

TRASTORNOS DE LA FLUIDEZ DEL HABLA: DISFEMIA Y TAQUIFEMIA*

Por **Miquel Serra Raventós**

*Profesor de Psicolingüística.
Universidad Central. Barcelona.*

PROBLEMA Y CONCEPTO DE FLUIDEZ

LA fluidez es una de las dimensiones del habla y, como tal, se aprende, se desarrolla y se automatiza, pero en este proceso, o en el estadio final, se dan muchas disrupciones. Son típicos los tuteos deliberativos, las prolongaciones reflexivas iniciales (e...), atrancarse en articulaciones complejas (trabalenguas) o también la inestabilidad (emociones fuertes). Todo ello se considera normal y no tiene ninguna connotación negativa.

Pero existen otras disrupciones que se consideran más excepcionales, por no decir anormales (excepto a los 3-4 años). Se trata de repeticiones de fonemas, sílabas, palabras, revisiones de palabras o frases (volver atrás), iteraciones, fonación disrítica y pausas de tiempo (tensas).

La interrupción de la fluidez afecta lógicamente a todas las demás dimensiones del habla y la comunicación y es vivida como un *handicap*, tanto para el emisor como para el receptor, con todas las consecuencias que esto comporta. Tal como lo explica Johnson (1959): «La disfemia es un problema de la conducta del habla en el cual se pueden destacar tres factores básicos: 1) la falta de fluidez en el habla, dándose repeticiones de partes de palabras, palabras enteras, prolongaciones de sonidos, interjecciones de sonidos o palabras y pausas excesivamente largas; 2) la reacción de los oyentes frente a las repeticiones del parlante, valorándolas como indeseables, anómalas o inaceptables; y 3) la respuesta del parlante frente a la reacción del oyente, frente a su problema y la propia idea de persona disfémica». Véase también cómo inicia Travis su definición (1971): «Trastorno nervioso de origen probablemente psicológico que afecta el ritmo y la fluidez...».

* Traducido del catalán por A. de Quadras.

MODELO SIMPLE DE PRODUCCIÓN DEL HABLA

Antes de entrar en consideraciones más precisas, es importante tener una idea sobre cómo pensamos que se produce el habla, para así intentar entender mejor dónde se puede situar el trastorno. Laver (1970) propone, por ejemplo, los siguientes niveles: 1) planificación central: ideación, programación del plano neurolingüístico (unidad?, realidad reglas?, etcétera); 2) ejecución: regulación motora, ejecución miodinámica; 3) control: autorregulación correctora con los canales: auditivo, táctil, propiceptivo (recuérdese el sistema del huso muscular con fibras alfa y gamma sobre el cual se basa una hipótesis explicativa interesante) y, finalmente, cognitivo.

ALGUNOS DATOS GENERALES

Inicio

Entre 18 meses y 9 años (Bloodstein, 1969). Normalmente se considera entre 3 y 4 años, la fijación también se puede dar a los 6 (lectura) y a los 12-13. (Véanse los patrones de inicio y evolución de Van Riper, más adelante.) Según Johnson no se da de forma instantánea (1959).

Incidencia

Según la ASHA (1952-1959) se encontró que, en los EE. UU., del 0,7 al 1 % de los niños en edad escolar eran disfémicos. Estos datos son parecidos a los que se dan para otros países. Es interesante señalar que según diversos autores, incluyendo Van Riper, creen que la incidencia tiende a disminuir

(¿?). Se sabe que es más frecuente entre niños que entre niñas. La proporción que se da es desde 2,2/1 hasta 5,3/1.

TEORÍAS: NATURALEZA Y CAUSAS

Van Riper (1971) cita que Sikorski ya en el año 1889 se preguntaba si se trata de un solo trastorno o bien de diversos que se han agrupado debido a que no han sido suficientemente analizados. Hoy aún no podemos contestar a esta pregunta tan simple y básica. Las complejidades de sus manifestaciones conjuntamente con la dificultad de establecer una frontera precisa han hecho que las múltiples investigaciones no hayan llegado a nada definitivo, manteniéndose el misterio etiológico que siempre le ha rodeado.

Las diversas clasificaciones hechas hasta ahora no han permitido establecer grupos «discretos» (Robinson, 1964, 100-1). Se puede decir que el único acuerdo que hay entre los autores es que no existe una sola causa sino que se trata de una interacción de factores diferentes en cada sujeto.

Teorías orgánicas

— *Factores genéticos.* En una amplia revisión, Beech y Fransella (1968) encontraron suficientes motivos para considerarlo como un factor importante, aunque no era claramente suficiente. En general se cree que la herencia puede incidir en una facilitación para que la fluidez sea frágil y vulnerable, necesitando factores ambientales para desencadenarla y psicológicos para mantenerla. No se puede olvidar aquí el hecho de la sensibilización familiar o la posibilidad de imitación en la solución de un conflicto, factores que pueden confundirse con los genéticos. Personalmente he tenido la suerte de haber podido estudiar tres generaciones de una familia muy numerosa sin poder llegar a ninguna conclusión, ni genética ni ambiental, después de un análisis detalladísimo.

— *Factores neurológicos.* La dificultad de hacer las transiciones de forma suave está presente en muchos trastornos claramente neurológicos y ha he-

cho pensar en este origen. Por ejemplo, en la hipertensión que se ve en una disartria atáxica (fricación → explosión, prolongaciones, etc.); en el ataque fonético de la disartria espástica; en las repeticiones que se parecen a la inercia señalada por Luria (1973) al hablar de la afasia motora eferente o cinética (página 185); y finalmente en otros trastornos ya más diferenciados como, por ejemplo, el habla parkinsoniana. Pero hasta ahora ningún estudio neurológico, ni central ni periférico, ha sido concluyente. Entre los factores neurológicos evolutivos han habido dos áreas muy estudiadas y de interés: la lateralización y la percepción auditiva central. La presencia de una mala lateralización entre muchos tartamudos hizo pensar en ello como un factor determinante (véase una buena revisión de este tema en Travis, 1978). Más recientemente se está hablando de una mala lateralización de las áreas del lenguaje, pero sin mucha evidencia de ello. Por lo que se refiere a la percepción auditiva, y a raíz de las conocidas experiencias de Lee (1951) en las que se provocaba una tartamudez artificial por una autorregulación auditiva retrasada (*Delayed Auditory Feedback* o DAF), se ha investigado extensamente esta posibilidad. Parece que algunos tartamudos, ajustando el tiempo a un cierto nivel, hablan mejor (...) (ya se han fabricado aparatos para esto...). Por otro lado, tenemos que decir que los atascos que se provocan en las personas de habla fluida no son como los de un tartamudo... (para una revisión, véase Sodeberg, 1969). También se ha visto que el «masking» con el DAF disminuye el bloqueo, aunque aquí podría haber un «efecto de distracción» y una modificación de las condiciones vocales, siendo ambos factores suficientes para explicar una mejora transitoria. Se espera que lo más importante de estas investigaciones sea un mejor conocimiento del papel del control auditivo en la fluidez (y en el habla), más que información sobre la tartamudez.

— *Crítica a las teorías orgánicas.* El principal hecho, en este sentido, es que la tartamudez es un fenómeno episódico. Ciertamente hay trastornos de este tipo, como la epilepsia, o estados, como la ansiedad, que podrían relacionarse con ella, pero no conclusivamente (la ansiedad, en la tartamudez, es más un efecto que una causa del bloqueo).

Teorías psicogénicas

La concomitancia de este tipo de factores es un hecho evidente. La cuestión está entonces en preguntarse: ¿causales o consecuentes? En relación con la posible causalidad, se ha de constatar que en muchos niños e incluso adolescentes no parece haber ningún factor psicológico asociado, al menos evidente. Si esta causalidad se sospecha pero no se ve cómo demostrarla, lo que sí se comprueba es que estos factores aumentan el problema y, sobre todo, lo mantienen (angustia y tensión, miedo y evitación).

— *Personalidad y teorías dinámicas.* ¿Se puede hablar de un perfil de personalidad típico entre los tartamudos? Está bien claro que no. Pero sí que se encuentra una tendencia más alta en neuroticismo e inadaptación, cosa, por otro lado, que también se encuentra en cualquier grupo sensibilizado. Otra cuestión es si se puede ver un perfil desde un punto de vista dinámico. Mediante las técnicas proyectivas sólo se ve también un nivel más alto de ansiedad. Coriat (1943) habla de una fijación oral (dependencia, pasividad, necesidad casi compulsiva de coger o ingerir, demandas narcisísticas del exterior). Stein (1953) habla de una regresión al balbuceo en las repeticiones y de la agresión que significan las prolongaciones. Barbara (1962, pág. 160) opina que sólo se puede decir que es un trastorno neurótico que se manifiesta en el habla. Fenichel (1945) veía en ello una fijación anal... Frente a estas opiniones se podría pensar si es útil o no una psicoterapia como tratamiento. Stein, respondiendo a esta pregunta, dice: «sí, pero no porque sea tartamudo, y ayudando a la logopedia».

Teorías conductuales

¿Es la tartamudez una conducta aprendida? Algunos hechos parecen apoyarlo: la tendencia al bloqueo en situaciones o palabras determinadas (no al fonema en sí, aunque los tartamudos lo digan a menudo). También lo hace pensar la adaptación progresiva que se manifiesta al repetir frecuentemente la situación, por ejemplo al leer sucesivamente un párrafo. De todos modos esto no es conclusivo. El primer argumento se puede rebatir diciendo que lo que está aso-

ciado es la expectativa de miedo, y el segundo por tratarse de una habituación que reduce la ansiedad, como también ocurre al recitar una serie conocida (nombres naturales) o al recitar una poesía.

— *Trastorno diagnosingénico.* Wendell Johnson, de quien hemos reproducido su definición, fue el primero en sistematizar el estudio de la influencia de la evaluación negativa del bloqueo por parte de los padres como sensibilizador y fijador del problema. Recuérdense los tres factores mencionados en su definición. Piénsese en qué solución puede encontrar el niño cuando «la autoridad, el ser querido y la sabiduría» le dicen que hable despacio, y que, al hacerlo, continúa bloqueándose como antes. El conflicto es evidente... También se ha dicho antes que los antecedentes también son sensibilizadores de la familia, haciendo más probable y más intensa la evaluación negativa.

— *Teoría del acercamiento-evitación y del conflicto del rol.* Wishner (1969) con su «teoría de la expectativa» nos replantea la antigua teoría de Sheenan: del exterior se crea ansiedad al niño al corregirle, y de aquí se forma un hábito de evitación y de posposición evitando ansiedad y autorreforzándose. Pero la evitación también puede ser una conducta desaprobada por el exterior, hablando y reduciendo la ansiedad a pesar del bloqueo. Esto provoca el dilema de acercamiento-evitación, típica fuente de angustia y neurosis. Éste también era el inicio de la explicación de la conocida teoría de Sheenan (1958), que se ha ido desarrollando hasta lo que ahora se llama «teoría del conflicto del rol» (1970). A modo de síntesis se puede decir que, basándose en el hecho de que sólo se tartamudea en ciertas situaciones (no ocurre nunca hablando a un animal, a un bebé, o a personas «inofensivas»), cree que existe un conflicto del yo al representar determinados papeles.

— *Crítico de las teorías conductuales.* Las explicaciones de este tipo parecen muy próximas a la comprensión del mantenimiento de la tartamudez y también a algún aspecto de su inicio, pero no a todos. ¿Por qué, por ejemplo, algunos niños, frente al mismo castigo, no fijan el tartamudeo? Tampoco se responde a una cuestión esencial como es: ¿de qué tipo y nivel de aprendizaje se trata?

Ideas populares

Es importante conocer lo que piensa la gente sobre la tartamudez y cómo reacciona frente a ella, ya que tanto el tartamudo como el terapeuta lo han de saber para poder romper este arquetipo social. En el fondo, lo que preocupa es la reacción de los demás y la idea que se forman del tartamudo como persona. Como se verá, esto es un punto terapéutico básico. Si el tartamudo está en un bloqueo, el oyente se espanta, se alarma y el tartamudo no sabe qué hacer y esto le aumenta la tensión. El oyente necesita saber que el tartamudo no tiene una crisis y no ha perdido sus facultades. Si el tartamudo es capaz de mirarle o incluso ironizar sobre la situación, la «tensión comunicativa» entre los dos baja, haciendo más fácil la fluidez. El tartamudo, por tanto, ha de saber enseñar al interlocutor cómo se le ha de tratar (véase más adelante: mecanismos de defensa en la terapéutica).

Como el tartamudo también es «gente» se ha de saber qué idea tiene de lo que es y deja de ser la tartamudez. La mayoría de personas sin un conocimiento próximo del problema tienen un «modelo de enfermedad» para explicarlo (opinión que incluso se encuentra entre algunos profesionales). Los que conocen más el problema piensan igual, aunque saben «que es difícil de curar», pero también esperan la «pastilla» o el «tratamiento (truco) definitivo». Soy de la opinión de que hasta que el «paciente» no entienda lo que quiere decir una terapia o una rehabilitación en la que no hay «recetas mágicas» sino modificación de actitudes, reaprendizaje de la fluidez y defensa del yo frente a la agresión social, es mejor no empezar el tratamiento.

EVOLUCIÓN, SINTOMATOLOGÍA Y TIPOS

Es sabido que todo niño pasa por un periodo en el cual la fluidez se altera. Normalmente coincide en el salto de la estructura simple a la compleja, alrededor de los tres años. Se trata de un titubeo sin esfuerzo, inconsciente y muy ligado a la planificación central.

Pero esto también se puede ver desde otro punto de vista. Es cuando los padres ya no lo ven tan niño,

le hablan más deprisa, dejan el modelo infantil y le exigen más porque ya sabe hablar. El niño, por tanto, vive en una presión comunicativa más fuerte.

A este tipo de repeticiones lo llamamos «disfemia fisiológica» o primaria, que puede pasar a transicional con una diferencia de grado en frecuencia e intensidad de los bloqueos, y un inicio de consciencia y frustración por el problema. Si los bloqueos pasan a ser casi constantes y ya hay miedo que deriva en evitación clara, se considera entonces secundaria (Van Riper, 1954). Bloodstein (1961) prefiere subdividir los periodos evolutivos en fases, pero básicamente está de acuerdo con Van Riper. Como estas fases son las descripciones más conocidas, se resumen en el cuadro siguiente.

Recientemente, Van Riper (1971) ha reelaborado la descripción de tipos y niveles, prefiriendo ahora, después de un trabajo inmenso, hablar de tipos evolutivos (tracks), donde se ve claramente que no todos los inicios tienen una evolución parecida. Debido a la importancia de este trabajo también ofrecemos a continuación un cuadro del mismo. Es importante fijarse en los puntos que son motivo de análisis, pues serán los que se tendrán que investigar en la anamnesis clínica. La descripción evolutiva puede ayudar a evaluar el grado de problema que se presenta.

ACTITUD DE LOS TARTAMUDOS HACIA LA COMUNICACIÓN Y AUTOCONCEPTO. EVALUACIÓN

Antes ya se ha hablado de la importancia de este aspecto. Aquí sólo añadiremos algunos datos. Según algunos autores parece ser que entre los profesionales se tiende a exagerar la afectación por el problema, sobre todo en adolescentes en la fase III. Para apoyar esta opinión, se habla del poco interés por el tratamiento, pero esto parece explicarse mejor ya sea por una habituación, o más profundamente por una represión. Un buen instrumento para conocer el autoconcepto es la *escala* de Erikson (1969). Frecuentemente este autoconcepto o consciencia de tartamudez no tiene relación con el grado objetivo del problema. Es decir, no hay una correlación entre fluidez y angustia. Dada la importancia de estos factores,

TABLA I. — Fases, tipos y síntomas en la evolución de la tartamudez. Según VAN RIPER (1954) y BLOODSTEIN (1961)

Primaria	Fase I	Repeticiones sin esfuerzo y cortas. Prolongaciones inconscientes.
Transicional	Fase II	Repeticiones más rápidas e irregulares con prolongaciones alargándose (o también la postura articulatoria). Consciencia esporádica del problema. Gusto por la comunicación.
	Fase III	Aumento del número de repeticiones en cada convulsión. Posturas con tensión. Consciencia y frustración establecidas pero que no llegan a evitar el habla, ni hay miedo.
Secundaria	Fase IV	Miedo (escondido) y evitación (abierta) hacia fonemas, palabras, personas y situaciones. Movimientos de compensación.

nosotros utilizamos una doble medida para describir al tartamudo. En primer lugar, la *fase* (según Bloodstein) y después un doble parámetro: en primer lugar la fluidez (de 0 a 5) y después la autoconsciencia (también de 0 a 5). Aunque sea poco fiable, todo el mundo conoce la inestabilidad de la tartamudez: es una medida útil y, en todo caso, mejor que el diagnóstico solo.

Una buena guía para la evaluación sigue siendo la antigua ecuación de Van Riper (1954):

$$\text{Disfemia} = \frac{(C \times F \times A \times Cu \times H) + Tc}{Ac + f}$$

C: Castigo H: Hostilidad
F: Frustración Tc: Tensión comunicativa
A: Ansiedad Ac: Autoconfianza
Cu: Culpabilidad f: Fluidez

TABLA II. — Inicio de la tartamudez. Según VAN RIPER (1971)

Ítem	I	II	III	IV
Inicio	2,6-4	Primera frase	No importa	Tarde, después de cuatro años
Anteriormente	Fluido	No muy fluido	Fluido	Fluido
Aparición	Gradual	Gradual	Súbita	Súbita
Evolución	Cíclica	Regular	Regular	Errática
Remisión	Largas	Sin	Muy pocas	Sin
Articulación	Buena	Pobre	Normal	Normal
Velocidad	Normal	Rápida	Lenta	Normal
Repeticiones	Silábicas	Vacíos, revisiones en sílaba y palabra	Prolongaciones sin voz, bloqueo laríngeo	Atípico
Tensión	Sin	Sin	Bastante	Variable
Temblor	No	No	Sí	Algunas
Lugar	Palabras iniciales	Pueden ser todos	Palabras iniciales o después de pausas	Palabras iniciales y especialmente de contenido
Patrón	Variable	Variable	Constante	Constante
Habla normal	Integrada	Dudas, vacíos, interrupciones, incluso sin espasmos	Fluida	Fluida
Consciencia	No	No	Mucha	Mucha
Frustración	No	No	Mucha	No
Miedo	No. Quiere hablar	No. Quiere hablar	Miedo y evitación a situaciones	No es clara pero quiere hablar

TABLA III. — *Tipos evolutivos de la tartamudez. Según VAN RIPER (1971)*

<i>Características evolutivas</i>			
<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>
Crece el número de repeticiones de sílabas y la velocidad se hace irregular	Conductas parecidas pero con más velocidad	Crecimiento y frecuencia cambian poco la conducta. Signos de frustración	Más titubeo en más situaciones
De repeticiones pasa a prolongaciones	Poco cambio en la forma	Aparecen: Tensión de labios, fijaciones lengua, sonidos más largos	Poco cambio en la forma. Mono-sintomático y simbólico
Las prolongaciones se hacen más tensas, con temblor, esfuerzo y frustración	Poco cambio pero cierta consciencia. Poca frustración	Temblor, contorsiones, esfuerzo, estiramiento de mandíbula. Frustración considerable	Poco cambio
Tensión exagerada, contorsiones, disminuye el habla, preocupación	Crece duración de disfluencias, más repeticiones silábicas, cierta consciencia	Mecanismos de interrupción son evidentes. Baja la velocidad más titubeo, más rechazo de hablar	Poco cambio en tipo pero crece duración y visibilidad. No interruptores o nuevos esfuerzos. Más cantidad de habla
Miedo a situación y palabras. Evitación	Temores ocasionales a situaciones, no a palabras o sonidos, largas cadenas de repeticiones silábicas	Miedo intenso a sonidos y palabras, mucha evitación. Cambio de hábitos en la forma. Extrañeza. Decrece cantidad de habla. Contacto de ojos pobre. Titubea en habla normal. Bloqueo no vocalizado frecuente. Paros tónicos con cierres múltiples	Poca evitación, no demasiada evidencia de miedo a palabras. Pocos <i>loci</i> consistentes. Muy consciente de la tartamudez. Buen contacto de ojos. Poca variabilidad en la conducta del tartamudo. Habla mucho. Pocos bloqueos silenciosos tanto tónicos como clónicos

Como es de suponer no se trata de algo preciso, sino de un índice para poder llegar a una predicción aproximada.

TRATAMIENTO DE LA TARTAMUDEZ EN LOS NIÑOS

— *Primaria o fisiológica.* Aquí el objetivo es la prevención del hábito de los bloqueos por el ambiente. Se trata de poner atención al grado de excitación y de tensión al hablar y evitar la consciencia de ello: «La tartamudez es un trastorno que se puede evitar». Se ha de prestar una atención especial a las familias sensibilizadas por antecedentes. Lo que se ha de hacer es un tratamiento preventivo cuando existe riesgo de tartamudez. El límite de este riesgo

es el paso al estadio II, es decir, el inicio de fuerza o tensión en la expresión y evitar que la frustración esporádica sea constante, y, aún más, que pase a ser miedo acompañado de autoculpabilización. No se trata de «no hacer nada y esperar». Es una prevención muy activa, que se concreta a menudo en modificar los hábitos comunicativos en la familia y en la escuela.

— *Transicional.* En caso de estar en un estadio II avanzado, es recomendable una terapia genérica inespecífica de soporte comunicativo. Una terapia específica en algunos niños podría convertirse en un precipitador haciéndoles pasar a un estadio IV.

— *Secundaria.* Aquí el objetivo es parecido al de los adultos, pero disminuyendo la terapia informativa y de racionalización. Es mejor una modificación de actitudes a partir de hechos y actos concretos. Se ha de informar a los padres y maestros.

TRATAMIENTO DE LA TARTAMUDEZ EN LOS ADULTOS

Nota: La mejor recopilación de métodos, tanto antiguos como actuales, es la realizada por Van Riper (1973).

Si, como hemos visto, es difícil definir y clasificar lo que es la tartamudez, y si uno es de la opinión de que son síntomas asociados a diferentes trastornos, lógicamente tiene que concluir que no existe un único o mejor tratamiento. Éste se ha de «hacer a medida», sabiendo que no se trata de algo fijo. Por este motivo se dice que no hay un método perfecto pero que con todos se nota mejora.

— *Objetivos.* Decidir cuáles son los objetivos del tratamiento ya puede ser conflictivo: ¿ha de modificarse la tartamudez por un habla nueva alternativa? ¿Se han de reducir los bloqueos haciéndolos más suaves? ¿O bien se han de eliminar a partir de evitar los factores bloqueantes?

— *Técnicas y objetivos.* Las técnicas más corrientes para el primer objetivo son el habla rítmica (¡tan a menudo entendida solamente como habla silábica!) y el habla prolongada, donde los sonidos se alargan artificialmente. Ambas son poco naturales y hay dificultades para pasar del «ejercicio» a la comunicación espontánea. Son útiles en el estadio III y el inicio del IV. Si el sujeto lo relaciona con el aspecto positivo del éxito inicial puede llegar a constituir un buen método, si no, no es seguro en absoluto. También se ha de saber emplear en el momento adecuado. En el segundo objetivo, la terapia pretende controlar progresivamente el habla natural, cosa que no consiguen los métodos anteriores. Este control se hace o bien por la «tartamudez voluntaria» o bien, más corrientemente, por la modificación de la tartamudez. Esta modificación se hace en varias fases: «desensibilización» (reducción de emociones), «cancelación» (pararse al percibir el bloqueo tendiendo a hacerlo al observar su posibilidad).

Nota: Obsérvese que esto va en contra de los «métodos distractivos» tan extendidos, consciente o inconscientemente, y que pretenden eliminar el síntoma haciendo prestar atención a otros hechos. Esta reflexión se puede aplicar a muchas técnicas conocidas y a otras que se exponen aquí.

La última fase en este método es la de «iniciación» (nuevo inicio en condiciones diferentes). Como se puede ver, se intenta una nueva forma más suave y lenta de tartamudez: se anticipa, se relaja y se regulan las secuencias. Se ha de decir que es un método peligroso (véanse las críticas de Sheenan, 1970) ya que se puede crear otro tipo de evitación situando el problema en un nivel de acceso más difícil. Sheenan propondría, a raíz de su teoría del «conflicto del rol», el bloquearse abiertamente, observando cada uno de los aspectos físicos, psíquicos y sociales, y modificarlos directamente a partir del análisis realizado. Johnson, por su lado, dice que todo aquello que se aprende se puede desaprender, ya sea indirecta o directamente. Desaprender quiere decir en este caso romper con las secuencias o condiciones que han llegado a ser habituales. El mismo sujeto las ha de ir probando y evaluando. En este punto es necesario que el habla fluida se vaya reforzando cada vez más. Es decir, que se vaya enfocando la atención hacia esta habla, y que se vea la tartamudez como un episodio en evolución y no una situación fijada o total.

— *Terapia de grupo.* Se ha de considerar más como una situación que como un método. Tiene una gran ventaja. Permite practicar en una de las comunicaciones más difíciles que hay, como es el hablar en público. Si el grupo es homogéneo y el paciente se siente bien acogido en él, puede ser un complemento óptimo. En algunos sujetos no es favorable.

— *Modificación de los hábitos psicolingüísticos y creación de mecanismos de defensa comunicativa.* Con este título, puede que demasiado exagerado, quisiera hacer una síntesis del procedimiento que empleo. Lógicamente no hay nada inventado y está sesgado por opiniones y práctica personal. Aunque no en sentido riguroso, se pueden fijar tres etapas:

Información: si el sujeto puede aprovecharlo, se trata de explicarle qué es la fragilidad de la fluidez, cómo se enmarca dentro de su comunicación en general, por qué es afectada y qué afecta, etc. Posteriormente se explica en general qué es una terapéutica, sus problemas y probable evolución (sin entrar en detalles y siendo maximalista) y las condiciones mínimas necesarias.

La segunda etapa es la del análisis y la reflexión: aquí el objetivo es conocer y modificar las opiniones

del sujeto sobre el problema. Concretamente, se estudian sus hábitos psicolingüísticos: cómo reacciona y habla en diversas situaciones (le hablan desde detrás), formas (le hablan impetuosamente), personas (un desconocido), según la función (crítica, reflexiona, manda, etc.) y según el nivel (explica, razona, describe). Lógicamente si este análisis no se hace operativo, es inútil.

Por esto es necesario ir creando los mecanismos de defensa comunicativa (tercera fase). Ésta consiste en que el sujeto vaya aprendiendo recursos, que no tienen por qué ser verbales, y que permitan establecer, tanto para él como para los demás, las condiciones mínimas. Es difícil sintetizar en qué consisten estos recursos, pero algún ejemplo podrá ilustrarlo. Véase que se puede utilizar la mayoría de técnicas: ¿Cómo evitar el impacto inicial al responder a una pregunta? Se puede hacer repitiéndola, y esto no rompe la comunicación y permite un tiempo de reflexión y de adaptación muy importante. ¿Cómo iniciar una conversación en una situación de tensión? Creando un automatismo rítmico previo y disponiendo de un introductor en el que se esté seguro. También se puede mirar al interlocutor reflexionando qué importancia tiene que vea que él se bloquea, etc.; depende de las situaciones y el mismo sujeto ha de encontrar sus soluciones, aunque se le pueda ayudar. Quizás estos ejemplos podrían inducir al error de «las recetas» cuando lo que se pretende es todo lo contrario. Se intenta una reflexión abierta con el sujeto, para mejorar sus condiciones comunicativas de todo tipo. Conociendo las funciones y los niveles de la comunicación con sus connotaciones emocionales, se pueden variar enormemente las posibilidades de fluidez (según el individuo y el momento en que está).

— *Éxitos y fracasos.* Está muy extendida la idea de que las terapéuticas son un fracaso y que «no hay nada que hacer». Personalmente, creo que esto es cierto en una minoría de pacientes. Pero también diría que el problema de éstos no es la fluidez sino la psicopatía subyacente. De cara a la mayoría de los tartamudos, se puede decir que se puede obtener una mejora importante y a menudo decisiva (y no sólo por efecto de la edad) sin poder garantizar que sea definitiva si no sabe mantener los nuevos hábitos comunicativos. Por otro lado se ha de saber que cual-

quier sensibilización es muy difícil de extinguir del todo. Van Riper, en una conferencia que dio al retirarse, dijo que aunque él hablase perfectamente no sabía si considerarse tartamudo o no...

— *Fin de la terapéutica.* Se ha de pensar que el mantenimiento del trastorno puede formar parte de las defensas del sujeto. Si éste evoluciona favorablemente se puede crear una situación de «desprotección» que puede causar otros problemas o una recaída. Lógicamente también se ha de ir con cuidado si se ha creado (erróneamente) una situación de dependencia.

DISFEMIA Y TAQUIFEMIA: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES

Taquifemia

Van Riper (1954, 25) describe la taquifemia como una habla caracterizada por «un fraseo y unas pausas impropias debidas a una velocidad excesiva, y también contrayendo u omitiendo sílabas». También se habla de «monotonía» y de «dificultades en encontrar palabras». Froeschels (1946) dice que el síntoma más claro es que tienen una habla demasiado rápida en relación con su habilidad para encontrar palabras y construir frases. Otro concepto interesante es el de Wohl (1970) cuando habla de «festinación» o aceleración progresiva a medida que se va hablando. La falta de inteligibilidad típica del taquifémico sería causada por los errores mencionados, pero teniendo en cuenta que también se encuentran frecuentemente en su escritura (lo cual no ocurre en el disfémico). Una vez descritos los síntomas principales, se ha de decir que parece haber una mayor contribución de factores genéticos (Luchinger, 1970), que la evolución conoce mal y que la autoconciencia es diferente de la del tartamudo y muchísimo más variable (Weiss, 1964).

Tratamiento de la taquifemia

Froeschels (1946) explica muy claramente cuáles son los objetivos para el tratamiento del taquifémico: «El interés principal se ha de centrar en el orden co-

TABLA IV. — *Diferencias en la falta de suavidad en las transiciones en disfémicos y taquifémicos.* Según DALTON y HARDCASTLE (1977)

Ítem	Taquifémico	Disfémico
Pausas	Pocas	Muchas: En la respiración: inhalaciones sonoras, exhalaciones excesivas. Dentro grupos tónicos: frecuentes y largas
«Tempo»	Rápido Irregular Elisiones	Lento Irregular
Repeticiones y prolongaciones	Frecuentes en segmentos y sílabas	Bloqueo con tensión frecuentes, tanto en articulación como en laringe
<i>Diferencias entre disfémicos y taquifémicos.</i> Según WEISS (1964)		
Ítem	Taquifémico	Disfémico
Consciencia del problema	Ausente	Presente
Habla en tensión	Mejor	Peor
Habla en relax	Peor	Mejor
Prestando atención al habla	Mejor	Peor
Habla después de una interrupción	Mejor	Peor
Respuestas cortas	Mejor	Peor
Otras lenguas	Mejor	Peor
Lectura texto conocido	Peor	Mejor
Lectura texto nuevo	Mejor	Peor
Escritura	Precipitada, repetitiva, desinhibida	Contraída, forzada, inhibida
Actitud hacia la propia habla	Descuidada	Espantada
Actitud psíquica	Emprendedor	Retraído
Aptitudes escolares	Debajo de la media	Bien a superior
EEG	Disritmia	Normal difusa (a menudo)
Finalidad terapéutica	Dirigir la atención a los detalles del habla	Distraer la atención de los detalles del habla

recto y enlace entre la fase del pensamiento y la del habla. Debido a que el habla es más accesible al logopeda que el pensamiento, las técnicas han de ayudar a que el paciente controle la precisión, y por tanto también el *tempo* y la articulación». Una de las técnicas que él empleaba era el aprendizaje de una transcripción de la fonética, ayudándose con dibujos y haciendo que el paciente hablase o escuchase y transcribiese al mismo tiempo. Como se puede ver, éste y otros tratamientos parecidos, que requieren un esfuerzo voluntario, son difíciles de generalizar a situaciones normales. El pronóstico dependerá del éxito en esto. La grabación y evaluación posterior del habla es bastante útil (no molesta ni frustra como con los disfémicos) pero no se puede hacer de forma pasiva. La reflexión psicolingüística comentada para los disfémicos, puede ayudar a una adaptación de los hábitos y estrategias comunicativas de acuerdo con las diferentes situaciones. Concretamente, es interesante un control del *tempo* ideacional por la escritura (más lenta, menos redundante y, por tanto, menos propensa a omisiones y prolongaciones). Posteriormente se va hablando «como si se estuviese escribiendo».

— *Crítica.* Las críticas antes hechas a los tratamientos de la disfemia siguen siendo válidas aquí, añadiendo además el problema de una mayor variabilidad en los síntomas y en los sujetos. Entre estas diferencias está la de aquellos que, a medida que pasa el tiempo, empeoran y cuya habla parece «parkinsoniana» sin que tengan la enfermedad. Aquí todo tratamiento parece inútil. Otros sujetos, al revés, van controlando inconscientemente su *tempo*, y sólo en momentos excepcionales vuelven a hablar mal. Como se puede ver, pues el tratamiento que generalmente se hace es inespecífico, y no resulta satisfactorio para un buen número de casos.

RESÚMENES

Disfemia

Trastorno probablemente multidimensional, con raíces y consecuencias psicológicas importantes. Sus síntomas no son solamente bloqueos, prolongaciones y repeticiones, sino toda una actitud comunicativa de

retracción y tensión. La terapéutica es de realización compleja y sus objetivos: información, desensibilización, adaptación y defensa, y la construcción de nuevos patrones comunicativos (no solamente del habla).

Taquifemia

Trastorno más inestable y diverso que la disfemia, que tiene como síntoma básico la falta de precisión en la planificación y el control. La terapéutica ha de intentar el acceso y el mantenimiento del control voluntario.

REFERENCIAS

- BARBARA, D. A.: *The psychotherapy of stuttering*. Ch. C. Thomas, III, 1962.
- BEECH, H. R. and FRANSELLA, F.: *Research and experiment in stuttering*, Pergamon, London, 1968.
- BLOODSTEIN, O. N.: «Development of stuttering». *JSHD*, 26, 67-82.
- BLOODSTEIN, O. N.: «Stuttering and normal non-fluency — a continuity hypothesis». *BJCD*, 1970, 5, 30-39.
- BLOODSTEIN, O. N.: «The rules of early stuttering». *JSHD*, 1974, 34, 379-394.
- CORIAT, I. H.: «The psychoanalytic concept of stammering». *Nervous Child*, 1974, 2, 167-171.
- DALTON, P. and HARDCASTLE, W. J.: *Disorders of fluency*, Arnold, London, 1977.
- DEAN, C. R. and BROWN, R. A.: «A more recent look at the prevalence of stuttering in USA». *J. Fluency Dis.*, 1977, 2, 157-166.
- ERIKSON, R. L.: «Assessing communication attitudes among stutterers». *JSHR*, 1969, 12, 71 1-724.
- FENICHEL, O.: *The psychoanalytic theory of neurosis*, Norton, New York, 1945.
- FROESCHELS, E.: «Cluttering». *J. Speech Disorders*, 1946, 11, 31-33.
- GOLDSMITH, L.: *Le begaiement*, Maloine, Paris, 1979.
- JOHNSON, W.: *The onset of stuttering: Research findings and implications*, Univ. Minnesota Press, Minnesota, 1959.
- LAVER, J.: The production of speech. In: LYONS, J., *New Horizons in Linguistics*. Pinguin, Middlesex. Traducción castellana, Alianza Universidad (125), Madrid.
- LEE, B. S.: «Artificial stutter». *JSHD*, 1951, 16, 53-65.
- LUCHINGER, R.: «Inheritance of speech defects». *Folia Phoniatrica*, 1970, 22, 216-230.
- LURIA, A. R.: *The working brain, an introduction to neuropsychology*, Pinguin, Middlesex, 1973. Traducción castellana, Fontanella, Barcelona.
- ROBINSON, F. B.: *Introduction to stuttering*, Prentice Hall, New Jersey, 1964.

- SCHEENAN, J. G.: Conflict theory of stuttering. In: EISEN-SON, J., Ed: *Stuttering: A symposium*, Harper, New York, 1964.
- SCHEENAN, J. G.: *Stuttering: Research and Therapy*. Harper, New York, 1970.
- SODEBERG, G. A.: Delayed auditory feedback and the speech of stutterers. A review of studies». *JSHD*, 1969, 34, 20-29.
- STEIN, L.: «Stammering as a psychosomatic disorder». *Folia Phoniatrica*, 1953, 5, 12-46.
- TRAVIS, L. E.: *Handbook of speech pathology and Audiology*, Appleton, New York, 1971.
- TRAVIS, L. E.: «The cerebral dominance of stuttering». *JSHR*, 1978, 43, 3, 278-281.
- VAN RIPER, C.: *Speech correction*. Prentice-Hall, New Jersey, 1954.
- VAN RIPER, C.: *The nature of stuttering*. Prentice-Hall, New Jersey, 1971.
- VAN RIPER, C.: *The treatment of stuttering*. Prentice-Hall, New Jersey, 1973.
- WATTS, F.: «Mechanisms of fluency control in stutterers». *BJCD*, 1973, 8, 131-138.
- WEISS, D. A.: *Cluttering*, Prentice-Hall, New Jersey, 1964.
- WISCHNER, G. J.: Stuttering behaviour, learning theory and behaviour therapy: problems, issues and progress. In: GRAY, B. B. et al., Eds.. *Stuttering and the Conditioning therapies*. Inst. Speech-Hearing, Monterrey, California, 1969.
- WOHL, M. T.: «The treatment of non-fluent utterance». *BJCD*, 1970, 5, 66-76.

BIBLIOGRAFÍA

- DINVILLE, C.: *La tartamudez*. Toray-Masson, Barcelona, 1982.
- PERELLÓ, J.: *Trastornos del habla*. Científico Médica, Barcelona, 1977.
- PICHON, E. y BOREL, S.: *La tartamudez*. Toray-Masson, Barcelona, 1979.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Abstracts

- Deafness, Speech and Hearing Abstracts.
Language and Language Behavior Abstracts.
Psychological Abstracts.

Revista especializada:

- Journal of Fluency Disorders.
Publicada por Elsevier North Holland
52 Vanderbilt Av., Nueva York 10087.

Otras revistas importantes:

- Folia Phoniatrica.
Journal of Speech and Hearing Disorders (JSHD).
Journal of Speech and Hearing Research (JSHR).
British Journal of Communication Disorders (BJCD).
Rééducation Orthophonique.
Bulletin d'Audiophonologie.