hemos explicado en el capítulo 2.

Patológicamente, el comportamiento de proyección vocal puede, en las mismas circunstancias, verse reemplazado por un comportamiento más forzado, que es el de la voz de insistencia o de angustia, caracterizada por basarse en un **soplo vertebral** que se sirve de la flexión de la parte superior de la columna vertebral torácica, con proyección del rostro hacia delante (v. cap. 2).

Para ejecutar el ejercicio del *Soplo del Sagitario*, el sujeto, que permanecerá de pie o sentado pero sin apoyar la espalda, debe imaginar que el mar se extiende ante él y que a lo lejos puede ver un barco. Su cuerpo estará erguido y su mirada, fija sobre el barco imaginario. Emitirá entonces, sin prisas y sin violencia, pero con una cierta firmeza, tres soplidos sucesivos bastante breves (¡chch!), producidos mediante una ligera contracción de los músculos abdominales. Después de cada una de estas tres emisiones, el sujeto hará una ligera inspiración, suavemente y sin sonido alguno. El tórax no debe hundirse en el momento de los soplidos, sino que, por el contrario, dará la impresión de levantarse ligeramente debido a la presión de la respiración abdominal. El sonido de cada emisión empezará de una manera suave y acabará con algo de brusquedad, como una flecha que se clava. La boca permanecerá entreabierta durante todo el tiempo que dure el ejercicio y no intervendrá en ningún movimiento articulatorio. El conjunto debe dar la impresión de un gesto natural, discreto, fácil y dinámico.

El fundamento de este ejercicio está en la idea de que hacer avanzar un barco imaginario sobre una mar imaginaria es lo mismo que hacer avanzar nuestras palabras por la conciencia de nuestro interlocutor. Cuando nos dirigimos a alguien, trabajamos siempre con la imaginación: le hablamos a partir de lo que imaginamos que piensa a propósito de lo que tenemos que decirle.

Si hemos descrito aquí el ejercicio del *Soplo del Sagitario* de una manera tan detallada no es para instar al lector a que lo practique correctamente (lo que no resultaría imposible, pero sí difícilmente efectivo sin alguien que lo guíe), sino para poner de manifiesto la importancia de la autenticidad de la actitud psicológica del paciente al realizarlo. El movimiento abdominal, la mirada y la verticalidad del cuerpo tomarán un carácter convincente tan sólo si el barco imaginario existe realmente en la conciencia del paciente. Sólo en este caso, el movimiento adoptará toda la discreción y la naturalidad de un movimiento automático. Recordémoslo una vez más: entre el movimiento automático y el voluntario existe una diferencia de escala de 1 a 30, es decir, que cuando el movimiento automático es del orden de 1 mm, el movimiento voluntario que quiere reproducirlo será del orden de 3 cm. En la tartamudez, no es siempre la amplitud del movimiento respiratorio o articulatorio lo que resulta desmesurado, sino que lo realmente excesivo es la movilización de energía, el aporte de tensión psicomotriz. La práctica de este ejercicio y de otros del mismo estilo supone un método excelente para controlar esta tendencia a la sobretensión, ya que en el contexto del contacto con el interlocutor —«el otro» u «otros» que estarán representados por el barco imaginario—, el sujeto se sentirá ahora bien situado sobre las

142 La tartamudez: opción curación

cuatro patas de centauro, y estará seguro de alcanzarlo gracias al láser de su mirada.

El *Soplo del Sagitario* es sólo uno de los muchos ejercicios (todos con nombres igualmente evocadores: «Dragón», «Erizo», «Samurai», «Cobra», etc. y cada uno con una función concreta) ideados para la adquisición del dominio del soplo fonatorio (Le Huche y Alloli, 1999).

Dominio de la emisión vocal

Para muchas personas tartamudas, los ejercicios vocales no presentan ninguna dificultad. Sin embargo, su práctica puede tener algunos efectos beneficiosos, especialmente, la de la lectura llamada *recto tono*, consistente en salmodiar un texto, cantándolo en una sola nota.

Antiguamente, este ejercicio se utilizaba en ciertas escuelas, y aún está en uso actualmente en algunos conventos en los que durante las comidas se está en silencio mientras se escucha a la persona que lee en voz alta aquel día, que articula el texto en una sola nota (*recto tono*) con un ritmo, en ocasiones, metronómico y estereotipado, pero en otras equilibrado más armoniosamente, a la vez impulsivo y moderado. Normalmente, casi todas las personas tartamudas practican con agrado este ejercicio, ya que les permite la frecuentación agradable de palabras que son ahora inofensivas, al estar encerradas en esta especie de caja musical salmódica. Esto puede permitirles dar un paso más hacia la relajación, ¡siempre que no se irriten al ver que sin esta «monotonía» su habla sigue presentando problemas!

Para algunas personas tartamudas, los ejercicios vocales pueden presentar, no obstante, unas dificultades considerables. En estos casos, el hecho de producir progresivamente sonidos cantados, primero, y hablados, después, cada vez con una mayor facilidad puede constituir una etapa importante del tratamiento. El reeducador debe tener muy en cuenta el hecho de que en la práctica vocal interviene la totalidad de la persona.

Dominio de la mecánica articulatoria

En la siguiente etapa —y éste es, en general, el orden que resulta más eficaz— actuaremos sobre la articulación del habla. ¡Por

fin!, dirán muchos. El único problema de la persona tartamuda ¿no es acaso llegar a articular correctamente el habla? Tal vez, éste es, de hecho, el problema central en la tartamudez, si bien puede tomar a veces un carácter bastante desconcertante. Así, vemos que la mayor parte de las personas tartamudas presenta un movimiento articulatorio completamente normal –al menos aparentemente– en determinadas circunstancias en las que el habla ha surgido de una manera espontánea y como por sorpresa. Pero, ¿podemos contar siempre con este efecto de la sorpresa? Vemos que en otras ocasiones ocurre precisamente todo lo contrario: el habla marcha perfectamente, con la euforia de una fluencia verbal magnífica, y es entonces, de repente y de manera inesperada, cuando surge la tartamudez que creíamos ya tan lejos. ¿No resulta algo completamente enojoso?

Para comprender todos estos casos aparentemente extraños, debemos admitir que en el curso del desarrollo de su tartamudez, la persona tartamuda, al luchar contra sus tartamudeos, ha infligido a la mecánica de articulación del habla toda serie de tensiones, eliminaciones, distorsiones, que se han automatizado y que se manifiestan en forma de deslices o de atolladeros; aparecen como obstáculos para la continuación del desarrollo del habla, y superarlos parece difícil e incluso imposible. Será necesario desmantelar, restaurar, reconstruir, etc.

Reencarnación del habla y la fonética

Rectificar estas distorsiones articulatorias en el funcionamiento automático del habla se inscribe en lo que denominamos *labor de reencarnación del habla*, y consiste en que el paciente tome conciencia del hecho de que su habla se fabrica con su propia carne: sus labios, su lengua, su mandíbula, su velo del paladar, su laringe, sus pulmones. El sujeto debe aprender el funcionamiento de todos sus órganos y producir, sirviéndose de ellos, todos los ruidos posibles con precisión, facilidad y naturalidad.

Este aprendizaje resulta, en ocasiones, mucho más laborioso de lo que podríamos creer debido a la sobretensión local que resulta de la tartamudez. Naturalmente, la práctica previa de la relajación facilita enormemente esta labor, pero en la mayoría de los casos es necesario un entrenamiento más específico para aumentar la habili-

144 La tartamudez: opción curación

dad de los movimientos de la lengua, de la mandíbula y de los labios, y para adquirir independencia de movimientos de cada uno de estos tres órganos en relación con los dos restantes.

A título de ejemplo, describiremos sucintamente dos ejercicios bien conocidos por los logopedas que se ocupan de problemas vocales:

1. *Sacudidas de lengua*. Consiste en sacar la lengua y hacer con ella tres rápidos movimientos a derecha e izquierda, para inmovilizarla luego a un lado un breve instante antes de reemprender tres nuevos movimientos. Este proceso se repetirá, al principio más bien lentamente, unas diez veces. Es importante que el paciente se esfuerce en sacar bien la lengua, en no tocar los labios mientras duran los desplazamientos de la lengua y, sobre todo, en evitar mover la mandíbula, fijándola de manera que el mentón permanezca totalmente inmóvil. El lector puede intentar hacer él mismo el ejercicio y comprobará que no es nada sencillo. Esta dificultad, no obstante, cede tras un entrenamiento diario de dos minutos durante algunas semanas.

2. *Lengua de gato/lengua de rata*. Consiste en sacar y meter, alternativamente y a un ritmo de un movimiento por segundo aproximadamente, la lengua, plana y blanda primero (como la lengua del gato) y redonda y puntiaguda después (como la lengua de la rata; no se debe confundir con la lengua en forma de canalón que se obtiene cuando se elevan sus bordes). Debemos tener en cuenta, sin embargo, que no todo el mundo sabe cómo es la lengua de la rata, que tiene la forma de un dedo afilado. En este ejercicio, el paciente debe esforzarse en abrir la boca de manera idéntica cada vez que saque la lengua, ya se trate de hacerlo con la forma de lengua de gato o de rata, lo cual significa que debe evitar redondear los labios alrededor de la lengua de rata. En realidad, este ejercicio no es más fácil que el de los movimientos de lengua.

Estos ejercicios, y otros por el estilo, deben ejecutarse con el paciente sentado frente a un espejo de mesa. Creados hace más de 30 años para las personas operadas de laringe, siguen demostrando su eficacia, ya que mejoran considerablemente la manejabilidad de estos tres importantes órganos del habla que son la lengua, la mandíbula y los labios.

Para esta labor de reencarnación del habla es importante que el paciente practique la producción, atenta y controlada, no sólo de los sonidos que utilizamos para hablar y que tienen ya una significación lingüística porque se han convertido en fonemas, sino muchos otros. Antes de convertirse en fonemas, los sonidos del len-

guaje eran tan sólo sonidos: una [p] es el sonido de un balón de caucho rebotando sobre el asfalto; una [k] es el sonido de dos conchas que chocan una contra otra; una [s] es el sonido de la válvula de la cámara de aire de una bicicleta que estamos desinflando, etc. Tomar conciencia de todo esto permite dominar los fonemas, entidades elementales del lenguaje oral, distinguiéndolos de las letras, que son las entidades elementales del lenguaje escrito. Recordemos, por ejemplo, a este respecto, la historia del paciente tartamudo que explicaba a Viadame Borel-Maisonny, su reeducadora, que no le decía *au revoir* (hasta la vista) porque sabía que no podría pronunciar la *a* (en francés *au* se pronuncia [o] y no [a]).

La iniciación a la fonética resulta, naturalmente, indispensable para esta práctica. Sin embargo, la fonética deberá considerarse aquí no desde el punto de vista acústico habitual, sino desde el punto de vista mecánico. Debemos ocuparnos, pues, más de la manera en que se producen los sonidos del lenguaje que de la manera en que el oído distingue entre unos y otros. Lo que nos interesa es, en suma, cómo funciona esta máquina de producir sonidos con la que hablamos.

La figura 8-1 A (v. pág. 147) representa un corte de perfil de esta máquina de producir sonidos con la que hablamos gracias al soplo fonatorio. A lo largo de su trayecto desde los pulmones hasta el exterior, el soplo fonatorio puede producir sonidos en seis puntos diferentes, que denominamos **puntos de articulación**. En cada uno de estos puntos, los órganos articulatorios, que son las cuerdas vocales, la lengua, el velo del paladar, los labios y la mandíbula, pueden actuar a modo de grifo o llave de paso, poniendo obstáculos al paso del aire, de tres modos diferentes: bloqueando su paso para liberarlo después bruscamente, lo que producirá sonidos de **explosión**; reduciendo su paso mediante la formación de un canal más o menos estrecho, que dará lugar a los sonidos de **constricción**; o bien, vibrando bajo la acción del flujo de aire, lo que origina los sonidos de **vibración**.

En la figura 8-1 B (v. pág. 147) aparecen los principales sonidos que es posible producir en cada uno de estos puntos de articulación. Cada columna vertical corresponde a uno de los seis «grifos o llaves de paso del habla», mientras que cada línea horizontal corresponde a las distintas modalidades de funcionamiento de estas «llaves de paso». Las tres primeras corresponden a las tres modalidades: explosión, constricción y vibración. Las dos siguientes, a modalidades especiales que dan lugar a las consonantes nasales, las consonantes líquidas y las vocales y semiconsonantes. Por últi-

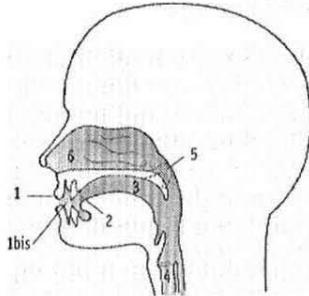
mo, la sexta línea incluye los «clics», sonidos producidos por un mecanismo de aspiración bucal.

Tomemos, por ejemplo, la columna n.º 4, que conocemos ya dado que se trata de la correspondiente a los sonidos articulados en la laringe. Sabemos que es posible hacer vibrar las cuerdas vocales bajo la acción de la corriente del aire espiratorio, que es la forma como producimos la voz. La que denominamos voz alta aparece en la tabla en la casilla correspondiente al sonido de vibración aplicada a la «llave de paso» n.º 4. Sin embargo, si tensamos las cuerdas vocales de un modo diferente, podemos evitar hacerlas vibrar, lo que dará lugar a la producción de un sonido sibilante de salida de aire, que no es otra cosa que la voz en forma de cuchicheo. Este sonido figura en la tabla en la casilla inmediatamente superior a la de la voz normal, representado por el sonido de un hornillo a gas, ya que, efectivamente, la emisión no articulada de la voz cuchicheada se asemeja a dicho sonido. Por último, las cuerdas vocales nos permiten también producir sonidos de explosión que llamamos «golpes de glotis», representados en la tabla con el signo «2», en la primera casilla de esta misma columna. El golpe de glotis corresponde a un bloqueo total del flujo de aire espiratorio producido por un cierre de las cuerdas vocales seguido de su relajación brusca. Para comprender fácilmente lo que es un golpe de glotis, no tenemos más que toser silenciosamente.

Fig. 8-1. Producciones fónicas y fonéticas.

- A. Los 6 «grifos o llaves de paso» del habla.** En cada uno de los 6 puntos que figuran en este esquema pueden emitirse numerosos sonidos (producciones fónicas). Algunos de ellos corresponden a los fonemas (producciones fonéticas). Los fonemas son los elementos del lenguaje oral, del mismo modo que las letras son los elementos del lenguaje escrito (producciones fonéticas).
- B. Tabla de las producciones fónicas y fonéticas** (en francés). En cada columna figuran los principales sonidos que pueden producirse en cada uno de los puntos que aparecen en el esquema A. Los sonorizados por la voz (sonidos y consonantes denominados sonoros) aparecen en tono gris.
- C. Clasificación de las vocales** (francesas). Las vocales pueden clasificarse, por una parte, según el grado de abertura de la boca y, por otra, según la situación más o menos anterior o posterior de la frontera entre las cavidades de resonancia bucal (anterior) y faríngea (posterior), lo cual depende de si la masa muscular de la lengua se desplaza hacia delante o hacia atrás. En el esquema, una palabra monosilábica ilustra cada vocal francesa. Las vocales nasales se indican con una tilde (˜) y aparecen unidas con un trazo discontinuo a la vocal de la que proceden.

A



B

	1	1bis	2	3	4	5	6
Explosión	[p] [b]		[t] [d]	[k] [g]		[z] toux	canard canard pompe à velo banjo
Constricción	souffle [f] ventilo [v]		[s] [z]	[ʃ] [ʒ]		founeau à gaz gémissement	tuyau raboteuse souffle paquebot
Vibración	cheval mobilette camion		[r] roulé [ʀ]	[r] [r̄]		VOZ ronflement reniflement	mouchage trompette
Complejas	[m] ↗ [n] ↘		[l] [ʎ] ↗ [ʎ] ↘	[ʎ]		cerradas [i] - [u] [a] abiertas	
Semiconsonnantes	[ɥ] uil (huile)		[y] pyé (pied)	[w] waso (oiseau)			
Clics	Besar		Reprimenda Trote de caballo	¡Arre caballo!			

C

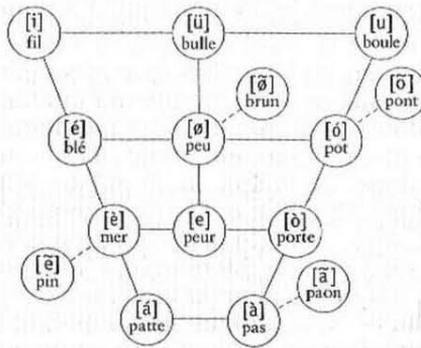


Fig. 8-1 (V. explicación en pág. 146).

148 La tartamudez: opción curación

Seguramente, el lector conocerá, al menos de manera aproximada, estos 6 puntos de articulación del habla, si bien puede ser que de una manera más superficial de lo que creería en un principio. Si nos ayudamos de la tabla y tratamos de reproducir nosotros mismos los distintos sonidos, para comprender así el funcionamiento de cada una de las seis «llaves de paso» del habla, haremos seguramente algunos descubrimientos sorprendentes:

1. Está formada por los dos labios, si bien en su variante n.º 1 bis el labio superior es sustituido por los incisivos superiores.
2. Resulta del contacto del extremo de la lengua o, más exactamente, de la cara superior del extremo de la lengua, cerca de la punta, contra la encía superior.
3. Proviene del contacto de la base de la lengua contra el velo del paladar.
4. Está constituida por las cuerdas vocales en la laringe, órgano que el lector empieza a conocer muy bien.
5. Resulta del contacto del velo del paladar contra el techo de la parte posterior de la nariz.
6. Corresponde a los orificios de la nariz. De hecho, ninguno de los ruidos que pueden producir se utilizan en el habla normal, pero intervienen en algunos casos patológicos.

Obsérvese que en esta tabla hemos incorporado algunos sonidos que no son fonemas. La razón de su inclusión es que, a pesar de no tener –al menos en francés– significación lingüística, son sonidos mecánica y acústicamente de la misma naturaleza que los fonemas. Estos sonidos tienen, además, una cierta importancia en la labor de la reeducación.

En este proceso de descubrimiento de los sonidos que somos capaces de emitir es importante que distingamos claramente entre el nombre de las letras y el sonido al que corresponden. Así, por ejemplo, el sonido de la letra *n* no es «efe», sino «fff», sonido que evoca el viento entre las hojas de los árboles.

Nótese asimismo que los sonidos cuyo signo figura en primer lugar, dentro de cada una de las tres primeras casillas, corresponden al funcionamiento de una sola llave de paso. Por el contrario, los que aparecen en gris, en la parte inferior de cada una de estas casillas, corresponde a los sonidos resultantes de combinar este mismo funcionamiento de una llave de paso concreta, con la vibración de la llave de paso n.º 4, que no es otra cosa que la emisión de voz. En este caso, y por lo que respecta a las consonantes, decimos entonces que son consonantes sonoras.

Figuran también en la tabla las semivocales, que son fonemas algo especiales, y los «clics», que son sonidos de aspiración.

La columna n.º 5 nos planteará tal vez algunos problemas. El lector identificará fácilmente los sonidos de ronquido y de resoplido (éste no se limita al sonido que hace simplemente zumban los orificios de la nariz, sino al que parece más bien un gruñido y que las madres consideran realmente inadmisibles). En la casilla inmediatamente superior, el sonido del agua que corre por una tubería puede ser más difícil de descubrir. En cuanto al pato, hemos de precisar que se trata de un pato que emite sonidos con el pico cerrado, y que lo hace con voz sonora por lo que respecta al registrado en la parte inferior de la casilla, y con voz sorda el de la parte superior de la misma. Respecto a la columna n.º 6, el «sonido de sonarse simulando una trompeta», resulta imposible de emitir si no se tienen los cornetes nasales congestivos; en cuanto al banjo y la bomba de bicicleta, han de pinzarse los orificios de la nariz con los dedos mientras se intenta emitir aire a través de ellos, y luego, soltar bruscamente.

Finalmente, las vocales son el resultado de la modificación de las dos cavidades de resonancia principales, que son la boca y la parte posterior de la boca. Las vocales se denominan anteriores o posteriores según si la frontera entre las dos cavidades está avanzada o retrasada, debido al desplazamiento de la lengua. Pueden ser también cerradas o abiertas, de acuerdo con el grado de descenso de la lengua, que vendrá marcado (en principio), por el descenso de la mandíbula. En la figura 8-1 C aparecen palabras monosilábicas que contienen cada una de las vocales existentes en la lengua francesa, a fin de facilitar su identificación. Algunas de ellas dan lugar a sonidos nasales producidos por el descenso del velo del paladar, lo cual pone en comunicación la parte posterior de la boca y la nariz.

Resulta verdaderamente increíble todo lo que podemos llegar a hacer con esta mecánica, ¡y no hemos hecho más que dar una visión general de la misma! No es, pues, de extrañar que nos perdamos en su utilización si no contamos con un guía para trabajar con ella.

La vuelta a una articulación automática normal, eliminando todo artificio y todo truco para no tartamudear, se ve enormemente facilitada por esta iniciación a la fonética que, tras unas cuantas sesiones, permitirá al paciente el descubrimiento de gran número de hechos tan evidentes como ignorados. Este proceso de normalización se logrará mediante una serie de ejercicios de lectura en voz alta, ya no cantada como hacíamos en los ejercicios *recto tono*, sino hablada.

Ejercicio de la lectura en voz alta

Cuando pedimos a una persona tartamuda que lea un texto en voz alta, lo que más desea, por regla general, es que la lectura transcurra, desde la primera a la última letra, sin accidente alguno. A veces, la lectura fluye perfectamente y el sujeto sabe con antelación que será así, ya que es consciente de que si mantiene una cierta velocidad y dinamismo, no tendrá ningún problema. Otras veces, esta seguridad de leer sin atascarse no se presentará hasta que haya logrado arrancar la primera palabra. Finalmente, en ocasiones el sujeto sabrá que, si puede «arrancar» la lectura sin problemas, el resto del texto fluirá sin dificultades, mientras que si el inicio ha sido laborioso, los accidentes serán después frecuentes.

Mientras el paciente mantenga esta actitud y siga con la esperanza de no sufrir ningún accidente del habla durante la lectura, el ejercicio de leer en voz alta no resultará demasiado útil. La actitud deseable consiste, por el contrario, en localizar los puntos del texto en los que podría presentarse un accidente del habla, e incluso dónde podría haberse producido, aunque no lo haya hecho. Sin embargo, la persona tartamuda tiene frecuentemente dificultades para adoptar este estado de ánimo, y tiende a continuar con su deseo de que toda la lectura fluya sin accidentes. De hecho, si pensamos en ello, es una actitud bastante extraña. Imaginemos a un automovilista que tiene problemas en el motor de su coche, que deseara que estos problemas no se manifestaran en presencia de su mecánico. Este comportamiento dice mucho acerca de la vergüenza que, desgraciadamente, aparece ligada a la tartamudez y que tanto contribuye a su mantenimiento.

Desde el mismo momento en que esta primera dificultad empieza a desvanecerse, podremos intentar comprender qué es lo que origina que en un punto concreto de una frase haya una posibilidad de dificultad mecánica. Daremos a continuación algunos ejemplos de estas dificultades.

Impulso respiratorio y anticipación articulatoria de las vocales

El bloqueo en una palabra, una frase o un texto es debido, la mayor parte de las veces, a una alteración del impulso del soplo fonatorio. Hemos insistido largamente en el tema del impulso res-

piratorio en el capítulo 2, del cual el lector recordará, seguramente, la comparación con el gesto de clavar un clavo con un martillo. En las personas tartamudas, muchas veces, este impulso está perturbado, o incluso ausente, aun cuando su habla puede parecer normal. De hecho, estará tanto más perturbado o ausente cuanto más se esfuerce el sujeto en su articulación, luchando frontalmente con los tartamudeos.

La mecánica normal del impulso inspiratorio que precede a la emisión del habla es bastante sutil. En primer lugar, la inspiración es, en general, rápida, discreta y de amplitud moderada. Por otra parte, en el mismo momento en que tiene lugar, los órganos del habla se colocan ya en la posición de articulación de la primera vocal de la palabra que se quiere pronunciar, siendo así incluso cuando esta vocal no es el primer fonema de la palabra.

Para demostrarlo, vamos a servirnos del principio de un texto de Blaise Cendrars, conocido por muchos reeducadores:

«*De la vallée du Mississippi jusqu'au-delà des montagnes géantes...*» (Del valle del Mississippi hasta más allá de las montañas gigantes...).

La traducción fonética de esta frase en el alfabeto adaptado a la lengua francesa de Madame Borel-Maisonny, sería la siguiente:

[d c l a v a l é d ü m i s i s i p i j i i s k ó d e l í d é m ó t a ñ y g é a t] .

Cuando el principio de la frase es articulado por una persona no tartamuda, podemos ver que la [e] de la palabra *De* está ya presente en sus labios cuando la [d] no ha empezado a ser aún emitida. Notaremos, además, que esta puesta en situación de los labios se inicia con el impulso inspiratorio y acaba con él.

Son dos, pues, los fenómenos que se dan al principio de los enunciados en toda habla normal y que la persona tartamuda tiende a eliminar de su habla: *a)* la anticipación articuladora de la primera vocal, y *b)* la simultaneidad de esta situación articuladora de los labios y del impulso inspiratorio.

Nótese que la anticipación articuladora de las vocales estará presente en cada una de las sílabas siguientes. Esto resulta particularmente evidente para la [ti] de *du*, la [fi] de *mi*, la [ji] de *ju*, la [e] de *des* y la [o] de *mon*, pero es igualmente cierto para el resto de vocales.

La persona tartamuda que se bloquea especialmente en algunas palabras puede comprobar ahora la importancia de esta noción de

anticipación articulatoria de las vocales. Si el sujeto se llama, por ejemplo, Pablo, puede ser que tenga problemas para articular esta palabra. (Es bastante frecuente que la persona tartamudee al decir su nombre, hecho que da lugar a gran número de interpretaciones distintas, cada una de las cuales tendrá, sin duda, una parte de razón.) Así pues, cuando trate de pronunciar este nombre, el sujeto constatará, una vez más y no sin despecho y rabia interiores, que sus labios permanecen obstinadamente cerrados en una especie de sonrisa crispada, como si quisiera decir el nombre de la letra (*pe*), al mismo tiempo que la mandíbula «lira» desesperadamente hacia abajo, temblando e incluso agitándose a veces, para estallar finalmente en la pronunciación del primer fonema de la palabra *Pablo*.

Para evitarlo, el paciente puede practicar el modo de tomar, para pronunciar esta palabra, un impulso inspiratorio moderado y algo lento, preparando simultáneamente los labios para la [a] que seguirá. Debe intentarse primero en voz baja para pasar progresivamente a hacerlo en voz alta, resistiendo la tendencia, que se había hecho habitual, de los labios a colocarse, por error, en la situación articulatoria de la [e], probablemente debido a que esta vocal [c] es la que aparece en el nombre de la letra *p*. Este error no es, sin embargo, casual. Son los esfuerzos por hablar a pesar de los tartamudeos lo que ha llevado al sujeto a esta desviación articulatoria.

Veamos una comparación para comprender mejor el problema. Imaginemos que tenemos que ajustar dos gruesas chapas metálicas perforadas colocando unos pernos que las sujeten. La mejor técnica consiste en poner correctamente las dos chapas, *encarando perfectamente* los agujeros de una y otra, de manera que bastará con pasar los pernos por ellos y colocar después las tuercas. Otro modo de hacerlo — menos recomendable, pero podemos tener prisa — consiste en colocar las planchas de manera que encajen *aproximadamente*, sin tomarnos el tiempo de hacer que los agujeros de ambas estén encarados, pasar los pernos por los agujeros de la primera plancha y sacudir entonces el conjunto hasta conseguir que pasen a través de los de la segunda. Este sería el método que se asemeja al utilizado por la persona tartamuda cuando omite la previsión anticipada del segundo fonema.

Ha de tenerse en cuenta que para las personas tartamudas puede ser muy difícil la realización simultánea del impulso inspiratorio y la articulación de la primera vocal, ya que tienen tendencia a desfasar ambas acciones: «Inspiro primero y coloco después la vocal en

mis labios» o, a la inversa, «artículo primero la vocal y luego inspiro». Pero llevar a cabo las dos acciones al mismo tiempo les resulta extrañamente difícil. Esta vocal, que se sitúa en la boca con la inspiración para ser expulsada con la voz tras la primera consonante (como en la palabra *Pablo*), les supone a menudo una particular dificultad. Sin embargo, resulta algo perfectamente natural de efectuar cuando no se piensa en ello. Existe, sin duda, una relación entre este fenómeno y la dinámica del **interior/exterior**, tal como dicen los psiquiatras. ¿Qué es lo que entra en mí? ¿Qué es lo que sale de mí? Todo esto no es en modo alguno anodino y se regula más fácilmente cuando el paciente ha sido iniciado en la técnica de los suspiros, en la que interviene esta misma dinámica. Una vez más resulta indispensable que el paciente sea correctamente guiado.

Las palabras en la boca

Esta evicción del impulso y el olvido de la articulación previa de las vocales son dos de las distorsiones más frecuentes y más graves que aparecen en el habla tartamuda. Existen, sin embargo, otras que no haremos más que citar, tales como: la ausencia de pausas de relajación, la ausencia de conexión entre las palabras (se pronuncia cada una individualmente y sin transición entre ellas), la ausencia de disminución de la velocidad antes de los pasajes difíciles, la presencia de golpes de glotis, el estereotipo rítmico, las aceleraciones súbitas, etc.

Todas estas anomalías pueden ser analizadas y rectificadas trabajando delante de un espejo junto a un reeducador, comparando cada uno su comportamiento articulatorio con el del otro. Debe conseguirse, en suma, experimentar el movimiento articulatorio haciéndolo más lento, apropiándose. El paciente debe *colocar las palabras en la boca* a velocidades variables, no dudando en exagerar los movimientos o en variar el ritmo para poseerlas desde todos los ángulos.

Con esta técnica podemos localizar y reparar, además, los efectos de ciertas estrategias que desgraciadamente se han venido poniendo en práctica desde el principio de la lucha contra los accidentes del habla que caracterizan a la tartamudez. Por ejemplo, la estrategia de la articulación inversa, que consiste en producir ciertas consonantes al revés, es decir, mediante una breve aspiración.

154 La tartamudez: opción curación

O la estrategia, más molesta aún, de hacer el esfuerzo de presionar la lengua contra las encías superiores para producir una [j], cuando, por el contrario, tras la oclusión, la lengua debería retirarse ligeramente para permitir la «miniexplosión» que da lugar a la producción de esta consonante.

Podemos restaurar también algunas sutilezas de la articulación normal que han sido destruidas por el *bulldozer* del esfuerzo en el curso de la evolución de la tartamudez, y cuya ausencia provoca tirones discordantes entre los movimientos de la lengua o de los labios y el movimiento hacia abajo de la mandíbula. El paciente tornará conciencia, por ejemplo, de que para pronunciar la sílaba *pa*, es el movimiento de la mandíbula el que, al bajar, da lugar a la miniexplosión del fonema [p] que se extiende sobre la vocal [a], que es una vocal abierta; mientras que para las sílabas *pi* o *pu*, son los labios los que deben entreabrirse para dar salida, también por miniexplosión, a las vocales [i] o [u], que son vocales cerradas. De este modo, el paciente aprende poco a poco a evitar el bloqueo producido al bajar la mandíbula mientras que los labios, firmemente cerrados, no se deciden a liberar la [a]. Podrá evitarlo con sólo bajar la mandíbula, en una acción en la que los labios sólo tendrán que dejarse separar por este movimiento descendente. Por el contrario, tendrá que aprender que son los labios los que deben entreabrirse activamente y de una manera suave para dar salida a las vocales cerradas [i] o [u], para las cuales el esfuerzo de bajar la mandíbula es totalmente inapropiado. Del mismo modo, ajustes similares pueden ser necesarios para otras sílabas, en particular para las que incluyen una consonante explosiva como la [i] o la [k], en cuyo caso se entrenará al paciente a pronunciarlas muy lentamente y seguidas de las tres vocales fundamentales: [a], [i], [u].

Estas acciones musculares alteradas son características de un proceso distónico y constituyen un argumento más a favor de la integración de la tartamudez en el grupo de las distonías focalizadas de las que hemos hablado en el capítulo 2.

Esta labor de análisis y rectificación lleva progresivamente al paciente a poder leer sin dificultad un texto cualquiera en presencia de una tercera persona, para que emprenda así, conscientemente, los verdaderos caminos de la articulación normal. *La articulación voluntaria aprende, en suma, a doblarse ante las leyes de la articulación automática*, que es la que tiene lugar en el individuo no tartamudo e incluso a menudo en el tartamudo cuando está pensando en otra cosa.

Esta normalización de la articulación no resulta siempre evidente, ya que los tartamudeos tienen a veces la significación de

un sistema de freno al que el sujeto se ha habituado y con el que se ha acostumbrado a contar. Cuando el habla se libera de todos los obstáculos físicos creados por la tartamudez y cuando esta habla pasa, como la de todo el mundo, por el umbral de las puertas sin golpear en los marcos, puede dar al sujeto la impresión de que se le escapa de entre los dedos —del mismo modo que una pastilla de jabón húmeda—, y esto puede constituir un nuevo problema.

Lectura expresiva

Una vez que el paciente consigue leer en voz alta con facilidad —esto se logra hacia el sexto o décimo mes de tratamiento— veremos que su confianza aumenta, que empieza a pensar que puede, de veras, corregir su problema, si bien aún queda mucho trabajo por hacer. De hecho, leer correctamente las palabras de un texto equivale, aproximadamente, a conducir camiones vacíos. Saber conducir camiones vacíos no es algo que no tenga su mérito, pero si no podemos hacer algo mejor, difícilmente seremos contratados como chóferes de camión.

En la vida corriente no hablamos al ritmo de las palabras, sino al ritmo de las imágenes mentales y de los sentimientos que nos sugiere aquello de lo que estamos hablando. De este modo, después de haber practicado la lectura mecánica, será necesario ensayar ahora la lectura expresiva. No se trata de dar a la lectura una entonación cualquiera —del mismo modo que recitamos en clase una fábula de La Fontaine o una poesía para niños—, sino que el paciente debe trasladar realmente a la lectura las emociones derivadas de las representaciones mentales y los sentimientos sugeridos por el texto. Estará trabajando así la rectificación de la sexta alteración del habla. A menudo, cuando una persona tartamuda lee un texto en voz alta, incluso cuando comprende lo que está leyendo —que, como ya hemos visto, no es siempre el caso—, elabora en general pocas representaciones mentales al respecto. La razón es tal vez, en primer lugar, que su única preocupación es leer correctamente y sin atascarse, lo cual le impide leer verdaderamente. Observamos el mismo problema en las personas disléxicas. Otra razón podría ser también que la costumbre de luchar con las palabras retiene la imaginación e impide apoyarse en ellas para volar, metafóricamente, a la lejanía, en la ensoñación.

Lectura ante un auditorio ficticio

En el caso de los adolescentes, y sobre todo en el de los adultos, sería muy difícil practicar la lectura guiada tal como hacíamos en el niño, ya que podría ser interpretado como un tratamiento infantil. Aunque podría, sin embargo, intentarse ponerlo en práctica, existen otros métodos, tal vez mejor adaptados, para favorecer la recuperación de una expresividad natural y auténtica en la lectura en voz alta en los adultos.

Podemos empezar por pedir al sujeto que lea un texto de una página aproximadamente, colocándose de perfil al reeducador. El paciente puede permanecer de pie o sentado, si bien en este último caso deberá sentarse en la mitad anterior de la silla y sin apoyarse en el respaldo, a fin de mantener la espalda derecha. Le sugeriremos, además, que debe hacer oír y comprender este texto a un auditorio ficticio de algunas personas colocadas ante él, en un espíritu de voluntad de compartir la lectura con ellas. Grabaremos la lectura completa, y una vez el sujeto haya acabado, le haremos escuchar algunos pasajes —con preferencia aquellos en los que no ha tartamudeado—. En un primer momento, la principal emoción que experimentará será la satisfacción por no haber tartamudeado. Sin embargo, muy pronto, nuestro paciente irá tomando conciencia de su falta de expresividad en la lectura, lo cual constituirá un primer paso fundamental para corregir el problema.

El juego de los significantes

Un procedimiento complementario, denominado *juego de los significantes*, consiste en pedir al paciente —que se habrá colocado del mismo modo que en el ejercicio anterior— que escoja una unidad pulsional de significado (un enunciado de algunas palabras) en el texto que acaba de leer. Deberá leer entonces, de nuevo y varias veces seguidas (unas 10 veces), este enunciado marcando, entre cada una de las repeticiones, una corta pausa que le permitirá oír lo que ha dicho, como si fuera otra persona quien lo hubiera expresado. Al principio, el paciente tiende a intentar pronunciar estas palabras de una manera distinta cada vez, como si tuviera que cambiar el tono en cada lectura. Otras veces, por el contrario, repite cada vez el texto con una entonación muy parecida. Después, llega un momento en que deja de escuchar la *manera* en que

lo ha dicho para pasar realmente a escuchar *lo que* ha dicho. La expresión se enriquece entonces de una repetición a la siguiente, lo cual puede llegar a ser muy emotivo. El reeducador puede favorecer esta emoción expresando, durante las pausas y como si hablara consigo mismo, qué siente acerca de lo que se está leyendo, ya sea repitiéndolo, ya sea haciendo comentarios propios, para resituar este enunciado en el conjunto del texto. Se trata de una técnica que requiere un cierto tacto, así como un buen conocimiento del texto, pero resulta considerablemente eficaz.

Texto con subtexto

Otra posibilidad es la práctica denominada del *texto con subtexto*, en la que el reeducador va repitiendo el texto como un eco o bien expresa sus emociones igual que en el ejercicio anterior, pero a lo largo de toda la lectura, aprovechando las pausas entre las frases. El paciente habrá recibido la consigna de interrumpir momentáneamente su lectura cada vez que el reeducador haga un comentario, si bien conservando siempre el contacto visual con su auditorio ficticio. En un principio, el sujeto tiene problemas para respetar esta consigna y se esfuerza incluso por no oír al reeducador, por protegerse de él. Sin embargo, poco a poco, acaba por escucharlo y la lectura se enriquece entonces considerablemente, cada vez se hace más auténtica y expresiva.

Con esta práctica podremos observar que este resurgimiento de la expresividad se acompaña, a menudo, sobre todo en una primera fase, de un recrudecimiento de la tartamudez. Tendremos que volver entonces, puntualmente, a un trabajo más mecánico, aplicando de nuevo la técnica de *colocarse las palabras en la boca*. Lentamente, no obstante, esta expresividad recuperada, lejos de provocar los tartamudeos, los hará desaparecer. Se trata de la verdadera habla que empieza a fluir sin temor, a despegar sin más trabas.

Sin embargo, con la recuperación de la expresividad en la lectura en voz alta no hemos solucionado en modo alguno todos los problemas del habla tartamuda. Efectivamente, es cierto que el habla debe acomodarse en primer lugar a las reglas de la mecánica fonatoria y adaptarse a continuación a las emociones causadas por el significado del contenido de la lectura, pero debe también tener en cuenta las supuestas reacciones de los interlocutores.

158 La tartamudez: opción curación

Si volvemos a la comparación con los camiones, podemos decir que leer al ritmo de las palabras equivale a conducir camiones vacíos; leer al ritmo de las representaciones mentales y de los sentimientos sugeridos por el texto equivale a conducir camiones llenos; finalmente, tener en cuenta, además, las supuestas reacciones del interlocutor equivale a conducir camiones llenos con la misma habilidad en el llano que en la montaña y, si es necesario, en terreno arenoso o pantanoso.

Obsérvese que, en la práctica del texto con subtexto, las intervenciones del reeducador hacen que éste venga a actuar como portavoz de los miembros del auditorio ficticio. Así pues, este ejercicio interviene tanto sobre la adaptación al interlocutor como sobre la autenticidad expresiva. Existen, no obstante, otros dos ejercicios que actúan más directamente sobre la gestión del contacto con el interlocutor. Se trata del *ejercicio del dibujo dictado* y del *ejercicio de elaboración de la imagen*.

Ejercicio del dibujo dictado

Para la realización de este ejercicio, el sujeto debe hacer en primer lugar, en una hoja de papel, un dibujo relativamente simple, bastante esquemático, pero preferentemente que represente alguna cosa concreta (objeto, paisaje, animal). A continuación, el paciente, situado detrás del reeducador, deberá dar indicaciones para que éste, sin haber visto el dibujo, lo reproduzca lo más exactamente posible. Para ello, el sujeto podrá decir lo que quiera: recurrir a expresiones geométricas, proponer comparaciones; puede incluso decir lo que representa el dibujo (antes se prohibía dar esta información, ya que se creía, equivocadamente, que hacía el ejercicio demasiado fácil).

El único objetivo es conseguir que el dibujo elaborado por el reeducador sea una copia exacta del que había hecho el paciente; tiene que esforzarse en no emplear en ello más que de 5 a 15 minutos. El reeducador debe respetar la consigna de dibujar sólo cuando comprenda las instrucciones que se le dan, y detenerse, sin decir nada —es esencial—, cuando no sea así. El paciente deberá esforzarse entonces en situarse mentalmente en el lugar del reeducador para tratar de comprender qué es lo que no funciona con las instrucciones que ha dado. Naturalmente, si la situación está verdaderamente bloqueada, se debe interrumpir el ejercicio y escu-

char la grabación para intentar comprender por qué no ha funcionado.

En este ejercicio, el sujeto tiene tendencia a estar convencido de la excelencia de su descripción, pensando que si ha producido una descripción clara, lógica y precisa, el resultado tendrá que ser forzosamente bueno. La experiencia le demostrará, no obstante, que ésta no es una buena táctica. Para lograr el objetivo final del ejercicio, tendrá que preocuparse a cada instante de los problemas que se le pueden presentar al reeducador para dibujar siguiendo sus instrucciones. Estamos aquí, pues, en el dominio del tercer controlador (¿cómo interpreta el interlocutor lo que le estoy diciendo?), y no en el del segundo (lo que estoy diciendo, ¿se corresponde con el dibujo que estoy viendo?) ni mucho menos en el del primero (¿es correcta mi articulación?, ¿mis frases están bien construidas?, etc.). Para que todo esto quede claro, invertiremos, de ver en cuando, los papeles, de manera que, por ejemplo, una de cada dos veces, será el reeducador quien dicte, lo cual resulta también instructivo para la persona tartamuda.

Elaboración de la imagen

En este ejercicio, el paciente elige, primero, una fotografía de una revista. La mirará atentamente y debe luego tratar de comunicar esta imagen a la mente del reeducador, que estará situado frente a él y quien, por supuesto, no la habrá visto previamente. El sujeto podrá mirar la fotografía tantas veces como desee, pero no podrá hablar más que cuando no la esté mirando. El reeducador puede, por su parte, hacer preguntas acerca de los problemas que tiene para imaginar, pero la iniciativa del diálogo tiene que ser siempre del paciente. Llegará un momento en que el reeducador tendrá la impresión de haber formado en su mente una imagen similar a la que el sujeto está describiendo y, recíprocamente, el paciente sentirá, a su vez, que la imagen mental del reeducador se corresponde bastante con la fotografía de la revista. El reeducador mirará entonces la fotografía e indicará las diferencias inevitables que existen entre su imagen mental y la imagen real; diferencias que serán, en ocasiones, considerables. También en este ejercicio cambiaremos, de manera sistemática y alternativamente, los papeles de reeducador y paciente, ya que los resultados serán de ambos modos interesantes. Cuando le corresponda a la persona tarta-

160 **La tartamudez: opción curación**

muda el turno de elaborar la imagen mental, deberá procurar que ésta no se desvanezca de su cabeza en el momento de confrontarla con la imagen real. Saber mantener la permanencia de las representaciones mentales es una actividad indispensable para la creación del ORIV.

Escucharse hablar. Oírse decir

Cuando decimos de alguien que se escucha cuando habla, no se trata precisamente de un elogio, sino que significa que esta persona se complace en una consideración lisonjera de su propia habla. En estos casos, aun cuando el habla puede ser realmente brillante, la autocomplacencia se nos hace pronto insoportable y sentimos más bien la necesidad de que este «río melífero» se detenga de una vez. Tenemos la sensación de que alguna cosa no acaba de funcionar, y ello es debido a que un habla que no se hace valer pierde rápidamente su interés.

Para una persona tartamuda, sin embargo, escucharse hablar tiene una significación totalmente distinta. Se trata, en este caso, de una actitud que resulta del deseo de vigilar su propia habla a fin de que no pueda ser objeto de un juicio negativo o del temor a que «se le escape» algo que el sujeto no desearía que oyera su interlocutor.

Oírnos decir es oír nuestra voz y nuestra habla como algo que, al mismo tiempo que es oído, se pierde en la mente de quien la recibe... ¡ya que no podemos estar nunca seguros de qué hace el interlocutor con el mensaje que recibe! Sin embargo, es solamente al aceptar esta pérdida cuando puede construirse el ORIV, por lo que la curación de la tartamudez pasa forzosamente por la necesidad de escucharse menos hablar para oírse más decir. La elaboración de la imagen, el dibujo dictado, el texto con subtexto, el juego de los significantes, etc., son prácticas adaptadas perfectamente a este objetivo.

Cómo actuar durante el uso normal del habla, fuera de las sesiones de entrenamiento

Todo lo que hemos dicho hasta ahora acerca del tratamiento de la tartamudez según la opción curación, concierne tan sólo al en-

frenamiento, ya que, tal como hemos dicho anteriormente, en esta opción no se actúa transfiriendo voluntariamente al uso normal del habla lo que se ha estado practicando en las sesiones. Los progresos en el habla normal se consiguen, como demuestra la experiencia, de manera espontánea, en la medida en que no se ha buscado reducir la tartamudez, sino ante todo restaurar los automatismos normales del habla. Este principio tolera, sin embargo, algunas excepciones en lo que respecta a resolver más rápidamente algunos problemas que afectan al habla que podríamos llamar utilitaria, es decir, la que sirve para comprar una barra de pan o unos sellos, para decir el propio nombre, la dirección o el nombre de la empresa para la que trabajamos. En estos casos, el paciente puede recurrir a colocar voluntariamente en su boca la primera vocal de la palabra durante el impulso inspiratorio, del mismo modo que hemos aconsejado para decir «Pablo» cuando se ha hablado de la colocación articular previa de las vocales. Se trata, naturalmente, de uno de los «trucos para no tartamudear». Aunque el autor no recomienda el abuso de éstos, pueden ser tolerables siempre y cuando su uso se limite al habla utilitaria, puesto que, dejando a un lado su carácter voluntario, reproducen fielmente el mecanismo automático.

Del mismo modo, pueden llevarse a la práctica también dos tipos de acciones diferentes que conciernen, respectivamente, a la tercera y cuarta alteración del habla, es decir, al comportamiento tranquilizador y a la aceptación de ayuda.

Aceptación de ayuda

Imaginemos que hemos creado una empresa de fabricación de maquinaria, por ejemplo, y queremos que nuestra producción sea de la máxima excelencia. Hemos invertido mucho dinero para obtener productos de muy buena calidad y, por este lado, la empresa marcha perfectamente. Sin embargo, cuando tenemos que organizar el servicio de entrega de la maquinaria y de las piezas de repuesto, los banqueros se muestran reticentes a seguir financiándonos, por lo que hemos tenido que contentarnos con un material de transporte de ocasión. Por esta razón, los camiones se nos averían frecuentemente con las consiguientes molestias para nosotros y para el cliente. En estas condiciones, si el cliente se ofrece a venir a recoger el material a la fábrica, el problema estará solucionado.

Después de todo, poco importa quién transporte el material con tal de que llegue a su destino sin retrasos y sin sufrir daños. Por supuesto, nosotros preferiríamos disponer de una flota de nuevos y flamantes camiones que recorrieran el territorio luciendo el logotipo de nuestra empresa en ambos flancos. A pesar de todo, la preservación de la calidad del producto resulta, sin duda, preferible a esta imagen externa ideal.

A partir de este ejemplo, podemos decir que las palabras son los camiones cuya función es la de llevar a la conciencia de nuestro interlocutor el mensaje que deseamos comunicarle. Así pues, cuando el interlocutor nos hace entender que ha comprendido lo que queremos decirle antes de que hayamos terminado nuestra frase, ¿de qué nos va a servir empeñarnos en acabarla? ¿Por qué obstinarse en seguir queriendo enviar un mensaje que ya ha sido recibido? Si el interlocutor propone a la persona tartamuda la palabra que le ha quedado bloqueada en la boca, lo mejor que aquella persona puede hacer es, simplemente, aceptarla. Esta aceptación tiene además, muchas veces, el poder casi mágico de romper las trabas que mantenían esta palabra atorada en su boca y hace posible que salga, de repente, con facilidad. Sin embargo, el paciente preferiría a menudo demostrar a su interlocutor, y a sí mismo, que puede pronunciar por sí solo esta palabra. Suele pensar que el hecho de aceptar la ayuda significa que capitula ante su tartamudez; que muestra su incapacidad para vencerla, de disimularla al menos; de presentar ante su interlocutor un habla normal. Considera, además, que su tartamudez es un asunto personal y que no puede molestar a otras personas con él.

Todos estos sentimientos resultan perfectamente comprensibles, pero desgraciadamente contribuyen a encerrar a la persona tartamuda en el problema que tanto la tortura. Para convencernos, no tenemos más que recordar que hablar no consiste solamente en traducir el pensamiento en palabras, sino que es, en primer lugar, una situación de intercambio que no puede ser en modo alguno efectiva si excluimos al interlocutor de los problemas que pueda tener nuestra habla. Debemos respetar el principio de *dar prioridad a la calidad de la comunicación sobre la calidad formal del discurso*. Éste es el precio de la curación. Cuando la persona tartamuda acepta la palabra que le propone su interlocutor, la calidad de la comunicación mejora. Su interlocutor le indica que ya ha comprendido y la persona tartamuda le hace ver, a su vez, que todo marcha bien. En esta situación, la información fluye entre ambos. Cuando, en cam-

bio, esta persona sigue esforzándose por decir la palabra que no le sale, como si no hubiera oído que su interlocutor se la acaba de proponer, la calidad formal de su habla le parece tal vez mejor, ya que consigue finalmente, mal que bien, decir la palabra en cuestión. Sin embargo, la calidad de la comunicación habrá salido perjudicada, puesto que, como ya había adivinado previamente cuál era la palabra, el interlocutor no ha recibido ninguna información nueva. Por otra parte, una comunicación de este tipo estará parasitada por la sensación desagradable producida por el rechazo y los esfuerzos del sujeto tartamudo. Su interlocutor no aprecia en absoluto los esfuerzos que aquél hace para decir la palabra por sí solo y sin ayuda; lo único que desea es comprender lo que se le está diciendo. Los esfuerzos que hace la persona tartamuda por decirle lo que ya ha comprendido le resultan simplemente penosos; por supuesto, menos penosos que a ella misma, pero penosos de todos modos. La situación resultará especialmente molesta si el interlocutor, por miedo a molestar o vejar al sujeto tartamudo, no se atreve a ayudarlo porque se cree obligado a respetar el falso principio de que no es correcto cortar la palabra a la persona que está hablando. De todos modos, repetimos una vez más que, normalmente, todo el mundo corta con frecuencia la palabra a otras personas y éstas no tienen por qué tomarlo a mal, si bien, por supuesto, al hacerlo se corre el riesgo de que se nos diga que hemos hecho algo incorrecto.

Sin embargo, ¿qué ocurre cuando la palabra propuesta no es la correcta, es decir, la que la persona tartamuda intentaba decir? Naturalmente, en este caso, no debe ser nunca aceptada como correcta, pero, al menos, a partir del error que comete el interlocutor, la persona tartamuda está recibiendo una información valiosa, ya que puede así ver qué es lo que éste comprende mal. El habla, normalmente, no se ajusta sólo a lo que tenemos que decir, sino también a lo que imaginamos que el interlocutor comprende. Se trata del dominio del tercer controlador —el que se ocupa de las relaciones con el exterior y de la interacción lingüística—, que en el caso de las personas tartamudas no funciona correctamente. Si funcionara con normalidad, al escuchar la palabra errónea que se le propone, el sujeto tartamudo diría simplemente, como todo el mundo: «No, no es eso lo que quiero decir, sino todo lo contrario, que.....».

La pérdida de la aceptación de ayuda que caracteriza a más de la mitad de las personas tartamudas es, salvo excepciones, relati-

vamente fácil de rectificar. Este orgullo, bastante discutible, que consiste en no querer deber nada a nadie más que a sí mismo desaparece a menudo rápidamente ante el bienestar que deriva de este regalo que hacemos al interlocutor al aceptar su ayuda. Esta ayuda, de hecho, no cuesta ningún esfuerzo al interlocutor y no es en modo alguno por caridad que éste presta a la persona tartamuda la palabra que le está causando problemas. Para el no tartamudo, el habla —¡qué escándalo!— es algo fácil que no requiere casi nunca esfuerzo alguno. De ahí que veamos tan a menudo que los mayores perezosos son también los más tremendos charlatanes. ¡Si el habla requiriera siempre un esfuerzo, los grandes holgazanes se callarían! No; si el interlocutor siente la necesidad (aunque no ose siempre hacerlo) de prestar su habla a la persona tartamuda es para evitar soportar el espectáculo del esfuerzo que ésta hace para hablar a pesar de su tartamudez. Es necesario que la persona tartamuda reflexione sobre ello, y si su habla se halla afectada de esta pérdida de la aceptación de ayuda, no debe tardar en tratar de experimentar lo contrario, ya que verá entonces cómo se siente mucho mejor.

Pérdida del comportamiento tranquilizador

La recuperación del comportamiento tranquilizador constituye un problema, en general, mucho más difícil de resolver y puede percibirse frecuentemente ya desde la primera entrevista. El paciente declara que no menciona jamás a nadie su problema de habla y que intenta disimularlo lo mejor que puede. A menudo, el paciente ha adoptado desde hace años una actitud de seudocamuflaje: es consciente (aunque no siempre) de que su interlocutor percibe su tartamudez, pero adopta la actitud de comportarse como si no existiera. Va a resultarle difícil, pues, aceptar que en adelante tendrá que vivir esta tartamudez al descubierto. A este respecto, vemos que la idea de hacer una referencia cualquiera a su problema es rechazada frecuentemente con firmeza por el paciente con unas objeciones del tipo: «La tartamudez es una tara vergonzosa; no voy encima a jactarme de ella. Con la de años que llevo haciendo lo imposible por ocultarla, no voy ahora a pregonarla en público. De todos modos, ya resulta bastante evidente por sí sola, no sé para qué voy encima a referirme a ella. Pero si a veces tartamudeo a cada palabra, cómo voy a pararme cada vez

para hacer un discurso sobre este asunto que, además, no interesa a nadie más que a mí».

Resulta, pues, extremadamente difícil cuestionar todas estas convicciones desde un principio. Es mucho más sencillo hacerlo después de algunos meses de tratamiento con el reeducador; cuando se habrán logrado ya algunos resultados en la adquisición de las habilidades elementales de las que hemos hablado con anterioridad. Naturalmente, seguirá suponiendo siempre una dificultad, porque implica un giro de 180° en la actitud del paciente respecto a su problema: tendrá que dejar ver en adelante lo que había estado esforzándose por ocultar hasta ese momento. Sin embargo, llegará a hacerse posible con el tiempo, ya que el sujeto comprenderá que reconocer su tartamudez no tiene por objeto informar a su interlocutor de su existencia, que en general resulta ya bastante evidente, sino hacerle saber que no se trata de un tema tabú y que no se espera de él que actúe como si no existiera. El comportamiento tranquilizador autoriza al interlocutor a dejar de actuar como si ignorara el problema y a osar intervenir en caso de bloqueo permitiéndose así intervenir normalmente, del mismo modo que haría con una persona no tartamuda en dificultades construyendo activamente el ORIV con ella. Por otra parte, el comportamiento tranquilizador no consiste en hacer un discurso a cada accidente del habla, sino que, tal como ya hemos comentado, consiste tan sólo en una serie de señales discretas: una pequeña señal con la mano, una mirada o una sonrisa cómplice que invita a compartir, a vivir conjuntamente las dificultades creadas por la tartamudez, fenómeno que intriga y que nos gustaría conocer más a fondo. Finalmente, hay que tener también en cuenta que el comportamiento tranquilizador normal es un comportamiento automático y subconsciente. No consiste, salvo alguna excepción concreta, en instalarlo en la conversación por decisión voluntaria. Se presentará en la práctica de una manera espontánea.

Para obtener este resultado, una de las prácticas que hemos ensayado consiste en que, una vez llegado el momento —raramente antes del tercer mes de tratamiento—, se le pida al paciente que hable de su tartamudez a una persona concreta, que se habrá escogido después de una discusión con el reeducador. Tomar esta decisión no significa esperar a que la ocasión se presente, ya que si se procede de este modo —la experiencia lo confirma— regularmente no se hace nunca. Es necesario que el paciente cree la ocasión. Para ello, un buen procedimiento es utilizar como pretexto el tra-

tamiento que acaba de emprender recientemente pretendiendo que se desea juzgar su eficacia: «Hace unos meses que he empezado un tratamiento para mis problemas de habla; querría saber tu opinión sobre si se nota o no algún cambio». El sujeto escogerá primero una persona próxima, pareja, padre o madre, amigo íntimo, etc., para proceder más adelante del mismo modo con otras personas con las que tenga una relación más superficial. Una vez sacado el tema de conversación, puede fácilmente seguir hablando del mismo: la persona tartamuda en tratamiento sabe más del asunto que nadie.

Este paso no resulta siempre fácil. A menudo, cada semana, en el curso de la sesión se toma la resolución de llevarlo a cabo para comprobar, la semana siguiente, que el paciente no ha sido capaz de hacerlo. Pero un día logra lanzarse a hablar con alguien del tema y se da cuenta de que esta persona a la que se ha dirigido tenía algo que decir al respecto. Es enriquecedor y alentador para el paciente, que se atreverá entonces a repetir la experiencia. Sabremos que hemos dado un gran paso para vencer la tartamudez cuando el paciente sea capaz de decir en caso de bloqueo: «¡Ah! Esta tartamudez todavía me sigue molestando!» o «¡Vaya, es mi antigua tartamudez que aún da problemas!», o incluso, «Perdona mis dificultades al hablar...¡pero acuérdate de que antes era peor!».

Excusarse por la propia tartamudez resulta algo, *a priori*, bastante difícil de aceptar: «No voy a tener que excusarme por este problema del que no sólo no soy culpable, sino del que, de hecho, ¡soy la víctima!». Naturalmente, esta reflexión está parcialmente justificada, pero hay que tener en cuenta que el interlocutor se sentirá también incómodo, y su incomodidad —aunque menor que la de la persona tartamuda— debe ser tenida también en cuenta. Cuando estando en una aglomeración de gente, somos zarandeados por la multitud y, a consecuencia de ello, pisamos a la persona que está a nuestro lado, le pedimos excusas igualmente, aunque la culpa no haya sido directamente nuestra. Sea como sea, el hecho de reconocer abiertamente la existencia de su tartamudez no aportará al paciente más que ventajas de todo tipo. Esta conducta de reconocimiento tiene en primer lugar, salvo alguna excepción, el poder de relajar la situación y liberar, al menos momentáneamente, el habla del sujeto. Le permite demostrar, además, que es capaz de dominar su problema y que no se avergüenza de él. ¿Por qué tendría que sentir vergüenza de haber tenido que arrastrar durante su infancia este problema tenaz que resulta, de hecho, de una tendencia a querer solucionar los problemas sin demora y por la fuerza antes que con distanciamiento y transigencia? ¿Son las personas tarta-

mudas responsables de que los problemas de habla no se solventen más que con distensión?

Podremos estar seguros de alcanzar un nuevo progreso en el proceso de curación cuando el paciente sea capaz de **echar pes-tes contra la palabra que no le sale**, ya que éste es un verdadero precursor del comportamiento tranquilizador natural. Consiste en enfurecerse abiertamente contra esta palabra que no acaba de salir, protestando de alguna manera contra ella con un «jahí» de exasperación, para articularla a continuación, sílaba a sílaba, de una manera un poco agresiva y artificial.

Efectivamente, sólo cuando el paciente haya adoptado la costumbre de hablar voluntariamente de su tartamudez con palabras, acabará por poder hablar de ella con todo el mundo pero sin palabras; ésta es la actitud normal, ya que, recordémoslo, la *tartamudez afecta también a sus interlocutores*. Evocar sus dificultades de habla de una manera involuntaria con gestos, mímica, suspiros, silencios, acentuaciones articulatorias, etc., es todo lo que constituye el comportamiento tranquilizador normal. Cuando consigamos que sea totalmente automático, estaremos, pues, próximos a la curación de la tartamudez y protegidos, además, contra cualquier recidiva.

Varios ciclos sucesivos

Como hemos visto hasta ahora, esta opción de curación comporta unas fases bien definidas, que abordan, uno tras otro, los ámbitos de la mecánica y la dinámica de los órganos del habla (especialmente, en relación con la emoción y la voluntad), el ámbito de la relación que se establece con el interlocutor y, finalmente, el de la construcción del ORIV. Para cada uno de estos ámbitos se proporciona información, se llevan a cabo discusiones y se ponen en práctica ejercicios, algunos de los cuales, como la relajación o los ejercicios de respiración, son objeto de un entrenamiento personal cotidiano a lo largo de todo el tratamiento y son, asimismo, repetidos periódicamente en alguna de las sesiones con el reeducador. Otros ejercicios no se ponen en práctica más que en períodos sucesivos, durante las sesiones. En general, el primer ciclo del tratamiento se da por finalizado hacia los seis u ocho meses de su inicio; se pasa entonces al segundo ciclo, que, habitualmente, suele ser algo más corto. Eventualmente, estos ciclos pueden seguirse de otros que insistirán, según los casos, más en la relajación y la res-

piración, en la articulación, la fonética, el texto con subtexto, el dibujo dictado o la elaboración de imagen. Bastante a menudo, el tratamiento se interrumpe durante algunos meses —que pueden llegar a convertirse en años— para retomarlo después de nuevo.

El futuro de la opción curación

Actualmente, esta opción curación se lleva a cabo a través de sesiones individuales de reeducación logopédica o foniátrica, que se celebran todas las semanas o cada dos semanas, y que, en Francia al menos, corren en parte a cargo de la Seguridad Social. Es cierto que este mismo tratamiento resultaría mucho más eficaz si pudiera completarse con sesiones intensivas de algunos días consecutivos. Información, confrontación de puntos de vista, intercambio de experiencias, entrenamiento colectivo a tiempo completo, etc.; todo ello permitiría dar un potente impulso a las reeducaciones individuales que empiezan a mostrar pérdida de motivación y cansancio. Esta combinación de trabajo individual y colectivo ha demostrado ya su eficacia en otros campos, como el de las personas laringectomizadas, por ejemplo, y se trata del tratamiento de moda contra la tartamudez en Estados Unidos. Creemos, además, que en el futuro éste será el tratamiento de elección de la tartamudez. Será preciso, no obstante, disponer de unas instalaciones terapéuticas adecuadas, que podrían denominarse por ejemplo *centros de ja tartamudez*, o mejor aún, centros de los problemas de la voz y del habla, que tendrían que ser a la vez lugares de tratamiento, de investigación y de encuentro. Uno de los objetivos de la Asociación Habla-Tartamudez es la creación de este tipo de locales, para lo cual está ya buscando patrocinadores que podrían colaborar a su financiación, conjuntamente con los organismos oficiales.

¿Es la opción curación la única solución posible?

Tendríamos que admitir que, en un principio, existen otros métodos para curar la tartamudez que el que acabamos de describir aquí. Sin embargo, tendríamos que añadir también que curarla en el adulto puede revelarse a menudo como una empresa demasiado difícil. La reparación completa de este instrumento tan sofisticado de intercambio y de acción requiere frecuentemente una cantidad conside-

rabie de tiempo y trabajo. Por ello resulta totalmente aceptable ser menos exigente y contentarse con reparaciones parciales. Podemos, incluso, recurrir al bricolaje basado en lo que el autor denomina «trucos para no tartamudear», procedimientos que, aun desnaturalizando en cierta medida el acto del habla, pueden permitir algunos resultados positivos al actuar a modo de pasarelas o prótesis temporales antes del restablecimiento de un habla más satisfactoria. Algunos métodos, no obstante, constituyen arreglos tan sumarios, que está justificado detenerse a considerar si los resultados obtenidos compensan realmente los esfuerzos y sacrificios requeridos.

• ELIMINACIÓN DE LA TARTAMUDEZ

En el programa de televisión *Envoyé spécial (Enviado especial)*, emitido en la cadena France 2 el 29 de septiembre de 1994, apareció un reportaje sobre un método de eliminación de la tartamudez que tuvo un cierto impacto social y, por ello, querríamos hacer algunos comentarios. Este método, creado por Jvan Impoco, fundador de la UIBEB (Union Internationale des Bégues Éliminant leur Bégaiement) (Unión Internacional de Tartamudos en Tratamiento), parte del principio de que la tartamudez es el resultado de la «angustia silábica frente a la presión del auditorio». Afirma también que lo más importante en la tartamudez es la «incertidumbre de la persona tartamuda acerca de si será capaz de decir todo lo que desea por el simple hecho de sentirse observada y escuchada».

Compartimos la opinión de que esta incertidumbre es, en efecto, mucho más importante que el problema de la fluencia y la presencia de los tartamudeos en el habla. Los tartamudeos pueden afectar a todo el mundo.

En cuanto a la angustia silábica —de la cual Ivan Impoco declara que «se ignora la causa cronológica de este estado mental»—, es cierto que aparece efectivamente con gran frecuencia y que está relacionada, en forma de círculo vicioso, con la inversión del reflejo de relajación en el momento de los tartamudeos, que constituye la primera alteración del habla. El aumento de tensión en los órganos del habla provoca problemas con las sílabas que pueden, naturalmente, resultar angustiosos, ya que son considerados por el individuo como algo inadmisibles.

A este respecto, Ivan Impoco propone no el restablecimiento del reflejo normal de relajación, sino, por el contrario, aumentar

70 La tartamudez: opción curación

lún más la tensión mediante una maniobra de fuerza en el momento de cada sílaba. Podríamos decir que lo que propone es, en definitiva, la tartamudez llevada a su grado máximo.

Con un tratamiento semejante, las sílabas saldrán, por supuesto (¡literalmente expulsadas!), pero a un precio muy elevado. Se trata, de hecho, de instalar un sistema de producción voluntaria de las sílabas que se aleja en gran medida del habla normal, la cual consiste no en expulsar las sílabas, sino en construir un intercambio con el interlocutor. El mismo Ivan Impoco reconoce este hecho declarando que, en adelante, no se tratará de hablar (lo que para él corresponde a articular), sino de «generar sílabas» gracias

la contracción de los músculos de un brazo (bíceps-tríceps): una contracción por sílaba. «Cuando tomemos a partir de ahora una palabra no será para *hablar*, sino para producir sílabas según este sistema».

Para ello, será necesario, sobre todo al principio y en caso de dificultad, inspirar largamente y con ruido por la boca a intervalos regulares, en cada palabra o cada tres a seis sílabas, reduciendo la velocidad, esforzándose por articular lo menos posible, adoptando una voz especial, y ayudándose eventualmente con un movimiento brusco de extensión de los dos brazos, dirigiendo brutalmente a los dos puños cerrados hacia abajo.

Tendrá que adquirirse asimismo un *estado de ánimo* determinante, que dotará al individuo de una fuerza mayor que el peso del auditorio. Para lograrlo, el sujeto deberá identificarse con un modelo de carácter tipo Johnny Halliday, por ejemplo, tratando de aspirarse en su modo de ser. La inspiración ruidosa previa a la emisión de cada grupo de sílabas será vivida además como un recordatorio para adoptar este estado de ánimo.

Ivan Impoco afirma también que el hecho de ser tartamudo es irreversible, de forma que cierra así la puerta a toda idea de curación: «Cuando uno es tartamudo, sigue siendo tartamudo para siempre. El tartamudo curado no existe. Yo soy tartamudo, pero ¿qué debo hacer para no tartamudear». En estas condiciones, la lucha contra la tartamudez se convierte en un combate perpetuo: La tartamudez es el enemigo que tengo que combatir todos los días». En realidad, no es la tartamudez lo que se está combatiendo con este sistema, sino los tartamudeos. Sin embargo, sea como sea, el hecho de pertenecer a la UIBEB será una ayuda para mantener este combate. Será necesario aplicar las reglas morales que hacen de los miembros de esta asociación «un caballero de los tiempos

modernos, orgulloso de pertenecer a ella, fiel, respetuoso, disciplinado, valiente, leal, perfeccionista de su habilidad, deseoso de convertirse en un modelo para sus camaradas». Estos son los términos que figuran en la documentación de difusión de la UIBEB que se distribuye entre los futuros miembros. En esta presentación se percibe una voluntad de situarse como un grupo aparte, lo cual puede parecer agresivo, pero satisface realmente a algunas personas tartamudas. Esto está reforzado por la idea de que las personas no tartamudas no pueden comprender nada acerca de la tartamudez: «Sólo los que la viven pueden definir exactamente qué es la tartamudez», declara Ivan Impoco, lo cual constituye una manera de evitar toda discusión con el «exterior».

Tras esta emisión, muchos telespectadores pensaron que, en adelante, el problema de la tartamudez estaría definitivamente resuelto en Francia; que bastaría con pasar cuatro días en el IEB, (Institut d'Élimination du Bégaiement) (Instituto de Eliminación de la Tartamudez), para acabar con el problema. Cuando leemos *Le Lien*, órgano de difusión de la UIBEB (que tomó el relevo del IEB), vemos que no es, evidentemente, cuestión de cuatro días (cosa que Ivan Impoco no pretende tampoco). El trabajo, indispensable, que sigue a estos cuatro primeros días, no aparece como algo ligero o despreciable y, después de un período de euforia que acompaña a esta labor de atención constante para mantener esta habla artificialmente silabizada, llega el cansancio, se instala la duda y se producen numerosos abandonos: el método sólo funciona en el caso de aquellos que «tienen el suficiente temple» (*Le Lien*). No obstante, hay que decir que hay personas que continúan y que están aparentemente satisfechas con los resultados.

Lo que la UIBEB propone, de hecho, es un habla de supervivencia, lo que resulta por supuesto algo más satisfactorio que la ausencia total de habla. Esto puede funcionar perfectamente por lo que respecta al habla utilitaria, la que nos sirve para comprar una barra de pan o para pedir un guiso de ternera en un restaurante. Pero, ¿es verdaderamente necesario construir una frase para pedir estas cosas cuando nos basta con un gesto? ¿Para qué complicarse la vida para hacer frases para tan poca cosa? En cambio, expresar los propios sentimientos, dar un consejo sobre un problema cualquiera o narrar una anécdota que nos haya ocurrido, por ejemplo, es algo completamente distinto. En estos casos el sistema «sílabas a sílabas» corre el riesgo de resultar muy limitado. Sin embargo, cada uno es libre de hacer sus propias elecciones.

Reconozcamos lo que puede haber de positivo en la propuesta de Ivan Impoco. En primer lugar, en el plano teórico, el hecho de dar una importancia primordial al problema de la angustia silábica, por encima de la importancia que puedan tener las disfluencias. En el plano práctico, la insistencia en que el individuo tartamudo debe afirmarse a sí mismo, rechazando la vergüenza y la ocultación del problema: «Yo no tartamudeo, pero soy tartamudo»; actitud que favorece la recuperación del comportamiento tranquilizador que el autor propone en la opción curación.

Otro punto positivo es que el aspecto espectacular de este método ha provocado el interés masivo de los medios de comunicación, lo cual ha permitido que varios millones de telespectadores comprendan que, aunque pueda parecer un asunto cómico, detrás del problema de la tartamudez se esconde mucho sufrimiento. Por último, la empresa de esta asociación nos lleva a los terapeutas a reflexionar acerca de nuestro propio modo de enfocar la ayuda que como profesionales debemos prestar a las personas tartamudas, y a tener en cuenta que tenemos aún muchos progresos por realizar en este campo, por lo que debemos esforzarnos también en conocer otros modos distintos de concebir la salida de la tartamudez. Hemos de admitir que siempre habrá personas que preferirán no tartamudear aunque sea a costa de seguir siendo tartamudas, ¡incluso si ello les supone un esfuerzo de control constante!

- COLOMBAT

La articulación voluntaria de las sílabas fue ya preconizada por un célebre cirujano, el doctor Colombat de l'Isère, en su obra titulada *Du bégaiement et de tous les autres vices de la parole (De la tartamudez y los otros vicios del habla)*, que fue publicada en 1830. Este autor promueve la práctica del habla rítmica y, en el caso de la tartamudez que él denomina *guturotetánica* y que se corresponde probablemente con la tartamudez tónica, recomienda inspirar con fuerza antes de cada frase, retirando la lengua hacia la parte posterior de la boca, con la punta elevada hacia el paladar, para articular después de una manera rítmica, marcando el ritmo a cada sílaba con un chasquido con los dedos pulgar e índice. Colombat recomienda practicar esta manera de hablar durante 20 min todos los días y promete: «... ya desde el día siguiente a la primera lección (el paciente) podrá expresarse sin dubitaciones y sin que que-

de ni rastro de esta enfermedad, siempre y cuando tenga cuidado de no perder de vista la manera de hablar que se le ha indicado y, especialmente, si hace una inspiración en lugar de hacer esfuerzos cuando una sílaba difícil encadena su lengua». Añade además: «Un tartamudo se equivocaría si cree que está curado por el hecho de que, después de algunos días de practicar este ejercicio, sea capaz de expresarse sin tartamudear. Cuando esto ocurre, esta persona no ha dejado de ser tartamuda, sino que ha dejado de tartamudear, lo cual es muy diferente... Hasta pasado un cierto tiempo esta persona no dejará de ser tartamuda; entonces, sin ser consciente de ello, se expresará con facilidad y habrá contraído la costumbre de hablar siempre siguiendo este método». Si damos crédito a algunos contemporáneos, esta costumbre no se adquiere en todos los casos.

Estas prácticas se llevaban a cabo en un sanatorio y duraban alrededor de un mes. Se recurría además a un segundo tipo de ejercicio, que consistía en leer una frase marcando las sílabas, para repetir a continuación la misma idea, pero expresada mediante otra frase que, por supuesto, tenía que ser también silabeada. De este modo, el paciente se aproximaba progresivamente a una manera más natural de hablar, pero evitando siempre «dejarse llevar por las pasiones». ¡La expresión espontánea de los sentimientos no entraba en el programa!

En su obra, Colombat cita numerosos métodos y recomienda, en particular, el del doctor Serres d'Alais, quien «aconseja la pronunciación brusca de las sílabas acompañada de movimientos de los brazos». Comprobamos que las ideas antiguas pueden siempre resurgir.

• MANEJAR LA PROPIA TARTAMUDEZ

Partiendo de que la adopción de un habla voluntaria integral resulta difícilmente aceptable, al menos para la mayoría, casi todos los terapeutas optan, como hemos dicho, por un control relativo del habla. No se trata ya de eliminar la tartamudez, sino de delimitarla y desactivarla al máximo.

Francoise Estienne (1996), conocida logopeda belga, propone, por ejemplo, adquirir en primer lugar dominio sobre los bloqueos mediante algunas técnicas corporales y la toma de conciencia de las tensiones que favorecen la tartamudez, de manera que resulte

174 La tartamudez: opción curación

así posible detenerse momentáneamente a voluntad. De este modo, el sujeto es capaz de detener su tartamudez cuando lo desea, aceptando que se manifestará libremente en otros momentos. El paciente se entrenará así a «tartamudear/no tartamudear», de manera que podrá finalmente manejar su tartamudez en lugar de sufrirla, sin pretender, no obstante, hacerla desaparecer completamente.

Otro ejemplo de esta opción es el método puesto en práctica por Hugo Gregory en Estados Unidos.

Este método combina las dos aproximaciones practicadas al otro lado del Atlántico, que tienen como objetivo promover, una, un habla más fluida, y la otra, la tartamudez más fluida. Hugo Gregory señala el carácter contradictorio y paradójico de estos dos métodos.

El método de Hugo Gregory consta de cuatro partes. La primera, consiste en guiar al paciente en el *análisis* de su propia tartamudez: ¿qué tipos de accidentes del habla presenta?, ¿cuáles son las situaciones que teme?, ¿qué es lo que evita?, ¿qué cree al respecto?, etc. La segunda parte se denomina *práctica negativa o tartamudez inversa*, y consiste en aprender a reproducir su propia tartamudez y lograr dosificarla a voluntad: tartamudear al 100 %, después al 50 %, después al 25 %, etc. Es una manera de apropiarse la propia tartamudez. «Es la persona tartamuda quien produce su tartamudez», dice Hugo Gregory, que tiempo atrás había sido también tartamudo. La tercera parte del método supone una introducción al ERASM (*Easy Relax Approach and Smooth Movement*, que podría traducirse como «aproximación dulce y movimiento suave»). Esta técnica consiste en enlentecer y suavizar el paso de la articulación del primer al segundo fonema de una palabra, algo así como si nos deslizáramos suavemente del mío al otro. Como puede verse, este procedimiento toma una dirección diametralmente opuesta a la de los métodos propuestos por Ivan Impoco. Al disminuir la tensión al principio de una frase, se hace posible decir de una sola vez sí no toda la frase, al menos un enunciado completo.

El ERASM resulta, en suma, de una ligera prolongación de la transición fonética entre los dos primeros fonemas de una palabra. Esto confiere a la palabra así pronunciada un aspecto algo particular, que da la impresión de una ligera dificultad controlada: «Reconozco que tengo alguna dificultad en pronunciar esta palabra, pero controlo la situación bastante bien». Es esto lo que ha llevado a Anne-Marie Simón, logopeda de París que ha seguido las enseñan-

zas de Hugo Gregory en Estados Unidos, a considerar que el ERASM tiene, entre otras, una significación de comportamiento tranquilizador.

Obsérvese, además, que el ERASM no tendría que ser confundido con la articulación previa de las vocales que hemos descrito antes en este mismo capítulo, pues ésta implica una articulación normal del habla y, por consiguiente, no puede tener esta significación de comportamiento tranquilizador. Por el contrario, la práctica del ERASM se asemeja considerablemente al ejercicio de colocación de las palabras en la boca.

El ERASM puede ser utilizado de manera diferente según los terapeutas y los pacientes. Puede ser considerado como un simple sistema antibloqueo que habrá que recordar constantemente de por vida. Para estar seguros de recordarlo, se recomienda escribir sus cinco letras por toda la casa, en el trabajo y sobre el teléfono en particular. En este caso, la situación puede llegar a hacerse un poco molesta y constituir un obstáculo para la recuperación o la adquisición del carácter automático y espontáneo del habla y la autenticidad expresiva. Puede considerarse, por el contrario, un instrumento de entrenamiento sólo durante las sesiones, más que un procedimiento utilizable en la vida normal.

La cuarta parte del método de Hugo Gregory se refiere al entrenamiento de la *respuesta diferida*. Durante la sesión, el reeducador hará una pregunta y el paciente deberá contar mentalmente «uno, dos» antes de empezar a responder. Adquirirá de este modo la costumbre de tomarse algo de tiempo y no precipitarse antes de contestar. Este «uno, dos» crea, de hecho, un espacio de separación entre el locutor y el interlocutor, y podemos imaginar fácilmente que, a la larga, será sustituido por la creación del ORIV.

Transferencia y mantenimiento

El método de Hugo Gregory y todos los del mismo estilo presentan un doble problema en lo referente a la transferencia y al mantenimiento. Necesitan en efecto, en primer lugar, una serie de técnicas que permitan la aplicación en la vida real de los procedimientos aprendidos en la clínica o en las sesiones.

Un primer procedimiento consiste en pedir al paciente que vaya anotando sus proyectos en un cuaderno (por ejemplo, practicar el ERASM tal día para pedir una hamburguesa) y, junto a

176 La tartamudez: opción curación

ellos, los resultados obtenidos: éxito, fracaso, problemas, etc. Un segundo procedimiento implica que el terapeuta acompañe a su paciente al exterior y lo ayude a abordar, por ejemplo, a un transeúnte para pedirle una información cualquiera. Podemos también proponer al paciente que telefonee a un hotel para reservar una habitación y que vuelva a telefonar diez minutos más tarde para cancelar la reserva; todo ello mientras el reeducador se mantiene junto a él prestándole activamente su apoyo. Aun reconociendo que pueden resultar muy eficaces, tenemos algunas reservas en recomendar este tipo de prácticas que, destaquémoslo, se dirigen tan sólo al habla utilitaria. Por una parte, consideramos molesto tener que pedir la contribución de personas que no tienen nada que ver con el problema del paciente, y por otra, estas prácticas no dejan de poner al paciente en una situación falsa; una situación en la que el paciente permanece en la ficción, mientras que su interlocutor está en el ámbito de la realidad. El autor se inclina preferentemente por las situaciones reales del dibujo dictado y de la creatividad de la imagen, o bien por la situación totalmente ficticia del texto con subtexto, en la que no se embauca a nadie.

En cuanto al mantenimiento, éste implica efectuar una nueva estancia en la clínica, o bien realizar unas cuantas sesiones periódicamente, en la medida en que las buenas costumbres tienen que cuidarse. Cuando la tartamudez está solamente bajo control, corremos el riesgo de que reaparezca en cualquier momento, por lo que debemos estar siempre alerta.

• DESENSIBILIZACIÓN

El temor a tartamudear aumenta el nivel de tensión psicomotriz y favorece lo que tanto tememos, es decir, la aparición de los tartamudeos.

El miedo a tartamudear puede combatirse en primer lugar con un mejor conocimiento de lo que es realmente la tartamudez, con una mejor habilidad para maniobrar la mecánica del habla, con una visión más realista de la manera en la que la tartamudez es vivida por los interlocutores, con la eliminación de la actitud de seudocamuflaje y, especialmente, con la adquisición del comportamiento tranquilizador.

Puede combatirse además mediante dos procedimientos de desensibilización progresiva y, para ello, podemos utilizar, como

propone Françoise Estienne, una técnica que se aproxima a la del *sueño despierto dirigido*.

El sueño despierto dirigido es una técnica psicoterapéutica elaborada por Robert Desoille en los años treinta. Esta técnica opera a partir de las imágenes que se presentan en la mente del sujeto en estado de relajación. El sujeto describe estas imágenes y el terapeuta va pidiendo precisiones y hace proposiciones de acciones imaginarias o de desplazamientos (subir, bajar, avanzar, retroceder) en el universo de estas imágenes.

El aspecto psicoterapéutico desaparece en una cierta medida cuando aplicamos esta técnica a la desensibilización frente a la tartamudez. Se trata en efecto, para la persona tartamuda, de imaginar escenas en las que debe tomar la palabra para pedir, por ejemplo, una barra de pan en una panadería; para ello tiene que representarse todos los detalles de la escena y de su desarrollo, incluyendo el decorado. En una segunda etapa, pasaremos al juego de rol en el que la escena será interpretada y repetida varias veces con otra persona. Después, el paciente podrá llevar esta escena a la vida real, acompañado o no por el terapeuta.

Los juegos de rol constituyen una parte importante del tratamiento propuesto por algunos terapeutas. Puede interpretarse todo tipo de escenas, graduando la dificultad y haciendo intervenir eventualmente a varios participantes, en el caso de las sesiones de grupos terapéuticos.

• HIPNOSIS. SOFROLOGÍA

Aun cuando no son sinónimos, estos dos términos pertenecen al mismo ámbito. En ambos casos, se trata de inducir un estado de conciencia especial en el que el individuo se hace vulnerable a la sugestión, sin que llegue a recordar nada de esta sugestión cuando vuelva al estado de vigilia habitual. En la hipnosis se recurre a procedimientos espectaculares y a una puesta en escena que evoca las prácticas mágicas. En la sofrología, por el contrario, todo está racionalizado y la búsqueda del efecto espectacular está excluida completamente.

En los años setenta, el autor siguió un curso de iniciación a la práctica de la sofrología e intentó luego rápidamente utilizar los conocimientos adquiridos para el tratamiento de la tartamudez.

Los resultados fueron, en todos los casos, un rotundo fracaso. Veamos, por ejemplo, el caso de un joven de 18 años, aprendiz de pastelero, que presentaba una tartamudez importante. Tras unas cuantas sesiones de tratamiento, cuando el paciente ya sabía relajarse, el autor intentó inducir un estado hipnótico mediante las sugerencias clásicas del tipo «le pesan los párpados; intenta abrir los ojos pero le resulta totalmente imposible», pronunciadas con voz grave e insistente. Acto seguido, refiriéndose a la primera alteración del habla, que era de hecho algo nuevo en aquella época, el autor sugirió al paciente que en el momento en que su habla se encallara, se le produciría una relajación en la boca, tras lo cual las palabras saldrían con facilidad.

En la sesión siguiente el chico se mostró extremadamente nervioso e irritable y expresó su descontento con el tratamiento, porque consideraba que no avanzaba lo bastante rápidamente, y acusó al autor de alargarlo intencionadamente para obtener un mayor beneficio económico a su costa. El autor quedó, por supuesto, enormemente sorprendido por esta actitud, pero más adelante comprendió que el paciente había sufrido algo parecido a un *shock* cuando se había oído a sí mismo, por primera vez, pedir su billete de tren habitual sin ningún tipo de tartamudeo. Aquella fue la última sesión. El paciente anuló todas las citas concertadas y no volvió a la consulta. El autor comprendió entonces que su acción en la última sesión había sido demasiado brutal, demasiado intrusiva, ya que el joven no estaba preparado para separarse tan rápida y abruptamente de su tartamudez. Una revolución semejante había sido imposible de asumir de una manera tan brusca.

Diez años más tarde, el autor contó esta historia en un programa de televisión. La esposa de su antiguo paciente reconoció a su marido en el protagonista de la historia y, a partir de ello, se reemprendió el tratamiento interrumpido tantos años antes de una manera tan desgraciada.

Explicaremos aún otro caso de un paciente al que su dentista practicaba la anestesia bajo hipnosis. Un día que tenía que practicarle la extracción de un diente, el dentista, viendo que su paciente era tartamudo, le sugirió que podría aprovechar la hipnosis para librarle también de su tartamudez gracias a la sugestión. El dentista cumplió su promesa y el paciente se encontró con una tartamudez ciertamente muy atenuada, pero al precio de una opresión respiratoria aún más molesta. La sugestión, en este caso, no había servido más que para prohibir la tartamudez.

Estas dos experiencias negativas, junto con algunas más, llevaron al autor a preferir otros métodos más lentos pero más seguros. Puede ser que la tartamudez sea un problema demasiado complejo para ser tratado de este modo, o bien que quizá sea necesario hacerlo mejor de lo que consiguió el autor, tal vez procediendo de una manera más progresiva, más matizada, manejando mejor las defensas del paciente.

• APARATOS

El lector recordará seguramente el efecto Lee, al que nos hemos referido en el capítulo 2 y que concierne a la acción que ejerce la autoescucha retardada, conocida como DAF (*Delayed Auditory Feedback*), sobre la tartamudez. Efectivamente, podemos comprobar que, cuando reparamos en los oídos de una persona tartamuda su propia habla con un retraso de una décima y media de segundo, aproximadamente, la tartamudez desaparece completamente o se atenúa en gran medida en la mayoría de los casos. Esto dio lugar a algunos ensayos de tratamiento de la tartamudez por sesiones repetidas de autoescucha. Desgraciadamente, se comprobó que la tartamudez reaparecía no mucho tiempo después de que los auriculares fueran retirados, lo cual contribuyó a atemperar el entusiasmo que había despertado este método en un principio. Se intentó aumentar la duración de la autoescucha retardada con la aplicación de protocolos variados, lectura, conversación, descripciones de imágenes, etc., durante sesiones prolongadas y repetidas hasta varias veces por día, pero, a falta de la obtención de unos resultados duraderos, esta práctica casi ha dejado de ser aplicada en la actualidad. Se propuso, a continuación, la utilización de aparatos portátiles que permitieran esta escucha retardada de una manera permanente. Los resultados fueron sin duda mejores, pero tampoco resultaban totalmente satisfactorios a largo plazo.

Se han llevado a cabo otras tentativas del mismo estilo, basadas en el efecto de enmascaramiento producido por un «ruido blanco». El ruido blanco es un sonido en el que no se reconoce ninguna frecuencia sonora particular. Se trata de un sonido que evoca el ruido de una corriente de aire o de un salto de agua. Un aparato denominado máscara de Edimburgo, compuesto de un cajetín que el individuo lleva en un bolsillo y que va conectado a unos auricu-

180 La tartamudez: opción curación

lares, sirve para enviar a sus oídos, en el momento en que habla, un ruido blanco de este tipo, lo cual hace detener los tartamudeos. Se comprobó, además, que el resultado es el mismo si el ruido blanco se administra no en el mismo momento del habla, sino, por el contrario, durante las pausas. ¡Resulta sorprendente, pero cierto!

Muy recientemente, y siempre siguiendo con la misma idea, se propuso otro aparato, el DSA (*Digital Speech Aid*), que envía a los oídos del sujeto su propia habla modificada por una serie de filtros. Los inventores de este aparato, M. Roland-Mieszkowski, A. Czyzewski y B. Kostek, declararon en el congreso de la IFA (International Fluency Association), en agosto de 1994, que este aparato constituía para las personas tartamudas lo que las gafas para las personas con defectos visuales. Resultaría francamente maravilloso que esto fuera cierto, ya que solucionaría definitivamente el problema de la tartamudez. ¡Siempre ha de mantenerse la esperanza!

Desgraciadamente, parece ser que los resultados de todos estos métodos no son en modo alguno satisfactorios. En efecto, aun cuando suprimen más o menos los accidentes del habla, no permiten nunca la recuperación de un habla verdaderamente normal. Es cierto que permiten una corrección temporal de la mecánica del habla, pero de una manera demasiado artificial] para poder tolerarlo indefinidamente. Sería necesaria la creación de un aparato capaz de recentrar el habla en la construcción del ORIV, y a primera vista esto parece totalmente utópico.

• TRATAMIENTOS MEDICAMENTOSOS

En la medida en que la tartamudez aparecía como un problema nervioso, en el sentido familiar del término, era algo natural pensar que una medicación calmante podría ser de utilidad. A principios del siglo xx se administraban *sedantes* como el bromuro, el fenobarbital, la passiflora, la aubepina, etc. A partir de los años cincuenta aparecieron algunos productos más activos, los ansiolíticos (tranquilizantes), por una parte, y los neurolépticos, por otra, que han suscitado una cierta esperanza como tratamiento radical.

Los *ansiolíticos* presentan sin duda un cierto interés. Se trata de medicamentos que pueden prescribirse, por ejemplo, cuando el sujeto se angustia ante la idea de tener que hacer una gestión im-

portante en la que se corre el riesgo de que la tartamudez sea particularmente difícil de manejar. Son, pues, medicamentos de crisis, cuyo efecto se agota rápidamente y que, por tanto, no nos resultarán de utilidad para ser utilizados a largo plazo. El meprobamato fue el primer tranquilizante menor empleado. Actualmente se prescriben más bien el bromacepam o el diacepam.

Los *neurolépticos* tienen una acción cierta sobre la tartamudez, comprobada mediante estudios sistemáticos en los que se comparaban los resultados de su administración con los obtenidos con un producto placebo.

El placebo es un falso medicamento que se administra a la mitad de los sujetos que participan en un estudio (los cuales están al corriente y de acuerdo con participar en la prueba). El estudio se llevará a cabo de manera que ningún paciente –ni tampoco los examinadores– sepa con anterioridad si va a recibir el medicamento o el placebo. Este tipo de pruebas se denominan **dobles ciego**.

En estas condiciones se comprobó que el haloperidol consigue una reducción segura del número y la gravedad de los accidentes del habla durante su administración, si bien el paciente vuelve a su estado anterior tan pronto como el tratamiento se suprime. Desgraciadamente, este producto tiene algunos efectos secundarios desagradables, tales como temblores, rigidez muscular, necesidad de mover continuamente las piernas, etc.; a pesar de todo ello, algunos pacientes desean continuar con el tratamiento.

Un cierto número de otros medicamentos han sido también propuestos con resultados variables: productos *psicoestimulantes*, como el pirsudanol o la minaprina; *antidepresivos serotoninérgicos*, como la fluvoxamina, y *antihipertensores*, como la clonidina. Se ha intentado también la infiltración de algunos músculos, en particular los de la laringe, con *toxina botulínica*, tal como se hace con buenos resultados en las distonías focalizadas.

En el capítulo 2 hacemos referencia al blefarospasmo, el torticolis espasmódico, la rama de los escribientes, la disfonía espasmódica y algunas otras distonías focalizadas, entre las cuales, en nuestra opinión, podría encuadrarse perfectamente la tartamudez. En estas distonías, se recurre cuando es posible a las infiltraciones de toxina botulínica en los músculos que están sobreinervados. La toxina botulínica es, de hecho, una sustancia que provoca parálisis al impedir la transmisión nerviosa que desencadena la contracción muscular.

La inyección de algunas millonésimas de gramo (nanogramos) en el músculo permite la desaparición del espasmo y el retorno a un funcionamiento normal o casi normal de la función afectada: los ojos se abren de nuevo con facilidad, la cabeza recupera su posición, la escritura se suaviza, la voz se normaliza, etc. Desgraciadamente, el efecto de esta toxina es limitado en el tiempo y, al cabo de algunas semanas o algunos meses, los espasmos reaparecen, y con ellos, la lucha inadaptada del sujeto contra ellos, lucha que tiene como efecto que se hagan cada vez más fuertes. Serán, pues, necesarias, más inyecciones de la toxina, si bien la frecuencia de administración podrá disminuirse si, entre inyección e inyección, el paciente aprende a relajarse. Sin embargo, del mismo modo que ocurre con las personas tartamudas, esto no es siempre fácil.

La idea de inyectar la toxina botulínica en los músculos de la laringe se comprende si consideramos que lo esencial del problema de la tartamudez se encuentra en el laringospasmo. Sin embargo, se ha recurrido también a inyectar la toxina en los labios e incluso en la lengua —si bien, en algunos casos, es mejor evitar estas inyecciones linguales—, y en la mayoría de los casos se ha obtenido asimismo una reducción, aunque temporal, de la tartamudez. Se han descrito también algunos casos en los que se ha producido un agravamiento de los síntomas, si bien, afortunadamente, también de manera transitoria.

A decir verdad, si la tartamudez es una distonía, en ella se ven afectados numerosos elementos anatómicos, por lo que sería necesario infiltrar muchos músculos situados en regiones del cuerpo alejadas las unas de las otras. Pero, ¿cómo llevar a cabo estas infiltraciones sin dañar el diafragma, los músculos abdominales y tantos otros músculos que intervienen en el esfuerzo masivo e inadaptado —podríamos decir que ciego— que el individuo realiza para poder expulsar las palabras?

El uso de productos medicamentosos resulta, como vemos, también muy limitado. Estamos muy lejos de haber encontrado el medicamento específico contra la tartamudez que se esperaba hace algunos decenios. ¿Lo encontraremos algún día? Personalmente, lo dudamos mucho, en la medida en que el núcleo de la tartamudez no se encuentra ni en el ámbito de las lesiones orgánicas del sistema nervioso, ni en el ámbito de la psiquiatría, sino en algún punto entre ambos, en el ámbito de los problemas disfuncionales, en el que los desórdenes dependen esencialmente de las reacciones inadaptadas del sujeto frente a sus dificultades, las cua-

les, sin esta respuesta exagerada, hubieran podido desaparecer o ser mucho menores. Tenemos dificultades en comprender de qué modo los comportamientos reaccionales defectuosos podrían ser rectificadas mediante fármacos. Sin embargo, es cierto que éstos pueden ser útiles para actuar sobre algunas particularidades individuales del sistema nervioso o del psiquismo que, sin ser realmente patológicas, pueden actuar como factores predisponentes. Es en este campo, sin duda, en el que han de hacerse aún progresos importantes, ya que estos factores son ciertamente muy variados. La prueba está en que un medicamento determinado puede producir una mejoría en una persona tartamuda, mientras que causa un agravamiento en otra. Sería necesario llegar a entender la razón de este fenómeno y disponer de criterios clínicos o paraclínicos que permitan saber qué medicamento es susceptible de ayudar a cada persona tartamuda.

• TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

En la práctica foniátrica, encontramos muchas personas tartamudas que siguen o han seguido un tratamiento de psicoterapia o de psicoanálisis que, tal como hemos podido comprobar, les ha dado muy buenos resultados, aun cuando la persistencia de la tartamudez les haga emprender luego un tratamiento reeducativo. Por el contrario, vemos también pacientes que, después de haber obtenido unos resultados muy positivos con la reeducación, desean entonces ir más lejos desde el punto de vista psicológico. Esto tiene una explicación muy sencilla. Tal como hemos dicho en el capítulo 2, existen a menudo —tal vez siempre— factores psicológicos que favorecen la aparición de la tartamudez. Estos factores están relacionados frecuentemente con algún tipo de problema sufrido en alguna de las dos primeras fases del desarrollo psicológico, de manera que si se produjo en la fase oral, se desencadenará una tartamudez clónica (con predominancia de repeticiones de sílabas), cuya significación es la de defensa contra el temor a la intrusión; mientras que si se produjo en la fase anal, se dará una tartamudez tónica (con predominancia de bloqueos), cuya significación será, en este caso, la de defensa contra el temor a la pérdida de la propia sustancia.

Por otra parte, la tartamudez afecta a la función de comunicación y la relación con las otras personas. Podemos comprender

184 La tartamudez: opción curación

que cuando esta función está perturbada, el sujeto siente la necesidad de expresar su resentimiento, de desahogarse en un lugar en el que no tiene por qué temer su tartamudez, puesto que, al menos en un principio, se encuentra allí precisamente a causa de ella.

En cuanto a la modalidad del tratamiento psicológico, las posibilidades son muy amplias. Puede aplicarse el psicoanálisis clásico, consistente en dos o tres sesiones por semana durante algunos años, o bien puede optarse por una psicoterapia más superficial.

Puede recurrirse también a las psicoterapias denominadas mediatizadas, como la relajación psicoanalítica, el sueño despierto del que ya hemos hablado o la escenoterapia, que resulta especialmente recomendable en el tratamiento de la tartamudez. Este tipo de terapia permite pasar de una manera natural de la lectura expresiva y de las técnicas que influyen sobre la mecánica del habla en relación con las emociones suscitadas por el texto, a trabajar a partir de las emociones mismas en relación con las pulsiones inconscientes.

Expresión escénica. Escenoterapia

La expresión escénica, denominada aún escenoterapia, es una aproximación terapéutica que fue puesta en práctica por primera vez a finales de los años cincuenta por Émile Dars, un actor que trabajó también como escenógrafo, profesor de arte dramático, logopeda y psicoterapeuta.

Émile Dars se dio cuenta de que el ensayo del texto de una obra para su representación, podía producir, a veces, cambios psicológicos importantes y duraderos en el comportamiento de algunos jóvenes actores. Se le ocurrió entonces que podría utilizarse la lectura de textos en voz alta para el tratamiento de los enfermos mentales. Con la ayuda de los doctores Benoît et Solié, del Hôpital Sainte-Anne de París, esta técnica fue experimentada con una serie de textos que, de acuerdo con algunos actores, tenían un fuerte contenido emotivo. Ante los resultados positivos obtenidos con algunos pacientes, Émile Dars recopiló de la literatura un centenar de textos de aproximadamente una página dactilografiada y experimentó con ellos. Más adelante estos textos fueron clasificados y catalogados según los estados afectivos y las actitudes que ilustraban.

La escenografía funciona en sesiones individuales o colectivas. Las sesiones individuales funcionan del siguiente modo: se pide al

paciente que escoja un texto de entre un cierto número de ellos y que lo lea en voz alta, al ritmo de las imágenes interiores, de las representaciones mentales suscitadas por la lectura. Esto resulta muchas veces imposible al principio, pero poco a poco el sujeto se implicará en esta lectura en voz alta y aceptará ser escuchado por el terapeuta. A continuación, el paciente es invitado a expresar lo que ha sentido con la lectura, para lo cual puede ser ayudado por el terapeuta, quien habrá podido apreciar el estado de armonía o de disarmonía emocional de su voz. Mientras habla del texto, el paciente podrá ser llevado a hablar de sí mismo de una manera mucho más fácil que si se hubiera intentado hacerlo directamente. El papel del «escenoterapeuta» consiste después en proponer al paciente otros textos en relación con lo que se ha dicho. Se efectúa así una especie de viaje de texto en texto que da al paciente la posibilidad de expresar, a partir de su lectura, estados afectivos y situaciones que le conciernen personalmente. Gracias al perfecto conocimiento de los textos y al trabajo que ha efectuado a partir de ellos en el curso de su formación, el escenoterapeuta será capaz de proponer a cada paciente el texto idóneo para cada momento. Es esencialmente este arte del **pasaje de textos** escogidos en función de lo que va oyendo el escenoterapeuta, lo que hace que la escenoterapia sea una verdadera psicoterapia.

Incluso fuera de todo proyecto psicoterapéutico, este trabajo realizado a partir de textos leídos en voz alta resulta muy interesante en la reeducación del habla, ya que permite al sujeto aprender a dejar traslucir sus emociones en la lectura. Los textos seleccionados por Émile Dars y, más adelante, por sus seguidores en el seno de la Sociedad Francesa de Expresión Escénica han sido perfectamente elegidos para este objetivo, por lo que pueden servir de base, por ejemplo, a la técnica del texto con subtexto que hemos descrito más arriba.

Sin haber llegado a seguir ningún curso completo que les permita recibir el nombre de escenoterapeutas, un cierto número de logopedas han adquirido, sin embargo, una formación suficiente en este campo para permitirles utilizar así ciertos textos en el tratamiento de la tartamudez.

Existen también tratamientos de escenoterapia en grupo especialmente eficaces. Funcionan en general en grupos cerrados, de 4 a 6 personas, que se reúnen, junto con 2 animadores, normalmente una vez por semana. Están dirigidos en especial a personas tartamudas que han seguido ya el tratamiento individual. Los participantes deben comprometerse a continuar con el grupo durante un

período de tres meses, tras los cuales el grupo se abre a eventuales nuevos integrantes. El interés del grupo es múltiple: confrontarse con personas que presentan los mismos problemas constituye una experiencia que puede resultar difícil en un primer momento, pero que se revela irremplazable. Permite descubrir también que, incluso cuando los problemas son los mismos, la manera de reaccionar ante ellos depende de cada persona. Por otra parte, el hecho de ser alternativamente el que lee y el que escucha permite superar bastante rápidamente la atención a los accidentes del habla, que van pasando, poco a poco, a un segundo plano. Los intercambios entre los miembros del grupo dependen aquí de la manera en que tanto el lector como el auditorio viven los textos. Cada uno toma conciencia del impacto de la lectura sobre los otros, impacto imprevisible, enriquecedor, que le permite ver más claramente sus propias emociones. Cada individuo aprende de este modo a permanecer atento a lo que él mismo y los otros desean decir, más allá de la molestia eventual producida por la tartamudez.

El grupo es, para concluir, un excelente medio para entrenarse a construir conjuntamente el objeto referencial del intercambio verbal. Se aprende a acordar con el interlocutor el tiempo necesario para esta creación común, gracias a lo cual, y de una manera progresiva, la tartamudez se va viendo excluida.