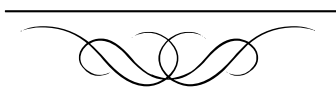


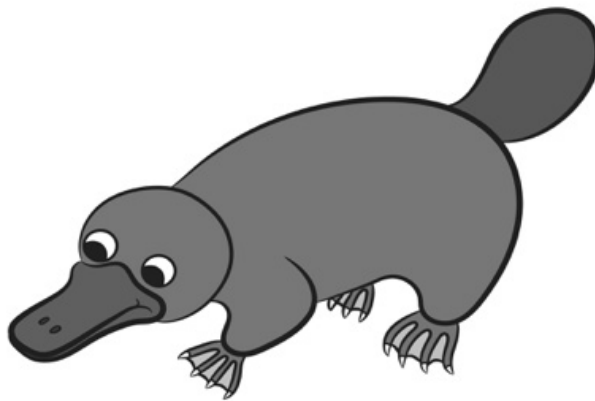
TARTAMUDEZ INFANTIL Y JUVENIL

(COMPRENSIÓN, PREVENCIÓN Y
TRATAMIENTO)



EDUARDO GALLEGO CALVO

TARTAMUDEZ INFANTIL Y JUVENIL (COMPRENSIÓN, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO)



ORNITORRINCO

Mamífero sin mamas, con pico,
ovíparo, semiacuático, palmípedo,
con patas y cuerpo cubiertos de pelo.

Primera edición: octubre 2019

Depósito legal: AL 2282-2019

ISBN: 978-84-1338-201-2

Impresión y encuadernación: Editorial Círculo Rojo

© Del texto: Eduardo Gallego Calvo

E-mail: gabinetedelicias@yahoo.es

Web: www.psicoterapiaenmadrid.com

 @EduardoyGallego

© Maquetación y diseño: Equipo de Editorial Círculo Rojo

© Fotografía de cubierta: Depositphotos.com

Editorial Círculo Rojo

www.editorialcirculo rojo.com

info@editorialcirculo rojo.com

Impreso en España — Printed in Spain

Editorial Círculo Rojo apoya la creación artística y la protección del copyright. Queda totalmente prohibida la reproducción, escaneo o distribución de esta obra por cualquier medio o canal sin permiso expreso tanto de autor como de editor, bajo la sanción establecida por la legislación.

Círculo Rojo no se hace responsable del contenido de la obra y/o de las opiniones que el autor manifieste en ella.

El papel utilizado para imprimir este libro es 100% libre de cloro y por tanto,
ecológico.

“Mi niño es buenísimo y muy obediente.
Vive pendiente de los demás”

Testimonio de la mamá de un niño disfémico de siete años

“En el colegio me llamaban Mortadelo,
por imitar lo que hacían los demás”
Joven de 16 años con tartamudez moderada

“Me siento como un ornitorrinco. Lleno de contradicciones”
Joven de 24 años con tartamudez grave

Índice:

AGRADECIMIENTOS.....	11
PRESENTACIÓN.....	15
PRÓLOGO.....	19
NOTAS PARA EL LECTOR.....	31
EL LENGUAJE	37
TRASTORNOS DEL LENGUAJE.....	41
Etiología de la tartamudez.....	41
Modelo anatómico-funcional	41
Modelo psicoevolutivo	44
EL SABER SOBRE LA TARTAMUDEZ	47
¿Existe un perfil de la persona que tartamudea?	48
MODELO BIOGENÉTICO / ANATÓMICO-FUNCIONAL ...	51
EXPLICACIÓN GENÉTICA.....	51
La genética como gran explicación	51
El genoma humano.....	53
Perspectiva genética de la tartamudez.....	54
EXPLICACIÓN ANATÓMICO-FUNCIONAL.....	56
Perspectiva quirúrgica	58
Hemiglosectomía	58
Cirugía cerebral	58
Perspectiva psiquiátrica / neurológica	59
Estimulación magnética	60
Terapias electroconvulsivas (TEC)	61
Perspectiva psicofarmacológica.....	62

Tartamudez y psicofármacos	66
Perspectiva psico-logopédica.....	69
Enfoque psicológico.....	69
Enfoque logopédico	71
DAF/FAF	73
Grupos de autoayuda.....	74
MODELO PSICOEVOLUTIVO	77
Interdependencia entre lo anatómico-funcional y lo psicoevolutivo.....	77
Prerrequisitos neurofisiológicos	79
Sistemas primarios de comunicación	79
Procesos cognitivos: básicos y superiores.....	80
Etapa preverbal / prelingüística.....	82
Etapa verbal / lingüística	83
SINAPSIS Y PERÍODO CRÍTICO.....	85
Poda sináptica	87
Procesos evolutivos y poda sináptica	89
LA TARTAMUDEZ EN LA CLÍNICA	95
ANALOGÍAS CLÍNICAS ENTRE LAS PERSONAS QUE TARTAMUDEAN	98
Relación con los padres	98
Apego	98
La madre.....	99
El padre	102
Dependencia	103
Bondad.....	103
Reconocimiento y aceptación.....	104
Comparación.....	106
Red social	106
Inmadurez psicoevolutiva.....	107
Identidad	108
Personalidad.....	108

Carácter	110
PREGUNTAS MÁS FRECUENTES	113
¿Los “tartamudos” son mentalmente normales o sufren algún retraso?	113
¿Qué suele molestar más a quien tartamudea?.....	114
¿Sólo se tartamudea cuando se habla?	115
¿Por qué no se tartamudea al cantar?	116
¿A qué edad surge la tartamudez?	118
¿Es correcta la expresión “tartamudez evolutiva”?.....	119
¿Qué responder a un niño cuando pregunta por su tartamudez?.....	121
¿La tartamudez suele presentarse con otras patologías (comorbilidad)?.....	122
¿La tartamudez tiene cura?	123
¿La tartamudez viene siendo suficientemente estudiada e investigada?	124
PROPUESTAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN.....	127
ETAPA PRENATAL (desarrollo intrauterino)	130
ETAPA PERINATAL.....	132
ETAPA NEONATAL.....	133
ETAPA POSTNATAL	135
Infancia.....	135
Niñez	149
Adolescencia y edad adulta.....	156
CONCLUSIONES.....	163
BIBLIOGRAFÍA.....	167

AGRADECIMIENTOS

A principios de la década de los noventa el avance de la informática permitió la creación de los primeros foros de internet, verdaderas plataformas de comunicación online para miembros de colectivos que hasta ese momento habían tenido muy complicado compartir un espacio donde poder expresar tanto sus sentimientos y aspiraciones como sus miedos y frustraciones, en este caso derivados o consecuencia de la tartamudez.

Desde aquellos años he venido colaborando con Adolfo Sánchez García, emprendedor y batallador infatigable, creador de la Fundación Española de la Tartamudez (Ttm-España), formando parte de su equipo de profesionales.

Los comienzos de Fundación fueron intensos. Todo estaba por hacer. Había muchas ideas, no siempre coincidentes, y los debates eran apasionantes. En esa fase, aproximadamente durante un año, ejercí como moderador de su foro online. Recuerdo que uno de los temas más candentes era determinar la etiología de la tartamudez, debatiéndose si se debía más a factores biológicos, psicológicos o sociales.

La contribución de la Fundación en defensa de la tartamudez y de quienes la sufren no tiene parangón en España, poniéndole voz en los medios y alcanzando metas muy significativas en el

ámbito de la inserción sociolaboral, consiguiendo acuerdos y logrando eliminar barreras administrativas que impedían el acceso de las personas con tartamudez a multitud de puestos de trabajo, especialmente en la Administración.

Recuerdo muy gratamente de aquella etapa y años posteriores la participación de Claudia Groesman, que luego ocuparía durante muchos años la secretaría de la Fundación, su extraordinaria calidad humana, siempre dispuesta a prestar su saber y ayuda personal a miembros y familiares. Fue precisamente en un intercambio de pareceres con Claudia en el foro de la Fundación, que basándome en mi propia experiencia con la tartamudez propuse sustituir el término “tartamudo/a” por el de “persona que tartamudea”, al entender que la palabra “tartamudo” funciona como un epíteto que borra a la persona, relegándola; sobre todo teniendo en cuenta que en muchos casos la tartamudez es variable y hace acto de presencia dependiendo de la situación o del momento que toque vivir, siendo injusto ser definido por un término que viene acompañado de connotaciones negativas, cuando no peyorativas o estigmatizadoras.

Durante el proceso de escritura de este libro, aprovechando la amistad con Claudia, su experiencia en la Fundación y su saber como psicóloga social, le pedí que fuera revisando el texto y aportando ideas, accediendo gustosamente a ello, enriqueciéndolo con su conocimiento y comprensión.

Quiero mostrar mi más profunda gratitud personal y reconocimiento profesional a Amparo Cabrera Vallet, doctora en psicología, psicoanalista y profesora de la Universidad de Valencia. Sus estudios y publicaciones, así como el intercambio de pareceres sobre la tartamudez me permitieron vislumbrar una forma distinta de entenderla y tratarla.

También quiero dejar constancia de lo provechosos que me han resultado los textos de la doctora María del Pilar Sánchez Hípola (UNED), sobre los aspectos evolutivos del pensamiento y el lenguaje, por su rigor y claridad conceptual.

Mi evolución en el conocimiento de la tartamudez y su tratamiento no hubiera sido posible sin las aportaciones de mis pacientes, cuya “paciencia” y confianza en mi forma de trabajar agradezco muy sinceramente. Saber y conocer el sufrimiento e impotencia derivados de la tartamudez constituye el auténtico motor de mi dedicación a esta causa.

PRESENTACIÓN

Mi relación con la tartamudez no es reciente, ni sobrevenida. Se remonta a mi primera infancia, si bien no forma parte de mis recuerdos infantiles, habiendo creído durante mucho tiempo que inicialmente no tartamudeaba y que los bloqueos aparecieron a los seis o siete años de edad. La realidad era otra y mi tartamudez, según me confirmaron mis familiares, se manifestó ya en mis primeras palabras.

Durante mi experiencia como psicoanalista y especialista en Audición y Lenguaje he tenido oportunidad de comprobar la frecuencia con que los primeros bloqueos no son situados en su inicio, al no constituir un problema, sino más adelante, al tomar conciencia de que no hablamos como los demás y que nuestra forma de expresarnos causa extrañeza y genera comentarios más o menos condescendientes y, a veces, directamente descalificadores.

Mostrarse a los demás con una forma de hablar entrecortada y diferente, sin poder evitarlo, o comprobar los rostros intranquilos de nuestros familiares cuando las palabras no nos salen, marca el inicio de la preocupación por nuestra manera de expresarnos, interiorizando que tenemos un problema, siendo frecuente que surjan sentimientos de desvalorización e incluso de culpa al entender que no cumplimos con las expectativas depositadas en nosotros.

Abandonar parte de nuestras aspiraciones -infantiles, juveniles o de adulto- por la dificultad de mantenerlas ante los demás debido a nuestra dificultad al hablar, sumada al temor al rechazo, provocan frustración personal y muy frecuentemente automarginación, recelo y agresividad, convirtiendo la tartamudez en un problema que marca a la persona.

Creo estar en condiciones de poder afirmar que no hay dos tartamudeces iguales, así como que no existe una uniformidad en las causas que la provocan, si bien, como se expondrá más adelante, existe un “perfil” característico de las personas que tartamudean. En términos epidemiológicos, se estima que la tartamudez afecta a unos cincuenta millones de personas, unas seiscientas mil en España, cifras que dan cuenta de su magnitud; pero también sabemos que es más frecuente en hombres que en mujeres, con una proporción cuatro o cinco veces mayor para los varones, o que no siempre surge en la infancia, pudiendo aparecer coincidiendo con la pubertad, es decir, en plena adolescencia.

La diversidad y complejidad de la tartamudez no se agota ahí. Se tartamudea más o menos dependiendo del tipo de interlocutor: dirigirse a una persona investida de autoridad, como por ejemplo un policía, un profesor, el funcionario que nos atiende tras la ventanilla, comprar un billete de autobús o simplemente tener que pedir algo en la tienda de la esquina aumenta los bloqueos, que también pueden verse afectados por la forma en que percibimos que nos mira la otra persona, por la severidad de su rostro o si se trata o no de un desconocido. Resulta evidente que nos encontramos ante un fenómeno tan complejo como insuficientemente investigado.

Investigar y tratar la tartamudez es un reto. La fluidez es esquiva. A una fase fluida la sigue otra de bloqueos, normalmente más

intensos cuanto mayor o más duradera haya sido la primera. Logros en la terapia que luego en la calle se esfuman sin saber por qué. Ser más fluido cuando se habla otro idioma. No bloquearse al cantar, al impostar la voz o al imitar a otros. Encontrar una dificultad extrema para contar un chiste. Hablar mejor o peor, según cada caso, como consecuencia del consumo de bebidas alcohólicas o estupefacientes, dependiendo del nivel de ruidos, situación atmosférica, del agotamiento o la luminosidad del día...

Situaciones que no se dan siempre ni por igual en todas las personas que tartamudean, pero que presentan la tartamudez como algo que excede con mucho a la simple consideración de trastorno de la fluidez o del ritmo del habla. Se trata, muy al contrario, de algo que implica y afecta a la persona en su totalidad, a nivel de su subjetividad, y que requiere un abordaje amplio, desinteresado, riguroso y profundo.

PRÓLOGO

Tartamudez... Sólo una palabra, con la fuerza avasalladora de cambiarle el destino, la ruta, la ilusión a muchas vidas.

Hoy, después de 28 años viviendo profundamente en el Mundo de la Tartamudez, con todo lo que conlleva, he tenido el regalo de un hermoso ser humano y amigo, así como también un gran profesional, Eduardo Gallego, de hacerme partícipe para darle la última revisión y ofrecerme hacer el Prólogo de su libro: "Tartamudez infantil y juvenil". Justo a tiempo y de la mejor forma que podría poner el corolario a mi ciudadanía en el Mundo de la Tartamudez. ¡Qué honor el mío!

Me llamo Claudia, soy Madre de Joel (hoy 30 años) y Samy (27 años). Hace 28 años, una hermosa tarde de verano, y como padres principiantes, siguiendo la sugerencia del pediatra, con 2 años recién cumplidos hicimos el primer intento de dejar los pañales. En la siguiente hora, Joel se hizo pipí, 8 veces, a lo cual yo inmediatamente le cambiaba el short para que no se sintiera mojado... En ese momento, me llamó: ...ma...ma...ma...ma... Mi marido y yo nos miramos. Nos hizo recordar que en nuestra adolescencia ambos tuvimos disfluencias muy severas, con recuerdos muy duros, pero remitió, y casi no tenemos memoria de aquellos años. Volvimos al pañal. No estaba preparado. Aunque era un niño muy precoz en otros temas.

Joel no estaba preparado para el control de esfínteres, ni yo como mamá para ayudarlo y cumplir mi promesa al nacer: “Te evitaré cualquier sufrimiento que yo pueda”. El pediatra me decía “ya pasará, verás cómo pronto hablará bien, no pasa nada”. Si sólo me hubiese dado esa hoja pequeña con los ”Siete puntos útiles para interactuar con una persona que tartamudea”:

— Evitar hacer comentarios tales como: habla más despacio, no te pongas nervioso, etc.

— No ayudarlo a completar las palabras ni las frases.

— Mantener el contacto visual sin avergonzarse ni reírse de la situación.

— Hablarle con un ritmo pausado y tranquilo.

— Transmitirle que lo que importa es lo que dice, no cómo lo dice.

— Evitar felicitarlo cuando salga de un bloqueo o hable con fluidez.

— Comportarse con él como lo harías con cualquier otro niño, respetándolo.

Haber conocido estos consejos ¡¡¡me hubiese ahorrado tanta culpa a la vez que ayudado a Joel!!!

“Miro a mi pequeño hijo de 3 años dormir. Sé que ahora no sufre, no tiene que hablar, pero yo... ahora es cuando puedo sacar el dolor que me oprime el pecho, el sentirme impotente, no poder ayudarlo a sacar esas palabras que quedan atascadas, su llanto por no poder hablar, tapándose la boquita con su mano. No sé qué hacer, dónde acudir, tengo miedo a que por negligencia mía el niño tenga un problema toda su vida. Sufre y yo más por no poder hacer nada para evitarlo ¿Será culpa mía?, ¿Que habré hecho mal?”

En esos años no era costumbre tener un ordenador en la oficina y menos aún en casa. Así que la búsqueda de información se hizo difícil. Leía libros, buscaba información por doquier, estadísticas, me recomendaron distintos profesionales, fonoaudiólogos, PNL, psicólogos, acupuntura etc., pero nada cambiaba, todos me decían lo mismo... “no veo que le pase algo... es encantador y muy inteligente” (para eso no era necesario pagar consultas).

“Joel tiene 6 años... el problema continúa. Por momentos más y otros menos, pero ahora se agrava, comenzó el colegio y ya no puedo controlar a todas las personas que le rodean para que le den tiempo a terminar de hablar, que no lo miren con cara rara. Hablar con las maestras, explicarles y ver que realmente no saben del tema. Les llevo información, pero un buen día mi hijo llega llorando del colegio: se han burlado de él, le han dicho “Tarta...” ¡¡¡Dios mío!!! Duele. No quiere ir a clase, ya no levanta la mano, comenzó a tener notas bajas, sabe la lección pero por no hablar, dice que no sabe. ¿Leer en voz alta? se aterroriza ante la sola idea, “se acuesta pensando que al día siguiente comienza el calvario y yo también”.

“La mañana siguiente fui a hablar con su maestra y ponerla al tanto de lo que sentía Joel al leer en voz alta. Me sugirió que no lo llamaría a leer y me negué. Quería que fuera tratado como cualquier niño, si no, con el tiempo, la tartamudez se convertiría en un privilegio. Le sugerí que podrían leer dos niños juntos o que Joel levantaría la mano cuando se sintiera preparado. Lo hablé con Joel y así fue”.

Los años fueron pasando hasta que llegó el bendito día que pusieron un ordenador en mi oficina. Inmediatamente comencé a buscar, intensamente, donde fuera, cualquier país, foros, libros, y me encontré con una hoja que decía “Siete puntos principales para interactuar

con una persona que tartamudea”. Hice fotocopias, distribuí a todos, escuela, familia, tiendas vecinas, todo aquel que pudiera estar en contacto con mi hijo. A partir de allí mi actividad fue intensa, a pesar de trabajar jornada a completa y estudiar por la noche psicología social, me contacté con personas que estaban en Asociaciones Nacionales de Tartamudez de EEUU, Inglaterra, Europa...

Di charlas en varios colegios, a pediatras, publiqué sobre tartamudez en la página central del diario Clarín (Argentina). Descubrí un foro en internet “TTM-L” e inmediatamente comenzó mi lucha para comprender lo que los adultos que tartamudean me querían explicar y yo no quería entender: “La tartamudez no tiene cura”, me decían... y yo respondía “no es verdad, debe existir algo que podamos hacer” Aprendí muchísimo en ese foro, lloré mucho también y me llenó de fuerza para seguir. Allí conocí a Eduardo, coincidía con sus apreciaciones, veía reflejado en mi hijo sus aportes, lo comencé a conocer.

Me recibí de Psicóloga Social, seguía trabajando e indagando sobre tartamudez, pero algo muy especial agregué a mi vida: pedir al universo que me indique el camino para juntar la carrera que amo (psicología social) y lo que había aprendido sobre tartamudez.

En el año 2000 nos mudamos a EE.UU. Joel se manejó muy bien ya que sabía hablar inglés perfectamente y, según dicen y vamos comprobando, al comienzo de hablar en un segundo Idioma no se tartamudea y más tarde las personas ante un bloqueo piensan que no recuerdan como se dice en inglés.

En Febrero del año 2002, la familia (mi marido, Joel, Samy y yo) nos trasladamos a España, Barcelona, a petición de Adolfo (nos conocíamos del foro TTM-L) con el objetivo de crear la Fundación Española de la Tartamudez. ¡¡¡Sueño cumplido!!!

“Joel, tiene 13 años, entró en la ESO, y por supuesto ha cambiado de colegio. Sé que no se haya con sus nuevos compañeros, al menos los de Primaria lo conocían y ya no lo burlaban, pero ahora todos son nuevos y no lo conocen.... ¿Qué puedo hacer? Es un chico inteligente, tiene grandes aspiraciones, ¿llegará a cumplirlas? O el evitar hablar hará que elija una carrera que por fácil no será su vocación? Veo que no queda con sus amigos, creo que le gusta una chica, pero no se atreve a hablarle... ¡si es guapo! Pero el miedo al rechazo puede más que él, no la llama por teléfono. Tengo ganas de gritar, ¡por favor que alguien nos ayude!, nadie escucha”

Y así fue, en España no había institución alguna sobre tartamudez. Junto a Adolfo Sánchez García y Álvaro Garaizabal, comenzamos desde cero a construir un sueño que teníamos los tres: poner la tartamudez en el lugar que le correspondía. ¡No más burlas, discriminación, risitas, etc.!

Nos pusimos manos a la obra: aspectos legales, trípticos para padres, docentes, díptico sobre la Fundación, creamos un grupo de autoayuda en internet, nuestro foro “TTM ES”, del cual Eduardo fue uno de los primeros coordinadores, tarea nada fácil y que Xabi, el primer miembro de la Fundación, llamó “La ciudad de la comprensión”.

Me tomaba mi tiempo para estar segura de dar lo mejor en organización a los miembros adultos de la Fundación. Pensaba: si primero se conocen por un foro (virtual) más tarde se pueden conocer en persona en los grupos de autoayuda de su ciudad, pero ya habrán roto el hielo en el foro virtual.

Como psicóloga social sabía que no podían faltar los Grupos de Autoayuda presenciales en las principales ciudades españolas.

En Barcelona, y para el resto de España, me encargué de coordinar y enseñar a los voluntarios los puntos más importantes que los coordinadores deben observar.

Instituimos el “Encuentro Anual de miembros”, una fecha muy esperada por los miembros adultos de la Fundación. Interactuamos con Asociaciones Internacionales y mucho más.

Joel tiene 16 años y tartamudea desde los dos. Habla poco, preciso y cortito.

Los libros dicen que la “tartamudez evolutiva o fisiológica” puede remitir hasta la adolescencia (si remite, no es tartamudez, son sólo disfluencias). Día a día, espero ese milagro... y cada día que pasa, es la cuenta regresiva.

He vivido el crecimiento de mi hijo con miedo y dolor, mucho miedo a que le hagan daño, porque os aseguro que la tartamudez duele aquí (en el corazón). Aunque para ser sincera, desde el día que me di cuenta, cuando era pequeño, que me daba vergüenza que hablara delante de mis cuñadas y sobrinos con la misma edad, comencé a pedir que por favor hicieran silencio porque mi hijo, Joel, iba a contarnos algo. Mis ojos se llenaban de orgullo.

Durante los 12 años que estuve como Secretaria General de la Fundación, me dediqué especialmente, seguramente producto de mis vivencias, a dar la bienvenida telefónica a cada nuevo miembro de la Fundación, sabiendo que el teléfono para las personas que tartamudean es una “espantosa caja negra” y que adoran el móvil por la oportunidad que les da de comunicarse por mensajes. Jamás en los 12 años se quejaron de mi llamada, muy al contrario, lo agradecían y siempre comentaban que ese día jamás lo olvidarán. Les daba la bienvenida, los invitaba al foro, comen-

tándoles cómo estaba formado, quien era el coordinador, la dinámica que seguíamos y también les informaba, si lo había en su ciudad, sobre los grupos de autoayuda. Le enviaba la invitación para el foro, poniéndolo en contacto con el coordinador del grupo de autoayuda para que lo invitara y comentara los días de reunión, lugar, etc. Los miembros sabían que una vez que ingresaban en la Fundación, las puertas estaban siempre abiertas para ellos.

La mayor parte del día la dedicaba a hablar con los papás que llamaban a la Fundación buscando información, soluciones y un lugar donde poder hablar y descargar sus miedos, necesidades, etc. Podía estar al teléfono más de una hora con una mamá, charlando, brindándole lo mejor de mí, de mi experiencia, dándole sugerencias dependiendo la edad: cuentos, canciones en lugar de hablar, juegos de yoga, meditación, etc. y hasta riendo por algo que a esa altura de la conversación nos había parecido infantil de cómo habíamos actuado. Me pedían asesoramiento acerca profesionales especializados en su ciudad y quedábamos en hablar cuando hubiesen contactado. Intentaba acompañarlos en esos primeros pasos, siempre y cuando el papá o mamá así lo pidiera o necesitara.

Con cada madre o padre revivía esos años tan duros y cómo me hubiese gustado a mí tener a alguien que supiera del tema. Eso me enseñó cómo atender a un papá/mamá. Cómo llegar a ellos, despacio, conectar, que supieran que nunca los juzgaría. Son seres que vienen con dolor, frustración, impotencia y hasta enojo.

A los padres les enviaba por correo postal (ya más tarde se podían descargar por nuestra web) la guía de padres y la de docentes, para que llevaran al colegio e invitaran a la maestra, si es que necesitaba más información, a que me llamara e intentar entre las tres (mamá, docente y Fundación) ayudar al niño. La terapia con niños siempre abarca a los padres, docentes y terapeuta.

Con los padres o adultos que vivían cerca de Barcelona quedábamos para tomar un café en la sede. El 80 % eran llamadas del resto de España, por ello el teléfono/móvil de la fundación siempre estaba ocupado.

Siempre estaba en la búsqueda de los profesionales más especializados en el tema de la Tartamudez, que supieran interactuar con el niño o adulto de forma holística. Intentaba escuchar a través del teléfono la sensibilidad de ese profesional, si estaba titulado en psicología + logopedia, y me informaba de la forma en que trataba las disfluencias en niños o la tartamudez en adultos. Era una de mis mayores preocupaciones ya que no había muchos psicólogos que supieran o les interesara el tema “Tartamudez”, al no estar como materia en su temario académico y haberlo conocido sólo en una pocas charlas; encontrando a muchos logopedas jóvenes, pero sin conocimientos de psicología y poca experiencia en logopedia.

Algunos profesionales, los más especializados, comenzaron a dar sesiones por internet. Así pudimos resolver que todos tuvieran la atención que necesitaban, sin importar el lugar donde vivían en España y, a veces, españoles en el extranjero.

Difícil decisión para mí, derivar a los padres o adultos dónde ser atendido como se merecen, sin que fuera tiempo perdido y quedar con el bolsillo vacío. Además ¿cómo enviar a los padres a un lugar que yo no iría o no enviaría mi hijo? Imposible. Por ello la búsqueda siempre fue continua durante los 12 años.

Después de varios años pudimos traer a España, el Método Lidcombe de Australia, especializado en niños hasta los 5 años. Un método preparado para logopedas que enseña al padre a ser logopeda de su hijo en casa y jugando. Como condición del Lidcombe, el niño a tratar no puede tener otro trastorno o problema.

Formé un grupo de logopedas de todas las provincias españolas, recibiendo formación en Barcelona, donde acudieron las dos profesionales de Australia, creando un foro con ellas, manteniendo el contacto para poder preguntar lo que hiciera falta, y si ellas no podían resolverlo se enviaban las preguntas a Lidcombe. España fue el primer país de habla hispana en tener el Lidcombe.

La Fundación creció mucho, incrementándose las llamadas de padres, miembros y profesionales. Intentamos formar profesionales para un futuro. Las tareas diarias en la Fundación no tenían fin. El día se hace muy duro para estar sola en la oficina. El dolor de las personas que tartamudean o el llanto de los padres, me sigue doliendo como si fuera el mío. Había tareas tan pequeñas y tan grandes como que un miembro de la Fundación te pida que llames a su proveedor de móvil porque les es imposible que la atención automática le tenga paciencia y le cuelgan. Por supuesto que de inmediato hacía todo por resolverle el problema, pero no termina ahí. Nos dimos cuenta que la Fundación tenía que establecer acuerdos con las compañías telefónicas. Pero, y al miembro, ¿quién le saca la frustración de no haber podido hacer algo tan sencillo como pedir asistencia para su móvil?

Joel, hoy 30 años. Estudió en Viena Administración de Empresas, más tarde hizo el Máster en Administración. Aprendió alemán, además de catalán, inglés, turco, ruso (básico) y hebreo (básico). Le encantan los idiomas.

Se casó, trabajan los dos, profundamente enamorados, les gusta mucho viajar. Guapo como siempre. Un chico normal, sabe luchar por lo que quiere, es sensible y perfeccionista.

Lo más importante, es feliz, todavía tiene bloqueos, pero ya no me importan porque a Joel no le importan, duermo tranquila de haber hecho todo lo que podía en ese momento y agradecida a

mi hijo por mostrarme el camino que debía seguir, para ayudar y aportar mi granito de arena allí donde me necesitara.

Misión Cumplida.

Este largo camino me enseñó mucho, pero lo más importante y se lo decía a los padres al terminar nuestra charla es que nuestro deber como padres es educar, criar y enseñar a nuestros hijos a ser felices, no perfectos y la herramienta principal para ello, la tenemos: el AMOR. ¿No es eso lo que anhelamos todos los padres? Y a partir de allí continuar el camino, acompañándolos en su educación, diario vivir.

“Tartamudez Infantil y Juvenil” es un libro que nos llevará a hacer un viaje sobre las distintas formas de entender y abordar tanto las disfluencias como la tartamudez, considerando a la persona como un ser holístico, como un todo, tomando para ello terapias, modelos, propuestas, procesos, relaciones familiares, etc. Todo lo que necesitan los padres de niños con disfluencias, los jóvenes y adultos que tartamudean para llegar a ver esa luz que será el comienzo para encontrar su camino.

Este libro se diferencia del resto de libros sobre tartamudez en su mirada holística, introduciendo una nueva manera de comprenderla y tratarla, llegando así a completar la terapia de las disfluencias y de la tartamudez. Entiendo que esto es solo posible desde el conocimiento que el autor, Eduardo Gallego, ha llegado a tener sobre la tartamudez. Saber adquirido al trabajar su propia tartamudez, por su formación en el campo del psicoanálisis, estudios de posgrado en Audición y Lenguaje (AyL) y su formación continua para ampliar y perfeccionar sus conocimientos, tanto en la faceta preventiva como de tratamiento.

De corazón, espero que en este libro encuentren ese pedacito de luz que están buscando.

CLAUDIA GROESMAN. claudiagroesman@gmail.com

LA VERDAD OS HARÁ LIBRES

SAN JUAN 8:32

NOTAS PARA EL LECTOR

Estas páginas van dirigidas especialmente a quienes tartamudean y a los padres de niños disfluentes. También a los profesionales que trabajan la tartamudez. A los primeros, presentándoles una explicación sobre el porqué de la tartamudez, proponiendo un enfoque que les permita abrir nuevas expectativas terapéuticas o personales. A los padres, animándolos a que se informen y no hagan caso al típico “es normal, no hay que preocuparse, ya se le pasará”, pues aunque en efecto, muchas veces las disfluencias sean simplemente evolutivas y remitan sin haber requerido ninguna intervención, otras arraigan y se convierten en un serio problema; y a que no desesperen, aunque su angustia resulte perfectamente comprensible, pues a edades tempranas la tartamudez puede ser atajada y ellos pueden colaborar de forma efectiva en ese proceso.

Intentaré desterrar numerosos tópicos en torno a la etiología de la tartamudez y sus tratamientos, así como la afirmación, precipitada a mi entender, de buena parte de los profesionales que la tratan o investigan, al dar por perdida la batalla sobre el conocimiento de sus causas. Sin embargo, el objetivo que se persigue no es elaborar un tratado sobre tartamudez, sino un manual práctico orientado a la prevención e intervención en la tartamudez infantil, así como para que los jóvenes y adultos puedan entenderla mejor, facilitándoles la construcción de estrategias personales para intentar superarla o, cuando menos, para sobrellevarla e ir aprendiendo a convivir con ella.

Revisaré determinados planteamientos y desarrollos científicos, frecuentemente considerados como verdades incuestionables, intentando aportar nuevos enfoques que permitan enriquecer la práctica clínica y ampliar las líneas de investigación.

Comenzaremos por lo más básico, es decir, por el concepto y definiciones del lenguaje, de sus trastornos en general y de la tartamudez en particular, apuntando las líneas generales de los grandes enfoques, describiendo lo específico de cada uno: el *anatómico-funcional*, basado en lo *genético/orgánico* y el *psicoevolutivo*, asociado al *aprendizaje y a la maduración*, destacando la gran relevancia de las relaciones familiares (socialización primaria) en la adquisición del lenguaje, continuando con diversas anotaciones sobre las formas convencionales de entenderla y tratarla.

Seguidamente describiremos con cierto detalle la extraordinaria importancia para la adquisición y desarrollo del lenguaje y de sus posibles patologías, de la etapa que va desde el nacimiento hasta los tres/cuatro años de edad, explicando la interdependencia entre lo ambiental y lo orgánico. Para finalizar, abordaremos las relaciones existentes entre patologías del lenguaje e identidad personal; en este caso entre la tartamudez y el déficit madurativo de la persona que tartamudea, facilitando una serie de reflexiones, consejos y ejercicios preventivos, así como diversas pautas y medidas para el tratamiento de la tartamudez en niños, jóvenes y adultos.

LA RELACIÓN CON LOS DEMÁS

El desconocimiento de las causas de la tartamudez, el estancamiento en su investigación y la escasez de propuestas para su comprensión, prevención y tratamiento se deben fundamentalmente a que su complejidad excede a un modelo científico muy rígido, que no tiene suficientemente en cuenta que cuerpo y mente son indisociables, que la persona es un ser social y que el lenguaje simboliza la esencia de la relación con nuestros semejantes. *Las patologías del lenguaje, como la tartamudez, ponen de manifiesto que algo no funciona adecuadamente en la relación con los demás.*

Año 1841

“En los últimos tiempos se ha tratado de curar la tartamudez por medio de una operación quirúrgica, que consiste en la sección de los músculos genioglosos, fundándose para ello en que en esta enfermedad tiene tendencia la lengua a dirigirse hacia abajo y adelante a consecuencia de la contracción de estos músculos. Muchas de estas operaciones, cuyo mal éxito se veía claramente al cabo de ocho días, parecieron prometer un resultado favorable después de su ejecución. Parece que la conmoción violenta producida por la operación causa en todo el sistema nervioso una modificación instantánea, por cuyo influjo cesa parejamente el espasmo de los músculos que sirven para articular los sonidos. Con todo, si no todas las especies de tartamudez son capaces de sanar con esta operación, hay algunas tan ventajosamente modificadas por ella, que este punto de medicina operatoria merece sujetarse a nuevos experimentos”.

DIEFFENBACH. “DE LA CURACIÓN DE LA TARTAMUDEZ
MEDIANTE UNA NUEVA OPERACIÓN QUIRÚRGICA”.

ANALES DE LA CIRUGÍA FRANCESA.

Año 1997

“Tony es tartamudo... Esta primavera Tony participará en un estudio que se llevará a cabo en Texas y cuyo objetivo es eliminar totalmente su tartamudeo. Un equipo de neurocientíficos del Health Science Center de la Universidad de Texas, en San Antonio, intentará interrumpir el presunto circuito defectuoso de su cerebro que le hace tartamudear. El primer paso consistirá en paralizar temporalmente algunas zonas concretas del cerebro con pulsaciones magnéticas. Si todo sale como está previsto, quizá ensayen un método de efectos permanentes: cirugía cerebral. ‘Estamos considerando seriamente la posibilidad de realizar algunas lesiones en el cerebro’, ha declarado Peter Fox, director del estudio. La medida parece radical: operar el cerebro para eliminar el tartamudeo. Los voluntarios ya han probado todos los tratamientos disponibles, afirma Roger Ingham, patólogo del habla de la Universidad de California, en Santa Bárbara, que también forma parte del equipo. ‘Algunas de estas personas han dicho claramente que están dispuestos a hacer lo que haga falta’, asegura Fox.

MOTLUK, A. “CIRUGÍA CONTRA EL TARTAMUDEO”.

EL LENGUAJE

El lenguaje es la característica que diferencia al ser humano de resto de los seres vivientes. No se trata sólo de un instrumento de comunicación sino que constituye la matriz de la mente humana, posibilitadora de la cultura y de la transformación del mundo realizada por los humanos.

Se trata de un fenómeno sociocultural que se materializa a través de mecanismos psicofísicos, siendo necesario diferenciar varios conceptos:

COMUNICACIÓN	Intercambio de información entre un emisor y un receptor a través de diferentes códigos: oral, gestual, corporal, mímico, etc.
LENGUAJE	Medio de comunicación específico del ser humano que constituye un sistema altamente reglado y formalizado, basado en múltiples códigos.
LENGUA	Conjunto “social” de signos (idioma) que permite comunicarse a través del lenguaje.
HABLA	Uso “particular” de la lengua, del idioma

Existen dos grandes concepciones sobre el origen, la adquisición y desarrollo del lenguaje:

El modelo *ANATÓMICO-FUNCIONAL*, que pone especial énfasis en la integridad y correcto funcionamiento de las estructuras anatómicas y fisiológicas, afirmando que el lenguaje constituye una función superior del cerebro y que su desarrollo se encuentra genéticamente determinado; destacando las bases neurológicas, auditivas, respiratorias, fonatorias y articulatorias.

Desde esta perspectiva, las regiones cerebrales involucradas en el desarrollo del lenguaje se encuentran principalmente en la corteza cerebral, revistiendo especial importancia el área de Broca y el área de Wernicke, ambas más desarrolladas en el hemisferio izquierdo, situadas alrededor de una zona denominada cisura de Silvio. La primera sería la encargada de la producción lenguaje y la segunda de la comprensión del lenguaje hablado y de la escritura.

Por su parte, las mismas áreas pero en el hemisferio derecho estarían relacionadas con la fluidez verbal y la melodía natural de la palabra, así como con una adecuada comunicación.

La atribución de la función productora del lenguaje al área de Broca deriva de la experimentación quirúrgica, habiéndose comprobado que la ablación de esta zona cerebral, en el hemisferio izquierdo, da como resultado la parálisis del habla. Por su parte, las lesiones destructivas del área de Wernicke, también en el hemisferio dominante, producen pérdidas de la capacidad para comprender la palabra hablada y escrita.

Esta teoría, conocida como de los “grandes módulos”, ha venido constituyendo la explicación tradicional de los problemas

lingüísticos, si bien, gracias a las nuevas técnicas de neuroimagen (especialmente la resonancia magnética funcional) ha quedado demostrado que las grandes áreas —Broca y Wernicke— no son específicas para el lenguaje y que tales atribuciones son excesivamente simplificadoras.

Sorprendentemente, a pesar de tratarse de una interpretación obsoleta, esta teoría continúa vigente y sigue explicándose en las aulas, al parecer porque desde el punto de vista didáctico ofrece una visión sencilla y fácil de entender por el estudiante, dejando de tener presente que no representa la realidad.

Al parecer, importa más el mantenimiento de un modelo inconsistente, que soporta todo un entramado académico—científico preservador de intereses económicos y personales a través de determinadas líneas de investigación, que investigar en otras direcciones y cambiar de paradigma, en busca de una explicación más rigurosa y aprovechable.

La teoría de los “Grandes módulos” realiza una interpretación mecanicista del lenguaje y de sus trastornos, atribuyendo funciones específicas a determinadas zonas cerebrales y, a pesar de que se ha demostrado su inconsistencia, sigue constituyendo la piedra angular de la explicación anatómico-funcional del lenguaje y de las distintas disciplinas que se basan en esta teoría.

Desde el enfoque organicista se defiende la ecuación mente = cerebro, y se sitúa la capacidad simbólica del lenguaje en la corteza asociativa terciaria de la corteza cerebral; confundiendo la base orgánica con los procesos mentales.

El modelo *PSICOEVOLUTIVO*, propone que la adquisición y desarrollo del lenguaje es una realidad muy compleja y pluridimensional, destacando la gran importancia de los factores emocionales en la relación entre el niño/niña y sus progenitores, entendiendo que el lenguaje es la forma más importante de comunicación humana y que mantiene una estrecha relación con la interacción social y el pensamiento.

La relación entre pensamiento y lenguaje dará lugar a diferentes enfoques, defendiendo que pensamiento y lenguaje son independientes, que en la adquisición del lenguaje tienen gran importancia las relaciones sociales, que el lenguaje se adquiere de forma innata o que está predeterminado por la carga genética

Desde el punto de vista psicoevolutivo, el lenguaje es la forma más importante de comunicación. Las palabras y las frases, más allá de su dimensión fonética y articularia, son portadoras de significado, ejerciendo una función simbólica. Esta cuestión es de suma importancia, pues los procesos simbólicos requieren una elaboración mental que los sitúa en el campo de lo cognitivo y lo cultural, es decir, en la interacción con los demás.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE

La consideración y tratamiento de los trastornos del lenguaje depende en gran medida del punto de partida sobre su naturaleza, adquisición y desarrollo. Desde el modelo *anatómico-funcional*, basado en aspectos genéticos, estructurales y funcionales del organismo, se construye la explicación etiológica del modelo médico, foniátrico, psiquiátrico y, en buena medida, del psicológico y logopédico, en tanto los trastornos del lenguaje y por supuesto la tartamudez, son atribuidos a disfunciones orgánicas, sobre todo cerebrales, derivadas fundamentalmente de la herencia genética.

Por su parte, desde el modelo *psicoevolutivo*, fundamentado en la importancia del aprendizaje y de los factores socioculturales, los trastornos del lenguaje son consecuencia de déficits madurativos en la construcción de la identidad personal.

Etiología de la tartamudez.

Modelo anatómico-funcional

La Asociación Americana de Psiquiatría (A.P.A.) y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) elaboran, respectivamente, para uso de los profesionales, dos manuales de clasificación y diagnóstico de las enfermedades: el *DSM* y la *CIE*.

La explicación etiológica del *DSM* respecto a los trastornos del lenguaje ha experimentado sucesivas variaciones y, en el caso de la tartamudez, que actualmente se encuentra incluida dentro de los *Trastornos de la Comunicación*, se ha pasado de centrarse casi exclusivamente en los déficits del procesamiento audioperceptivo, a tener algo más en cuenta las funciones simbólicas del lenguaje, no atribuyendo estos trastornos sólo a factores neurológicos y genéticos, admitiendo la importancia de los factores ambientales y familiares.

En el *DSM* (Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales), en su versión IV-TR, define la tartamudez como “*la alteración de la fluidez y de la organización temporal normales del habla, caracterizada por la repetición de sonidos y sílabas, prolongación de sonidos, fragmentación de palabras, bloqueos que se pueden escuchar o silenciosos, producción de palabras con exceso de tensión física o repetición de palabras completas monosilábicas, provocando en el individuo ansiedad al hablar*”.

En esta línea, el *tartamudeo* respondería etiológicamente a conceptos genéticos, neurológicos, psicodinámicos y conductuales, primando la transmisión hereditaria poligénica como determinante de una organización cortical anómala y de una lateralización ambidiestra o zurda, relacionando algunos tipos de tartamudeo con el retraso mental o el Síndrome de Down.

El *DSM* ofrece la siguiente clasificación diagnóstica de las patologías de la comunicación, del aprendizaje, y de los trastornos generalizados del desarrollo; todos ellos incluidos dentro de los *Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*:

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN	TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE Y DE LAS HABILIDADES ACADÉMICAS	TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO
<ul style="list-style-type: none"> - Del lenguaje expresivo - Mixto del lenguaje receptivo expresivo - Trastorno fonológico - <i>Tartamudeo</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - De la lectura (dislexia) - Del cálculo (discalculia) - De la expresión escrita (disgrafía) - No especificado 	<ul style="list-style-type: none"> - Autista. - Asperger. - Desintegrativo infantil. - De Rett - No especificado

La *CIE* (Clasificación Internacional de Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental), en su versión 10, define la tartamudez como “*un trastorno de la fluidez del habla (tasa, ritmo, flujo) caracterizado por prolongaciones de sonidos, repeticiones de sonidos, sílabas y bloqueos o silencios tensos*”.

Este modelo clasificatorio agrupa y codifica los “Trastornos específicos del habla y el lenguaje” donde se incluye la tartamudez, del “Aprendizaje escolar” y “Generalizados del desarrollo”, dentro de los de *Trastornos del Desarrollo Psicológico*:

TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO		
ESPECÍFICOS DEL HABLA Y EL LENGUAJE	ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE ESCOLAR	GENERALIZADOS DEL DESARROLLO
<ul style="list-style-type: none"> - Específico de la pronunciación - <i>Del lenguaje expresivo</i> - Del lenguaje comprensivo - Afasia adquirida con epilepsia - No especificado 	<ul style="list-style-type: none"> - De la lectura - De la ortografía - Del cálculo - Mixto - No especificado 	<ul style="list-style-type: none"> - Autismo infantil - Autismo atípico - Síndrome de Rett - Desintegrativo infantil (otro) - Hipercinético asociado con retraso mental y movimientos estereotipados - Síndrome de Asperger. - No especificado

A diferencia de la propuesta del DSM, la CIE-10 considera que tanto los *Trastornos Específicos del Habla y el Lenguaje*, como los *Trastornos del Aprendizaje Escolar*, no son atribuibles a anomalías neurológicas o de los mecanismos del lenguaje, ni a deterioros sensoriales, retraso mental o factores ambientales; vinculándolos al deterioro o retraso de funciones íntimamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central, “*presuponiendo*” que los factores genéticos también juegan un papel decisivo.

Modelo psicoevolutivo

Desde esta perspectiva, sin olvidar las dimensiones anatómicas y funcionales del lenguaje humano, se presta especial atención a los polos del lenguaje (comprensivo y expresivo), procesos de codificación/decodificación lingüística y demás aspectos implicados en el desarrollo del lenguaje: desarrollo cognitivo, psicomotor, socioafectivo y emocional, estableciéndose una clasificación etiológica amplia de los trastornos del habla, del lenguaje y la comunicación, teniendo muy en cuenta los factores ambientales y personales.

ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA, EL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN		
POR DEFICIENCIAS EN LA ESTIMULACIÓN	ORIGINADOS EN LA PERSONALIDAD	POR CONDICIONES MOTTIVACIONALES Y SITUACIONALES
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Carencia total</i>: niños ferales y analfabetismo. - <i>Carencias parciales</i>: padres trabajadores y aislamiento diurno, padres o tutores fríos distantes o rechazadores, vida en comunidad numerosa, semiabandono, maltratos, rechazo por trastornos previos. - <i>Inadecuación de la estimulación</i>: método de presentación inadecuado, estimulación excesiva, estímulos reforzadores inadecuados o contradictorios. - <i>Modelo defectuoso</i>: utilización incorrecta del idioma a enseñar, dificultades con el idioma por quien tiene que enseñar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Neuroticismo. - Psicoticismo - Introversión - Extroversión - Interacción - Interacción neuroticismo/introversión - Interacción neuroticismo/extraversión - Trastornos afectivos y emocionales - Discapacidad intelectual - Deficiencias perceptivas - Retraso evolutivo - Lesiones del SNC y SNP - Trastornos orgánicos periféricos 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Condiciones motivacionales</i>: por deficiencias energéticas (laxitud, apatía y comprensión simulada) y direccionales (barreras y motivos sociales). - <i>Variables situacionales</i>: trastornos debidos a variables y contenidos situacionales. Se manifiestan con bloqueo verbal, vacilaciones, paradas, taquifemia, <u>tartamudez situacional</u>, etc.)

EL SABER SOBRE LA TARTAMUDEZ

La tartamudez es una patología que viene de antiguo y la búsqueda del habla fluida se ha pretendido desde las formas más rudimentarias —introduciendo objetos en la boca o ejerciendo presión manual sobre algún objeto para aliviar tensiones mientras se habla—, pasando por intervenciones quirúrgicas sobre los órganos fonadores o a nivel cerebral, implantes de prótesis, tratamientos neurológicos y farmacológicos, logopédicos, psicoterapéuticos (arteterapia, terapias integrativas, transpersonales, humanistas, hipnosis, cognitivo-conductuales, psicoanalíticas, etc.), o por el desarrollo de dispositivos tecnológicos (DAF: retroalimentación auditiva demorada y FAF: retroalimentación auditiva alterada), sin olvidar los reiterados intentos de encontrar algún tipo de anomalía cromosómica que permitiera demostrar la etiología genética de la tartamudez.

La tartamudez es una gran desconocida, no sólo para las personas ajenas a ella sino también, en muchos aspectos, para quienes la padecen, aunque son dos tipos diferentes de desconocimiento.

El saber sobre la tartamudez se encuentra sujeto a una doble circunstancia. De un lado, con bastante lógica, la persona que tartamudea supone que el hecho de tartamudear le otorga un conocimiento profundo sobre la tartamudez, ese “enemigo inesquivable” contra el que le toca luchar día a día; aunque, en realidad, más que

de un saber objetivo habría que hablar de experiencias, emociones, sensaciones y sentimientos sobre el hecho de no conseguir hablar fluidamente y sus consecuencias a nivel personal, familiar y social.

De otro, la abundancia de información, a tan sólo un clic, nos da acceso a un sinfín de interpretaciones, teorías y métodos para entender y tratar la tartamudez, presididos por una propuesta de base neurobiológica que descarta los factores etiológicos que no sean de base orgánica. A esto, como es lógico, no escapan los proyectos de investigación sobre la tartamudez y su tratamiento, orientados claramente al desarrollo del modelo psicofarmacológico, biogenético, de cirugía cerebral o de modernas técnicas electroconvulsivas y de estimulación magnética.

No se trata de abandonar estas vías, pero sí de revisarlas, abandonando la “fe ciega” en los anuncios sobre descubrimientos científicos, entendiendo que en este campo “suele ser oro todo lo que reluce” y que, a veces, como abordaremos más adelante, la especulación económica constituye el motor que determina o descarta las líneas de investigación.

Por nuestra parte, trataremos de establecer criterios objetivos suficientes para ahondar en el conocimiento, prevención y tratamiento de la tartamudez, así como para favorecer nuevos estudios e investigaciones sobre la misma.

¿Existe un perfil de la persona que tartamudea?

No existen dos tartamudeces iguales, ni una uniformidad aparente en las causas que provocan la tartamudez, lo cual no impide preguntarnos si existe un “perfil” característico de las personas que tartamudean. Antes, conviene recordar algunos conceptos.

IDENTIDAD, PERSONALIDAD Y CARÁCTER

La *Identidad* se corresponde con quién soy, es decir, con lo más profundo y constitutivo del ser humano.

La *Personalidad* es la forma en que cada sujeto organiza sus sensaciones, emociones, sentimientos y pensamientos, dando cuenta de su singularidad.

El *Carácter* es el conjunto de los hábitos de comportamiento y se corresponde con la forma en que cada persona se relaciona con los demás.

La existencia de numerosas similitudes a nivel de la personalidad y del carácter entre las personas que tartamudean resulta bastante evidente ya desde la elaboración de la historia clínica, confirmándose al escuchar al paciente durante el tratamiento.

Sin embargo, además de la extraordinaria importancia de esta semejanza, que permitirá establecer diferentes hipótesis tanto en el terreno de las causas como de la comprensión de la tartamudez y su tratamiento, la cuestión no termina ahí; siendo posible comprobar, como más adelante intentaré argumentar, la reiterada existencia de *analogías en el campo de la identidad* entre las personas que tartamudean, fundamentalmente en torno a ciertos déficits constitutivos de la identidad personal.

A modo de adelanto, en referencia las analogías identitarias, un rasgo comúnmente compartido por las personas que tartamudean es vivir con una profunda duda sobre quién se es, qué se quiere y hacia dónde dirigirse, con una clara tendencia a mirarse en los demás, en espejo, haciendo “suya” la identidad del otro, algo que les acarrearán consecuencias. Pero no sólo eso, también comparten, salvo que hayan conseguido remediarlo, una importante inmadurez emocional, afectiva y sentimental. No la misma, ni en el mismo grado, por supuesto, pero sí lo suficiente para poder intuir que la

persona que tartamudea no realizó satisfactoriamente su proceso evolutivo.

Es muy probable que esta afirmación levante ampollas en más de un profesional, especialmente en aquellos que rechazan cualquier componente emocional o psicológico en la tartamudez, y en algunos lectores, corriendo el riesgo de que sea mal recibida. No en vano, ya que implica una forma de entender la tartamudez basada también en los procesos mentales y en la relación social, muy alejada, en principio, de las propuestas de base orgánica tradicionales.

A nivel de la persona que tartamudea puede resultar bastante molesto asumir que, además de por ciertos factores ambientales, puede tener algún tipo de responsabilidad subjetiva en lo que le ocurre, por la forma en que ha encarado su propio proceso de maduración personal, pues siempre es más cómodo poder atribuir un trastorno a las circunstancias externas. Sin embargo, no está en mi ánimo ser complaciente con el profesional ni con los afectados, sino intentar llegar al fondo de la cuestión.

Estas afirmaciones tienen su base en lo observando reiteradamente en niños, jóvenes y adultos a los que he venido atendiendo por su tartamudez, comprobando la correlación existente entre tartamudez e inmadurez personal, así como el convencimiento de que este extremo resulta de vital importancia, sobre todo a la hora de abordar la prevención de la tartamudez infantil con intervenciones novedosas que vayan directamente al nudo de la cuestión.

En consecuencia, desde mi propia experiencia personal y como psicoterapeuta del lenguaje, creo que es perfectamente defendible poder hablar de rasgos de identidad, personalidad y de carácter, es decir, de un perfil compartido, con margen para ciertas variaciones, que caracteriza a las personas que tartamudean.

MODELO BIOGENÉTICO / ANATÓMICO-FUNCIONAL

EXPLICACIÓN GENÉTICA

La genética como gran explicación

Cada orientación científica de los trastornos del lenguaje propone su propia explicación y actúa en consecuencia, de forma que los modos de intervención sobre las diferentes patologías derivan de la forma de entenderlas.

En la actualidad existe una tendencia muy acentuada a ofrecer una explicación genética de las enfermedades, trastornos e incluso del comportamiento humano, abarcando cuestiones heterogéneas y de lo más variopinto, llegándose a defender la existencia de genes específicos que explican y justifican biológicamente aspectos como la infidelidad, la felicidad, la maldad, el egoísmo, la pereza, la fortuna o incluso la “tripa cervecera”, desvinculándolos de la personalidad, el carácter, las costumbres o las carencias del individuo, es decir, de la singularidad del sujeto y del medio.

La biogenética como modelo explicativo de la herencia excluye o desvirtúa tanto los factores ambientales como la *herencia cultural*, es decir, la transmisión familiar —no genética— del modo

de comportarse y relacionarse con los demás, que constituye el primer y más importante modelo de socialización del niño o de la niña, siendo especialmente relevante la forma en que se produce el acceso al lenguaje, en tanto el ser humano es un ser de lenguaje, teniendo una importancia extraordinaria en la construcción de la identidad personal, el carácter y la evolución cognitiva.

El hecho de que las enfermedades y trastornos psiquiátricos no se presenten dependiendo de un carácter genético, no ha constituido un obstáculo para que sus defensores sigan ondeando la bandera de la causalidad genética, creando conceptos bastante aleatorios, como el de “*herencia genética multifactorial*” y, a través de términos como el de “*susceptibilidad*”, basado en la probabilidad, intentar identificar los genes “*candidatos*” de distintas enfermedades, si bien no pudiendo negar que los factores ambientales juegan un papel muy significativo.

Otro modo de atribuir una etiología genética a las enfermedades es la utilización del “*riesgo de recurrencia*”, basado en estudios comparativos de individuos y familias, apoyándose en variables como el grado de parentesco o las condiciones socioeconómicas, configurando un modelo explicativo mixto, basado en la presunción y apoyado en la estadística.

LA MAYORÍA DE LAS ENFERMEDADES NO SON HEREDITARIAS

La mayor parte de las enfermedades comunes del adulto son de origen desconocido y no mantienen proporciones constantes en una familia, presentándose por lo común de forma aislada, permitiendo pensar que no responden a factores hereditarios. Otro tanto ocurre con los trastornos psíquicos, no mostrando patrones claros de herencia.

El genoma humano

En la década de los 50 del siglo XX la prensa divulgó a bombo y platillo que la ingeniería genética había descubierto “el secreto de la vida”, augurando que en poco tiempo podrían diseñarse los bebés y crear píldoras mágicas para el tratamiento de las enfermedades, afirmando que los genes, además de ser los responsables de nuestras características físicas, también lo son de nuestras emociones, sentimientos y comportamiento, de forma que si una persona nace con el “gen de la felicidad” defectuoso, debe esperar una existencia infeliz.

En 2003 se dio a conocer la primera versión del genoma humano y en 2009 el Instituto Salk de California (EE UU) presentó el “Epigenoma Humano” de dos células, poniendo de manifiesto las posibles modificaciones de sus ADNs como consecuencia de los factores ambientales: dieta, alcohol, tabaco, ejercicio, estilo de vida, contaminación ambiental y otros factores externos.

La generalización y divulgación de los planteamientos que atribuyen a la carga genética la exclusividad de los problemas de salud, reales o potenciales, eleva lo genético a la categoría de mito, logrando que el individuo acepte y se resigne ante cualquier tipo de enfermedad o trastorno que pueda padecer, asumiendo que la etiopatogenia de su mal reside en su mapa genético, sin plantearse que en buena parte puede ser consecuencia de su interacción con factores familiares, sociales y ambientales.

La genética es, al siglo XXI, lo que la voluntad de Dios fue a la Edad Media.

GENÉTICA Y FACTORES AMBIENTALES

Para Bruce Lipton, biólogo molecular, especialista en clonación de células madre y precursor del “Proyecto Genoma Humano”, la existencia de cada persona no está determinada por sus genes sino por la respuesta a los factores ambientales. Para él, la mente humana puede elegir distintas formas de percibir el entorno, lo cual hace posible cambiar el curso de la vida.

Perspectiva genética de la tartamudez

En febrero de 2010 la BBC anunciaba que la tartamudez “podría ser genética”, explicando que si bien su origen siempre ha sido un misterio para los científicos, los investigadores del Instituto Nacional de Sordera y Otros Trastornos de Comunicación (NIDCD), en Estados Unidos, habrían descubierto mutaciones que afectan al cerebro y que podrían ser la causa del tartamudeo, aclarando que se trata de mutaciones en los genes GNPTAB y GNPTG que afectan a “*uno de cada diez individuos que tartamudean*” (:?), asociadas con un tercer gen, produciendo la acumulación una sustancia potencialmente peligrosa, llamada lisosomal, capaz de generar daños cerebrales, anunciando que podría ser tratada inyectando una enzima artificial. El estudio fue publicado por el New England Journal of Medicine.

Dicho estudio, realizado en Pakistán sobre una muestra de 123 personas con tartamudez, propone que la clave puede hallarse en el *cromosoma 12*, donde se encuentran los tres genes referidos. Simultáneamente, a la vista de la desproporción epidemiológica de la tartamudez entre hombres y mujeres, desde la genética se ha venido apuntando, de forma bastante forzada, que tal vez la causa de la misma pueda hallarse en los cromosomas sexuales: X e Y, es decir en el *cromosoma 23*.

Los 123 pakistaníes sobre los que se realizó el estudio presentaban tartamudez, de los cuales 46 tenían algún familiar disfémico mientras que en las familias de los 77 restantes no había antecedentes de tartamudez, es decir, en más del 66% de las personas estudiadas no era posible relacionar su tartamudez con su genética familiar.

Sorprendentemente, a pesar de resultar evidente la inexistencia de la causalidad genética de la tartamudez —recordemos que más del 66% de las personas estudiadas no tenían ningún familiar con tartamudez—, el estudio no sólo la defiende sino que la sitúa en unos genes específicos de un cromosoma determinado. El argumento más utilizado por los defensores de esta propuesta es que en el 10% de los casos “*estos genes, a veces, se manifiestan*”, dando lugar a la tartamudez, y en el resto no.

Desde el planteamiento de hipótesis tan divergentes, basadas tanto en numerosos condicionales como en el continuo manejo de probabilidades, siempre pendientes de confirmar, resulta muy complicado otorgar alguna credibilidad a un estudio que pretende demostrar científicamente el origen genético de la tartamudez.

Podríamos incluso aludir a cierto voluntarismo científico a la hora de intentar establecer el origen de la tartamudez. Así, por ejemplo, un equipo liderado por la Universidad de Washington (EEUU) ha creado un modelo genético que recrea el tartamudeo humano en ratones, mutándoles el gen GNPTAB, afirmando que el comportamiento a nivel neurológico de los ratones mutados es semejante al de las personas “tartamudas”.

Según la científica Terra Barnes, autora principal del trabajo, la similitud entre las anomalías en la vocalización de los ratones con el tartamudeo humano, abre la puerta a nuevos estudios y experimentos sobre el modelo animal del tartamudeo y así poder

comprender y encontrar una cura para la tartamudez en las personas. Sin comentarios.

EXPLICACIÓN ANATÓMICO-FUNCIONAL

Desde el modelo *anatómico-funcional* se parte de la existencia de áreas cerebrales específicas encargadas del dominio lingüístico, de forma que, como señalábamos al principio, la denominada región de *Broca*, situada en la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo, sería la responsable de la producción lenguaje y la afeción de la misma sería la responsable tanto de la disfunción expresiva de los trastornos del lenguaje, como de la dificultad en el manejo de las habilidades espaciales y de lateralización (noción de derecha e izquierda).

Por su parte, el área de *Wernicke*, ubicada en el lóbulo temporal, sería la responsable del procesamiento del lenguaje y más concretamente del lenguaje receptivo, es decir, de la decodificación y comprensión.

Como anticipábamos, este planteamiento, conocido como teoría de los “grandes módulos”, a pesar de haberse demostrado que tales áreas no son específicas para el lenguaje, sigue constituyendo la base científica explicativa de los trastornos del lenguaje.

En 2016, un equipo de investigadores de la Universidad de California (EEUU), afirmó haber alcanzado una mejor comprensión de la base fisiológica del tartamudeo que permitiría su tratamiento y posible cura. A tal efecto, según publicaba el *American Journal Of Speech-Language Pathology*, analizaron imágenes de las áreas afectadas en la materia blanca cerebral de varios individuos tartamudos adultos, concluyendo que “existe

una anomalía neuroanatómica en los cerebros de las personas que tartamudean”.

En concreto, empleando un escáner de resonancia magnética para examinar la materia blanca cerebral, este grupo de investigadores afirmó haber descubierto que los tartamudos comparten varias anomalías en el fascículo arqueado, una de las principales vías que “conectan” las áreas cerebrales del lenguaje (Broca y Wernicke). En ese mismo estudio se afirma que “en la gran mayoría de los tartamudos que escaneamos, *‘parece’* que hay una gran parte de la conexión que se proyecta en la corteza temporal, un área del cerebro también fundamental para la percepción del habla”.

A la vista de los resultados, el tratamiento sugerido consistió en el desarrollo de un software que registrara la voz del tartamudo, proporcionándole información para que tomara consciencia de la duración de los sonidos que repite con más frecuencia, de modo que pudiera aprender a reducir su incidencia, mejorando su fluidez.

El paciente debería seguir un programa que consta de varias fases, enfrentándose a tareas de habla cada vez más complejas, realizando actividades dos o tres horas diarias, durante varios meses, hasta que comenzara a observar mejorías notables en la comunicación.

Este equipo de investigadores anunció que continuará estudiando los cerebros de aquellos “tartamudos” que hayan superado este trastorno, para comprobar si han recuperado la sustancia blanca después de un tratamiento intensivo.

Perspectiva quirúrgica

Hemiglosectomía

Ya es historia, afortunadamente, pero desde la Edad Media hasta el siglo XIX, uno de los procedimientos elegidos para curar la tartamudez y otros trastornos del lenguaje era la hemiglosectomía: amputación de un trozo de lengua.

Según el cirujano alemán Johann Friedrich Dieffenbach (1792-1847), último defensor de este tipo de cirugía, la tartamudez era provocada por espasmos involuntarios en la laringe que resonaban a lo largo de la lengua. A partir de ahí, el tratamiento consistía en hacer una incisión horizontal en la raíz de la lengua y extraer un trozo en forma de cuña triangular.

El problema no era tanto la ineficacia del método sino el sufrimiento y las frecuentes muertes de los pacientes, que fallecían desangrados. Aun así, tanto la técnica como el cirujano eran buscados por cientos de personas en Europa, principalmente en Alemania y Francia.

Cirugía cerebral

Las expectativas del tratamiento quirúrgico de la tartamudez continúan vigentes y algunos expertos, médicos e investigadores, siguen confiando en que los defectos del habla desaparezcan en el quirófano.

Desde hace años, un equipo de neurocientíficos de la Universidad de San Antonio, en Texas (EEUU), vienen estudiando la posibilidad de paralizar algunas zonas concretas del cerebro, utilizando pulsaciones magnéticas para atajar tanto la tartamudez como otras alteraciones motoras causadas por el uso prolongado de determinados fármacos e incluso del estrés postraumático, considerando

la cirugía como un tratamiento adecuado para patologías como la tartamudez, las migrañas o el síndrome de Tourette.

La cirugía para el tratamiento de enfermedades neurológicas venía siendo descartada, pero actualmente está siendo retomada. Según el director del departamento de neurología de la Universidad de Emory, en Atlanta, Georgia (EEUU), Mahlon DeLong, estamos en el umbral de una época muy emocionante con el resurgir de la neurocirugía.

Perspectiva psiquiátrica / neurológica

El método científico apuesta por explicar la conducta humana a través del funcionamiento del sistema nervioso y del organismo en general, es decir por los procesos cerebrales predeterminados por la herencia genética, sirviéndose de experimentos con animales para entender la conducta humana mediante analogías, diseñando un modelo “normal” de comportamiento y, a partir de ahí, explicando los trastornos de la conducta como desviaciones respecto de la media.

Desde los postulados biogénéticos, concretamente desde la psicobiología, se viene estableciendo una equivalencia entre cerebro y mente, afirmando que los procesos mentales son netamente cerebrales, entendiendo, además, que el comportamiento es un fenómeno puramente biológico y que la conducta, siguiendo la teoría darwinista, responde a un complejo adaptativo.

Este tipo de planteamientos se corresponde con la “psiquiatria biológica” que reduce la enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro, apostando por la clínica neurológica y la medicalización, en detrimento de otra forma de entender la psiquiatria y la enfermedad mental, más relacionada con las ciencias humanas y la narrativa de la tradición psiquiátrica.

La tendencia actual es claramente favorable a la neurología cognitiva, basándose en la herencia genética y en la hegemonía de las disfunciones neurocerebrales a la hora de explicar y tratar las enfermedades mentales.

Sin embargo, los tratados de psiquiatría reconocen que el intento de identificar los genes causantes de los trastornos psiquiátricos no han ofrecido los resultados esperados.

GENÉTICA Y ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

“Aludíamos a la genética como una autopista para descubrir la biología de las enfermedades psiquiátricas... pero a medida que se dirige al terreno psiquiátrico nos encontramos con un sinfín de zanjas, desvíos y socavones inesperados”.

TRATADO DE PSIQUIATRÍA (HALES, R.E., YUDOFKY, S.C. Y TALBOTT, S.)

Estimulación magnética

Al frente del renacimiento de la neurocirugía existen dos potentes tecnologías, la PET (Tomografía de Emisión de Positrones) utilizada para registrar imágenes del cerebro como forma de identificar las zonas que se activan, por ejemplo, cuando una persona habla, y la EMT (Estimulación Magnética Transcraneal) que actúa temporalmente sobre zonas corticales del cerebro, emitiendo pulsaciones magnéticas que pueden estimular o inhibir la actividad neuronal.

La hipótesis respecto al tartamudeo es la utilización de la PET para detectar qué zonas cerebrales registran una actividad excepcional al tartamudear —mientras que para los fluidos muestran una actividad menor—, entendiendo que se establecen conexio-

nes nerviosas que no deberían producirse, de forma que la tartamudez respondería a un trastorno neurológico. El paso siguiente, a través de la EMT, consistiría en desactivar el exceso de actividad cerebral que provoca la tartamudez, estimulando magnéticamente esa zona, entendiéndose que su reducción se traduciría en fluidez, de forma que los pacientes disfémicos deberían acudir al hospital cada cierto tiempo para recibir sesiones de ondas magnéticas.

Según los resultados de una investigación que viene desarrollándose en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, tras varias sesiones de EMT se logra una mejoría significativa de la fluidez, elevando la seguridad personal. El hándicap, en mi opinión, es conseguir estabilizar los resultados y que la mejoría no se limite a la sesión, si bien es muy positivo que la persona se sienta capaz de hablar con cierta fluidez.

Terapias electroconvulsivas (TEC)

A medio camino entre la neurología y la experimentación psicológica, la aplicación de terapias electroconvulsivas para el tratamiento de la tartamudez responde a un intento de modificar el patrón de habla tartamuda mediante el control de sus consecuencias, tanto por la vía de ser sometido a un castigo, como de establecer una situación reforzante (refuerzo positivo) o de escapar de un estímulo desagradable (refuerzo negativo).

Un experimento basado en la terapia electroconvulsiva fue llevado a cabo por R. Curlee y W. Perkins en 1968 con diez personas disfémicas, de edad similar, que debían leer tres pasajes diferentes cinco veces consecutivas, sometidos a tres situaciones: sin shock, con electroshock mientras el individuo tartamudeaba y con electroshock después de haber tartamudeado. La interpreta-

ción inicial de los resultados confirmaba que la aplicación previa del electroshock reducía el tartamudeo. Si embargo, un análisis más reciente de los resultados obtenidos concluyó que no se produjeron diferencias significativas a nivel de habla tartamuda con la aplicación de electroshock.

Otro experimento clásico de terapia electroconvulsiva fue el llevado a cabo en 1973 por J.M. Berez. La indignidad y el oprobio de este ensayo, denominado “Terapia de alertamiento cognoscitivo con castigo físico”, superaba con creces a la de 1968. En este caso, constaba de dos fases: la persona tartamuda debía anticipar el momento en que iba a tartamudear, imaginándolo y visionándolo, siendo sometida a un shock eléctrico para interrumpir el “patrón de expectativa”. Los resultados no mostraron ninguna eficacia terapéutica.

Un tercer experimento referencial de la terapia con electroshock fue realizado en 1975 por Martin, Kenneth, Haroldson y Hesdbrouk, con cinco varones disfémicos que fueron tratados con “*escape*” del electroshock, es decir, con un refuerzo negativo consistente en librarse del castigo si no tartamudeaban; con “*estimulación aversiva*”, o sea, recibiendo una descarga eléctrica como castigo si tartamudeaban; o con la “*libre elección*” entre un sistema u otro. Los resultados fueron muy poco o nada halagüeños: bajo la condición de “*escape*” el porcentaje de palabras tartamudeadas cambió muy poco y bajo la condición de “*castigo*” se registró un aumento del tartamudeo.

Perspectiva psicofarmacológica

Los avances médicos constituyen una extraordinaria aportación al progreso y al bienestar en campos muy diversos: avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, prevención e intervención

en las enfermedades cardiovasculares, desarrollo de la cirugía de mínima invasión, transplantes, regeneración celular, inmunología, fabricación de sangre sintética, evolución en las técnicas de la imagen, creación de nuevos fármacos, etc.

El éxito de la medicina y su evolución quedan de manifiesto, por ejemplo, al considerar que en España, en los últimos 75 años se ha pasado de una media de esperanza de vida de 60 a 80 años para los hombres, y de 65 a los 85 años para las mujeres.

Sin embargo, cabe plantearse si el indudable avance en los tratamientos farmacológicos clásicos, encuentra correspondencia en el terreno de los psicofármacos o, si por el contrario, existen diferencias sustanciales entre los logros obtenidos en sendos campos.

Hoy día se acepta con total normalidad que ante la presencia de cualquier síntoma de tipo emocional o de comportamiento, hay que diagnosticar una enfermedad y aplicar un tratamiento farmacológico. Se ha establecido un criterio de “lo normal” y todo lo que no entra en él debe ser objeto de tratamiento: niños distraídos, inquietos, perezosos, respondones, con rabietas o poco aplicados, son tratados con psicofármacos en un intento de devolverlos a la “normalidad” restableciendo la química adecuada en sus cerebros.

Actualmente, el gobierno norteamericano considera que uno de cada cinco niños tiene un trastorno de la salud mental, considerando patológico, por ejemplo, que un niño tenga más de tres rabietas a la semana durante un año. Con ese criterio, el denominado Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), atribuido a causas neurobiológicas e incluido en el Manual de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), lo padecerían el 7% de los niños de EE.UU.

ENFERMEDADES FICTICIAS

En 2009, el descubridor del TDAH, el psiquiatra estadounidense Leon Eisenberg, reconoció poco antes de morir, que este trastorno es en realidad “una enfermedad ficticia”, aconsejando que se debería indagar en las razones psicosociales antes de proceder a prescribir pastillas para combatirlo.

Según el galardonado divulgador científico Robert Whitaker, autor del libro *Anatomía de una epidemia (medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales)*, los periódicos, revistas y libros cuentan que los científicos están descubriendo las claves biológicas de los trastornos mentales y que las empresas farmacéuticas han desarrollado una serie de medicamentos eficaces para tratarlos. Al parecer, tales informaciones parecen encontrarse muy alejadas de la realidad en tanto “los trastornos mentales no se deben a desequilibrios químicos en el cerebro y, por tanto, los psicofármacos no funcionan como la insulina para la diabetes”.

Las grandes compañías farmacéuticas insisten en plantear la sospecha de que existen marcadores biológicos para los “problemas emocionales”, si bien, en la práctica no llegan a encontrarlos, presentando como evidencias científicas cuestiones de naturaleza especulativa.

La mecánica es muy sencilla: los medios muestran al gran público algún avance científico que es calificado de espectacular, siendo muy bien recibido en tanto promete paliar o curar determinadas enfermedades. Sin embargo, al leer la noticia en toda su extensión se comprueba que la realidad no es tan prometedora y la letra pequeña clarifica que se trata de “un estudio que puede llegar a explicar...”, “que se ha realizado sobre una muestra poco significativa, pero que se supone que los resultados son muy es-

peranzadores”, “un nuevo estudio ha identificado los genes que podrían ser la causa de...”, etc.

La clave se encuentra en que todo síntoma, incluso los de tipo emocional, ha de ser diagnosticado como enfermedad y debe ser tratado farmacológicamente, produciendo beneficios económicos. Sirva como ejemplo que el tratamiento de la depresión con fármacos de “última generación”, como el Prozac o el Xerostat, según la Universidad Hull, del Reino Unido, no tiene más efecto que un simple placebo en las personas con depresión, careciendo de efectos curativos¹.

En 1954 se intentó revolucionar el mundo de la psiquiatría con la introducción del “Thorazine”, comparándolo con la importancia que tuvo el descubrimiento de la penicilina para la medicina general. Era el comienzo de la era de la psicofarmacología: tratamientos muy eficaces e inocuos para una amplia variedad de trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia, bipolaridad, depresión, trastorno de pánico, déficit de atención... y toda una serie de afecciones descritas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, confeccionado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)².

Según Whitaker, cabría esperar que el número de enfermos mentales discapacitados hubiese disminuido en los últimos cincuenta años, o que el número de enfermos mentales per cápita hubiera decrecido a partir de 1987 con la llegada del Prozac y otros fármacos psiquiátricos de segunda generación; pero, en realidad, durante ese tiempo de “revolución psicofarmacológica”, su número se disparó, duplicándose desde 1987 a 2007.

¹ https://elpais.com/sociedad/2008/02/26/actualidad/1203980403_850215.html

² <http://www.fetb.org/recerca-i-publicacions/la-epidemia-de-enfermedad-mental.htm>

A pesar de ello, hay que señalar que muchas personas logran salir adelante en su vida sirviéndose de los medicamentos psiquiátricos, no logrando su curación pero sí una cierta estabilización, pudiendo incluso seguir tratamientos psicoterapéuticos que de otra forma no habrían podido llevar a cabo.

Resulta particularmente interesante la iniciativa llevada, a cabo en 2015, por un grupo de representantes de los centros de salud infanto-juvenil de Cataluña exigiendo la retirada de un Protocolo para el manejo del TDAH del Sistema Sanitario Catalán, aprobado por la Generalitat, obligando a tratarlo con fármacos dando por hecho que se trata de un trastorno del neurodesarrollo, de origen neurobiológico, a pesar de no existir marcadores que evidencien esta causalidad. Según la Agencia Europea del Medicamento, el Metilfenidato, aplicado en el TDAH, puede presentar efectos cardiovasculares y exacerbar trastornos psiquiátricos como la depresión, el comportamiento suicida, la hostilidad o la manía. El manifiesto fue firmado por 1.187 particulares y 47 instituciones.

Tartamudez y psicofármacos

Entender la tartamudez como un trastorno de origen genético y base orgánica conduce a actuaciones psicofarmacológicas sobre los neurotransmisores cerebrales —sustancias que intervienen en la transmisión de los impulsos nerviosos—, de forma que la prescripción de psicofármacos viene constituyendo el tratamiento de primera elección para la tartamudez.

La explicación es muy sencilla: en los estados de hiperactividad y agitación existen habitualmente elevadas concentraciones de neurotransmisores, mientras que en los estados depresivos su concentración suele estar disminuida. Los psicofármacos, según

la finalidad que se persiga, reducen esta concentración o impiden su efecto bloqueando los receptores sobre los que actúan, disminuyendo la agitación. Otros, por el contrario, aumentan la concentración y producen una mejoría en los estados de depresión.

La clave, según comentábamos anteriormente, es que muchos aspectos de las enfermedades mentales no se pueden explicar únicamente por las alteraciones de los neurotransmisores. En realidad, los psicofármacos sólo consiguen controlar los grandes síntomas de los trastornos mentales, pero no curar la enfermedad.

Los psicofármacos pueden clasificarse en cuatro grandes grupos: 1) *Neurolépticos* o antipsicóticos —de primera y segunda generación—, empleados para el tratamiento de las psicosis: esquizofrenia y otros trastornos graves de la personalidad; 2) *Ansiolíticos* y sedantes, 3) *Antidepresivos* y 4) *Estabilizantes* del estado de ánimo, usados para el tratamiento de cambios intensos en el estado de ánimo, como el trastorno bipolar o el trastorno límite de la personalidad.

En el tratamiento de la tartamudez viene siendo utilizada una gran variedad de psicofármacos, especialmente ansiolíticos y neurolépticos, al entender que la tartamudez responde a una excesiva actividad neuronal en determinadas zonas del cerebro.

Uno de los ansiolíticos sobre los que se han venido depositando más expectativas es el Pagoclone, que no llegó a ser comercializado tanto por sus efectos secundarios como por no haber conseguido acreditar su eficacia ante la Agencia Americana del Medicamento (FDA), de forma que los laboratorios farmacéuticos responsables de su estudio clínico decidieron abandonar la investigación sobre dicho fármaco³.

³ <http://mitartamudez.blogspot.com/2011/12/clauidacion-de-pagoclone-en-tartamudez.html>

Tras el fallido intento del Pagoclone, los esfuerzos se dirigieron hacia la Asenapina, un antipsicótico de segunda generación, con menores efectos secundarios que el Pagoclone, consiguiendo en 2010 su aprobación por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), no para el tratamiento de la tartamudez sino de episodios maníacos asociados al trastorno bipolar. Su aplicación, si bien parece que ha registrado algún efecto positivo sobre la fluidez del habla, ha sido muy cuestionada por los marcados efectos secundarios que provoca: sedación excesiva y disfunción sexual.

La última propuesta psicofarmacológica para el tratamiento de la tartamudez es el “Ecopipam”, que según otro estudio realizado en la Universidad de California, publicado por la revista “Annals of Clinical Psychiatry” (2019), mejora la fluidez del habla⁴. El Ecopipam, un ansiolítico/sedante, basado en el bloqueo selectivo de la dopamina, fue utilizado inicialmente con muy escaso éxito para el tratamiento de la esquizofrenia y las conductas autolesivas, mostrando notables efectos secundarios (sedación, inquietud, ansiedad, vómitos). Descartado como antagonista de los efectos de la cocaína, también fue utilizado para el tratamiento de la obesidad o la ludopatía, y más recientemente del Síndrome de Tourette (tics nerviosos: fónicos y motores)⁵. Presentado, ahora, como “el primer medicamento para tratar la tartamudez”, se encuentra pendiente de probar su eficacia en un ensayo clínico como paso previo para conseguir la aprobación de la FDA.

En general, la utilización de antipsicóticos de primera y segunda generación (atípicos), así como de antiepilépticos y ansiolíticos, no se ha mostrado eficaz para el tratamiento de la tartamudez, pudiéndose afirmar que en la actualidad no existe ningún

⁴ <https://www.infosalus.com/farmacia/noticia-ensayo-demuestra-ecopipam-eficaz-reducir-tartamudeo-20190830135742.html>

⁵ <https://en.wikipedia.org/wiki/Ecopipam>

fármaco provisto de eficacia probada para tratar la tartamudez eficazmente. La terapia alternativa, desde la perspectiva anatómico-funcional, es la intervención logopédica.

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE LA TARTAMUDEZ

“El tratamiento de la tartamudez no es farmacológico y los ensayos efectuados hasta la fecha no han revelado indicios de que el empleo de fármacos aporte beneficio adicional alguno”.

CRUZ H., HAMORIN H., BECA G, Y NUNES, R. (2018)
TARTAMUDEZ NEURÓGENA. REVISTA DE NEUROLOGÍA, NÚM. 62

Perspectiva psico-logopédica

Enfoque psicológico

Desde esta perspectiva, el concepto, criterio diagnóstico y propuestas de tratamiento de la tartamudez están en consonancia con lo establecido en el DSM (Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales) que, como quedó expresado con anterioridad, otorga especial relevancia a los factores genéticos y neurológicos, si bien admitiendo la importancia de ciertos factores psicológicos y sociales.

En cuanto a las causas de la tartamudez, los partidarios de este planteamiento se decantan por un origen multicausal, proponiendo la existencia de cierta “debilidad fisiológica” de origen genético como factor predisponente, cuyos efectos a nivel del habla tartamuda se ven incrementados tanto por la ansiedad como por el rechazo social.

La principal propuesta terapéutica realizada desde la psicología clínica para el tratamiento de la tartamudez es la “*aceptación del bloqueo*”, de forma que al asumir su tartamudez la persona no entra en el círculo vicioso tartamudez-ansiedad-tartamudez. Desde este punto de vista se entiende que existe un miedo anticipatorio a tartamudear y que las conductas de evitación para intentar evitar el bloqueo se traducen en ansiedad que, a su vez, se traduce en tartamudeos: miedo-ansiedad-tartamudez.

Otra propuesta es la “*exposición a la situación temida*”, es decir, arriesgarse y asumir, sin intentar luchar ni huir, aquellas situaciones que normalmente generan miedo, entendiendo que la exposición voluntaria y asumida va a reducir en gran medida la ansiedad y por tanto la tartamudez, proponiendo ejercicios y psicoterapia.

En realidad, desde la psicología clínica no se trata la tartamudez en sí misma, sino las actitudes y comportamientos que suelen precederla —*conductas evitativas*— y las consecuencias psicológicas que producen, apostando por la “*aceptación*” y la “*reducción de la ansiedad*”, complementadas por ejercicios de “*exposición a la situación temida*”, psicoterapia y tratamiento logopédico.

Uno de los modelos de corte psicológico/logopédico más conocido para el tratamiento de la tartamudez es la terapia Van Riper, consistente en ayudar a la persona que tartamudea a superar sus viejas respuestas “*desadaptativas*”, que conducen al tartamudeo, pasando a sustituirlas por otras más “*adaptativas*”, que no produzcan ansiedad. Para ello, el paciente debe identificar sus patrones de conducta en el tartamudeo y, tras conocerlos, ha de eliminar las sensaciones negativas, pasando a establecer otros patrones que conducirían a una fase de estabilización.

Otro método, menos conocido pero que cuenta con algunos seguidores, es la terapia de “convergencia ortofónica” o “terapia Ordóñez”, propuesta a finales de los años 50 por el sacerdote Jesús Ordóñez Ancín, basada en mantenerse en silencio durante un mínimo de seis días, sólo interrumpido por dos horas diarias para realizar ejercicios de vocalización, respiración, relajación, lectura y autosugestión, entendiéndose que los días de silencio “borran” la tartamudez de la memoria y hacen posible construir un nuevo patrón de habla.

EXPERIMENTOS PSICOLÓGICOS DE INFAUSTO RECUERDO

Afortunadamente quedan muy lejos determinados experimentos psicológicos llevados a cabo con personas disfémicas, tratadas como auténticos cobayas. Cabe destacar el efectuado en 1939 por el prestigioso psicólogo norteamericano Wendell Johnson, con la hipotética idea de tratar la tartamudez. Para ello, seleccionó a 22 huérfanos, 12 de ellos con problemas de tartamudez y los 10 restantes sin ningún problema de habla, sometiénolos durante cuatro meses a una terapia intensiva consistente en tratar positivamente a los niños con tartamudez, al tiempo que castigando verbal y psicológicamente a los normofluidos: todos ellos acabaron creando problemas de dicción y secuelas psicológicas. El experimento, conocido como “*Monster Study*” fue ocultado y vio la luz en 2001 tras una investigación periodística.

Enfoque logopédico

La logopedia es una disciplina que estudia el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de comunicación humana, manifestados a través de patologías o alteraciones en la voz o en el lenguaje. En la práctica, la terapia logopédica, además de atender su demanda directa, constituye uno de los tratamientos de primera

elección tanto de la medicina general, de la foniatría —imprescindible para comprobar la integridad anatómica y funcional de los órganos fonadores—, como de la psicología clínica, ejerciendo también de complemento.

El tratamiento logopédico de la tartamudez consiste fundamentalmente en sustituir el patrón de habla existente, con disfluencias, por un nuevo patrón de habla fluida. Para ello suelen trabajar varios tipos de ejercicios:

PRINCIPALES EJERCICIOS PARA EL TRATAMIENTO LOGOPÉDICO DE LA TARTAMUDEZ			
De relajación	De respiración	De ritmo	Del entorno
Para que el paciente pueda tomar conciencia de lo que es estar o no relajado.	Para mejorar el control de la coordinación fono-respiratoria.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Enmascaramiento</i>: enviando un ruido al oído para que el paciente enmascare su habla. - <i>Habla prolongada</i>: alargando la pronunciación de las vocales. - <i>Habla gesticulada</i>: utilizando gestos naturales para mejorar la fluidez verbal. 	Fomentando un ambiente agradable, sobre todo a nivel familiar, donde se sienta escuchado y que pueda expresarse sin ansiedad, elevando la autoestima.

Si bien los tratamientos logopédicos de la tartamudez pueden ofrecer resultados satisfactorios, esto ocurre fundamentalmente en “condiciones de laboratorio”, es decir, durante la realización de los ejercicios en la clínica, siendo, a veces, objeto de crítica en tanto una vez en la calle, en la vida real, los avances no suelen encontrar continuidad.

Bajo mi punto de vista, como ampliaré más adelante, tanto los tratamientos psicológicos como logopédicos pueden aportar un beneficio terapéutico no sólo por la aplicación de su metodología sino, en gran medida, por el vínculo “madurativo” que pueda establecerse entre el profesional y el paciente, especial-

mente si se trata de niños o jóvenes, en tanto la relación personal que se produce durante las sesiones puede constituir un excelente referente madurativo, contribuyendo a la constitución y afianzamiento de la identidad, verdadero talón de Aquiles de las personas que tartamudean.

DAF/FAF

Se trata de sendos dispositivos electrónicos diseñados y recomendados para el tratamiento de la tartamudez en personas adultas, orientados tanto a disminuir los niveles de ansiedad como a adquirir una mayor fluidez verbal.

El principio del DAF (Retroalimentación Auditiva Retardada) es la posibilidad de escucharse uno mismo con demora, es decir, establecer un cierto retraso entre la articulación/fonación y la propia audición de las palabras, proporcionando un efecto de eco que oscila entre los 0ms y los 220ms. El dispositivo, con formato muy semejante a los audífonos empleados por personas con sordera, puede ser intraauricular o retroauricular.

En cuanto al FAF (Retroalimentación de Frecuencia Alterada), se trata de un dispositivo muy similar que parte de la idea de reproducir una situación de habla coral, apoyándose en que el tartamudeo disminuye al hablar en coro, de forma similar que al cantar. El FAF altera la percepción del tono de voz del usuario, pudiéndose subir o bajar en incrementos de 500Hz. La propuesta terapéutica incluye el uso complementario de ambos dispositivos.

La utilización de esta tecnología para el tratamiento de la tartamudez generó grandes expectativas en cuanto proponía mejoras de la fluidez de forma automática y sin esfuerzo. Su populari-

dad ha llevado a crear aplicaciones para smartphone o tablet con el mismo nombre de las técnicas: DAF o FAF.

DAF / FAF

Los resultados de un estudio realizado en 2009 en la Universidad de Colorado (EEUU), sobre once personas disfémicas a las que fue aplicado este dispositivo, no arrojaron efectos positivos en términos de fluidez, decidiendo no continuar con esta línea de investigación.

Grupos de autoayuda

Se trata de una iniciativa que encuentra sus precedentes en los grupos de Ayuda Mutua, surgidos en Estados Unidos en 1935 para socorrer a personas con problemas de adicción, siendo el de Alcohólicos Anónimos el más conocido.

En relación a la tartamudez los grupos de autoayuda han sido promovidos por la Fundación Española de la Tartamudez y vienen funcionando, aunque actualmente en mucha menor medida, en aquellas ciudades españolas en que ha sido posible configurar un grupo de personas interesadas en asistir y participar en sus reuniones.

La mayor aportación de estos grupos consiste en la posibilidad de socialización que ofrecen a aquellas personas que debido a su tartamudez viven el día a día sin apenas relacionarse con los demás. La asistencia a un grupo de autoayuda permite comprobar que existen otras personas con la misma problemática, facilitando abrirse y expresar emociones o sentimientos largamente silenciados.

El funcionamiento de estos grupos puede ser muy variado e incluso diseñado por los propios miembros, de forma que una persona puede hablar sobre cómo se siente, compartiendo su malestar, realizar ejercicios de lectura en público o escenificar el enfrentamiento a situaciones temidas como hablar por teléfono o realizar una pregunta a alguien.

En mi opinión, los grupos de autoayuda son bastante útiles inicialmente, en cuanto a la labor socializadora entre personas que tartamudean. Sin embargo, el hecho de que su composición sea monosintomática, es decir, que todos sus integrantes presenten la misma patología, limita claramente su vertiente terapéutica, careciendo del enriquecimiento de otros grupos terapéuticos donde se reúnen personas con diversos trastornos, favoreciendo intercambios más allá del propio síntoma, permitiendo a la persona ver “más allá” de lo que le ocurre, algo que en un grupo de autoayuda es bastante complicado. El techo de estos grupos seguramente tiene que ver con que no están dirigidos por profesionales cualificados, como ocurre en los “grupos terapéuticos”, sino por alguno de sus componentes que se ofrece a ello.

MODELO PSICOEVOLUTIVO

Interdependencia entre lo anatómico-funcional y lo psicoevolutivo

La existencia de intereses particulares y corporativos favorece la tendencia a la exclusividad, intentando sostener determinada hegemonía, de forma que a la hora de abordar el conocimiento, interpretación y tratamiento de determinados trastornos, como la tartamudez, parece obligado decantarse por uno de los grandes modelos: el anatómico-funcional o el psicoevolutivo.

Sin embargo, la realidad se encarga de demostrar que no se trata de dos enfoques excluyentes, ni siquiera suplementarios o complementarios, sino “*interdependientes*”, con una interacción recíproca, de forma que la evolución y funcionalidad de cada uno de ellos no podría explicarse sin el otro.

TANTO MONTA

El paso de lo prelingüístico al lenguaje hablado, precisa de la maduración y funcionalidad neurofisiológica de determinadas estructuras cerebrales y del aparato fonador; maduración y funcionalidad que no llegaría a producirse sin la necesaria y constante estimulación sensorial y cognitiva del bebé, a cargo fundamentalmente de los progenitores y del ambiente familiar, sin la cual estas estructuras y órganos no madurarían adecuada ni suficientemente.

La interdependencia entre lo biológico y lo ambiental puede ilustrarse con el ejemplo, salvando las distancias, de la maduración de la glándula genital en la paloma. Siendo este un órgano que necesita madurar para poder ser apto en la reproducción, se ha comprobado que su maduración y funcionalidad no se produce por un desarrollo puramente biológico, siendo necesario que la paloma vea a un semejante de su misma especie, es decir, a otra paloma, para madurar su gónada y poder reproducirse.

A nivel teórico las correspondencias entre ambos modelos resultan bastante evidentes. Así, desde la perspectiva orgánica se destaca la importancia del “*período crítico*”, que tiene lugar entre los 0 y 3 años de edad, para la apropiación y funcionalidad de las estructuras anatómicas necesarias para la adquisición de la lengua y desarrollo del habla. Por su parte, el modelo psicoevolutivo otorga especial significación a los procesos evolutivos y madurativos para la adquisición del lenguaje, registrados durante la “*etapa prelingüística*”, entre los 0 y 3 años de edad.

Prerrequisitos neurofisiológicos

Para que el bebé pueda llegar a adquirir adecuadamente el lenguaje y desarrollarse a nivel cognitivo, afectivo y social, debe cumplir una serie de condiciones neurofisiológicas, destacando la integridad de sus estructuras anatómicas (*audición normal, desarrollo y madurez de las áreas corticales, órganos de la fonación aptos y madurez de los nervios craneales*), si bien el hecho de reunirlos no garantiza por sí mismo el normal acceso al lenguaje, pues antes de que el niño sea capaz de adquirirlo y utilizarlo deberá haber realizado otros intercambios comunicativos esenciales: *sistemas primarios de comunicación*.

Sistemas primarios de comunicación

Los bebés son capaces de contagiarse de los estados emocionales de quienes los rodean, sintonizando emocionalmente con sus progenitores, especialmente con las madres, a través del contacto visual, vocalizaciones, expresiones faciales, movimientos de manos, brazos, cabeza, etc.

A este conjunto de conductas se las conoce como *Intersubjetividad Primaria* y funcionan como recursos comunicativos en ausencia del lenguaje, poniendo de manifiesto la importancia de lo emocional en los contactos entre el bebé y su madre.

Diversas investigaciones neuropsicológicas han permitido establecer la relación existente entre la función visual y el lenguaje, confirmando que existe una conexión entre lo que el bebé escucha y lo que ve, recibiendo el mismo tratamiento a nivel cerebral, de forma que la integración audiovisual requiere que el sonido del habla y el movimiento de los labios lleguen en tiempos similares, apreciándose que la alteración de las experiencias visuales en

períodos tempranos de la vida se asocia con futuras disfunciones (Whatkins, K.E. y Burhnam, D.)

Con posterioridad, si bien dentro de las conductas no verbales, la comunicación entre el bebé y los adultos se organiza en torno a los objetos, destacando la forma en que el niño llama la atención del adulto para conseguirlos. Esta fase se conoce como *Intersubjetividad Secundaria*.

Esta comunicación preverbal es utilizada por los niños hasta bien entrado su segundo año de vida, cuando los códigos lingüísticos comienzan a sustituir a los no verbales. Conviene tener muy presente que tanto el surgimiento de las patologías del lenguaje como el momento de su aparición y gravedad, derivan de la forma en que el niño/niña ha atravesado su etapa prelingüística.

Procesos cognitivos: básicos y superiores

El adecuado desarrollo de la comunicación y el lenguaje depende en gran medida de los denominados “*procesos cognitivos básicos*”: atención, percepción, memoria, discriminación visual y auditiva, que interactúan entre sí a lo largo del desarrollo evolutivo del niño, contribuyendo tanto a la adquisición de los sistemas de comunicación primarios como en el paso al sistema lingüístico.

La atención, percepción y discriminación auditiva, hacen posible que el bebé logre discriminar entre ruido/silencio, localizando la fuente sonora, diferenciando entre ruido/sonido, ruidos de la naturaleza, sonidos del medio ambiente, del cuerpo, de instrumentos musicales, tono y duración de los sonidos,

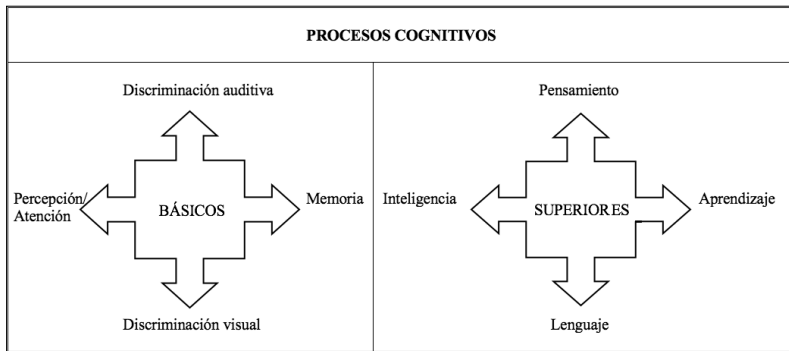
aprendiendo sonidos onomatopéyicos, fonemas, sílabas, palabras y oraciones.

Asimismo, el bebé, a través de la atención, percepción y discriminación visual, aprenderá a identificar y diferenciar los objetos y las personas de su entorno, asociándolos con una palabra, comenzando a orientarse en el espacio y el tiempo.

La estimulación sensorial durante el “período crítico” es condición *sine qua non* para la adecuada adquisición y desarrollo del lenguaje, de forma que la experiencia sensorial, especialmente la auditiva y la visual, resulta fundamental para incorporarse al lenguaje oral en los primeros años de vida.

El bebé reacciona a las sensaciones táctiles y vibraciones producidas por el contacto con la persona que le habla y con los objetos que toca, de forma que la percepción táctil y vibratoria, así como las habilidades motoras, también constituyen una importante fuente de información y comunicación, formando parte de los procesos cognitivos básicos.

Los procesos cognitivos básicos preparan para acceder a los “*procesos cognitivos superiores*”: pensamiento, aprendizaje, inteligencia y lenguaje; que suponen un nivel máximo de integración de la información, con la función de procesar los estímulos y generar respuestas.



Etapa preverbal / prelingüística

En la etapa preverbal el bebé produce sus primeros actos comunicativos, no intencionados y carentes de valor lingüístico.

Las primeras comunicaciones comienzan en torno a las 4-5 primeras semanas de vida y son *expresiones reflejas*, en un doble sentido: de un lado, su comportamiento (llanto, movimiento, sonrisa, etc.) responde a una actividad involuntaria e instintiva, que sirve para comunicar una necesidad. De otro, estas expresiones, podríamos decir “estándar”, son interpretadas generalmente por la madre como “comunicaciones intencionales” (si hace tal cosa... es que quiere decirme...) inaugurando un feedback específico entre ella y su bebé que constituye la base la comunicación primaria, fundamental en el desarrollo de los procesos cognitivos del bebé.

Por ejemplo, el llanto, que comienza como una expresión refleja e incontrolada que puede denotar incomodidad, hambre o dolor, pasa a ser una forma de reclamar la atención o de anticipar una necesidad, convirtiéndose en una expresión con-

trolada. Algo similar ocurre con las primeras vocalizaciones y balbuceos.

Lo siguiente es aprender a comunicarse mediante gestos. En torno al noveno mes de vida, el bebé emplea gestos manuales para reclamar la presencia y atención del adulto, utilizándolo para obtener un objeto fuera de su alcance (*conductas protoimperativas*), o sirviéndose de un objeto para llamar la atención del adulto (*conductas protodeclarativas*). La comunicación durante el primer año es sobre todo gestual, precediendo al lenguaje articulado y creciendo posteriormente con él, complementándolo y acompañándolo.

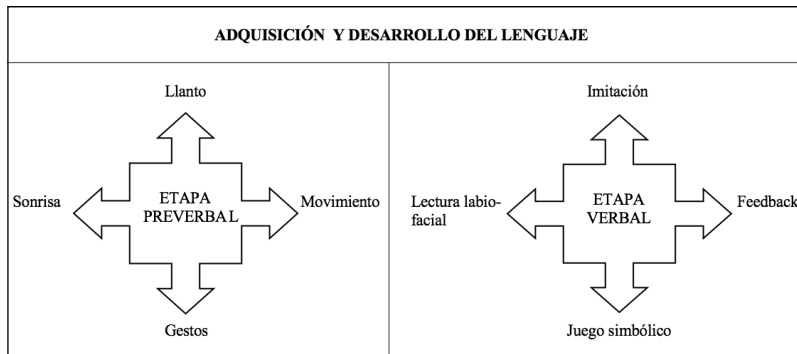
Etapa verbal / lingüística

Antes de pronunciar las primeras palabras, el bebé comprende los mensajes lingüísticos. En la etapa verbal las expresiones lingüísticas son intencionadas y se ajustan a reglas gramaticales.

A partir del primer año de vida el bebé va reconociendo el significado de las expresiones y hacia los 18 meses comienza a producir sus primeras palabras, dando forma a sus primeras estructuras gramaticales. Hacia los 3-4 años diferencia entre palabras con género y número, así como las preposiciones. A partir de los 4 años usa de forma adecuada las preposiciones de lugar, de tiempo y causa, acabando de perfeccionarlas hacia los 8-9 años.

Existen una serie de factores que contribuyen decisivamente al desarrollo de la comunicación y el lenguaje oral: la imitación (oral/verbal, copiando los sonidos del habla, necesarios para asentar las bases del lenguaje hablado), lectura labiofacial (leer los labios), la retroalimentación o feedback (observando la respuesta a

sus expresiones orales) y el juego simbólico (utilización simbólica del lenguaje).



SINAPSIS Y PERÍODO CRÍTICO

Hemos descrito el papel e importancia de la intersubjetividad ya en los primeros meses de vida (destacando la extraordinaria importancia de la conexión emocional a través del contacto visual entre el bebé y su madre), dejando constancia de su extrema complejidad, así como de los recursos y esfuerzos que requiere para el bebé llegar a inscribirse como sujeto de lenguaje.

A nivel cerebral, durante el *período crítico* la estimulación ambiental juega un papel determinante en el número y fuerza de las conexiones neuronales, siendo a través de los propios procesos mentales que algunas conexiones serán descartadas y otras fortalecidas, permaneciendo sólo las más eficientes (*plasticidad sináptica o neuronal*), de forma que tanto los déficits estimulativos como las carencias del aprendizaje en las etapas tempranas del desarrollo afectarán negativamente tanto a la maduración neurofisiológica como a la evolución cognitiva y, por ende, a las patologías de la comunicación y el lenguaje.

La organización y comunicación neuronal tiene lugar mediante la “*sinapsis*”, mecanismo que permite la conexión funcional entre dos neuronas (sistema nervioso central), constituyendo tanto la base de la comunicación esencial del sistema nervioso como el soporte del aprendizaje y la memoria. La sinapsis también tiene lugar entre una neurona y la célula de un músculo o de una glándula (sistema nervioso periférico).

La sinapsis neuronal permite que la información que una neurona transmite sea filtrada e integrada. La neurona que envía la señal se llama *presináptica* y la que la recibe *postsináptica*. A su vez, existen dos tipos de sinapsis: *eléctrica* y *química*. Este extremo resulta muy importante, pues la intervención sobre la sinapsis eléctrica se corresponde con las terapias electroconvulsivas y de estimulación magnética, y sobre la sinapsis química con el uso de psicofármacos, intentando en ambos casos actuar sobre la transmisión/recepción de información neuronal.

La sinapsis eléctrica es más directa, instantánea y bidireccional, transmitiendo la información por interconexiones, jugando un papel esencial en el desarrollo embrionario del sistema nervioso central, haciendo posible el acoplamiento funcional de las neuronas.

La sinapsis química es unidireccional y más lenta al estar separadas las neuronas por un espacio (hendidura sináptica). El proceso se inicia cuando la neurona emisora (presináptica) convierte la señal eléctrica o impulso nervioso en una señal química, que será transmitida a través de neurotransmisores, como mediadores, hasta la neurona receptora (postsináptica), y ésta la reconvertirá en señal eléctrica.

SINAPSIS	
ELÉCTRICA	QUÍMICA
<ul style="list-style-type: none"> - Rápida y directa. - Bidireccional. - A través de uniones intercelulares tipo "gap" - Controla grupos de neuronas o fibras oculares. - Referencia para las terapias electromagnéticas y electroconvulsivas 	<ul style="list-style-type: none"> - Más lenta. - Neuronas separadas entre sí (hendidura sináptica) - Conversión de la señal eléctrica en química. - Reconversión de la señal química en eléctrica. - Referencia para la terapia psicofarmacológica, actuando sobre los emisores, neurotransmisores y receptores.

En la sinapsis entre neuronas cada una de ellas puede conectar o comunicar con cientos de miles de neuronas y puede recibir, simultáneamente, hasta diez veces más conexiones de otras, estimándose que en el cerebro humano hay entre 100 y 500 billones de conexiones (*urdimbre sináptica*) y en el caso de los bebés alcanzan los 1000 billones.

Poda sináptica

Para poder establecer interacciones comunicativas con sus padres el recién nacido necesita utilizar todos los sentidos, siendo preciso llevar a cabo una integración multisensorial, es decir, poner a punto una coordinación eficaz entre los diferentes sentidos y optimizarlos para acceder a una comunicación efectiva. Esto requiere no sólo el adecuado desarrollo de las estructuras anatómicas, sino una mayor especialización sensorial, especialmente del sentido del oído y de la vista.

El bebé, para poder hacer suyo el lenguaje necesita interiorizarlo, pero no sólo a nivel imitativo, ya que se encuentra ante el reto de convertirse en sujeto (núcleo de la futura *identidad* y matriz de la personalidad). Ya no se tratará, por ejemplo, sólo de “oír” sino de escuchar”, ni solamente de “ver” sino de “mirar”, etc. Diferenciaciones y discernimientos que constituyen el primer referente de la subjetividad, requiriendo una gran integración multisensorial a la vez que con la memoria de lo aprendido, todo ello referenciado por la conexión emocional con la madre. A nivel neurológico no se trata tanto de la cantidad de conexiones sinápticas sino de la especificidad, calidad e intensidad de las mismas.

PODA SINÁPTICA

El proceso evolutivo del ser humano, especialmente intenso durante los primeros años de vida —cuando tiene lugar la inscripción en el lenguaje— requiere una mayor especialización sensorial, que se opera a través de la interacción entre lo ambiental y lo anatómico-funcional, traduciéndose en “podas sinápticas” que prescinden de las sinapsis menos eficientes y selecciona las más adecuadas para la especialización sensorial, haciendo posible la plasticidad sináptica o neuronal.

Con la poda sináptica el organismo persigue eliminar conexiones poco utilizadas, asegurando las de uso más frecuente, capacitando al cerebro para poder llevar a cabo procesos altamente complejos. Se trata de una poda a gran escala. En este proceso, a diferencia de la *apoptosis* (destrucción o muerte celular), la neurona no muere sino que sus terminaciones (axón y dendritas) se retraen.

La eliminación de conexiones sinápticas ineficientes, es decir, la poda sináptica en favor de conexiones específicas y funcionales, se encuentra asociada al aprendizaje, registrándose de forma especialmente intensa en las etapas de la vida donde tienen lugar saltos madurativos, sin que ello implique su desaparición en el resto de fases vitales.

Recientes estudios neurológicos apuntan al hecho de que las sinapsis activas sobrevivan y las inactivas desaparezcan no sólo está directamente relacionado con el aprendizaje, sino que su activación es de naturaleza semántica y la plasticidad cerebral basada en la inscripción del aprendizaje en la memoria tiene lugar durante toda la vida y es consecuencia del lenguaje.

El cerebro es un órgano plástico: “La plasticidad neuronal es consecuencia del aprendizaje, de la experiencia, produciendo cambios que perduran en el tiempo a través de la memoria”.

ERIC KANDEL, NEUROFISIÓLOGO, PREMIO NOBEL DE MEDICINA AÑO 2000

Procesos evolutivos y poda sináptica

El período crítico y la pubertad constituyen, desde la perspectiva anatomo-fisiológica, las dos grandes fases en que se operan los principales cambios madurativos a nivel cerebral y orgánico en general, correspondiéndose con las mayores podas sinápticas.

Desde la perspectiva psicoevolutiva, situando como horizonte la adquisición y desarrollo del lenguaje por parte del niño, se pone especial énfasis en los procesos que tienen lugar en el paso de la etapa prelingüística a la lingüística, otorgando también especial importancia a los 3-4 primeros años de vida, cuando tienen lugar los principales procesos de constitución de la identidad personal, necesaria para el acceso al lenguaje, cuyos déficits darán lugar a diferentes trastornos del mismo y concretamente a la tartamudez.

A niveles psicológicos profundos, en consonancia con la propuesta orgánica y psicoevolutiva, la constitución del psiquismo humano consta de varias etapas clave, siendo la primera de ellas el *Estadio del Espejo*, consecuencia de la conexión con los estados emocionales de la madre a través del contacto visual, descrito como un elemento básico de la *Intersubjetividad Primaria*. El bebé humano, debido al gran tamaño de su cerebro y de su cráneo, nace prematuramente y con una considerable inmadurez neurológica, de forma que encuentra dificultades para reconocerse

como una unidad, algo que consigue identificándose con el rostro y el cuerpo de la madre, que pasa a ser la imagen de su propio cuerpo y a partir de ahí, desde la imagen del “otro”, comienza a estructurar su “yo”.

La fase del espejo es una operación que evita angustias al bebé y le permite “conquistar” la imagen de su propio cuerpo identificándose con el rostro y el cuerpo de la madre”, todo en el plano de lo imaginario: “su imagen es yo/yo soy esa imagen”, solucionando provisionalmente una situación pero a riesgo de quedar atrapado, “confundido” con el “otro”, es decir, con la imagen de la madre, que nota el regocijo que su bebé encuentra al mirarla.

Investigaciones recientes confirman que en el bebé las neuronas funcionan *en espejo*, es decir, activándose tanto al ejecutar una acción como cuando observa que esa misma acción es ejecutada por otro, es decir, como si fuera él mismo quien la estuviera realizando (Goñi Boza, E.).

Mantener la “confusión”, actuando en espejo con la madre, compromete la integración multisensorial al privilegiar el sentido de la vista, interfiriendo en los procesos sinápticos, impidiendo una adecuada poda neuronal y, en consecuencia, una correcta maduración anatómico-funcional de las estructuras orgánicas relacionadas con el lenguaje. La salida a esta complicada situación es pasar de la identificación a la diferenciación: reconocerse en sí como alguien separado de la imagen del otro, perfilándose como sujeto.

Pero las dificultades no terminan ahí. El niño nace en un mundo de lenguaje, donde todo está presidido por palabras que no comprende, teniendo que seguir adecuándose al “otro”, esta vez a

sus palabras, pasando a “ser hablado por el otro”. Recordemos que durante la *Etapa Preverbal* las expresiones reflejas del niño (llanto, movimiento, risa, etc.) que responden a una actividad involuntaria e instintiva para comunicar una necesidad o una satisfacción, pasan a ser interpretadas por la madre como “acciones intencionales”, como si fueran la expresión de un deseo por parte del bebé: “lo que mi niño/niña quiere es...”, prefigurando su deseo.

IMAGEN Y DESEO

La interpretación realizada por la madre sobre las expresiones reflejas del bebé, otorgando intencionalidad y entidad de deseo a lo que no son más que actos reflejos, involuntarios e instintivos, añadida a la identificación del recién nacido a la imagen de su madre, adquieren una importancia extraordinaria en su estructuración psíquica (con gran relevancia de lo visual), abocándolo a confundirse con el otro, en el primer caso con su imagen y en el segundo con su deseo. Más adelante podremos comprobar que la *tartamudez* está presidida por una pregunta incesante sobre la propia imagen y el propio deseo en relación con la imagen y el deseo del otro, tendiendo a confundirlos.

Entre los 2 y los 5 años de edad, en correspondencia con la fase de apropiación del lenguaje, el niño comienza a utilizar las principales estructuras gramaticales al tiempo que tiene pendiente “diferenciarse de la madre” y posicionarse como sujeto, de forma que su inscripción y evolución como “*ser de lenguaje*” dependerá en gran medida de cómo resuelva esta cuestión. Lo que está en juego es, nada más y nada menos, que: “Ser (sujeto/yo) o no ser (ser para el otro)”. Se trata, sin duda, de la mayor y más trascendente encrucijada existencial del ser humano. Esta y no otra es la duda que se plantea Hamlet.

El tercer y último gran momento estructurante del psiquismo es la *Adolescencia* (pubertad en términos orgánicos), cuando se tiene pendiente dejar de ser niño para convertirse en adulto, asumiendo tanto una identidad personal y sexual como cultural y social propia. Se trata, en realidad, del “último tren” para configurar una identidad coherente y consistente, en la que la persona se sienta ella misma. El éxito en este cierre se corresponderá con la superación o, como mínimo, con una gran mejoría de las patologías del lenguaje, pudiendo, como abordaremos más adelante, constituir el inicio del trastorno pues no es infrecuente que la tartamudez aparezca por vez primera en la etapa preadolescente/adolescente.

La adolescencia es una etapa crítica que implica desapegos a nivel familiar (actualmente más complicados por la realidad sociolaboral de la juventud), que suele ir acompañada de gran confusión y sufrimiento en tanto confronta al joven en su realidad personal con el mundo adulto, debiendo asumir qué lugar quiere ocupar, viéndose obligado a renunciar a determinadas cosas. En la etapa de la pubertad/adolescencia tiene lugar la última gran poda sináptica.

En las sociedades indígenas y tribales, hasta la era de la industrialización, este salto se facilitaba mediante pruebas de fuerza y sobre todo de valor, debiendo el adolescente enfrentarse a la muerte como forma de ser reconocido como un adulto (*iniciación*). Estos ritos, que solían consistir en dar caza a determinado animal o en pasar la noche solo en algún paraje peligroso, ponía a prueba al joven que tenía que salir adelante sin ayuda, es decir, valiéndose por sí mismo, cortando la dependencia de los demás como forma de ser reconocido como un igual por los adultos.

Actualmente no existe ninguna iniciación de tipo tradicional y el reconocimiento por parte del mundo adulto viene dado por

los logros académicos o por la solvencia para ganarse la vida en términos económicos. Sin embargo, la adolescencia sigue funcionando a modo de cierre en la constitución de la identidad, siendo la última gran ocasión de que dispone el joven para configurarla en base a su evolución y maduración personal. De ahí la extraordinaria importancia que posee en el cese, evolución e incluso surgimiento de trastornos como la tartamudez.

LA TARTAMUDEZ EN LA CLÍNICA

Hemos venido describiendo los diferentes enfoques sobre el lenguaje y el tratamiento de sus trastornos, analizando la propuesta genética, anatomo-fisiológica y psicoevolutiva, estableciendo una relación de interdependencia efectiva entre los factores orgánicos y ambientales, destacando la importancia de la estimulación e integración multisensorial en el establecimiento de sinapsis y de las grandes podas neuronales, facilitando la especialización neuronal necesaria para los grandes cambios evolutivos del ser humano.

En el capítulo dedicado al modelo psicoevolutivo se han reseñado los prerequisites neurosensoriales, los sistemas primarios de comunicación, los procesos cognitivos básicos y superiores, las características de las etapas preverbal/verbal y la relación de los procesos evolutivos con la poda sináptica.

Al abordar las diferentes fases madurativas hemos tomado el referente de un desarrollo “normal”. Sin embargo, teniendo en cuenta la singularidad de cada ser humano, su experiencia vital y entorno socio-ambiental en que se desarrolla, con cierta frecuencia las cosas no suceden de la forma deseada o prevista, surgiendo dificultades que se traducen en trastornos de diversa índole.

Los trastornos de la comunicación y del lenguaje, como la tartamudez, salvo los derivados de factores neurogénicos, vienen determinados por los avatares de la primera infancia, durante la adquisición del lenguaje en el paso de la etapa preverbal a la verbal, muy especialmente por la forma en que se produjo la conexión emocional con los progenitores (pudiendo afectar la constitución de la identidad), y por la integración multisensorial en base a la variedad e intensidad de la estimulación recibida, encontrando correspondencia en déficits neurocerebrales.

Respecto a la extraordinaria importancia de la estimulación para el adecuado desarrollo del niño y su acceso al lenguaje, conviene aclarar que las problemáticas no sólo derivan de los déficits estimulativos sino también de su inadecuación, como por ejemplo de una estimulación excesiva o inapropiada que, en el caso de la tartamudez, podría concretarse en un exceso de estimulación visual a través de una identificación en espejo con la imagen de la madre, pendiente de una posterior “separación” que en este caso no llega a producirse en su justa medida, quedando “enganchado” a la imagen del “Otro”, a la vez que poniendo en riesgo la integración multisensorial debido a una descompensación a nivel estimulativo.

Determinados trastornos, como el *autismo* o el *síndrome de Asperger* (clasificados dentro de los trastornos de la comunicación), más allá de la tendencia actual de atribuirles, casi en exclusividad, una causalidad genética, guardan estrecha relación con el proceso de socialización del niño/niña, que no ha logrado integrar adecuadamente la estimulación recibida, ni establecer el suficiente feedback comunicativo con sus padres, quedando, en el caso del autismo, “desconectados” de la realidad, en su propio mundo.

El autismo se inicia invariablemente durante los treinta primeros meses de vida, con respuestas anormales a los estímulos auditivos y visuales, con dificultades para la comprensión del lenguaje hablado, con una inteligencia severamente disminuida y acusados déficits de las relaciones sociales y afectivas. El autista, a falta de comunicarse con los demás se comunica consigo mismo, muy alejado de las presentaciones cinematográficas que suelen mostrarlo como un genio, cuando en realidad, sus “habilidades”, como la capacidad de recordar imágenes, sonidos u objetos con un nivel de detalle muy alto, las efectúa sin relacionar, a modo de escáner o de grabadora (*memoria eidética del autista*).

A veces, como consecuencia del desconocimiento científico o por intereses espurios, desde perspectivas esotéricas, llega a considerarse a los niños autistas como representantes de un estado superior de la evolución humana, denominándolos “*niños índigo/cristal*”, algo, en mi opinión, bastante alejado de la realidad.

TARTAMUDEZ Y T.E.A.

La tartamudez y los Trastornos del Espectro Autista (TEA) a nivel etiológico comparten dificultades referidas a la conexión emocional, la estimulación y su integración multisensorial. Sin embargo, la tartamudez no deriva de un insuficiente feedback con los padres, ni de la insuficiencia de lazos afectivos, sino más bien de lo contrario: de la persistencia en la conexión emocional con la madre, primando la relación visual (escópica), actuando en espejo con ella, en detrimento del resto de estimulaciones y de su integración, poniendo en peligro el desarrollo evolutivo del niño, su ingreso en la etapa verbal y su inscripción en el lenguaje.

ANALOGÍAS CLÍNICAS ENTRE LAS PERSONAS QUE TARTAMUDEAN

Nos hemos referido anteriormente a la existencia de un perfil característico de las personas que tartamudean, apuntando la existencia de numerosas similitudes a nivel de la identidad, personalidad y carácter, constatables a nivel clínico.

Sabemos que “cada persona es un mundo” y podríamos añadir que “la tartamudez es el mundo del disfémico: vive en él y para él, dedicándole todo su tiempo y atención”, pudiéndose concretar la existencia de determinados aspectos que de manera invariable se observan en las personas que tartamudean, así como ciertos rasgos frecuentemente compartidos.

Relación con los padres

Apego

En general, cuando recibo una demanda de atención terapéutica para un niño con disfluencias suelo indicar a los familiares que en la primera entrevista no es necesario traerlo a consulta, por un doble motivo: para no confirmarlo en su posible trastorno (normalmente los niños pequeños no han adquirido conciencia de su problemática) y para elaborar una adecuada historia clínica, no sólo de él sino de su familia y entorno social.

Resulta particularmente interesante, de cara a poder esclarecer la conexión afectiva/emocional del niño con quienes lo rodean, conocer las circunstancias de su nacimiento, si fue un hijo/hija deseado, número de hermanos y en su caso qué lugar ocupa, desarrollo del embarazo y estado anímico de los padres durante el

mismo, circunstancias del parto, si hubo sufrimiento fetal, tipo de amamantamiento y forma de destete, dentición, cuándo dejó de compartir dormitorio con los padres, etc.

Sólo después de las primeras entrevistas decido si pido a los padres que vengan con el niño/niña, básicamente para poder comprobar no tanto sus disfluencias, sino en qué forma se relaciona con ellos a nivel de conductas de apego: afectivo, visual y físico; comprobando el grado de autonomía personal respecto a su edad.

Un modo bastante habitual para concretar la “circulación de afectos” y cómo funciona el apego del niño a nivel familiar, es pedirle que dibuje a su familia, con él incluido. Los dibujos permiten comprobar la forma en que habitualmente el niño/niña se sitúa al lado del progenitor a quien se encuentra más unido, generalmente la madre, tendiendo a situarse más alejado de aquellos con quien mantiene una relación menos afectuosa, caso de padres exigentes o de hermanos beligerantes.

La clínica de la tartamudez infantil confirma que los niños con tartamudez presentan frecuentes y acusadas conductas de apego, tendiendo a permanecer en *silencio*, que sus padres respondan por ellos, a mantener el *contacto visual* e incluso *físico*, tendiendo a agarrarse de la mano o a sentarse sobre sus rodillas.

La madre

Hemos venido repitiendo la trascendental importancia que tiene para el ingreso en la etapa verbal, pasando a inscribirse como sujeto de lenguaje, que la “confusión” especular experimentada por el niño en relación a la imagen de su madre, evolucione hacia una “separación”, imprescindible para alcanzar un grado aceptable de autonomía personal que permita al niño/niña madurar

adecuadamente e incorporarse al lenguaje, donde para hablar es necesario un “yo”.

El hecho de que la preeminencia de la impronta visual constituya un factor determinante para el surgimiento de la tartamudez, disminuyendo la eficacia del resto de estimulaciones y de su integración, indica que el niño disfémico no ha logrado diferenciarse suficientemente de esa imagen, manteniendo vigente esa relación en espejo.

La estrecha vinculación de la tartamudez con la visión queda de manifiesto ante el hecho de que, al parecer, *no exista ninguna persona disfémica ciega de nacimiento*. No así con personas que han perdido la visión con posterioridad, por traumatismos o algún tipo de enfermedad, en las que sí se registra la tartamudez.

También puede ocurrir que el niño esté “fijado” a la madre por otras circunstancias, como haber sufrido una separación repentina de ella, por ejemplo en la depresión posparto, en los destetes abruptos por falta de leche materna, en el inicio de dentición (de ahí que sean muy importantes los destetes graduales) o por una falta de afectividad materna. El denominador común en todos los casos lo constituye la permanencia en una relación fusional con la madre.

Por su parte, el joven que tartamudea continúa identificándose con su madre, no necesariamente en los términos de afecto y cariño habituales, sino por un doble vía: manteniendo una relación de apego, casi “fusional”, estando muy pendiente de su opinión y aprobación o, por el contrario, estableciendo una relación de continua rivalidad y confrontación, muy frecuentemente basada en carecer de un mínimo margen de autonomía personal respecto a ella.

En ambos casos, tanto la fusión como la rivalidad, dan cuenta del mantenimiento de una relación muy intensa y pasional.

Sergio, estudiante de 18 años con disfemia moderada, comenta de la siguiente forma la relación con su madre: “Mi madre es muy sensible y vulnerable. Yo soy como ella, sensible y vulnerable. Siempre me ha protegido mucho y yo me he sentido muy protegido con ella”.

Manuel, empleado de 25 años con tartamudez grave, recuerda haber oído desde pequeño que cuando él nació su madre esperaba una niña muy guapa y que, por el contrario, nació él: “niño y feo”, siendo responsabilizado de un parto complicado: “casi me matas al nacer”, no siendo amamantado (la importancia del amamantamiento no es tanto a nivel nutricional como emocional y afectivo). Manuel suele rivalizar con su madre y siempre ha tenido una tendencia compulsiva a chupetear y mordisquear cualquier objeto a su alcance.

Sin embargo, lo que predomina en la clínica por parte de los chicos son los testimonios acrícos e incondicionales respecto a la madre, mientras que las chicas disfémicas alternan su malestar por la forma de ser de sus progenitoras, con el reconocimiento de no saber vivir sin ellas.

La lógica tradicional de la evolución y maduración personal pasa por un proceso de identificaciones, de manera que la niña tiende a mirarse en su madre, identificándose inicialmente con ella o con una mujer muy próxima, “copiando” de otra mujer su forma de ser y de actuar. Más adelante, al integrar otras identificaciones distintas a la madre, irá perfilando su propia identidad.

En las niñas y jóvenes disfémicas la complicación aparece cuando han de diferenciarse de la madre que a su vez es “su yo en el espejo”, surgiendo una dificultad para encontrarse en su

propio ser femenino. La adolescencia será muy complicada pues dejará de ser mirada como una niña para serlo como una mujer, poniendo en juego su identidad personal y femenina, si bien actualmente el abanico de opciones es mucho más amplio.

A veces, la tartamudez se inicia en la pubertad (adolescencia), coincidiendo con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, cuando los jóvenes se ven abocados a situarse y representar su propio rol, que no siempre tienen claro, pudiendo ser especialmente complicado para las chicas, que de pronto han de afrontar ser miradas en base a su sexualidad, algo asumible cuando la evolución personal ha sido la adecuada, pero complicado cuando no se ha logrado delimitar y afianzar la identidad.

El padre

Al hablar sobre el padre, los jóvenes disfémicos suelen destacar el carácter excesivo de su progenitor, siendo bastante frecuente que la tartamudez infantil a nivel familiar se corresponda con una madre muy amorosa (con tendencia a sobreproteger al hijo, convirtiéndolo en una prolongación suya y no facilitando suficientemente la adquisición de su autonomía personal) y/o con un padre con demasiado carácter, exigente y con tendencia a vociferar, que hace muy difícil que el hijo pueda identificarse en él.

Tomás, un adolescente de quince años, disfluyente y excelente deportista, dice: "Siempre he tenido miedo a mi padre, a su voz, a su forma de regañarme. Me abroncaba continuamente y todo lo que salía mal era culpa mía. Siento terror a ser reprendido y no se me va el miedo a no actuar correctamente".

David, funcionario de veintiséis años, con tartamudez moderada, recuerda a su padre de la siguiente forma: “Mi padre siempre ha tenido muy mal carácter y nunca aceptó mis bloqueos. Solía decirme: te voy a quitar la tartamudez de una hostia”

Juan, empresario de treinta y dos años, con disfemia moderada, siempre tuvo un miedo reverencial a su padre: “Su voz siempre fue terrible. Cuando gritaba, incluso un perrito que teníamos en casa comenzaba a gemir y salía huyendo para refugiarse en otro lugar”.

La importancia de estos comportamientos paternos, aborrecibles, en relación a la tartamudez, con la “exigencia” como denominador común, radica no en que sean la causa de la disfemia, sino en que partiendo de la precariedad madurativa del niño/joven que no ha logrado unos estándares adecuados de autonomía personal, lo enquista en una posición de incapacidad e insuficiencia que probablemente lo acompañen el resto de su vida, dificultando la constitución de su identidad y su inscripción en el lenguaje.

Dependencia

Bondad

Al entrevistar a los familiares de un niño con disfluencias existe otro patrón que se repite de forma prácticamente invariable: la gran bondad del niño/niña. Los testimonios, uno tras otro, coinciden al afirmar: “mi hijo es buenísimo”, “siempre está pendiente de los demás”, “sólo piensa en agradar”, etc...

Este aspecto, que en términos morales o de afabilidad de carácter podría merecer encendidos elogios, nos sitúa, sin embargo, ante un niño que más que vivir para él “se desvive por los demás”, con un comportamiento orientado a “asegurarse” al otro, tanto en términos de presencia como de afecto: “me porto tan bien

contigo y mi trato es tan generoso, que no vas a dejar de estar ahí”.

La mamá de Juan, un niño de 9 años con tartamudez leve, comenta: “Siempre ha sido un niño muy bueno y obediente, muy pendiente de mí, intentando agradar en todo a todos, incluso sacando buenas notas. No se permite fallarnos”.

Carolina, estudiante de 16 años, con una disfluencia moderada, al valorar su forma de ser con sus padres afirma: “Ellos nunca se han llevado bien, sobre todo por el carácter difícil de mi padre. Mi madre siempre me ha dado lástima y yo, durante toda mi vida, he actuado como el pegamento que ellos necesitan para no separarse. Les he dado mi vida”.

Carlos, joven disfluyente de 18 años, estudiante, al hablar de la forma en que siempre se ha relacionado con los demás, dice: “Es como si mentalmente me dijera: yo voy a ser lo que tú quieres, para encajar en esa imagen buena que yo quiero que tú tengas de mí”.

Reconocimiento y aceptación

La búsqueda de reconocimiento y aceptación constituye el eje en torno al cual gira la práctica totalidad de los comportamientos de las personas disfémicas jóvenes y adultas, que en el caso de los niños se corresponde con conductas bondadosas y de compromiso, es decir, de entrega al otro, en la expectativa de obtener de él lo mismo y así garantizarse el apego.

La clave, resumidamente, se encuentra en el intento de asegurarse al otro: la madre en la infancia (que es el primer otro) de la que realmente no se ha separado, y después, realizando una especie de metáfora, a los otros, es decir, a los semejantes con los que trata cotidianamente.

El bienestar o malestar diario de cualquier persona que tartamudea depende en gran medida de cómo percibe el trato que le dispensan los demás, especialmente en relación a su tartamudez, siendo necesario aclarar que muy frecuentemente los pensamientos que atribuye al otro, sobre cómo lo valora o juzga, son una mera suposición que normalmente no se corresponde con la realidad. Es decir, tras situarse imaginariamente en el lugar del otro, cree saber lo que la otra persona piensa de él/ella.

Podríamos etiquetar algunos pensamientos como típicamente disfémicos: “habrá pensado que soy un retrasado mental, que no sé ni hablar”, “cuando me bloqueo me miran como si fuera un bicho raro” o “la gente cree que los tartamudos somos idiotas”.

En realidad, a poco que profundicemos en la insistente búsqueda de reconocimiento y aceptación por parte de quien tartamudea, descubrimos que la auténtica razón de ser de estos comportamientos es “evitar el rechazo”, verdadero nudo de la cuestión, en tanto el rechazo real implicaría la ruptura de la relación fusional. Algo que en términos psíquicos resulta inasumible para alguien que “basa su ser en el otro”.

Durante su tratamiento, Manuel fue descubriendo que durante toda su vida había confeccionado una “utopía”, intentando que el mundo se adaptara a ella y no al contrario. De esta forma, sus expectativas, por ejemplo de que los demás pensarán o actuarán como él entiende que hay que actuar, solían verse defraudadas, con el consiguiente malestar para él, que sin embargo no cesaba en su intento de adaptarlos y así mantener su forma de entender las relaciones interpersonales, es decir, de mantener una relación “perfecta” con el otro.

Comparación

Otra de las “señas de identidad” de las personas que tartamudean es su gran tendencia a compararse con los demás, que curiosamente no se centra en los aspectos en que puede salir airoso, al contrario, la comparación la efectúa sobre determinadas capacidades o habilidades de los demás que él/ella, entiende no puede igualar o superar, sufriendo por ello.

También aquí podemos preguntarnos qué le hace sufrir tanto. La respuesta no es muy distinta a la expuesta para la búsqueda de reconocimiento y aceptación: temor al rechazo.

El razonamiento, si bien en términos imaginarios, podría ser el siguiente: ante los demás, el hecho de que quede patente mi “inferioridad” en la comparación con otros, puede traducirse en que deje de interesarles, que me retiren su atención y, sobre todo, que me infravaloren o incluso que me rechacen.

Red social

En base a lo anterior, podemos afirmar que las personas que tartamudean se mueven a nivel psíquico en el terreno de la suposición, es decir, en lo imaginario, si bien con tendencia a otorgarle el estatuto de realidad.

Resulta muy común, sobre todo en los jóvenes disfémicos, suponer que el resto de personas se encuentran integradas en una especie de “red social”, formando parte de un entramado donde poseen un lugar propio y son reconocidos por los demás y que, contrariamente, ellos se encuentran fuera de esa red, suponiendo que todo el mundo está interconectado mientras que ellos permanecen excluidos y sin posibilidad de formar parte de ella.

Es muy probable que el afán de la persona que tartamudea en proponer y defender un mundo a su medida (mundo perfecto y feliz), se corresponda con una forma específica de relacionarse primada por lo individual. En realidad, bien podría tratarse de una consecuencia de su propósito: no formo parte de la red porque ello implicaría renunciar a mi forma de ver las cosas y no estoy dispuesto a ello.

Inmadurez psicoevolutiva

La búsqueda de apego, reconocimiento y aceptación, así como el temor al rechazo constituyen las claves de psiquismo de la tartamudez, situando a la personas que tartamudean y especialmente a los niños disfluentes ante una clara dependencia de los demás, que en términos cotidianos se inicia con una escasa autonomía personal que suele corresponderse con dificultades para controlar los esfínteres, retraso en abandonar la habitación o la cama de los padres, falta de interés en hacerse cargo de su limpieza corporal y aseo personal, o para decidir qué prefiere comer o con qué ropa quiere vestirse.

El déficit de autonomía personal suele mantener correspondencia con una tendencia a la desorientación espacio—temporal, de forma que los niños disfémicos tienden a encontrar dificultades para identificar la izquierda/derecha (lateralidad), es decir, para ubicarse en el espacio, o para comprender las escalas básicas de medición temporal y situarse en el tiempo. Sin embargo, no se trata de características invariables o constitutivas de la tartamudez, sino de singularidades derivadas de estar excesivamente pendientes de los demás, “estando a otra cosa”, tanto como para no haber desarrollado sus propias referencias espaciales y temporales, teniendo pendiente conseguir plasmar qué lugar ocupa en el mundo real.

Identidad

Señalábamos que la *Identidad* se corresponde con quién soy, es decir, con lo más profundo y constitutivo del ser humano, defendiendo que las personas que tartamudean comparten de forma invariable determinados aspectos relativos a la identidad.

A la vista de lo que llevamos expuesto, en relación con las personas que tartamudean (permanencia en un estado fusional con el otro, siendo para él, necesidad de buscar la aceptación y reconocimiento de los demás como forma de sentirse alguien, evitar por todos los medios ser rechazado, etc.), resulta bastante evidente que la precariedad a nivel de la identidad constituye la gran señal de identidad de la tartamudez.

El “tú eres yo/yo soy tú”, como no podría ser de otra forma, pasa factura a nivel de la identidad. Cuando la certeza personal se busca a través de tener asegurado al otro como forma de sentirse uno mismo, la identidad queda atrapada y empobrecida en un bucle, cerrada al exterior.

No se trata de una amalgama, integrada, sino de una mezcla heterogénea que por su naturaleza ambivalente no consigue alcanzar su propia coherencia.

“Me siento como un ornitorrinco. Lleno de contradicciones”.

Personalidad

A nivel de la *Personalidad*, en tanto forma en que cada sujeto organiza sus sensaciones, emociones, sentimientos y pensamientos, dando cuenta de su singularidad; las personas que tartamudean también comparten una serie de rasgos.

Vivir para los demás, estar continuamente comparándose, construir mentalmente un mundo utópico (hecho a la medida de las propias pretensiones, rechazando la realidad), inmadurez psicoevolutiva, etc., constituyen el soporte y la expresión de la personalidad en la tartamudez.

La inmadurez psicoevolutiva, aún en jóvenes y adultos, es una característica muy común en las personas disfémicas y se manifiesta a través de comportamientos infantiles: caprichosos, antojadizos, enfadadizos, iracundos, etc., que dan cuenta del déficit madurativo y evolutivo típico de la tartamudez.

En la clínica puede constatarse la existencia de otro rasgo, muy común en el resto de las personas, pero que en el caso de la tartamudez adquiere unas proporciones e intensidad desmesurada. Se trata de la curiosidad visual. No olvidemos que la impronta visual constituye el nexo de la fusión/confusión con el otro en el caso de la tartamudez, en detrimento de otro tipo de estímulos. Verlo todo, mirarlo todo, curiosear todo lo que se puede, *como si la imagen ocupara el lugar de la palabra*, constituye un rasgo inequívoco de las personas que tartamudean.

“La imagen es como un agujero negro, que si me acerco me absorbe”

Otro rasgo de personalidad bastante acusado es la “falta de criterio propio”. Se podría argumentar que esta carencia no es privativa de la tartamudez, y en efecto así es: muchas personas carecen de criterio propio y no tartamudean, sin duda. Ahora bien, se trata no de considerar aisladamente cada factor sino de contemplarlos en su conjunto. En este caso, la falta de criterio, así como el resto de características compartidas por quien tartamudea, nos sitúa ante una personalidad modelada en función de sus carencias a nivel de la identidad.

“No puedo evitar compararme. Estoy bien y más o menos fluido, pero cuando me comparo y veo que otra persona hace algo mejor que yo, o tiene alguna habilidad de la que yo carezco, me entristezco y comienzo a hablar peor”.

Carácter

El carácter, según propusimos, es el conjunto de hábitos de comportamiento y se corresponde con la forma en que cada persona se relaciona con los demás.

Los comportamientos bondadosos y la entrega para asegurarse la continuidad de la relación fusional con el otro, son claros exponente de los rasgos de carácter típicos de las personas que tartamudean.

Sin embargo las cosas no siempre salen bien y muy frecuentemente las pretensiones no alcanzan su objetivo, frustrando expectativas de todo tipo: personales, sentimentales, laborales, etc., correspondiéndose con comportamientos agresivos, bastante frecuentes en la tartamudez

Otro rasgo de carácter compartido invariablemente por las personas que tartamudean son las conductas anticipatorias y evitativas. Las primeras, anticipándose a un momento para el que se intuye el surgimiento de un bloqueo, intentando encontrar una solución a esa situación que todavía no se ha producido. La realidad es que la anticipación no logra eludir el potencial bloqueo sino que, muy al contrario, funciona como una profecía autocumplida y el bloqueo, con toda seguridad, acabará produciéndose.

Por su parte, las conductas evitativas constituyen todo un clásico, donde el miedo a determinada situación, en la que se da por

seguro que la tartamudez hará acto de presencia, lleva a intentar evitarla, siendo muy común, por ejemplo, rehusar las exposiciones verbales, evitar las reuniones donde se supone hay que presentarse o evitar a determinadas personas con las que la fluidez resulta más complicada. A nivel del habla las conductas evitativas se corresponden con las “sustituciones”, es decir, con la evitación de determinadas palabras, de difícil pronunciación, pasando a sustituirlas por otras más sencillas de pronunciar, o sustituyendo toda una frase por miedo a una palabra.

El intento incesante de agradar y ser objeto de aceptación/reconocimiento por parte de los demás, lleva a la persona que tartamudea a intentar ofrecer una imagen “perfecta”, volcando en ello toda su atención y energía: “si soy perfecto para los demás, nada debo temer”. Este tipo de comportamiento convierte al narcisismo en un rasgo de carácter propio de las personas que tartamudean.

Dentro de las estrategias de las personas disfémicas, con el referente de evitar el rechazo, se encuentra la adaptación continua a lo que se supone que va a ser mejor recibido y aceptado por los demás, llegando a adoptar comportamientos “imitativos”, copiando literalmente la forma de actuar de algunas personas, a la vista de que esa conducta genera aceptación, intentando hacerla pasar por propia y no siempre con buenos resultados.

“En el colegio me llamaban Mortadelo, por imitar lo que hacían los demás”.

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

Es muy común que al hablar de tartamudez surjan determinadas preguntas “tipo”, planteadas tanto por las personas que tartamudean como por estudiosos o interesados en el tema. He elegido ofrecer una respuesta aproximativa a estas cuestiones, sobre todo para evitar incurrir en excesos teóricos, dando entrada a una forma coloquial y sencilla de enfocar la tartamudez y sus enigmas, verdadero objetivo de este libro, al tiempo que anticipando mi forma personal de entenderla y tratarla.

¿Los “tartamudos” son mentalmente normales o sufren algún retraso?

Esta pregunta, curiosamente, no sólo es frecuente que se la planteen las personas fluidas cuando tienen delante a alguien que tartamudea, viendo los esfuerzos que realiza para hablar: discinesias (contracción del rostro, del cuello o de los hombros, desencajamiento de la boca, volteo de ojos), sudoración, conductas evitativas, etc.; sino por la propia persona que tartamudea que, ante el gesto de extrañeza de su interlocutor, tiende a pensar dos cosas: si es niño/niña, que no lo hace bien y que no está cumpliendo con lo que se espera de él/ella y, en el caso de los jóvenes y algunos adultos, suponiendo que esa persona que los mira mientras tarta-

mudean, puede estar pensando que si habla así es porque padece alguna incapacidad o retraso mental.

En ambos casos se trata de una suposición que da paso a un temor, prácticamente elevado al rango de certeza: sentir que está siendo valorado negativamente por las personas que lo observan, por su dificultad para comunicarse o, lo que lo mismo, surgimiento de un miedo insuperable ante la expectativa de ser rechazado por su forma de hablar.

¿Qué suele molestar más a quien tartamudea?

Relacionada con el apartado anterior, una de las situaciones que más molestan a las personas que tartamudean es el la mueca o el cambio de gesto que observan en su interlocutor cuando el bloqueo hace acto de presencia, sobre todo si se trata de un desconocido. Este simple cambio gestual lleva a suponer que la otra persona está dudando no ya de nuestra competencia expresiva, sino de nuestra capacidad mental.

Creo que la mayoría de las veces se trata del factor sorpresa y que el cambio de expresión facial responde a la extrañeza del interlocutor al comprobar la gran dificultad que otra persona tiene para iniciar una frase o pronunciar una palabra. A veces, se tiende a responsabilizar al interlocutor cuando en realidad su sorpresa es perfectamente comprensible, sobre todo teniendo en cuenta que la tartamudez tiende a ser ocultada tanto por quien la padece como por sus familiares, escondiéndola, y el interlocutor no sabe exactamente que le está ocurriendo a esa persona.

Sin embargo, tampoco debemos ser ingenuos ya que en ocasiones —no olvidemos, por ejemplo, que el bullying es una prác-

tica muy extendida entre niños y adolescentes—, la sorpresa puede derivar en desconsideración y en mofa.

Un aspecto bastante controvertido es si la persona que tartamudea prefiere que sus interlocutores lo miren mientras habla. La mayoría de los profesionales aconsejan mirarla, entendiendo que de no hacerlo, quien tartamudea puede sentirse ninguneado ante la aparente falta de atención de quien lo escucha, pudiendo traducirse en inseguridad y más bloqueos. En mi opinión, lo que realmente molesta es dejar de ser mirado, es decir, no ocurre nada si cuando quien tartamudea ha iniciado una palabra o una frase sin estar siendo observado, pero sí en el caso de que la otra persona cese de mirarlo a causa de sus bloqueos. Aunque esta persona, muy probablemente lo haga para no incrementar su ansiedad, quien tartamudea puede entenderlo como un acto de desapego o de desinterés hacia él o ella: “no quiere saber nada de mí”. En resumidas cuentas, resulta sumamente molesto comprobar cómo ante un bloqueo la otra persona esquiva nuestra mirada, siendo más o menos irrelevante si antes del bloqueo no se venía siendo observado por ella.

Por último, aunque se trata de algo sobradamente conocido, es necesario mencionar entre los comportamientos que menos agradan a quien tartamudea, el intento de ser ayudado por parte de los oyentes, bien sea diciéndole que se tranquilice y no se ponga nervioso, pronunciando en su nombre esa palabra que se resiste o terminándole una frase.

¿Sólo se tartamudea cuando se habla?

La respuesta a esta pregunta, en principio sencilla, encierra cierta complejidad. Parece bastante obvio que si la tartamudez se manifiesta a través de la interrupción del ritmo del habla, sólo sería

posible tartamudear al intentar hablar. La realidad es otra y cualquier persona que tartamudea podría respaldarlo.

La sensación que la persona experimenta cuando tartamudea no sólo la sufre en ese momento ante la imposibilidad de expresarse. Las personas que tartamudeamos sabemos, antes de llegar a esa palabra o palabras que ahí se producirá el bloqueo, que vamos a atascarnos en ellas, y no fallamos, por un doble motivo: bien porque recordamos que en otras ocasiones nos hemos bloqueado de forma importante en esa palabra, o porque hay palabras más difíciles de pronunciar, por ejemplo las comienzan por doble consonante (sinfón).

La tartamudez, en ese sentido, es una *profecía autocumplida*, de lo cual también pueden extraerse aspectos positivos, como que cambiar la expectativa de bloqueo facilitará la fluidez, es decir, si en vez de suponer que voy a bloquearme en cierta palabra, doy por hecho que en esa frase o expresión todo va a ir bien, seguramente se cumplirá, e irá bien.

Dicho de otra forma, existe un miedo anticipatorio a bloquearse que se traduce en pensamientos circulares, en bucle, sobre determinada situación que se deba afrontar. La realidad es que lejos de constituir un avance y de alejarnos del bloqueo, esa ansiedad anticipatoria acaba por asegurar ese bloqueo que ya hemos “visualizado” repetidamente antes de hablar y que, llegado el momento temido, terminará produciéndose.

¿Por qué no se tartamudea al cantar?

Es la pregunta más clásica y viene siendo formulada tanto por fluidos como por disfémicos. La explicación no es demasiado

complicada, si bien hay que tener en cuenta una serie de reflexiones.

Para ello debemos considerar la tartamudez no sólo como un trastorno articulatorio, es decir, del habla, sino entenderla como un trastorno de la comunicación. Salvo casos muy excepcionales, se tartamudea en presencia de alguien, ante uno o varios semejantes y no, por ejemplo, ante un espejo o cuando hablamos con nuestra mascota. La tartamudez surge ante ese otro, muy frecuentemente ante los padres, cuando intentamos dar cuenta de nuestros pensamientos o de nuestra opinión sobre algo, encontrando dificultad para verbalizar lo nuestro. Decir el propio nombre y apellidos, dónde se vive o presentarse públicamente ante los demás constituye uno de los momentos más temidos por casi todas las personas que tartamudean que, sin embargo, pueden no encontrar dificultad si esa información hace referencia a otra persona.

Cuando cantamos, no hacemos sino repetir una melodía y una letra. No hay exposición alguna de lo propio, pues eso que reproducimos es de otro, en todos los sentidos: el tono de la voz, el timbre, la modulación y la propia letra permiten repetirla sin miedo a exponer nada nuestro, sin ansiedad anticipatoria ni temor escénico: nada mío me juego y por tanto nada debo temer. Además, al ocuparnos de rememorar la canción y adaptarla a la melodía, dejamos de suponer lo que supuestamente los demás pueden estar pensando de nosotros, lo cual facilita bastante la fluidez.

Otro tanto ocurre cuando se imita a otra persona. En las psicoterapias basadas en cambios de rol, se comprueba cómo la persona adquiere fluidez cuando pasa a representar el papel de otro. Este aspecto resulta absolutamente trascendental, pues atestigua que la tartamudez deriva de la dificultad para asumir lo propio, muy probablemente por la existencia de déficits a nivel

de la identidad y la personalidad, resultando mucho más sencillo hablar cuando se representa el papel de otro, en este caso a través de una canción.

La explicación clásica, desde la perspectiva anatómico—funcional, es que el lenguaje reside en el hemisferio izquierdo del cerebro y lo relativo a la música en el derecho, lo cual explicaría por qué alguien que tartamudea puede cantar de forma fluida, entendiendo que las palabras pronunciadas mientras se canta no son procesadas como lenguaje sino que forman parte de la musicalidad.

¿A qué edad surge la tartamudez?

El ser humano, en su proceso de maduración anatómica, fisiológica y psicológica, atraviesa varias fases que resultan claves. La primera es la infancia, que va desde el nacimiento hasta los seis años de vida, la segunda desde la niñez a la adolescencia, y la tercera de la adolescencia a la madurez.

Se trata de saltos cualitativos a nivel de construcción de la identidad personal. El paso de ser un bebé, que básicamente mira, come, hace pis, caca, llora y ríe, hasta convertirse en un “ser hablante”, comienza por indicar lo que se quiere, valiéndose de sonrisas, llantos y gestos, para pasar finalmente a la palabra, lo cual implica un cambio importantísimo a nivel de la identidad personal, de la prefiguración de la personalidad y el carácter.

Las dificultades que pueden surgir en el paso de la etapa pre—lingüística a la lingüística marcan el surgimiento no sólo de la tartamudez sino de gran parte de los trastornos del lenguaje tanto oral como escrito: dislalia (fallos en la articulación de sonidos), dislexia, (alteración de la capacidad de leer), taquifemia (habla

rápida y con errores), retraso evolutivo del lenguaje, retraso simple del lenguaje, disfasia infantil o TEL (dificultades severas en el lenguaje expresivo/comprendido), etc.

Hemos expuesto con anterioridad que el psiquismo del ser humano pasa por tres grandes momentos estructurantes: la etapa preverbal o prelingüística, que se corresponde con la identificación especular con la madre, la etapa verbal donde una vez “separado” de la unión fusional con la madre se constituye como sujeto con deseo propio, y la adolescencia como paso previo del acceso a la madurez.

El hecho de que los primeros bloqueos suelen hacer acto de presencia ya en las primeras expresiones verbales del niño/niña, facilita la interpretación de la tartamudez en términos genéticos: “ha nacido así”; cuando en realidad, deriva de la forma en que atraviesa las sucesivas fases estructurantes a partir del nacimiento, especialmente la forma en que resuelve la salida del “estadio del espejo” diferenciándose de la madre, existiendo un salto cualitativo entre una y otra, con el consiguiente riesgo de quedarse “atrapado” en la anterior. Por su parte, la adolescencia constituye la última gran oportunidad de constituir una identidad y una personalidad suficientes para que la persona pueda hablar desde ellas, con criterio propio y sin oscilar constantemente entre “lo mío” y “lo de los demás”.

¿Es correcta la expresión “tartamudez evolutiva”?

Se trata de un término acuñado y comúnmente utilizado a nivel médico, psicológico y logopédico y por tanto difícilmente sustituible. Su aportación fundamental es hacer hincapié en que se trata de un tipo de tartamudez asociada a los procesos evolutivos.

Sin embargo, la duda surge a la hora de establecer si las disfluencias evolutivas del habla que suelen experimentar un gran número de niños/niñas entre los dos y los cuatro años y medio de edad deben calificarse de “tartamudez”.

Si se tratara de una cuestión semántica no revestiría mayor importancia, pero su utilización puede acarrear serias consecuencias al niño que, al atravesar una fase normal de su desarrollo lingüístico (conllevando disfluencias del habla hasta que consolida su inscripción en el lenguaje), pasa a ser designado como portador de una patología que además posee un alto componente estigmatizador.

La utilización de la expresión “*disfluencias evolutivas del habla*” en lugar de “tartamudez evolutiva” resolvería esta cuestión, tranquilizando tanto a los familiares del niño o niña que presente estas disfluencias, que suelen mostrarse aterrorizados ante la expectativa de que su hijo sea “tartamudo”, como al propio niño al dejar de percibir la gran preocupación que su modo de hablar genera en sus padres y familiares, sobre todo teniendo cuenta que en la mayoría de los casos las disfluencias desaparecen de forma espontánea, de la misma forma en que hicieron su aparición.

Por tanto, en términos nosológicos, es decir, para poder comenzar a nombrar y clasificar las disfluencias infantiles como tartamudez, es necesario esperar al inicio de la niñez, a partir de los seis años, cuando el niño ha finalizado su “segunda infancia” y persisten sus disfluencias, momento en que sería necesario buscar ayuda profesional. A nivel preventivo, como desarrollaremos más adelante, es muy conveniente aplicar ciertas medidas en torno a los cinco años de edad, si se observa que las disfluencias permanecen o se incrementan

¿Qué responder a un niño cuando pregunta por su tartamudez?

Los niños, cuando toman conciencia de sus disfluencias y de que su forma de hablar es diferente a los demás niños, sin saber cómo evitarlo, suelen preguntar a los padres ¿qué me ocurre?, ¿por qué hablo así?, poniéndolos en serios apuros al no saber qué respuesta ofrecerle. De un lado, no se trata de darle una explicación sobre la tartamudez que en poco o nada va a ayudarlo y que, por el contrario, puede ahondar más en su preocupación. De otro, tampoco es cuestión de mentirle diciéndole que no le ocurre nada, pues el niño/niña sabe que algo le está pasando.

La respuesta que se le ofrezca debe, sobre todo, ser tranquilizadora en tanto los niños saben “leer” la preocupación en la cara de sus padres, tendiendo a culpabilizarse por ello ante la posibilidad de defraudarlos, sobre todo teniendo en cuenta que el niño disfluente siempre busca agradar. De ahí que para explicarlo haya que ponerse a su altura y ofrecerle una explicación que pueda integrar en su forma de ver el mundo y de entender las cosas, tranquilizándolo y apartándolo de posibles sentimientos de culpa, evitando que puedan constituir una desvalorización personal que afecte a su evolución, a la vez que transmitiéndole de forma sutil que algo ha de cambiar en su cabeza.

En una conversación mantenida recientemente con Claudia Groesman, me comentaba la respuesta que ella recomendaba a los papás que le hacían esta pregunta cuando se dirigen a la Fundación Española de la Tartamudez: a través de un “cuentito”; contándoles que en un lugar de su cabecita viven unos enanitos, como los que acompañan a Papá Noel, sentados uno tras del otro, como si fuera una rueda, y van hablando por orden, cada uno de la parte que le corresponde, y eso nos ayuda a hablar, pero ¿qué pasa cuan-

do uno de esos enanitos se queda dormido?, como el dormilón de Blancanieves: pues que nuestras palabras se interrumpen y tenemos que dar como un saltito para seguir hablando. El resto de enanitos, al darse cuenta que se interrumpió la cadena, llaman a otro enanito para que ocupe ese lugar, sin dormirse o tener que ausentarse para ir a hacer pipí, y la cadena vuelve a funcionar.

¿La tartamudez suele presentarse con otras patologías (comorbilidad)?

Sí, en efecto. Según estudios epidemiológicos, es decir, sobre la incidencia en la población de determinados trastornos o enfermedades, la tartamudez suele presentarse junto a otros trastornos.

El neurólogo J. Sangorrín, especializado en el estudio de la tartamudez, en un artículo publicado en el número 41 de la Revista de Neurología, afirma que la tartamudez se da con bastante frecuencia en el Síndrome de Down, así como en niños normales que han sufrido falta de oxígeno al nacer o anomalías auditivas (tartamudez neurógena).

En ese mismo texto se menciona otro estudio, llevado a cabo con una muestra de 550 pacientes disfémicos, de los cuales el 13% presentaban además otros trastornos del habla, el 16% trastornos del lenguaje y el 16% trastornos por ansiedad.

Estos datos, además de confirmar que la tartamudez constituye un trastorno *per se*, es decir, diferenciado de otros, permiten observar cómo los trastornos del lenguaje, salvo los debidos disfuncionalidades orgánicas o traumatismos, poseen un origen común que remite a las dificultades experimentadas por el niño para pasar satisfactoriamente de la etapa pre-lingüística a la lin-

güística, es decir, de bebé a “sujeto niño” con suficiente autonomía respecto de los otros. Por su parte, tanto el estrés como la ansiedad, precursores y compañeros de viaje de la tartamudez, habría que situarlos como consecuencia del miedo a tartamudear y del temor a ser rechazados.

La tartamudez también presenta comorbilidad con el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/TDAH), caracterizados, más allá del propio síntoma, por la inmadurez personal de estos niños.

Las personas que padecen Síndrome de Sotos (1 de cada 15.000), presentan un crecimiento excesivo en la infancia, retraso psicomotriz y cognitivo, así como problemas de aprendizaje y, a veces, tartamudez. En estos casos, puede optarse por derivar la tartamudez del Síndrome o entenderla como producto del retraso cognitivo, del aprendizaje y madurativo, según hemos venido exponiendo.

¿La tartamudez tiene cura?

Es la pregunta del millón. Sabemos que muy frecuentemente la tartamudez es evolutiva y que el niño o niña que tartamudea, incluso de forma muy significativa, a partir de un momento dado comienza a adquirir fluidez y acaba desterrando la tartamudez. En muchos casos la remisión de las disfluencias ha tenido lugar sin intervención profesional, por lo que no es posible hablar de curación, sino de una evolución personal en su desarrollo y maduración psicológica.

Siendo absolutamente realistas, los profesionales deberíamos admitir que determinadas “curaciones” de las disfluencias evolutivas del habla (tartamudez evolutiva), proceden no tanto de la

intervención del especialista sino de una salida evolutiva, por la vía de una adecuada maduración por parte del niño o niña.

Ahora bien, volviendo a la pregunta inicial: ¿la tartamudez tiene cura? Sí, pero no siempre ni en todos los casos, y tiene mucho que ver con la edad, el grado de tartamudeo y la capacidad de transformación personal del paciente.

El tratamiento de la disfemia con mejor pronóstico es el de la tartamudez infantil, seguido por la tartamudez en los jóvenes, mientras que la expectativa de remisión de la tartamudez en adultos es más complicada, aunque resulta posible —conozco bastantes casos, incluida mi experiencia personal— ir ganando terreno a la fluidez por la vía de la maduración personal y de la reestructuración de los códigos cognitivo/expresivos.

¿La tartamudez viene siendo suficientemente estudiada e investigada?

La respuesta es muy sencilla: ¡No!; pero, ¿por qué?

Así como existen numerosos estudios e investigaciones sobre determinados trastornos del lenguaje, como la dislexia o la dislalia, no ocurre lo mismo con la tartamudez y cuando tienen lugar responden, fundamentalmente, a iniciativas de particulares que tartamudean o que tienen familiares disfémicos, utilizando, por lo general, informaciones y datos poco actualizados.

La escasez investigadora bien pudiera deberse a que los resultados que han venido obteniéndose no han sido demasiado satisfactorios, sobre todo los basados en estudios farmacológicos y

genéticos, provocando el desistimiento de estudiosos e investigadores ante la complejidad de este fenómeno.

Otro factor que puede afectar al “olvido” de la tartamudez como objeto de estudio, puede derivarse de que no genera grandes expectativas económicas que justifiquen la inversión que requiere este tipo de proyectos, siendo desestimados en favor de otros más lucrativos.

A modo de ejemplo, confirmando que la finalidad principal de los grandes proyectos de investigación es la obtención de beneficios económicos, el “Proyecto Cerebro Humano”, que en Estados Unidos se conoce como “BRAIN”, se ocupa en llegar a comprender la mente humana para hacer posible el tratamiento personalizado de determinadas enfermedades neurológicas, como la esquizofrenia, alzhéimer, parkinson, etc.; teniendo como referencia, según sus propios impulsores, el Proyecto Genoma Humano, por haber logrado que los 3.000 millones de dólares invertidos generaran 800.0000 millones dólares de retorno, entre patentes, curas, tecnologías, etc.

Respecto a la tartamudez, los datos disponibles son muy limitados y se encuentran desactualizados, conduciendo siempre a las mismas conclusiones, bastante manidas, echándose muy en falta estudios realizados sobre muestras suficientemente representativas, que permitan establecer nuevas hipótesis de trabajo, así como la formación de equipos interdisciplinarios para abordar la tartamudez desde la complementariedad.

PROPUESTAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Hemos expuesto cómo el lenguaje es la característica principal que diferencia al ser humano del resto de seres vivientes, así como los dos grandes enfoques (anatómico-funcional y psicoevolutivo) explicativos de la adquisición y desarrollo del mismo, y la atribución de sus trastornos a disfunciones orgánicas, sobre todo cerebrales, derivadas fundamentalmente de la herencia genética, desde el primer modelo, o su relación con el desarrollo emocional, cognitivo y socioafectivo, desde el segundo; proponiendo la existencia de un “perfil” en términos de carácter, personalidad e identidad característico de las personas que tartamudean.

Posteriormente, tras una breve descripción de la explicación genética de la tartamudez y de los tratamientos de la misma desde la perspectiva anatomo-fisiológica (quirúrgico, psiquiátrico/neurológico, estimulación magnética, electroconvulsivo, psicofarmacológico, psicológico, logopédico, dispositivos electrónicos y grupos de autoayuda), hemos propuesto la existencia de una “interdependencia” e interacción recíproca de ese modelo y el psicoevolutivo, es decir, entre lo biológico y lo ambiental/cultural, describiendo la importancia que desde ambos enfoques se otorga a los procesos que tienen lugar entre los 0 y los 3 años de edad del niño/niña, que desde la perspectiva orgánica se denomina

“*período crítico*” y desde la psicoevolutiva “*etapa prelingüística*” o “*preverbal*”.

Hemos abordado los primeros intercambios comunicativos del bebé y la extraordinaria importancia de la conexión emocional con su madre, así como los procesos cognitivos necesarios para la adquisición del lenguaje, describiendo la etapa preverbal y verbal, conectándolas con el papel determinante de la estimulación en la poda sináptica, dando cuenta de la plasticidad neuronal, necesaria para la especialización sensorial, así como la ardua y compleja tarea necesaria para la adquisición y desarrollo del lenguaje, estrechamente vinculada a la imitación y al aprendizaje.

Tras destacar la descompensación producida por “exceso” de estimulación visual, propio de la tartamudez, en detrimento del resto de estimulaciones, hemos tratado el mantenimiento del bebé en una relación fusional con la madre, traducida en déficits evolutivos y madurativos derivados de una “confusión” entre su imagen y la de ella, por actuar en espejo, así como la necesaria salida de esa relación, diferenciándose y adquiriendo autonomía cognitiva y personal, so pena de quedar atrapado, no logrando inscribirse satisfactoriamente como sujeto de lenguaje.

Hemos descrito una serie de analogías clínicas a nivel de la identidad, personalidad y carácter entre las personas que tartamudean, algunas de las cuales se presentan de forma invariable y otras con marcada frecuencia; pasando, finalmente, a dar respuesta a las preguntas más habituales sobre la tartamudez.

Es importante destacar que frente al diseño biogenético de los trastornos del lenguaje, presentando un sujeto atrapado por su herencia genética, el enfoque basado en la interdependencia de lo orgánico y lo ambiental/cultural abre la posibilidad de actuar

profesionalmente, especialmente por la vía de la prevención y, si la situación lo requiere, desde la intervención sobre la persona disfémica en su contexto familiar y social.

Seguidamente abordaremos las propuestas preventivas y de intervención siguiendo el esquema clásico del proceso evolutivo del desarrollo del ser humano: período prenatal, perinatal, neonatal, postnatal (infancia, niñez y adolescencia), planteando gradualmente, en función de cada etapa, aquellos aspectos que pueden contribuir a prevenir y tratar la tartamudez, entendiendo que las medidas preventivas se corresponden fundamentalmente con los períodos prenatal, perinatal, neonatal y primera infancia, mientras que las propuestas para la segunda infancia, niñez y adolescencia responden al tratamiento psicoevolutivo de la misma, sin olvidar, en su caso, la necesidad de realizar cambios a nivel familiar, especialmente en torno a la asignación de roles entre sus miembros.

PROCESO EVOLUTIVO DEL DESARROLLO DEL SER HUMANO				
ETAPA		PERÍODO QUE ABARCA	ABORDAJE DE LAS DISFLUENCIAS / TARTAMUDEZ	
	PRENATAL	Hasta el nacimiento	PREVENCIÓN	
	PERINATAL	Desde la semana 28 de gestación hasta la 1ª semana después del parto	PREVENCIÓN	
POSTNATAL	NEONATAL	Desde el nacimiento hasta la 4ª semana de vida	PREVENCIÓN	
	Primera infancia	De los 0 a los 3 años	PREVENCIÓN	
	Segunda infancia	Desde los 4 a los 6 años	PREVENCIÓN	INTERVENCIÓN*
	Niñez	Entre los 7 y los 12 años		INTERVENCIÓN
	Adolescencia	Desde los 12 a la edad adulta		INTERVENCIÓN
	Edad adulta	Desde la adolescencia hasta la muerte		INTERVENCIÓN

* En torno a los cinco años ante la persistencia o incremento de las disfluencias evolutivas del habla (tartamudez evolutiva).

ETAPA PRENATAL (desarrollo intrauterino)

Conocemos como período prenatal la fase que va desde la concepción hasta el nacimiento del bebé, pasando por la etapa embrionaria y fetal, hasta el alumbramiento.

Relacionar el atravesamiento de esta etapa con potenciales trastornos del lenguaje, como la tartamudez, podría parecer excesivamente imaginativo, sin embargo, nada más lejos de la realidad, pues las estimulaciones y sensaciones que el bebé percibe durante su fase intrauterina influyen en su moldeado y prefiguración cognitiva, así como en sus futuras aptitudes y capacidades.

Que la madre hable al bebé mientras se acaricia el vientre constituye el primer acto de comunicación verbal con el niño que, a pesar de no poder entender nada de lo que se le diga, percibe esos sonidos y comienza a familiarizarse con las vibraciones de la voz y con la palabra, preparándolo para reconocerla cuando nazca y se encuentre en un mundo basado en el lenguaje, repleto de palabras.

Durante esta etapa y en realidad durante toda la crianza del niño, es muy importante que se desarrolle en un ambiente sin gritos ni voces, pues la percepción de la palabra por parte del bebé pasaría de aportarle seguridad y confort a generarle ansiedad y temor, pues las experiencias negativas o de excesivo estrés pueden afectar a su desarrollo y vida emocional incluso de adulto.

Numerosos estudios confirman los efectos beneficiosos que tiene para el niño/niña que la madre, durante su embarazo (a partir de la semana 20), escuche determinado tipo de música, preferiblemente música clásica, aunque no necesariamente, siendo suficiente con que sea relajante y tranquilizadora, pudiendo incrementar sus beneficios colocando los auriculares en su zona abdominal. Al parecer, las tonalidades de violín resultan especialmente adecuadas por sus sonidos agudos y armoniosos.

También, de cara a estimular la futura multisensorialidad, es muy conveniente palparlo a través del vientre, mientras se le habla, transmitiéndole sensaciones agradables a través del tacto.

En general, los ambientes relajados y armónicos transmiten al feto sensaciones de tranquilidad. Por el contrario, el ruido y los sonidos estridentes dificultan que el bebé pueda disfrutar del sosiego y seguridad que le aporta estar alojado en el vientre materno.

ETAPA PERINATAL

Se trata del período en torno al nacimiento, comprendido desde la semana veintiocho de gestación hasta el séptimo día fuera del útero materno, revistiendo especial importancia en tanto el bebé debe adaptarse a la vida extrauterina, necesitando numerosos ajustes y adaptaciones tanto a nivel fisiológico (maduración de órganos y sistemas para poder sobrevivir fuera del útero materno, destacando la adaptación respiratoria y circulatoria), como psicoafectivo (posible sufrimiento fetal, superación del estrés del nacimiento, inicio de la lactancia e inauguración de un nuevo tipo de relación con la madre).

La etapa perinatal entraña una serie de riesgos como la prematuridad, complicaciones en el parto, problemas respiratorios (insuficiencia respiratoria, apneas, asfixia perinatal), problemas metabólicos, etc.

En relación a la tartamudez cabe destacar la importancia del parto en cuanto a la posibilidad de que sus complicaciones puedan ocasionar lesiones cerebrales de nacimiento o daños neurológicos, que un futuro podrían traducirse en problemas cognitivos o dar lugar a trastornos del lenguaje, como la tartamudez neurogénica.

El alumbramiento constituye, de facto, la separación física del bebé y su madre, tras verse en la necesidad de desalojar el útero a través del parto, teniendo que vivir una situación estresante, cuando no angustiosa, pasando a un mundo distinto, lleno de palabras y nuevas sensaciones, expuesto a la soledad, muy alejado del confort y la seguridad de la vida intrauterina.

Soledad que no tiene porqué implicar sufrimiento si los progenitores se han encargado de que la gestación haya transcurrido de forma sosegada y placentera, habiendo establecido vínculos

con su bebé (verbales, táctiles, musicales, etc.), y tras el parto se encargan de dar una continuidad gratificante al paso de lo intrauterino a lo extrauterino.

En los casos de niños pretérmino resulta absolutamente necesario estar muy pendientes de mantener el vínculo afectivo con el bebé, ya que así como actualmente es una práctica habitual en los centros de maternidad entregar al bebé a su madre para que ésta lo acoja en su regazo, facilitando el reencuentro con su cuerpo, voz, olor, latidos del corazón, etc., proporcionándole tranquilidad y seguridad; no suele ocurrir lo mismo con los bebés prematuros que, al presentar riesgos respiratorios, de bajo peso, metabólicos, etc, requieren tratamientos específicos que implican la separación de la madre, abocándolos a experimentar situaciones de desamparo afectivo.

Resulta evidente que en este tipo de situaciones, cuando lo que está en juego es la vida del bebé, los profesionales de la salud han de actuar en consecuencia, si bien, en la medida de lo posible, es muy recomendable que estos bebés sólo se vean privados de la compañía afectiva de sus progenitores durante el menor tiempo posible o que, en su defecto, reciban estímulos verbales, táctiles o auditivos que les permitan seguir “conectados” a la relación humana.

ETAPA NEONATAL

El período neonatal comprende las cuatro primeras semanas de vida del bebé, incluyendo la primera, que corresponde específicamente al período perinatal.

Durante esta fase tienen lugar los principales ajustes fisiológicos, como la adaptación respiratoria y circulatoria, así como los relativos

a la nutrición, pasando de alimentarse a base de nutrientes durante la vida intrauterina, a través del cordón umbilical, a un tipo de alimentación oral ligado a procesos digestivos. Sin embargo, no se trata sólo de comenzar a recibir una adecuada alimentación oral en términos nutricionales que garanticen la salud y desarrollo fisiológico del bebé.

Alimentar al recién nacido constituye el momento de mayor interacción con él. El bebé tiene la necesidad instintiva tanto de recibir alimento como afecto, manteniendo el lazo emocional con la madre. Se trata, por tanto, de alimentarlo tanto de comida como de palabras y caricias, integrándolo en su nueva experiencia sin vacíos ni interrupciones.

La alimentación “sin cariño ni palabras” asegura la supervivencia del niño pero pone en serio riesgo su evolución y futura maduración cognitiva, personal e integración social. De hecho, la anorexia infantil, rechazando el alimento, responde a una negación del bebé a ser tratado sólo en términos alimentarios.

En este sentido, la lactancia aporta continuidad al vínculo entre la madre y su bebé, facilitando el intercambio emocional, piel a piel, a través de palabras, constituyendo un período de extraordinaria importancia para el desarrollo evolutivo del niño. Tomar el pecho supone para el bebé recuperar el sosiego y la seguridad de su etapa anterior.

A veces no resulta posible el amamantamiento, bien por nacimiento prematuro o por otro tipo de causas, haciéndose necesaria la utilización del biberón. Esta opción no tiene porqué traducirse en términos negativos para el bebé, siempre y cuando las tomas vayan acompañadas de caricias y palabras, de forma que pueda seguir recibiendo los estímulos necesarios para su bienestar, percibiendo que sigue formando parte del mundo de la madre.

No ser amamantado y ser objeto de suministración mecánica de biberones, sin caricias ni palabras, conduce al bebé a una sensación de privación emocional, muy próxima a la soledad y al desamparo, abocándolo a la dependencia, estrechamente relacionada, como sabemos, con el surgimiento de trastornos del lenguaje, como la tartamudez.

ETAPA POSTNATAL

Es la más amplia. Abarca desde el nacimiento hasta la muerte de la persona, es decir, todas las fases de la vida posteriores al parto. Continuaremos nuestro orden expositivo comenzando por la infancia (que va de los 0 a los 6 años de edad), continuando con la niñez (entre los 6 y los 12 años) y la preadolescencia/adolescencia (a partir de los 12 años hasta ingresar en la etapa adulta).

Infancia

Si bien se trata de un período que comprende desde los 0 a los 6 años de edad, suele dividirse en *primera infancia* (entre los 0 y los 3 años) y *segunda infancia* (entre los 4 y los 6). De hecho, hemos venido mencionando la especial importancia que tienen los tres primeros años de vida (*período crítico* o *etapa prelingüística*), es decir, la primera infancia, en la maduración psicofisiológica del bebé.

Es fundamental que el final del amamantamiento, es decir, el destete, se realice de la forma más respetuosa posible, haciéndolo gradualmente y nunca de forma súbita. La OMS recomienda que durante los seis primeros meses de vida el bebé tome exclusivamente leche materna y partir de ahí, hasta el fin de la lactancia, la ingiera mezclada con leche artificial. Sin embargo, la cuestión

principal no es tanto la duración de la lactancia sino la forma en que se produce el destete.

Las actuaciones del bebé son “hacer” caca, pis, succionar y llorar/reír. Actos que además de necesarios le resultan placenteros, especialmente succionar y hacer caca, siendo muy común que las mamás feliciten y acaricien a sus bebés después de comprobar que han hecho caca, entendiendo que esto es muy beneficioso para su salud, algo que el bebé percibe como un premio, estableciendo una relación basada en caca = caricias, sirviéndose del esfínter anal para asegurarse la atención y mimos de su madre.

Por otra parte, la interrupción abrupta de lactancia suele ser percibida por el bebé como una consecuencia por lo que venía haciendo (succionar), retrayéndose en esa actividad ligada al esfínter oral, es decir, a la boca, y sus futuras actuaciones pueden verse comprometidas por el temor a sufrir nuevamente la privación de algo muy anhelado.

Además de un destete gradual y explicado con palabras (en esta fase, el bebé suele haber superado su primer año y medio de vida), es muy importante que éste no coincida con el inicio de la dentición, algo muy común en tanto, a veces, a la madre le resulta muy doloroso continuar amamantándolo. En todo caso, se trata de evitar que el comienzo de la dentición y el destete sean simultáneos, en tanto que “morder” amplía los actos que el bebé puede realizar, y la coincidencia entre sus actos y la pérdida de algo esencial puede afectar muy negativamente a sus futuras actuaciones, especialmente las ligadas a la boca, asociándolas con consecuencias negativas.

Durante la primera infancia tiene lugar la escolarización, que implica la salida del hogar, pasando a compartir buena parte de

día con otros niños de su edad, teniendo que afrontar nuevas experiencias sin contar con la protección de sus familiares o cuidadores, teniendo que valerse por sí mismo. El inicio de la escolarización obligatoria, a partir de los 3 años de edad, constituye un momento crítico en el que suelen hacer acto de presencia algunas disfluencias del habla, dentro de lo que se conoce como “*tartamudez evolutiva*”, que tiene lugar entre los 2 y los 4—5 años de edad, dando cuenta de la dificultad que atraviesan los niños para comenzar a “funcionar” de forma más o menos autónoma.

No obstante, las “*disfluencias evolutivas del habla*” (tartamudez evolutiva) pueden comenzar antes de la escolarización, en el seno familiar o en la guardería, con el denominador común de la exposición que siente el niño/niña a la hora de hacer frente a nuevos retos evolutivos, de los que hablar, asumiendo su identidad y posicionándose ante los demás, resulta especialmente arriesgado y complejo.

No hay que olvidar que hablar no es sólo emitir sonidos, sino que lo que decimos nos representa, requiriendo cierta coherencia personal; algo bastante complicado a edades tan tempranas y que suscita en el niño un cierto temor, que puede traducirse en disfluencias.

Hemos comentado repetidas veces que las disfluencias evolutivas del habla suelen desaparecer en la mayoría de los casos, dando paso a un habla fluida, pero otras permanece y es ahí cuando realmente podemos comenzar a hablar de tartamudez infantil. Resumiendo, cuando los padres observen que en torno a los cinco años permanecen las disfluencias, deben solicitar los servicios de un especialista.

Sin embargo, ya durante la fase de las disfluencias evolutivas del habla, existen una serie de pautas, juegos y ejercicios que se pueden poner en práctica para prevenir la fijación de la tartamudez.

PAUTAS FAMILIARES

Se trata, una vez más, de ofrecer al niño tranquilidad y continuidad afectiva, convirtiendo el lenguaje y la palabra en el instrumento preferido para ello. Resulta especialmente llamativo comprobar cómo la mayoría de las personas disfluentes, tanto niños como jóvenes y adultos, afirman que les encanta hablar, a pesar de ser precisamente el habla su caballo de batalla diario. Para ello, es interesante tener en cuenta una serie de consideraciones:

— Hablar de forma divertida, de manera que las palabras expresen alegría y positividad.

— Hablar sosegadamente y sin gritos (la palabra gritada pierde su significado original y se transforma en una agresión).

— No ayudar a completar las palabras o frases ni felicitar cuando hable fluidamente.

— Escuchar lo que dice cada miembro de la unidad familiar, sin interrumpir, competir o corregir continuamente (algo muy común por parte los hermanos mayores, en un intento de prevalecer o destacar sobre los más pequeños).

— Promover el diálogo, tanto en lo trivial como el diálogo reflexivo, de forma que el niño vaya acostumbrándose a tener su propia opinión, en principio sobre asuntos cotidianos y más adelante para posicionarse respecto a cualquier tema.

— Evitar al niño situaciones complicadas, por ejemplo, pedirle que hable ante los demás con ocasión de una celebración familiar.

— Estar atentos para evitar las comparaciones con otros niños, ante el riesgo de apocarlo en vez de estimularlo.

JUEGOS Y EJERCICIOS

Así como los adultos poseemos la capacidad para diferenciar entre ficción y realidad, en las edades más tempranas y durante la niñez, ficción y realidad no son dos instancias separadas, de forma que lo imaginado o lo jugado es tenido como algo real, constituyendo para el niño una forma de apropiación personal de la realidad, adaptándola con arreglo a sus deseos y también a sus temores.

El mundo de los juegos abre la posibilidad de intervenir en el imaginario infantil y reforzar determinados aspectos, como la forma de entender y de situarse en la vida.

El niño disfluyente, y con gran frecuencia los jóvenes y adultos que tartamudean, suelen presentar una especie de “desubicación personal”, viviendo desde una cierta provisionalidad, como si tuvieran pendiente establecer qué lugar van a ocupar en el mundo. En este sentido, es bastante común que los más pequeños presenten dificultades de orientación y les resulte complicado manejar las relaciones espaciales y temporales.

Los conceptos de espacio y tiempo no son innatos, sino que se elaboran y estructuran a través de la experiencia.

De orientación espacial:

Se trata de que el niño/niña consiga establecerse él mismo como punto de referencia de todo el sistema, llegando a “entender el mundo respecto a mí”. Para ello, la primera referencia es el propio cuerpo, diferenciando los elementos anatómicos básicos

del ser humano, siendo muy importante que pueda realizar esta labor tanto en su propio cuerpo como en el de algún familiar, reforzando la diferencia entre “tú” y “yo”.

La orientación respecto al propio cuerpo debe ser completada con ejercicios de lateralización, que suelen interiorizarse entre los 4 y 5 años, manejando los conceptos de izquierda-derecha, arriba-abajo, delante-detrás, inicialmente respecto a uno mismo y más adelante en relación a los demás, poniéndose en su lugar, es decir, imaginando los cambios que pueden ocurrir al variar el centro de referencia.

Otro aspecto importante de la orientación espacial es el manejo de las relaciones espaciales, llegando a comprender los conceptos de distancia (proximidad o lejanía), dimensión (grande, mediano, pequeño), tamaño (alto-mediano-bajo), etc.

Un paso muy útil para afianzar la orientación espacial es adquirir conciencia de los puntos cardinales, en tanto al manejarlos el niño pasa a tener un lugar propio, a la vez que comprende que él forma parte de la Tierra, algo mucho más amplio.

De orientación temporal

El hecho de que percibamos la realidad en términos espacio-temporales implica la existencia muchas similitudes entre ambas orientaciones, que de hecho son concebidas como un todo indisoluble. Para el niño, la apropiación de la noción de tiempo es muy posterior a la de espacio, por ser algo más conceptual y abstracto, estrechamente relacionado con el lenguaje, en tanto lo “espacial se ve” y lo “temporal se piensa”.

Siguiendo con nuestro propósito de que el niño perciba y se apropie de un lugar en el mundo, la ubicación temporal resulta

ineludible y para ello debe hacer suyos una serie de conceptos, especialmente la forma de medir el tiempo.

Sorprende comprobar cómo la mayoría de los niños disfémicos que he tenido ocasión de atender, presentan dificultades tanto para manejar la orientación espacial como para conceptualizar el tiempo y concretamente para entender y utilizar el reloj analógico, algo que en general comienza a ser posible a partir de los 5 años de edad, dando cuenta de la “desubicación personal” en que suelen vivir y las dificultades que encuentran para construir y asimilar sus propias referencias.

Inicialmente se trata de que adquiera los conceptos más elementales: antes-después, mañana-tarde-noche, ayer-hoy-mañana, días de la semana, meses y estaciones del año, etc., pasando a familiarizarse con el uso del reloj analógico, comenzando sólo con la aguja de las horas y posteriormente con la de los minutos. La mayor dificultad viene dada por el hecho de que en realidad no es un solo reloj, sino dos relojes en uno: el de las horas y el de los minutos, sin contar el de los segundos. Para practicar, resulta muy cómodo utilizar un reloj de pared de bajo precio, quitándole la esfera, haciendo posible que el niño no sólo comprenda y vea, sino que “toque” el tiempo.

El manejo de secuencias resulta muy útil para optimizar la organización y estructuración temporal del niño. Para ello, podemos recortar viñetas que representen la secuencia temporal de una aventura o de un acontecimiento, presentándolas desordenadas, proponiendo al niño/niña que proceda a ordenarlas con arreglo a la secuencia temporal de las mismas.

Otro tipo de secuencias son las rítmicas, que pueden realizarse a través de canciones motrices, muy adecuadas en tanto cantar

en grupo, tocando las palmas o moviendo pies y manos, favorece la inscripción del niño en el espacio y el tiempo, facilitando el desarrollo auditivo, del lenguaje y su socialización. Se puede comenzar con las canciones motrices más sencillas, como “los cinco dedos de la mano” (para facilitar el conocimiento del cuerpo), “un elefante se balanceaba” (fomentando el equilibrio estático y dinámico, dentro de la ubicación espacial), o “los días de la semana” (favoreciendo la orientación temporal).

Aprendizaje multisensorial

Partiendo de la existencia en origen de descompensaciones a nivel de la especialización sensorial que comprometieron las pudas sinápticas y la eficacia de la multisensorialidad, primando lo visual ante el resto de los sentidos, como forma de garantizarse la continuidad de una relación en espejo con la madre; se hacen necesarias diversas intervenciones en este campo al objeto de prevenir potenciales trastornos del lenguaje, cambiando la visión por mirada, es decir, introduciendo el criterio personal en lo relativo a la visión, de forma que el niño pase de “ver indiscriminadamente” a “mirar selectivamente”, a la vez que potenciando el resto de percepciones sensoriales, al servicio del desarrollo del lenguaje, reforzando y poniendo a punto el dispositivo multisensorial. Para ello, proponemos trabajar los siguientes aspectos:

— Discriminación visual: a través de juegos y ejercicios que desarrollen la capacidad de diferenciar a través de la visión, por ejemplo buscando determinados detalles en una imagen, cuya distinción no resulte demasiado fácil, o encontrando las diferencias entre dos imágenes aparentemente iguales. No se trata, por tanto de emparejar fichas o cromos por semejanza, sino de todo lo contrario: aprender a encontrar singularidades y a diferenciar entre imágenes aparentemente iguales.

— Potenciación del tacto: proponiéndole reconocer determinados objetos, con los ojos cerrados, tocándolos. Para ello, se ofrece al niño/niña un antifaz, situándolo ante una variedad de objetos que debe palpar e identificar, por su forma o textura, invitándolo a que explique qué característica o peculiaridad del objeto le ha permitido su reconocimiento.

— Potenciación del gusto: planteándole identificar con los ojos cerrados determinados sabores fácilmente reconocibles, intentando que no exista excesiva semejanza entre ellos, invitándolo a que exprese cuáles son sus sabores preferidos. El juego puede realizarse tanto con líquidos como con alimentos sólidos y, a medida que vaya progresando, se irá aumentando la dificultad, felicitándolo por sus logros y avances.

— Potenciación del olfato: de forma similar a los juegos anteriores, se trata de proponerle la identificación de diferentes olores, en principio fácilmente identificables. Una variedad de este ejercicio consiste en mostrarle previamente determinados productos, permitiendo que los huelga (pescado, queso, plátano, etc.) para que se familiarice con ellos y posteriormente, con los ojos tapados, proponerle que los reconozca.

— Potenciación del oído: a través de diferentes juegos, existiendo diversas posibilidades como, por ejemplo, grabando sonidos cotidianos (el ruido de un grifo abierto, de una puerta al cerrarse, el abrir de una cerradura o el sonido de la cisterna del inodoro) que el niño deberá reconocer. Otra variante sería identificar diferentes animales por el sonido que emiten, o determinadas canciones escuchando sólo una parte de las mismas.

— Potenciación del lenguaje: se trata, básicamente, de promover el uso del lenguaje disociándolo del sentido de la vista. Para

ello, se le propone una conversación sin mirada, es decir, con los ojos tapados tanto el adulto como el niño o a oscuras, de forma que la visión quede apartada, potenciando la expresión verbal, en las antípodas de la predilección por lo visual en la que el niño disfluyente “habla con los ojos”.

Este ejercicio resulta particularmente adecuado para que verbalice sus emociones y sentimientos, facilitando que pueda optar por la palabra como forma de expresión preferida. El juego resultará más divertido si participan en él varios miembros de la familia y se habla sobre temas que despierten su interés.

Desarrollo madurativo

Venimos insistiendo en la interdependencia existente entre la maduración neurofisiológica y la maduración psicoevolutiva, de forma que una no llega a producirse adecuadamente sin la otra, existiendo determinados avances madurativos que ejemplifican la relación entre lo fisiológico y lo psicológico, caso del *control de esfínteres*.

El control de la vejiga y los intestinos suele lograrse entre los 2 y los 3 años de edad, si bien, al estar directamente relacionados con el nivel madurativo del niño, puede tardar más en producirse.

Hemos mencionado con anterioridad que hacer caca constituye una forma específica de “comunicación” entre el bebé y su madre, de forma que éste, correspondiendo a las muestras de cariño, tanto a través de palabras como de las caricias que recibe de ella tras hacer caca, intuye que “hace caca para su mamá” o que “intercambia caca por cariño”,

Por tanto, sabemos que la relación inicial del bebé con quienes le rodean se produce a través de los esfínteres: el oral para succio-

nar, balbucear, llorar/reír, etc., y el anal, para expulsar las heces/pis y “comunicase” con la madre, operándose una cierta correspondencia funcional entre las producciones de ambos esfínteres.

Retener el pis o la caca, pasando a hacerlo cuándo y dónde el niño quiere, delimita una zona de autonomía que excluye a los demás. Se trata de un espacio donde el niño es quien decide, obteniendo placer de esta capacidad que le permite *diferenciarse* de la madre, constituyendo un hito en su desarrollo evolutivo.

El niño/niña debe ser informado sobre este proceso, sabiendo en todo momento qué está ocurriendo y qué se espera de él, siendo reforzado positivamente, evitando por todos los medios ser comparado o ridiculizado, especialmente por los hermanos mayores, haciéndole saber que es algo que tarda en conseguirse y que, a veces, hay retrocesos.

Es fundamental tener en cuenta que las contrariedades y experiencias frustrantes en el control del esfínter anal pueden encontrar reciprocidad en el esfínter oral, es decir, a nivel de la expresión hablada y por ende en la tartamudez.

El control de esfínteres sitúa al niño/niña ante una encrucijada en que debe decidir si apuesta por su autonomía, pasando a hacerse cargo de procesos fisiológicos como hacer pis o caca, marcando distancia con su mamá, que en lo sucesivo no formará parte de estas decisiones, o renunciar a esta posibilidad, permaneciendo fusionado a ella, adaptando la expulsión de orín y heces al requerimiento materno y a las “ganancias” emocionales que ello comporta.

Se debe tener muy presente que el control de esfínteres no debe responder a una cuestión de calendario sino de maduración,

debiéndose aguardar hasta el momento en que el niño/niña se encuentre preparado para ello.

Durante la fase de control de esfínteres puede resultar muy útil para el niño/niña jugar con agua, trasegándola, y con plastilina, moldeándola a su antojo y haciendo figuras con ella, facilitando lo que está por venir: “qué hacer con mi pis y mi caca”.

La dentición/masticación y el control de esfínteres constituyen dos fases cruciales en el desarrollo madurativo del niño, en cuanto inauguran su forma de “hacer”. La determinación con que los afronte marcará en buena medida su carácter de adulto, adquiriendo decisión a la hora de actuar o, por el contrario, manteniendo cierto temor a la hora de hacerlo, pudiendo extenderse al ámbito de lenguaje, en tanto hablar es un acto que implica una gran exposición personal.

Por último, dentro de este apartado, mencionar la frecuencia con que tanto niños disfluentes como jóvenes que tartamudean suelen retener sus heces, conservándolas para expulsarlas en lugares concretos, como la casa de sus padres o su propio domicilio, evitando hacerlo en otros lugares. Si bien este tipo de conductas no son privativas de la tartamudez, muestran la importancia que tiene la gestión de las propias heces como mecanismo de delimitación entre hacer lo que uno quiere, donde y cuando lo decide, o hacerlo, como en numerosos casos de personas disfluentes, repitiendo rituales infantiles, no abandonando una relación de dependencia.

Otro aspecto de suma importancia, también estrechamente relacionado con aspectos madurativos, es pasar de compartir el dormitorio o incluso la cama con los padres (colechó) a *dormir en su propio cuarto*.

Nuevamente nos encontramos ante una decisión que apunta a la separación gradual del niño en aras a ir adquiriendo autonomía personal, diferenciándose y siendo menos dependiente. Se trata de una decisión que los padres suelen tomar en torno a los dos años de edad del niño; criterio muy discutible, pues el mejor momento para pasarlo a su cuarto es cuando está madurativamente preparado para ello.

Anticipar o demorar el momento en que el niño pasa a su propio dormitorio, favorece conductas de apego, de “enganche”, que dificultan su evolución cognitiva. En todo caso, el niño ha de ser informado con anterioridad, creándole expectativas favorables respecto al cambio: se trata de una habitación muy bonita, vas a poder estar junto a todos tus juguetes, etc.; acompañándolo hasta que quede dormido.

Es importante destacar que con demasiada frecuencia, la decisión de cambiarlo de cuarto no responde objetivamente a la realidad madurativa del niño y a que se encuentre preparado para asumirlo, sino a sus progenitores, a los que, a veces, les cuesta renunciar al hecho de compartir espacio y tiempo con el niño, interfiriendo gravemente en sus procesos evolutivos y madurativos.

La adquisición de autonomía en relación con la *higiene personal* contribuye de forma muy eficaz a la diferenciación del niño, sacándolo de la relación fusional por la vía de ir afrontando gradualmente las labores relacionadas con su propio aseo, adquiriendo conciencia de su cuerpo, de su anatomía/fisiología y de los cuidados y labores que requieren.

Tradicionalmente, el niño/niña, tras serle retirados los pañales comienza a hacer caca en un orinal o bacinilla antes de pasarlo al wáter. Los niños de esta edad suelen mantener una identificación muy intensa con sus heces, de forma que así como antes de ser expulsadas son tenidas como algo propio, tras excretarlas continúan

manteniendo esa misma relación, de manera que “el destino de las heces es sentido como su propio destino”, siendo muy importante ayudarles a comprender que la caca, una vez expulsada, ya no es parte de él y que no debe sentir temor cuando desaparece por las cañerías, evitando así posibles escenas angustiosas cuando el niño deja de “ver” su caca, comprobando cómo desaparece en el inodoro.

En cuanto a la adquisición de rutinas de higiene personal, el niño/niña debe ser iniciado en las mismas en la medida que pueda hacerse cargo de ellas, dependiendo de sus propias habilidades y destrezas, por ejemplo a la hora de secarse tras un baño, siendo muy importante que los adultos no se excedan en este tipo de ayudas y que tomen la decisión de iniciar al niño en sus cuidados e higiene personal. Actuar de forma contraria implica que el niño no acceda al control de su propio cuerpo, no dejando de compartirlo, poniendo en peligro su evolución y adquisición de autonomía personal.

Las pautas propuestas sobre el amamantamiento, destete, control de esfínteres o abandono de la cama familiar “colecho”, son de tipo preventivo en cuanto apuntalan el adecuado desarrollo neurofisiológico y psicoevolutivo del niño/niña entre los 0 y los 3 años de edad, etapa clave en la constitución de las bases de su identidad, entendiéndose que es la mejor y más eficaz forma de prevenir la tartamudez.

Los juegos y ejercicios (orientación espacio/temporal, discriminación visual, potenciación de los sentidos, rutinas de higiene personal, etc.) van dirigidos más a la segunda infancia, etapa en que suelen hacer acto de presencia las disfluencias evolutivas del habla (tartamudez evolutiva), saliendo al paso de las mismas por la vía de incentivar el desarrollo madurativo del niño/niña, lo cual suele requerir la reestructuración de determinados aspectos a nivel familiar.

Niñez

En esta etapa, que abarca desde los 6 años hasta la preadolescencia, la disfluencias evolutivas del habla deberían haber desaparecido y en caso contrario, si permanecen, deberíamos referirnos a ellas como tartamudez infantil.

A continuación se describen una serie de juegos, ejercicios y medidas orientados a la intervención sobre la tartamudez en base al desarrollo que hemos venido realizando a lo largo del texto sobre su surgimiento y enraizamiento. La especificidad de estas propuestas no implica dejar de lado las procedentes de otros enfoques, muy a tener en cuenta, como por ejemplo la lectura en voz alta, lectura coral, la coordinación fono—respiratoria o la práctica del habla susurrada, ejercicios muy adecuados, típicamente logopédicos, o la aceptación del bloqueo propuesta desde la psicología clínica.

Respecto a leer en voz alta ha de procederse teniendo en cuenta el tipo y grado de tartamudez que presente el niño/a. Por lo general, es recomendable identificar el punto donde surge la dificultad, ya que hay niños y jóvenes que no logran leer de forma fluida ni tan siquiera encontrándose solos. Otros, lo consiguen delante de su mascota, pero no de otras personas.

Se trata, por tanto, una vez identificado el punto de surgimiento de la dificultad, de actuar de forma gradual, para que la persona no se vea enfrentada a algo que ve imposible superar. Así, por ejemplo, si le resulta muy complicado leer en voz alta ante otra persona, habría que proponerle que se grabara él mismo en un teléfono móvil y, cuando superara esta fase, sugerirle otras situaciones que lo vayan acercando progresivamente a leer en voz alta ante otra persona. Por lo general, lo que más cuesta es leer ante público.

El habla susurrada resulta particularmente interesante tanto a nivel de conversación como de lectura, ya que el niño, o en general la persona que la practica, se siente menos expuesta ante los demás, mitigando sus temores y favoreciendo la fluidez del habla.

Las bases de la intervención que venimos anunciando son muy similares a las aplicadas para la infancia, si bien adaptadas y con mayor complejidad, así, por ejemplo, el manejo e interiorización de nociones como la espacialidad y la temporalidad, deben ser ampliadas.

Orientación espacial

Utilizando dibujos o esquemas donde aparezcan tanto personas como objetos, proponiendo al niño/niña que describa las posiciones de unos respecto a otros. Por ejemplo, si dibujamos un niño junto a un balón, o una niña junto a un libro, la pregunta debería ser: qué posición ocupa el balón respecto al niño (izquierda, derecha, delante o detrás) y lo mismo con la niña y el libro. También, observando una imagen típica de varias personas en cualquier ambiente, preguntar: qué hay delante de..., debajo de..., a la derecha de...

Mostrarle el dibujo de una figura rectangular con varios componentes en su interior, de forma que deba describir qué lugar ocuparía cada uno de ellos si la vamos girando.

Continuando con el juego de encontrar las diferencias entre dibujos aparentemente iguales, o identificando errores gramaticales en un texto adecuado a su edad.

Aunque no se trata estrictamente de un ejercicio de orientación espacial, es muy recomendable que juegue con un globo terráqueo como forma de hacerse una idea global del mundo en que vive, así como identificando el lugar concreto donde reside.

En esta etapa el niño/niña debe ser informado de aspectos genéricos de la vida cotidiana, para que vaya integrando los acontecimientos y noticias de lo que ocurre en el mundo, construyendo su propia opinión al respecto: ecología, turismo, política, deportes, valores cívicos, ocio, avances tecnológicos, inmigración, etc., todo ello para prevenir que pueda sentirse “fuera de juego” y que los demás formen parte de un todo del que él se siente excluido.

Orientación temporal

Completando la comprensión y uso del reloj analógico, con los “cuartos” y las “menos...”.

Profundizando en el establecimiento de relaciones temporales, comparando períodos e intervalos de tiempo, especialmente los empleados en el calendario, preguntándole desde cuántos minutos tiene un cuarto de hora o cuántos meses tiene una estación, hasta cuántos años tienen dos décadas, etc.

Proponiéndole que establezca equivalencias entre las medidas temporales: cuántas horas son 180 minutos, cuántas horas tiene un día o cuantos días tiene una semana y media.

Potenciación del lenguaje

Al niño disfémico le gusta hablar y ante sus bloqueos puede optar por continuar hablando o por retraerse y mantener el silencio para evitarse malos ratos. Una de las labores preventivas y de intervención sobre la tartamudez infantil es conseguir que el niño mantenga sus ganas de hablar, con independencia de que lo haga más o menos fluidamente, en tanto que la retracción hace imposible cualquier tipo de avance.

Aprovechando que los niños/niñas son muy curiosos y que les gusta superar retos, proponerles juegos de lógica o simples adivinanzas puede resultar un instrumento muy útil para que, al estar pendientes de encontrar la solución, dejen de estarlo de su habla y puedan participar en el juego de forma desinhibida.

Resulta muy llamativo comprobar cómo determinados juegos, como los trabalenguas, que normalmente resultan difíciles para las personas fluidas, son superados fácilmente por algunos niños disfémicos. Algo que puede explicarse al entender que el niño pasa de estar pendiente y preocupado por su forma de hablar (verdadera antesala de los bloqueos), a centrarse en la forma de superar la ejecución del trabalenguas, es decir, su atención se ha trasladado de sus dificultades de habla a la superación de un reto a través de un juego, algo similar a lo que ocurre cuando canta, pudiendo dejar de lado su “responsabilidad”.

Los niños/niñas disfémicos suelen ser bastante transparentes y poco dados a la mentira. En ellos predomina la bondad y la sinceridad, siendo muy contraproducente exigirles que siempre digan la verdad, algo que ya hacen. No se trata de fomentar la mentira, pero este tipo de exigencias, innecesarias, dejan al niño con su “intimidad” a la vista, dificultando que vaya configurando y delimitando su identidad personal.

Potenciación del lenguaje en relación con la mirada

A través de juegos como el clásico “Veo, veo”, que implica la conversión de la imagen en palabra cuando es el niño quien propone que los demás adivinen el objeto en que está pensando, y a la inversa, convirtiendo la palabra, por su inicial, en objeto, cuando es él quien debe adivinarlo; trazando un recorrido que parte de la distinción entre dos elementos (imagen y palabra).

Potenciación del lenguaje asociada al tacto

El ejercicio más elemental y no por ello menos interesante es la simple identificación de objetos por parte del niño/niña, mientras mantiene los ojos cerrados, a través del tacto. Otra variedad consiste en identificar texturas, siendo necesario tener preparados trozos parejos de diferentes tejidos, de forma que el niño tocando unos y otros vaya emparejándolos.

También, mediante juegos del tipo ¿Qué tengo en la mano?: se trata de que el niño tome un objeto familiar mientras el resto de participantes se mantiene con los ojos cerrados, debiendo adivinar de qué objeto se trata partiendo de la descripción que sobre él realice el niño, siendo muy conveniente que, en principio, se trate de objetos fácilmente diferenciables, que luego serán sustituidos por otros cuya descripción sea más complicada.

Este juego puede practicarse a la inversa, es decir, siendo el niño, junto con el resto de participantes, quien deba adivinar de qué objeto se trata, partiendo de la descripción que realice alguno de sus familiares.

Resulta evidente que la mirada pasa a tercer plano, siendo desplazada tanto por el tacto como por la palabra, colaborando a la especialización sensorial del sentido del tacto.

Potenciación del lenguaje asociada al oído

Se trata de proponer al niño/niña juegos consistentes en identificar sonidos de todo tipo, en este caso haciéndolo de forma más compleja que para la etapa infantil. Así, por ejemplo, proponerle que identifique determinadas canciones o melodías que habrá escuchado previamente, facilitándole bien

un fragmento musical o parte de la letra, si se trata de una canción, debiendo tararearla o cantar algún fragmento de la misma.

Aprender música y practicar con algún instrumento puede contribuir de forma muy importante a la especialización sensorial del sentido del oído.

Potenciación del lenguaje asociada al olfato

De forma similar a la propuesta para la potenciación descrita para la etapa infantil, una forma de intervenir potenciando el lenguaje en relación con el sentido del olfato, pasando a segundo plano lo visual, es ponerlo ante varios productos, por ejemplo perfumes, fácilmente identificables por su olor, para que los identifique al tiempo que va describiendo qué sensaciones percibe ante cada uno de ellos.

Potenciación del lenguaje asociada al gusto

Planteándole que identifique alimentos o bebidas, por su sabor, describiendo qué característica le ha permitido reconocerlos, así como explicando cuáles y porqué le gustan más o menos. Todo ello, claro está, con los ojos cerrados.

Desarrollo madurativo

La deseable maduración psicoevolutiva del niño/niña se verá muy beneficiada con la práctica cotidiana de la conversación, no sólo en términos prácticos (dame eso, toma esto, aquello me gusta, etc.), sino con la observación y participación en conversaciones que no estén limitadas por la consecución de un objetivo concreto a corto plazo, es decir, por la practicidad.

El gusto por la conversación es algo que se puede crear, en todos los sentidos, incluso cuando hay disparidad de criterios, pudiéndose disentir razonadamente y no a través de un gesto o de una mirada, es decir, sin palabras.

La toma de decisiones también es un extremo muy importante en el proceso madurativo y de forma especial en los niños disfémicos, muy acostumbrados a agradar y poco a decidir.

Los juegos, ejercicios y medidas propuestos para esta etapa (potenciación de la orientación espacio/temporal y del lenguaje en relación a la mirada, tacto, oído, olfato y gusto), forman parte de la intervención sobre la tartamudez, estando orientados a favorecer la maduración del niño/niña por la vía de que vaya delimitando y apropiándose de un espacio personal propio, a la vez que incrementando su especialización sensorial como forma de optimizar el funcionamiento del aparato multisensorial, mejorando sus procesos sinápticos, habilitándolo para la ejecución normal de procesos mentales de gran intensidad.

A veces, el correcto desarrollo psicoevolutivo del niño, ya desde la infancia, requerirá la variación de algunas pautas a nivel familiar, implicando a padres, hermanos y familiares, facilitando los procesos madurativos para la conformación de la identidad del niño.

Adolescencia y edad adulta

Sabemos que la adolescencia constituye el tercer gran momento estructurante del psiquismo humano, precedido de la identificación con la madre en el *estadio del espejo* y de los avatares que tienen lugar durante la *etapa crítica/prelingüística*.

Durante la adolescencia todo continúa abierto, siendo la última “gran oportunidad” para que se produzca una maduración psicoevolutiva saludable. Una vez transcurrida e ingresando en la edad adulta las cosas serán diferentes: ya no se tratará de constituir nuestro psiquismo, que estructuralmente ya lo está, sino de ir introduciendo cambios y variaciones que puedan transformar ciertos aspectos que producen disfunciones y nos acarrear malestar, caso de la tartamudez.

Pero no hay que desesperar, ya que existen una serie de medidas y propuestas que actúan en favor de la consecución de mayores espacios de fluidez, mitigando el malestar que provoca el tartamudeo, alguna de ellas, como apuntábamos en el apartado de la “niñez”, procedentes de otros enfoques, por ejemplo leer en voz alta, la lectura coral, el habla susurrada, coordinación fono—respiratoria, abandono de conductas evitativas o la aceptación del bloqueo. El método del silabeo, marcando el ritmo con los dedos de la mano mientras se habla, también puede colaborar para evitar bloqueos, si bien es una práctica que suele abandonarse por la artificialidad que supone hablar de esta forma y la provisionalidad de sus beneficios.

Siguiendo nuestra línea expositiva, a continuación se proponen una serie de consideraciones, propuestas y ejercicios para jóvenes y adultos disfluentes, para fomentar cambios madurativos y potenciar la identidad y autonomía personal, desligándose de la continua referencia “al otro” característica de la tartamudez.

Identificación del rol

Se trata de revisar el esquema afectivo familiar y la forma en que circulan las emociones, afectos y sentimientos dentro de la familia, aunque ya no se comparta el espacio físico del hogar.

A veces, lo más evidente es lo más difícil de ver. En la novela “La carta robada”, de Edgar Allan Poe, la policía busca una carta que ha sido robada en las cámaras reales, registrando la casa del supuesto ladrón, mirando en los lugares más insólitos cuando, en realidad, se hallaba a la vista de todos, en el lugar destinado a las cartas.

A nivel familiar, al estar todo como siempre, parece que nada llamativo o extraño puede estar ocurriendo. Sin embargo, es muy frecuente que determinadas asignaciones de roles resulten perjudiciales para alguno de sus miembros.

Si bien no puedo afirmarlo taxativamente, al no existir estudios o investigaciones que lo avalen, basándome en mi propia experiencia y en la de otros colegas, parece que la tartamudez recae en mayor medida sobre los hijos varones menores.

De ser así, habría que sopesar qué tipo de expectativas familiares recaen sobre este chico y lo que supone para él que, al contrario que sus hermanos mayores, no tenga la posibilidad de traspasarlas al siguiente hermano, por ser el último, pasando a hacerse cargo de una especie de “hipoteca familiar”.

Expectativas

Es muy frecuente confundir la madurez intelectual con la madurez emocional y sentimental, de manera que la adquisición de conocimientos académicos no implica necesariamente avances si-

milares a nivel de la maduración personal y de hecho, al trabajar con personas disfémicas de distintas edades, se comprueba cómo con independencia de los logros culturales, subyace un notable déficit madurativo.

Según mi experiencia, la inmadurez suele corresponderse con haber vivido pendiente de satisfacer las expectativas ajenas, dejando las propias en segundo lugar o incluso careciendo de expectativas personales.

Separar lo que uno espera de sí mismo, de lo que suponemos que se espera de nosotros, permite establecer y cumplir las propias expectativas, contribuyendo de forma importantísima a consolidar la identidad personal.

Criterio

De forma similar a lo comentado sobre las expectativas, las personas disfémicas suelen adolecer de un criterio personal consolidado, moviéndose en función del criterio de los demás o adaptando el propio a las circunstancias que vayan surgiendo.

Es muy importante tener presente que cuantas más variables intervengan, más compleja y ardua será la actividad neuronal necesaria para su procesamiento, resultando muy conveniente reducir el número de variables como forma efectiva de minorar los bloqueos, resultando muy favorecido por el ejercicio del propio criterio.

Saber qué se quiere y porqué, trazando una “hoja de ruta” y tomando decisiones, permite afianzar la autonomía personal y apuntalar la identidad.

Ética

Los bloqueos constituyen la parte visible de la tartamudez y su aparición, como hemos venido afirmando, puede deberse a múltiples factores (no haber logrado diferenciarse suficientemente y carecer de un lugar personal propio, identidad precaria construida en base a imitaciones, temor al rechazo, etc.), ocupando un lugar muy importante el posible sentimiento de culpabilidad.

Tener la sensación de estar defraudando o ser un problema para los demás, especialmente para las personas más queridas, afecta gravemente a la autoconfianza, favoreciendo los bloqueos en el habla.

Apostar por un comportamiento ético, coherente y respetuoso con los demás, aporta sosiego y paz personal, alejando la autorre-criminación y sus nocivos efectos sobre la fluidez.

Aceptación de la realidad

En un doble sentido. El primero, tomado de las pautas ofrecidas desde la psicología clínica, aceptando la tartamudez, pasando a segundo plano la obsesión por alcanzar la fluidez. El mito de la fluidez total, desde mi punto de vista, es el principal factor que contribuye a no salir nunca de la tartamudez o, mejor, de la “personalidad tartamuda”. Es de sobra conocido el hecho de que no ocultar que se tartamudea ayuda a hablar más fluidamente y, contrariamente, el intento de ocultar la tartamudez contribuye decisivamente a que esta se manifieste de forma más intensa.

El segundo, en la esfera de la personalidad y el carácter, se refiere a aceptarnos tal como somos, sin intentar deslumbrar o impresionar a nadie. Resulta muy sencillo comprobar cómo el

comportamiento social de las personas que tartamudean posee un componente narcisista muy importante, de forma que, seguramente para lograr la aceptación y evitar el rechazo, tienen una acusada tendencia a presentarse como “lo más de lo más”, otorgándose una importancia desmesurada, reclamando una atención y admiración excesivas.

Se trata de aceptar, en la mayor medida posible, tanto la tartamudez como las limitaciones personales que todo el mundo tiene y que las personas que tartamudean se afanan en ocultar. Mantenerse fuera de la aceptación de la realidad conduce a grandes fracasos, cuando no directamente al sufrimiento, bien como resultado de venirse abajo por algún bloqueo que da al traste con la intención de disimular u ocultar la tartamudez, o por no conseguir el objetivo de “brillar” y ser “el centro”.

Centralidad

Muy alejada de la aspiración de ser el “centro para los demás”, se abre la posibilidad de configurar la propia centralidad, es decir, de configurar “mi centro para mí”.

En ese sentido, las técnicas de meditación pueden contribuir de forma muy adecuada a “encontrarse uno mismo” o, lo que es mismo, a constituirse en el centro de la propia vida.

Optar, si resulta posible, por emanciparse de los padres y compartir/alquilar/comprar una vivienda, rehusar a determinadas ayudas económicas familiares sin las que se puede salir adelante, o vivir con sobriedad sin dejarse influir por el consumo, etc., refuerzan la centralidad personal y contribuyen a “ser” y “sentirse uno mismo”.

Rectificación subjetiva

Venimos planteando, en relación a los jóvenes y adultos, una serie de propuestas que pueden ampliar los espacios de fluidez y reducir el malestar generado por el hecho de tartamudear. Ahora bien, no cabe esperar, de ningún modo, que la simple lectura o la aplicación esporádica de las mismas se traduzca en la obtención automática de estos avances.

Resulta poco estimulante reconocer que las personas disfémicas, especialmente cuando se ha accedido a la edad adulta, funcionan en “piloto automático”, es decir, con determinadas inercias tanto a nivel de la personalidad como del carácter.

Parece bastante obvio que para que las cosas cambien “hay que cambiar algo”, ya que de otra forma sólo podríamos hablar de variaciones superficiales, destinadas al olvido. Se trata, por tanto, de apostar por dar la vuelta a determinados aspectos de la vida, ante la evidencia de que conservarlos y repetirlos implicaría que todo continuase igual.

Tampoco debemos engañarnos, pues no todo se logra a base de voluntad, aceptando que, a veces, los objetivos se resisten y que hay aspectos personales muy arraigados, cuya erradicación es una labor ardua y muy complicada.

Terapia

La optimización de las medidas descritas tanto para la prevención como en la intervención en la tartamudez infantil, juvenil y de adultos, se consigue a través de la ayuda psicoterapéutica, en tanto a nivel preventivo aporta una visión panorámica de la situación que permite incidir en los puntos y momentos adecuados, y en la tartamudez de

jóvenes y adultos por facilitar ir deshaciendo nudos y entramados personales y familiares, creando espacios nuevos, contribuyendo a la clarificación personal y eliminando obstáculos que dificultan la fluidez.

Teniendo en cuenta que muchas personas que tartamudean mejoran notablemente su fluidez cuando representan un papel distinto al suyo, la terapia grupal basada en el cambio de roles (role playing), como la desarrollada en los grupos de psicodrama, puede resultar muy beneficiosa no sólo en términos de mejorar la fluidez mientras se habla desde “otro lugar”, permitiendo que la persona disfémica llegue a identificar qué puntos de vista, criterios y modos de actuar con los demás lo representan a él/ella, prescindiendo de aquellos aspectos que en la vida cotidiana venía representando y que respondían a mantener la aceptación y evitar el rechazo de los demás. Este tipo de terapia grupal, al situar a la persona “en lo suyo” fortalece de la identidad, ejerciendo efectos favorables sobre la personalidad, el carácter e, indirectamente, sobre el habla.

Las propuestas realizadas para la intervención sobre la tartamudez en la etapa juvenil y en la edad adulta (identificación del rol a nivel familiar, dejar de satisfacer las expectativas ajenas, consolidar el criterio personal, actuar éticamente, aceptar la realidad, fomentar el concepto de centralidad o seguir una terapia como forma de deshacer nudos y entramados personales y familiares), son compartidas por el adolescente y el adulto que tartamudea en tanto ambos tienen pendientes labores madurativas que, en un caso, lo afiancen en su evolución hacia la madurez y, en el otro, le permitan realizar rectificaciones que lo consoliden como sujeto.

A nivel neuronal, el adolescente todavía no ha cerrado su última gran poda sináptica, estando a tiempo de constituir su identidad personal partiendo de un desarrollo neurofisiológico saludable, mientras que el adulto puede evolucionar a través de la plasticidad neuronal mediante el aprendizaje.

CONCLUSIONES

La afirmación sobre el desconocimiento del origen de la tartamudez, así como que se trata de un trastorno multicausal derivado de la genética, viene siendo el axioma que encontramos en la práctica totalidad de los estudios y publicaciones sobre este tema.

La dificultad para determinar su etiología obedece tanto a la complejidad del propio fenómeno, existiendo tantas tartamudeces como personas que tartamudean, como a la obstinación en someterlo a determinados modelos interpretativos, especialmente de base biogenética y anatómico-funcional.

En el texto hemos tratado de establecer una interdependencia entre estos modelos y el psicoevolutivo, mostrando cómo actúan en mutua reciprocidad para el normal desarrollo neurofisiológico y psicomadurativo del bebé/niño, entendiendo que la estimulación en edades tempranas constituye la base de la poda sináptica, necesaria para la especialización sensorial y el acceso a un complejo multisensorial eficiente, capaz de afrontar los retos que exige una actividad neuronal muy intensa, como la experimentada durante la fase de adquisición del lenguaje, pudiendo traducirse en colapsos de transmisión sináptica debidos a una especialización sensorial descompensada, tendiendo a repetirse en etapas posteriores, sobre todo en momentos críticos, cuando resulta necesario

utilizar al máximo “los recursos del sistema”, como en la tartamudez a la hora de afrontar determinadas situaciones.

La mencionada descompensación de la especialización sensorial, según hemos venido expresando, se debe fundamentalmente a una identificación en espejo del bebé con la imagen de su madre durante la primera etapa de su vida, algo común para todos los bebés en tanto el ser humano nace muy inmaduro neurológicamente, teniendo pendiente una posterior separación, pasando a reconocerse en su propia imagen. Extremo que no se produce de forma suficiente en la tartamudez, permaneciendo “enganchado” a esa imagen a través de la mirada, comprometiendo el desarrollo del lenguaje en tanto al sentirse identificado con ella, la mediación de la palabra resulta innecesaria.

Hemos apuntado la importancia que tiene la crianza del bebé, mencionando la trascendencia de procesos como la lactancia, el destete, la dentición, etc., así como el papel que se le asigna dentro de la unidad familiar, comenzando por la forma en que empieza a ser tratado y mirado tras su nacimiento, destacando la relevancia de la palabra y la estimulación, ya desde la etapa prenatal, siendo fundamental evitar convertirlo en “objeto” de la mirada, exponiéndolo al riesgo de permanecer atrapado en la relación de espejo, característica de la tartamudez, que se traduce en vivir pendiente del otro para asegurarse su apego y evitar el rechazo.

Hemos propuesto una serie de juegos, ejercicios y medidas, tanto a nivel preventivo ante las disfluencias típicas de la infancia, como de intervención en la tartamudez de niños, jóvenes y adultos; la mayor parte de ellos dirigidos a delimitar y fortalecer la identidad, como forma de diferenciarse de los demás y de sus expectativas, incrementando su autonomía y la configuración de una personalidad y carácter propios, recomendando, en su caso,

ayuda terapéutica para allanar el camino de obstáculos, a veces soslayados y no siempre evidentes, a nivel personal, familiar o social; entendiendo que el aprendizaje madurativo contribuye decisivamente en los procesos de plasticidad neuronal.

También hemos abordado la importancia de la escolarización en tanto implica la salida de la seguridad del hogar, pasando a compartir bastantes horas del día con otros niños de su edad, debiendo afrontar valerse por sí mismo, constituyendo un momento crítico, especialmente durante la fase de disfluencias evolutivas del habla, siendo muy conveniente, sobre todo si los bloqueos persisten más allá de los cinco o seis años, establecer una comunicación entre la familia, el profesional que lo venga tratando y el maestro / responsable de Audición y Lenguaje (AyL).

Partiendo de la observación clínica hemos planteado la inexistencia de la tartamudez en personas ciegas de nacimiento (salvo la debida a lesiones cerebrales o daños neurológicos: tartamudez neurogénica), mencionando diversos estudios neuropsicológicos que relacionan la función visual con la adquisición del lenguaje, así como la descompensación de la especialización sensorial en favor de la visión con el surgimiento de trastornos del lenguaje, como la tartamudez.

Pendiente de confirmación a través de estudios epidemiológicos, reviste especial interés la comprobación estadística de a qué personas afecta más la tartamudez, no sólo en relación al sexo y la edad, que son las distribuciones más utilizadas, resultando de especial interés conocer si incide con “mayor frecuencia” en los hijos varones menores, ya que de confirmarse nos encontraríamos ante la evidencia de que las expectativas parentales y el rol asignado a cada niño o niña, son factores determinantes para el surgimiento de la tartamudez.

PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN

Se propone la elaboración y desarrollo de proyectos de investigación que aborden el estudio epidemiológico de la tartamudez, con muestras significativas, en relación al número de hijos y el lugar que se ocupa en la fratría, así como la influencia de la función visual en el desarrollo del lenguaje y la incidencia de la tartamudez en colectivos con la visión afectada, aplicando los resultados tanto a nivel preventivo como en el tratamiento de la tartamudez.

BIBLIOGRAFÍA

BURNHAM D. y DODD, B. (2004) Integración auditiva-visual del habla por infantes prelingüísticos. *Dev Psychobiol* 45(4): 2004-20.

CABRERA VALLET, A. (1994) Una paradoja del habla. La tartamudez. Valencia: Linx.

CARRERAS (1989) y TAFUNELL (2003) Evolución de la esperanza de vida en los últimos 100 años. INE y Human Mortality Database.

CRUZ, H., HAMORIN, H., BEC, G. y NUNNES, R. (2018) Tartamudez neurógena. *Revista de neurobiología*, núm. 2.

DIEFFENBACH, J.F., (1841) De la curación de la tartamudez mediante una nueva operación quirúrgica). *Anales de la cirugía francesa*, París.

DOLTÓ, F. (2002). Seminario de psicoanálisis con niños. México: Siglo XXI.

GALLEGO CALVO, E. (2009). Sobre la adquisición de lenguaje y la función psíquica del grito y el silencio. Inédito.

http://www.psicoterapiaenmadrid.com/el_grito_de_munch.pdf

GALLEGO CALVO, E. (2012) Causalidad psíquica y topología de la tartamudez. Consecuencias clínicas. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica, núm. 11. Madrid: Asociación madrileña de psicoterapia psicoanalítica (FEAP).

http://www.psicoterapiaenmadrid.com/psiquismo_de_la_tartamudez.pdf

GALLEGO CALVO, E. (2015) Importancia de los factores ambientales en la maduración neurofisiológica, la evolución cognitiva y la estructuración psíquica (relevancia etiológica). Revista de Psicoterapia Psicoanalítica, núm. 17. Madrid: Asociación madrileña de psicoterapia psicoanalítica (FEAP).

http://www.psicoterapiaenmadrid.com/factores_ambientales.pdf

GARCÍA HIGUERA, J.A. (2003) Terapia psicológica del tartamudeo. De Van Riper a la Terapia de Aceptación y Compromiso. Barcelona. Ariel Psicología.

GARCÍA MORENO, J. (2015) Evaluación y tratamiento de la tartamudez. Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid.

GOÑI BOZA, E. (2015) Ambliopía, más allá de la agudeza visual: su influencia en la percepción del habla. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular, 13(2): 135-141.

GUOMEL TANG y col. (2014) Pérdida de MTOR-Dependiente y autofagia neuronal como causas del autismo por déficits de la poda sináptica. Revista Neuron, vol. 83, nº 5. Madrid: Elsevier.

HALES, R.E., YUDOFKY, S.C. y TALBOTT, S. (1996) Tratado de psiquiatría, 2ª Edición, The American Psychiatric Press. Barcelona: Ancora.

KANDEL, E.R. (2007) En busca de la memoria. Buenos Aires: Katz Editores.

KANDEL, E.R. (2007) Biología molecular del almacenamiento de la memoria. Un diálogo entre genes y sinapsis. Barcelona: Ars médica.

LACAN, J. (2008) El estadio del espejo como fundador de la función del yo tal como se nos presenta en la experiencia analítica. Escritos I. Buenos Aires: Siglo XXI.

LACAN, J. (2008) Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis (Escritos I). Buenos Aires: Siglo XXI.

LACAN, J. (2008) El estadio del espejo como formador de la función del yo, tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica (Escritos I). Buenos Aires: Siglo XXI.

LORIENTE ZAMORA, C. (2007) Antropología de la tartamudez: etnografía y propuestas. Barcelona: Bellaterra.

LORIENTE ZAMORA, C. (2013) Crítica y alternativa al modelo biomédico de la tartamudez. Universidad de Castilla la Mancha: Revista de investigación en logopedia, núm. 2.

MAROTO BENITO, A. (2008) Concepto y clasificación de los trastornos del habla, el lenguaje y la comunicación (Especialización en Audición y Lenguaje). Madrid: UNED.

MAROTO BENITO, A. (2008) Trastornos del habla (Especialización en Audición y Lenguaje). Madrid: UNED.

MARTÍN, D., MUÑOZ, N., VEGA, F. y FERNÁNDEZ-JAÉN, A. (2008) Anatomía, Fisiología y Neurología del Lenguaje (Especialización en Audición y Lenguaje). Madrid: UNED.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2018). CIE.10 (Clasificación internacional de enfermedades).

MOTLUK A. (1997) Cirugía contra el tartamudeo. *New Scientist/El Mundo: Revista de Salud y Medicina*

MUÑOZ, J.M. (2018) Causalidad mental y neurociencia: el modelo de la poda semántica (*Revista de teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia*, vol. 33). Universidad del País Vasco.

NASIO, J. D. (2001). *La mirada en psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa.

ROCHE, L.Ch. y SANSON, L.J. (1836) *Nuevos elementos de patología médico quirúrgica*. Madrid: Fontenebro.

SÁNCHEZ HÍPOLA, M.P. (2008) Aspectos evolutivos del pensamiento y el lenguaje. *Relaciones entre el lenguaje y el pensamiento (Especialización en Audición y Lenguaje)*. Madrid: UNED.

SÁNCHEZ HÍPOLA, M.P. (2008) Procesos y factores que favorecen la comunicación, el lenguaje y el pensamiento (*Especialización en Audición y Lenguaje*). Madrid: UNED.

SÁNCHEZ HÍPOLA, M.P. (2008) *Relación entre lenguaje y pensamiento (Especialización en Audición y Lenguaje)*. Madrid: UNED.

SÁNCHEZ SÁINZ, M. (2008) Bases para el desarrollo de las habilidades lingüísticas (Especialización en Audición y Lenguaje). Madrid: UNED.

STAHL, S.M. (1998) Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Barcelona: Ariel.

WHATKINS, K.E., STRAFELLA, A.P. y PAUS, T. (2003) Ver y escuchar: el habla excita el Sistema el sistema motor involucrado en la producción del habla. Neuropsicología, 41(8): 989-94.

WHITAKER, R. (2015) Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales. Madrid: Capitán Swing.

