

COL.LABORACIONES

LA TARTAMUDEZ

Adoración Juárez Sánchez (logopeda)
Centro Entender y Hablar (Madrid)

Uno de los mejores especialistas norteamericanos, Bloodstein, dijo en 1975, hablando de la tartamudez, que las preguntas fundamentales que se hacían hace treinta o cincuenta años al respecto siguen sin contestar. Esto nos puede dar una idea inicial del carácter relativo de nuestros conocimientos etiológicos y estructurales de ese trastorno de la comunicación, lo que condiciona también el rasgo eminentemente empírico de la mayor parte de los tratamientos.

¿Cómo definir la tartamudez?

Desde un punto de vista puramente descriptivo, es una perturbación del acto de hablar que presenta una gran variedad en los síntomas y sobre todo en su intensidad, en función básicamente de los siguientes parámetros.

- Presencia de un interlocutor: La tartamudez es fundamentalmente una perturbación del hablar social.

- Características del interlocutor: Hay variaciones según el grado de confianza que el sujeto tiene con el que le escucha.

- Características del mensaje: Se producen variaciones según el contenido y forma del mensaje; en ciertas formas de fonación, por ejemplo el canto, pero también a veces la lectura o las fórmulas automatizadas, no aparece ningún síntoma.

- Características de la situación: Hay fluctuaciones en la intensidad de los síntomas en función de la situación de comunicación (un examen, una charla en público, una pregunta intempestiva, suelen ser situaciones más difíciles).

- Estado anímico del sujeto: En la evolución de su trastorno, el tartamudo suele pasar por fases más o menos lar-

gas de mejoría o empeoramiento que suelen coincidir en general con fases de mayor seguridad o mayor depresión o «stress».

La manifestación externa de la tartamudez es la falta de coordinación de los movimientos fonarticulatorios y la presencia de espasmos musculares más o menos localizados a lo largo de la cadena fonarticulatoria (diafragma, glotis, lengua, labios...).

Estos espasmos pueden tener una forma tónica (bloqueos intensos iniciales) o clónica (espasmos repetidos sobre una misma sílaba); de allí deriva la clasificación tradicional de:

- Tartamudez tónica.
- Tartamudez clónica.
- Tartamudez mixta.

Los síntomas fonéticos de la tartamudez suelen ser acompañados de síntomas vegetativos (transpiración, coloración de cara...), motores (tics, movimientos asociados de manos, piernas...) y lingüísticos (utilización de «muletillas», paráfrasis para evitar ciertas palabras o fonemas, dificultad de estructuración del discurso...).

Los síntomas «internos» de la tartamudez se refieren a las posibles perturbaciones de su personalidad en relación con la estructura social (falta de seguridad en sí mismo, ansiedad, aislamiento, fijaciones y somatizaciones...).

Ese carácter tan variable de los síntomas y las importantes diferencias individuales entre los sujetos ha producido siempre una gran confusión a la hora de encontrar una explicación a ese fenómeno que pueda cubrir todos los aspectos del mismo.

En general, últimamente, se aprecia

una tendencia a considerar que no existe una explicación unívoca a la tartamudez, y las teorías sobre ese trastorno se pueden agrupar en dos tendencias importantes.

Todos admiten, en general, que el mecanismo que produce los síntomas corresponde a un mecanismo neurótico, pero difieren respecto al origen del mismo.

- Unos autores defienden un origen estructural: Pichón o Froechels hablan de una dificultad lingüística especulativa, Orgon y Diatkine la ven ligada a trastornos de lateralidad, Beech y Fronsella insisten en los factores genéticos.

- Otros autores interpretan la tartamudez como un trastorno propiamente emocional en relación con un estado depresivo y parámetros de la comunicación social. Entre otros figuran Coriat, Stein, Wyatt...

Evolución

En el 60% de los casos, los primeros síntomas aparecen entre los tres y los cuatro años; una segunda etapa de aparición se sitúa alrededor de los siete años.

Se señalan casos raros de aparición más tardía, en la adolescencia, aunque suelen ser casos de recaídas después de una desaparición de los primeros síntomas, y de aparición brusca después de un trauma violento (en ese caso suele desaparecer progresivamente).

Es bien conocida la mayor proporción de sujetos varones (tres de cada cuatro aproximadamente) y la presencia, estadísticamente significativa, de antecedentes familiares.

La evolución de la tartamudez suele ser un empeoramiento durante los dos primeros años, seguido de una fase de mejoría entre los siete y doce años y un nuevo empeoramiento en la adolescen-

cia y la edad adulta, con una reducción progresiva en la madurez y la vejez.

Es importante diferenciar la tartamudez de otros trastornos del habla infantil como son:

- La mal llamada «tartamudez fisiológica»: Entre los tres y cuatro años, muchos niños tienen aún dificultades para expresar sus mensajes y se «atacan»; repiten entonces la palabra o la sílaba última mientras van «buscando» la palabra siguiente. Se diferencia con relativa facilidad porque en estos casos no hay realmente bloqueos motores ni espasmos, sino una falta léxica momentánea que, en un niño un poco nervioso y colérico, puede ponerle en tensión y hacerle aparentar un principio de tartamudez.

- La taquialalia: Ese trastorno de habla se caracteriza por un ritmo exagerado que puede llevar al que lo padece a «comerse» sílabas y, a veces, a atascarse por falta de pauta respiratoria.

La diferencia fundamental es que el taquilálico no presta atención suficiente a su habla y se precipita: si se le pide mayor control y que hable despacio, lo hace perfectamente. Por lo contrario, el tartamudo presta demasiada atención al acto de hablar; un mayor control no mejora y en general empeora su lenguaje.

Tratamiento

Nos encontramos, pues, frente a un trastorno de habla que puede afectar a personas de edades muy distintas (en el momento de la terapia), del cual se desconoce la naturaleza profunda, el proceso fisiopatológico a través del cual se relacionan los espasmos y las áreas motrices y sensoriales de la corteza y con grandes diferencias interindividuales y sintomatológicas.

Es, pues, necesario realizar antes del

tratamiento una exploración exhaustiva que comprende:

- Estudio sintomatológico: Registra el tipo y la frecuencia de los síntomas en distintas situaciones de habla, la presencia de síntomas asociados...

- Estudio lingüístico: En niños se intenta valorar el nivel de desarrollo de los distintos aspectos del lenguaje y en adultos, el grado de fluidez del lenguaje.

- (En niños) Estudio de factores asociados: Lateralidad y nivel psicomotor, estructuración temporal, desarrollo mental global.

- Estudio de personalidad, variando las técnicas según la edad.

- Anamnesis personal y familiar lo más completa posible.

- Análisis de la petición: Quién la hace (el sujeto, la familia), cómo la plantea, situación escolar o laboral...

Según Van Riper (1973), los acercamientos terapéuticos de la tartamudez se pueden clasificar en seis grandes familias:

- Terapias de sugestión, distracción y persuasión.

- Terapias de relajación.

- Terapias de control del habla y de ritmo.

- Terapias de castigo y reforzamiento.

- La servoterapia (extraída de la teoría cibernética moderna —Wiener—), basadas en el fenómeno de «feed-back» auditivo.

- Psicoterapia y terapias de grupo.

Veamos algunos ejemplos bastante resumidos por cierto.

Gutzman aconseja trabajar el control respiratorio y los movimientos fonarticulatorios; intenta luego persuadir al paciente que hablar es igual y que, si es capaz de realizar esos movimientos sin fonación, también lo es de hablar sin dificultad.

Froechels, como muchos autores, observó que la modificación del ritmo de habla o de la entonación solía hacer desaparecer los síntomas; su «chewing method» aconsejaba a los pacientes hablar masticando; otros consiguen el mismo efecto usando un metrónomo, haciendo hablar a los pacientes con un acento extranjero, alargando las sílabas. Básicamente intentan a través de estos «trucos» hacer ver al tartamudo que es capaz de hablar sin problemas y así reducir su ansiedad frente a su propio trastorno, lo que tiene por efecto el disminuir la frecuencia de los síntomas. En resumen, se trata de invertir el círculo vicioso de la neurosis.

El propio Van Riper propone cuatro fases en la terapia.

- Una fase de identificación de síntomas.

- Una fase de desensibilización.

- Una fase de modificación de conducta.

- Una fase de estabilización y generalización.

Autores como Eisenson, Estienne dan más importancia a la psicoterapia que a la terapia de ejercicios; Goldsmit insiste en las diferencias de tratamientos, objetivos y medios, en función de la edad del sujeto y Wyatt desarrolló un enfoque original en la modificación del entorno familiar.

También, sobre todo desde enfoques médicos, existen tratamientos basados total o parcialmente en la utilización de fármacos (desde calmantes hasta anti-depresivos).

En la mayor parte de los trabajos se recoge la recomendación de los ejercicios de relajación, siguiendo varios métodos, entre los cuales cabe destacar los de Schultz, de Jacobson y la «eutonía» de Alexander.

Varios trabajos recogen la indicación

de que, en ciertos niños, aparte del trastorno de habla, existe también retraso o desórdenes del lenguaje; el tratamiento debe completarse entonces con ejercicios de desarrollo y fluidez semántica y sintáctica.

Por fin, algunos niños deficientes mentales presentan síntomas importantes de tartamudez, aunque con un carácter más permanente y menos fluctuante; su tratamiento, sobre el que existe muy poca literatura, suele diferir bastante de los casos anteriores y suele basarse sobre todo en ejercicios de control psicomotor y de desarrollo de ritmo y de la respiración.

Aunque no existen estudios realmente fiables de cara al éxito de las terapias (también cabe definir el campo de ese éxito: ¿se debe limitar a los síntomas de habla o interesan también la vivencia del sujeto y la calidad de sus relaciones sociales que pueden mejorar a pesar de la persistencia de la tartamudez?), la mayor parte de los autores suelen admitir un tercio de desaparición de los síntomas, un tercio de la mejoría notable y un tercio de resultados negativos; esa proporción suele empeorar en función de la edad del sujeto. De todos modos, importa señalar que las terapias exitosas requieren en general bastante tiempo y una de las causas de los fracasos reside a veces en la falta de regularidad o de perseverancia.

Conclusión

La tartamudez es un trastorno del habla que, a pesar de ser conocido des-

de los tiempos antiguos, sigue presentando múltiples incógnitas. La mayor parte de los trabajos publicados se dedican más al perfeccionamiento de los métodos de intervención que al análisis de la naturaleza del problema.

Sin embargo, la indefinición de los criterios de éxito o mejoría dificulta también la evaluación de los resultados, ya que la tartamudez no es sólo un trastorno del habla, abarca el conjunto de la personalidad del sujeto y de sus relaciones con la sociedad.

BIBLIOGRAFIA ACONSEJADA

Bloodstein P., «A handbook of stuttering», Chicago, National easter seal society for crippled children and adults, 1976.

Dinville C., «La tartamudez», Toray Masson, Barcelona, 1982.

Freschels E., «Chewing method as therapy», Archives of otolaryngology, 1952, 56, 427.

Goldsmit L., «Le gégaiement», Editions de l'université de Bruxelles, Maloigne, Paris, 1979.

Pichon E. Borel S., «La tartamudez», Toray Masson, Barcelona, 1967.

Van Riper C., «The nature of stuttering», Englewood cliffs New Jersey, Prentice Hall, 1971.

«The treatment of stuttering», Prentice Hall, 1973.

Wyatt G., «La relation mère-enfant et l'acquisition du langage», Dessart et Mardaga, Bruselas, 1973.



Tertulia sobre Masters y Johnson en el Colegio de Psicólogos de Valencia, celebrada el 13 de abril de 1983, a cargo de Juan José Borrás Valls, sexólogo, con la colaboración de Manuel Sides, psicoterapeuta.

En el marco de una serie de tertulias sobre diversos enfoques de la psicoterapia, se abordó, en esta ocasión, la figura y obra de los norteamericanos Masters y Johnson. Conviene aclarar que, si bien estos autores constituyen un referente importante en la terapia sexual, no hay que confundir o identificar a ésta con la terapia de Masters y Johnson. La sexoterapia, junto con la educación sexual y la investigación sexológica, son tres áreas de aplicación de la sexología, ciencia humana esencialmente interdisciplinar, puesto que el estudio y comprensión del hecho sexual humano requiere una participación de diversas especialidades, siendo, justamente, la aportación de un enfoque que dé coherencia a la interdisciplinaridad del objeto de la sexología.

Inicialmente, tras un breve repaso biográfico, se comentó la trayectoria de su obra, comenzando por la presenta-

ción de ésta, realizada por ellos mismos, en «Homosexualidad en perspectiva» (1), donde describen las cuatro etapas de su investigación. El primer paso fue el establecimiento del programa de investigación de la respuesta sexual humana (1954), contemplando desde un enfoque predominantemente biológico «la función heterosexual», cuyos resultados fueron publicados en 1966 en «Respuesta sexual humana». Un segundo paso fue el establecimiento de un período de control clínico de diez años para evaluar las técnicas nuevas del instituto (Instituto Masters y Johnson, denominado en la etapa anterior Fundación de Investigación de Biología Reproductiva) en el tratamiento de los problemas heterosexuales. Este período de control terminó de 1968, y los resultados de los programas de tratamiento clínico se publicaron en 1970, bajo el título de «Incompatibilidad sexual humana». En 1964 inician la etapa de investigación de la respuesta humana homosexual, completada en 1968, a la que siguieron diez años de control clínico para crear y evaluar técnicas de tratamiento de lo que denominaron disfunciones e insatisfacciones homose-

xuales, finalizando en 1977 y publicándose en 1979 «Homosexualidad en perspectiva», donde informan sobre las investigaciones de la «función homosexual y los nuevos programas clínicos destinados a tratar las insuficiencias sexuales de esta orientación». Emplazan para el futuro la publicación de una nueva obra, en la que detallarán las técnicas concretas de tratamiento de los problemas homosexuales (2).

Posteriormente se comentó el concepto de sexualidad de estos autores, «El funcionamiento sexual es un proceso natural, pero tiene una facilidad única que ningún otro proceso fisiológico, como el respiratorio, la función urinaria o del intestino, puede imitar. "La respuesta sexual puede ser retardada en forma indefinida o negada funcionalmente durante toda la vida". Ningún otro proceso fisiológico puede reclamar tal maleabilidad de expresión física.» (3) También fueron comentadas, a propósito de su estudio sobre la homosexualidad, las diferencias en los criterios de aplicación del continuo lineal bipolar que Kinsey estableció entre hetero y homosexualidad. Masters y Johnson consideran el sólo comportamiento o conducta, a diferencia de Kinsey, que consideró el sentimiento de la persona además de su comportamiento (4).

Continuó la tertulia con la revisión de la clasificación clínica de los problemas sexuales que estos autores establecen en «Homosexualidad en perspectiva», replanteando algunas de sus formulaciones anteriores, en lo que aparece como un esbozo de coherencia en su nomenclatura.

Finalmente, se resaltaron sus aportaciones esenciales, la terapia conjunta de la pareja y la coterapia. Masters y Johnson consideran que «no existe ningún problema sexual en la pareja que deje de

concernir a cada uno de los miembros que la forman». Asimismo, opinan que al lado de cada investigador o terapeuta debe haber un intérprete del otro sexo (coterapia).

(1) Masters, W. H., y Johnson, V. E.: «Homosexualidad en perspectiva», Intermedica, Buenos Aires, 1979, pp 187-188.

(2) O. c., p 267.

(3) Masters, W. H., y Johnson, V. E.: «Incompatibilidad sexual humana», Intermedica, Buenos Aires, 1981, pp 8-9.

(4) Bell, A., y Weinberg, M.: «Homosexualidades, informe Kinsey», Debate, Madrid, 1978, pp 70-71.

BIBLIOGRAFIA BASICA SOBRE EL TEMA:

Boix, F., «Masters y Johnson, de profesión sexólogos», Doctor, septiembre 1975, pp 19-23.

Brecher, E. M., «Investigaciones del sexo», Grijalbo, México, 1973, cap. 10.

K., H. y J., «La pareja», Grijalbo, México, 1973.

Lehrman, N., «Las técnicas sexuales de Masters y Johnson», Granica, Buenos Aires, 1972.

Masters, W. H., y Johnson, V. E., «Play boy», noviembre 1979, entrevista a Masters y Johnson.

Masters, W. H., y Johnson, V. E., «El vínculo del placer», Grijalbo, Barcelona, 1977.

Masters, W. H., y Johnson, V. E., «Homosexualidad en perspectiva», Intermedica, Buenos Aires, 1979.

Masters, W. H., y Johnson, V. E., «Incompatibilidad sexual humana», Intermedica, Buenos Aires, 1981.

Masters, W. H., y Johnson, V. E., «Respuesta sexual humana», Intermedica, Bilbao, 1981.

Castellón, 15 de abril de 1983.