



Universidad del Azuay

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Escuela de Psicología Clínica**

**Plan Terapéutico Fundamentado en la Terapia de
Aceptación y Compromiso de Van Riper
Aplicación en un paciente con consecuencias emocionales y
sociales debido a su tartamudez**

**Trabajo de graduación previo a la obtención
del título de Psicóloga Clínica**

Autor: Ana María Coellar

Director: Mst. Alberto Astudillo

Cuenca, Ecuador

2010

Dedicatoria

Este trabajo de grado quiero dedicarlo a mis padres por todo el apoyo que me han dado durante todos estos cinco años de estudio; les agradezco por brindarme la oportunidad de elegir y estudiar la carrera que quería y por siempre estar ahí para lo que necesite.

También quiero dedicar esta monografía a mi hermano y mejor amigo Cesar que con todo su amor incondicional, me ayudó y apoyó siempre en mi carrera y en la elaboración de este trabajo de grado.

Por último quiero agradecer a la Universidad del Azuay y a sus profesores por todos los conocimientos que me han dado desde que inicie mi carrera hasta ahora y por toda la experiencia que adquirí en el transcurso de estos años, permitiéndome de esta manera alcanzar mi meta y graduarme de psicóloga clínica.

Resumen

El presente trabajo de grado consiste en una propuesta para elaborar un plan terapéutico fundamentado en la Terapia de Aceptación y Compromiso de Van Riper: aplicación a un paciente con consecuencias emocionales y sociales debido a su tartamudez.

Este trabajo de grado está dividido en cuatro capítulos, de los cuales, los dos primeros: La Tartamudez, La Ansiedad y El Tratamiento; y Estrategias Terapéuticas, pertenecen a la parte teórica de este trabajo, es decir se centran en definiciones, etiología, sintomatología, con el objetivo de comprender con claridad el padecimiento del paciente; mientras que los dos capítulos posteriores: Estudio de Caso; y Planificación de Terapia, conforman la parte práctica, centrándose en la elaboración de la historia clínica, diagnóstico, aplicación de reactivos psicológicos, plan de recuperación, con el fin de provocar una mejoría en el paciente.

ABSTRACT

This project is a proposal for the elaboration of a therapeutic plan based on the Van Riper acceptance and engagement therapy; applied to a patient with emotional and social consequences due to stuttering. The project is divided into four chapters: the first two include the theory of Stuttering, Anxiety, Treatment and Therapeutic Strategies which includes definitions, etiology, and symptoms with the objective of clearly understanding the patient's suffering. The final two chapters include The Case Study and the Therapy Plan; these being the practical part which concentrates on the elaboration of the clinical history, diagnosis, application of psychological reactions, and recovery plan in order to stimulate improvement in the patient.



A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and flourishes, positioned to the right of the stamp.

Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	i
Resumen.....	ii
Abstract.....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Introducción.....	vi

Capítulo 1: Marco Teórico

1.1 Tartamudez.....	1
1.1.1 Definiciones.....	1
1.1.2. Etiología.....	3
1.1.3. Factores Psicológicos.....	5
1.1.4. Factores Sociales.....	7
1.2. Ansiedad.....	8
1.2.1. Definición.....	8
1.2.2. Etiología.....	9
1.2.3. Sintomatología.....	10
1.2.4. Criterios Diagnósticos.....	12
1.3. Tratamiento para la Ansiedad de acuerdo a la Terapia de Aceptación y Compromiso de Van Riper.....	15
1.3.1 Definición.....	15
1.3.2 Objetivos.....	18

Capítulo 2: Estrategias Terapéuticas de Aceptación y Compromiso de Van Riper

2.1. Terapia de Aceptación y Compromiso.....	20
2.1.1. Fase 1: Fase de Identificación.....	20
2.1.2. Fase 2: Fase de Desensibilización.....	26
2.1.3. Fase 3: Fase de Modificación.....	31
2.1.4. Fase 4: Fase de Estabilización.....	36

Capítulo 3: Estudio de Caso	
3.1. Historia Clínica.....	40
3.1.1. Elaboración.....	40
3.1.2. Aplicación de Reactivos psicológicos.....	43
3.1.3. Formulación de un diagnóstico.....	48
 Capítulo 4: Planificación	
4.1. Plan de Recuperación.....	49
4.1.1. Cronograma.....	50
 Conclusiones.....	52
Bibliografía.....	53
Anexos.....	54

INTRODUCCIÓN

La tartamudez es un trastorno del habla que no solamente se caracteriza por la presencia de síntomas físicos, sino también por consecuencias psicológicas en la persona que lo padece. El miedo a la crítica, la vergüenza, la ansiedad, la baja autoestima, la exigencia de hablar fluido, etc. , son algunas de estas consecuencias, siendo muchas veces la propia familia y el ambiente social en general los que las intensifican.

La Ansiedad presente en la vida de una persona que padece tartamudez es enorme y afecta a muchas áreas de su vida, provocando sufrimiento, huída o evitación, hostilidad y muchas veces hasta aislamiento social u otros trastornos psicológicos graves.

Por todas estas razones, nos pareció de vital importancia realizar esta monografía como una *propuesta de tratamiento fundamentado en la Terapia de Aceptación y Compromiso de Van Riper para un paciente con consecuencias emocionales y sociales debido a su tartamudez.*

Esta propuesta de tratamiento tendrá como objetivo la reducción de la ansiedad, la autoaceptación y el desaprendizaje y reemplazo de antiguas y desadaptativas formas de afrontar la tartamudez, por nuevas y buenas formas de tartamudear fluidamente.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

Este capítulo, abarcará la parte teórica de esta monografía, aquí constarán las definiciones, objetivos, etiologías, sintomatología, etc., de la Tartamudez, la Ansiedad y el Tratamiento. Todos estos conceptos nos ayudarán a tener una clara comprensión sobre la problemática del paciente, permitiéndonos por lo tanto ayudarlo.

Como la ansiedad es un componente que está presente en muchos trastornos psicológicos, y en este caso en la tartamudez, es de fundamental importancia conocerla ampliamente y saber de qué manera actuar frente a ella. La ansiedad es la causante del mantenimiento de la tartamudez y al mismo tiempo, la tartamudez también mantiene a la ansiedad.

1.1.Tartamudez

1.1.1.Definiciones.

“La tartamudez o disfemia es un trastorno del habla en el cual una persona sabe precisamente lo que quiere decir, pero en el momento de hablar es incapaz de decirlo debido al cese involuntario o a la prolongación repetida e involuntaria de un sonido” (Hampel, Bloqueo Tartamudez 1316).

La tartamudez va acompañada de angustia y de algunas reacciones físicas como tensión muscular, temblor en los labios, movimientos en los ojos y algunas reacciones emocionales que no se observan en otros niños cuando hablan. La tartamudez se manifiesta en diversas intensidades, desde una tartamudez leve que apenas se nota hasta una completa incapacidad para hablar que requiere de ayuda profesional.

Wendell Johnson y Van Riper, son dos psicólogos que padecieron de tartamudez severa desde niños y son considerados como los verdaderos padres del estudio científico de la

tartamudez debido a todos sus aportes. Van Riper por su parte, diseñó la terapia de aceptación y compromiso, basada en la eliminación del esfuerzo al tartamudear.

Wendell Johnson planteó: “La tartamudez es una reacción de escape anticipatoria, aprehensiva e hipertónica. Tartamudear es lo que hace el hablante cuando: -Espera que ocurra el tartamudeo, -Lo teme, -Se pone tenso al anticipar su ocurrencia y al tratar de evitarlo.” (www.tartamudez.pro).

La incidencia de la tartamudez en la población general es de 2 por 1000 personas, siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino. La tartamudez suele hacer su aparición entre los 3 y 6 años de edad. Existen tres fases de la tartamudez que son:

- Tartamudez pasiva: Es la fase más benigna y el sujeto no trata de oponerse a su dificultad.
- Tartamudez reprimida: En esta fase el individuo empieza a reaccionar ante su tartamudez, produciéndose una resistencia con la aparición de movimientos faciales y/o corporales que van complicando el problema.
- Tartamudez complicada: Es la fase más avanzada, apareciendo los movimientos, los trastornos respiratorios y los fenómenos vasomotores, rubor, sudor, etc., como consecuencia de la reacción emocional del sujeto ante su tartamudez y ante los demás.(Hampel, Bloqueo Tartamudez 1316).

Los tres tipos de tartamudez son:

-Tónica; que impide la emisión de la palabra en su inicio.

-Clónica; que consiste en la repetición de fonemas, se produce un titubeo en la palabra.

Este tipo de tartamudez frecuentemente va acompañada de tics, trastornos respiratorios y fenómenos vasomotores.

-Tónico - Clónica; que está formada por la unión de las dos anteriores.

1.1.2. Etiología.

Las causas de la tartamudez actualmente no se conocen con exactitud y por esto, se han creado muchas teorías con el fin de encontrar posibles causas. Estas teorías son:

-Teorías Neurológicas. Son aquellas que encuentran el origen de la tartamudez en una alteración cerebral debida a varias razones como son:

A). Problemas de dominancia, ya que se ha observado que los niños que se les obliga a usar la mano opuesta a su desarrollo espontáneo, responden con tartamudez, desapareciendo en muchas ocasiones cuando se le permite al niño usar su mano dominante.

B). Problemas de lateralidad; gran número de tartamudos están mal laterizados o no tienen una correlación entre la función manual y la ocular.

C). Problemas de organización temporo-espacial, que se encuentran en la misma proporción en la tartamudez y en la dislexia.

D). Una disfunción en la evolución del lenguaje, ya sea de origen neurovegetativo, de tipo traumático, etc.

-Teorías Psicógenas. Son aquellas que dan importancia a la personalidad; plantean que la persona tartamuda es neurótica o vive en un ambiente neurótico que le produce ansiedad y por lo tanto tartamudez. Es frecuente que la tartamudez aparezca tras un acontecimiento con una gran carga emotiva; en estos casos puede, incluso, preceder a la tartamudez un breve período de mutismo. También varía según la situación emocional del momento, desapareciendo o atenuándose en el canto, grito, susurro o durante un acceso de ira. Hay niños que desde muy pequeños tienen miedo a hablar porque sus pensamientos son violentos y temen posibles represalias; otros se sienten a sí mismos como desamparados en un mundo hostil y peligroso; otros pueden tener pensamientos obsesivos. No existe un tipo de personalidad de niño disfémico.

-Teoría Mixta. Plantea que el individuo en un primer momento presenta un cuadro con lesión o disfunción neurológica, basándose en que la mayoría de personas que padecen de tartamudez presentan un antecedente claro del retraso del habla y como consecuencia se produce un incorrecto desarrollo de la fluidez verbal, apareciendo en el individuo un período de inseguridad, el cual produce un miedo a las palabras o a tener que hablar (logofobia) que puede ser de origen endógeno o consecuencia de las presiones del ambiente que le rodea. La validez de esta teoría se puede comprobar a través de los resultados de la rehabilitación. A los pacientes tratados sólo con técnicas logopédicas les perdura su personalidad disfémica y a los que han sido tratados psicológicamente les perdura su alteración en la palabra, no presentando una personalidad disfémica.

Por lo tanto, puede afirmarse que la tartamudez comienza como consecuencia de una lesión o de una disfunción neurológica produciendo o impidiendo el correcto desarrollo de la fluidez verbal, a lo que el individuo responde psicológicamente, bien sea por causas endógenas o exógenas, con una logofobia, es decir, con un cuadro neurótico de miedo a hablar que posiblemente sea la que mantenga el cuadro clínico.

1.1.3. Factores psicológicos.

Los factores psicológicos en la tartamudez tales como la impotencia al hablar, la frustración, la rabia, la ansiedad, la vergüenza, etc., son fundamentales, sin embargo la ansiedad es el factor más importante ya que éste participa de manera activa en la aparición y el mantenimiento de la tartamudez. Un alto nivel de ansiedad precipita la tartamudez en la mayoría de las personas aunque éstas no presenten ninguna dificultad para el habla; entonces en personas que padecen de tartamudez, esta ansiedad provoca que ellos tartamudeen mucho más de lo que generalmente lo hacen. Así, se da un círculo vicioso: tartamudean porque están ansiosos y están ansiosos porque tartamudean, lo cual indica que la lucha de una persona contra la tartamudez aumenta su probabilidad, porque produce ansiedad. Esta lucha es inútil, frustrante y totalmente contraproducente, ya que al tratar de conseguir la fluidez, lo único que se logra es perpetuar y mantener la tartamudez.

Según Van Riper “Más del 90% de la tartamudez está compuesto por todo lo que se hace para evitar el bloqueo.” (www.psicoterapeutas.com).

Pero no hacer nada cuando se siente que con toda seguridad no se va a poder pronunciar es muy difícil; sobre todo cuando se despiertan fantasmas de ansiedad social, como el miedo a la crítica del interlocutor, o a perderle porque se aburra o se teme ser interrumpido o menospreciado. Los intentos de evitar las experiencias emocionales asociadas a las consecuencias de los bloqueos como la impotencia al hablar, la frustración, la rabia, la vergüenza, etc. son otros factores que alimentan esta lucha. (www.psicoterapeutas.com).

La tartamudez no es un problema de dificultad o imposibilidad de pronunciar, porque los disfémicos son capaces de pronunciar fluidamente todas las palabras; sin embargo, se pueden bloquear con cualquiera de ellas, dependiendo de la situación y del estado psicológico en el que se encuentren, por ejemplo muchas personas que padecen de tartamudez hablan fluidamente cuando están solos o cuando se acostumbran a una situación determinada, ya que disminuye su nivel de ansiedad y por lo tanto aumenta su fluidez.

Muchas veces los disfémicos no tienen otro problema aparte de su tartamudez y sus consecuencias, ya que el propio tartamudeo causa muchas dificultades y hace más proclive a quien tartamudea para que desarrolle problemas psicológicos. Algunas veces se pueden presentar problemas de ansiedad social y hasta fobia social. En la tartamudez también suele existir una sensación de pérdida total de control asociada a no dominar una función esencial como es el habla, lo cual causa depresión muchas de las veces.

1.1.4. Factores sociales.

Los factores sociales tienen una gran influencia en la vida de una persona que tartamudea. La exigencia de hablar fluido y deprisa pone en desventaja al disfémico, ya que éste al sentir y admitir esa presión, tiene dificultad para dedicar el tiempo necesario a pronunciar las palabras. La vergüenza que le causa el no poder hablar fluidamente frente a las demás personas, origina miedos, ansiedad, evitación, etc., algunas veces se pueden observar reacciones físicas como por ejemplo sudoración, temblores, palpitaciones, etc., que lo único que van a producir es el deseo de ocultar su tartamudez luchando consigo mismo sin saber que esto representa vivir una vida de ansiedad, de temores, de autocríticas, etc. El desprecio y la risa que provoca tartamudez en algunos, sobre todo en la infancia, también tienen una influencia importante en la aparición y mantenimiento de este problema.

El temor a ser despreciado o a ser el objeto de burla de las demás personas, provoca que el disfémico evite muchas de las situaciones sociales que le producen ansiedad; como por ejemplo hablar en público, exponer trabajos frente al profesor y al resto de estudiantes de un aula, hacer nuevos amigos, etc. Todos estos factores sociales ponen en mayor peligro a aquellas personas que psicológicamente son más influenciables a las presiones o a las críticas de los demás.

1.2. Ansiedad

1.2.1. Definición.

La Ansiedad es una sensación de miedo intenso y generalizado que todo el mundo puede experimentar al afrontar una situación amenazante o difícil y cuya función es la adaptación. Un cierto grado de ansiedad es normal, sin embargo algunas personas se sienten ansiosas en situaciones inapropiadas y son incapaces de desenvolverse en la vida con normalidad; estas personas son las que sufren algún tipo de trastorno de ansiedad. (Tarrida, Colección Salud 238).

La ansiedad cuenta con aspectos autonómicos, cognitivos, motores y perceptivos. El sujeto se encuentra aprehensivo, excitado, vigilante y analiza su ambiente con el fin de descubrir la presencia de amenazas o peligros. El temor, en cambio, se produce cuando el origen de la amenaza está bien definido; el sujeto ansioso se sobresalta con frecuencia y se orienta fácilmente en dirección al estímulo. Otras veces experimenta una ansiedad sin que su causa pueda entenderse con claridad y diversos pensamientos y eventos la exageran sin remedio. La marcada propensión a experimentar ansiedad se considera un rasgo de la personalidad. Existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad y sus causas son debidas a uno o más factores, tanto psicológicos como conductuales, fisiológicos, genéticos y en algunos casos sin causa aparente.

Los trastornos de ansiedad son muy comunes; aunque no se puede precisar una cifra exacta debido a que no todas las personas buscan ayuda profesional, se cree que la ansiedad afecta al 13 o 15% de la población mundial.

La edad de inicio generalmente es en la adolescencia tardía o adultez temprana y es más frecuente en mujeres que en hombres.

1.2.2. Etiología.

Existen algunas teorías acerca del desarrollo de los trastornos de la ansiedad:

-Teoría Conductual: La explicación conductual al desarrollo de los trastornos de ansiedad se fundamenta en la sensación de desamparo que adquiere una persona. Los teóricos conductuales creen que el sentimiento de estar fuera de control es un factor esencial en este tipo de trastornos. La sensación de desamparo e impotencia y la ansiedad pueden arraigar en el individuo y manifestarse frente a cualquier estímulo.

-Teoría Cognitiva: La teoría cognitiva de los trastornos de ansiedad se centra en la manera en que las personas que los sufren asimilan las situaciones y los acontecimientos, especialmente aquellos que representan un peligro potencial.

Las personas que padecen trastornos de ansiedad evalúan las circunstancias de forma poco realista y tienden a exagerar la amenaza potencial de una situación determinada.

Estas personas viven en un constante estado de alerta, tanto mental como físico; sus mecanismos de huida o lucha se activan con frecuencia y ello ocasiona la aparición de los signos de la ansiedad.

-Teoría Psicoanalítica: La teoría psicoanalítica cree que los trastornos de ansiedad derivan de conflictos internos, especialmente un conflicto entre el ello y el yo.

El yo busca un escape para ciertos impulsos, generalmente de naturaleza sexual o agresiva, pero es bloqueado por el ello, el cual impide la expresión de esos impulsos; como consecuencia de esta lucha, el individuo siente ansiedad. Las teorías psicoanalíticas sugieren también que un vínculo deficiente entre los padres y los hijos puede generar en éstos un temor a perder a las personas o los objetos queridos y por consiguiente una ansiedad crónica.

-Factores Psicobiológicos: Estudios efectuados acerca de las causas de los trastornos de ansiedad han demostrado que los factores genéticos hacen que ciertas personas sean más susceptibles que otras a los trastornos de ansiedad. Por otro lado, algunas personas presentan una mayor excitación del sistema nervioso central, por lo que tienen una reacción mayor frente a estímulos o factores estresantes externos. Esto puede producirse como resultado de un desequilibrio de ciertos neurotransmisores, como la serotonina o de una reacción anormal de la parte del cerebro que controla la respuesta de lucha o huida, la cual estimula la liberación y el flujo de adrenalina por todo el cuerpo.

1.2.3. Sintomatología.

Las personas con trastornos de ansiedad manifiestan signos físicos como resultado de una sobreestimulación de su sistema nervioso autónomo; estos signos se dan debido a la excitación fisiológica que se produce con la respuesta de lucha o huida. También se presentan respuestas emocionales.

-Signos Físicos: Cuando una persona se enfrenta a una situación amenazante, su cerebro desencadena una serie de reacciones fisiológicas y bioquímicas con el objeto de preparar al cuerpo para la acción de lucha o huida. Una de las principales características de la reacción de lucha o huida es la aparición de la adrenalina, la cual proporciona la capacidad para reaccionar frente al estrés. Durante esta reacción, aumenta el estado de alerta, el pensamiento se hace más rápido, la respiración y el ritmo cardíaco se aceleran, la digestión y los procesos de eliminación disminuyen o se detienen y se incrementan la tensión muscular y la sudoración; sin embargo, hay ocasiones en las que luchar ni huir es adecuado, es decir que la ansiedad no es producto de una amenaza real sino de preocupaciones o de pensamientos negativos o catastróficos.

En estos casos, la energía desencadenada por la respuesta de lucha o huida no encuentra solución y se convierte en algo poco saludable y contraproducente. Como resultado de ello la persona puede sufrir síntomas que inicialmente son leves pero que poco a poco pueden derivar en trastornos graves.

Los síntomas físicos de la ansiedad pueden ser: -temblores, -tensión o dolor muscular, -inquietud, -fatigabilidad excesiva, -dificultad para respirar o sensación de ahogo, -palpitaciones, -sudoración, -mareos, -náuseas, -diarreas u otros trastornos abdominales, -bochornos o escalofríos, -necesidad de orinar con frecuencia, -sensación de “tener un nudo en la garganta”, -sequedad de boca y rechinar de dientes. Las personas que sufren ansiedad crónica pueden experimentar frecuentes jaquecas derivadas de la tensión, problemas de sueño y en algunos casos una disminución del deseo sexual.

En el caso del tartamudeo muchas de los síntomas físicos son parte de la reacción que se tiene para esforzarse en hablar. Son sensaciones desagradables y por eso se tiende a ignorarlas y a intentar quitárselas. Aparecen entonces, cadenas de respuestas. Por ejemplo, si se siente un nudo en el estómago, la persona puede tensarlo y cortar la respiración para dejar de sentirlo; se establece de esta forma una serie de sensaciones físicas que por una parte son reacciones ante la ansiedad, pero por otra son ansiógenas en sí mismas, por eso puede ser muy importante desensibilizarlas.

-Signos Mentales y Emocionales: Las personas que padecen trastornos de ansiedad también experimentan síntomas emocionales y mentales que pueden manifestarse en forma de agitación, inquietud, predisposición al sobresalto, dificultad de concentración y olvidos frecuentes. Las personas ansiosas viven constantemente a la expectativa de problemas o se sienten abrumados por dificultades menores.

En general, les cuesta tomar decisiones y a menudo se muestran indecisos, hipersensibles a las críticas e irritables. Algunos se sienten constantemente aprensivos y afligidos por la posibilidad de ser víctimas de una fatalidad.

1.2.4. Criterios Diagnósticos.

El DSM IV agrupa en una de sus categorías los desórdenes de ansiedad. Estos trastornos se distinguen por la presencia de síntomas de ansiedad que no van de acuerdo con las circunstancias.

1.2.4.1. Tartamudez.

Criterios para el diagnóstico del F98.5 Tartamudeo.

A. Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (adecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de uno o más de los siguientes fenómenos:

1. Repeticiones de sonidos y sílabas
2. Prolongaciones de sonidos
3. Interjecciones
4. Palabras fragmentadas (p. Ej., pausas dentro de una palabra)
5. Bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)
6. Circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)
7. Palabras producidas con un exceso de tensión física
8. Repeticiones de palabras monosilábicas (p. Ej., "Yo-yo-yo le veo").

B. La alteración de la fluidez interfiere en el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

C. Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas.

1.2.4.2. Ansiedad

Criterios para el diagnóstico de F06.4 Trastorno de ansiedad debido a F98.5 Tartamudez.

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. Ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

1.3. Tratamiento de la Ansiedad debida a la Tartamudez.

1.3.1. Definición de la Terapia de Aceptación y Compromiso de Van Riper.

La terapia de aceptación y compromiso fue creada por Van Riper, psicólogo clínico que padeció tartamudez severa durante toda su vida. La terapia de aceptación y compromiso es un tipo de terapia ecléctica, ya que cree que la tartamudez necesita una terapia global. Esta terapia es experiencial, es decir, no trata de convencer al paciente por la vía de razonamientos o dando argumentos a favor de sus afirmaciones, sino que pide que lo experimente él mismo, porque es la única forma de aprender.

El planteamiento básico de la Terapia de Aceptación y Compromiso es que hay que aceptar el sufrimiento que supone la falta de control del habla y comprometerse en el desarrollo y manifestación de los valores personales. Esto supone la aceptación de la ansiedad, y se demuestra que si se acepta y se deja la lucha contra ella, se hace tolerable e incluso, llega a desaparecer en la mayoría de las situaciones. Se basa en la teoría del aprendizaje, la servo teoría y la psicoterapia. (Treatment of Stuttering, Van Riper)

1.3.1.1. Teoría del Aprendizaje.

La tartamudez se compone de comportamientos que son reacciones a la amenaza o a la experiencia de las interrupciones al momento de hablar. Todos los hábitos de esfuerzo y evitación parecen ser comportamientos aprendidos que se van acumulando con el paso del tiempo, por lo tanto aprender a tartamudear fácilmente y sin esfuerzo puede romper el círculo vicioso de auto reforzamiento o al menos invertir su curso y de esta manera la tartamudez puede reducirse o hasta desaparecer.

Con respecto a esta teoría del aprendizaje, esta terapia ayuda a la persona con tartamudez a desaprender sus viejas respuestas desadaptativas ante la amenaza y la falta de fluidez al hablar y aprender otras nuevas y más adaptativas en su lugar. En un disfémico existen miedos a palabras, ciertos sonidos, ciertos oyentes, ciertas condiciones de comunicación como la presión del tiempo o ciertas situaciones de habla y otras reacciones desagradables. La mayoría de estas respuestas han sido condicionadas según el condicionamiento clásico y por lo tanto en esta terapia se aplica el descondicionamiento y el contracondicionamiento exponiendo al paciente repetidamente al estímulo condicionado pero asegurándose de que la respuesta condicionada no ocurra.

La tartamudez puede ser temporalmente reducida o suprimida por una gran cantidad de métodos, pero a no ser que se modifiquen y debiliten los comportamientos aprendidos, todo esfuerzo será en vano.

“Es más fácil definirse uno mismo como un tartamudo fluido que intentar adoptar el rol de un hablante normal fluido o disfluyente, ya que ha estado mucho tiempo intentando adoptar esa pose y siempre ha sido eventualmente desenmascarado”. (Treatment of Stuttering, Van Riper).

1.3.1.2. Servo Teoría.

Algunas de las dificultades de los disfémicos tienen su origen en los sistemas de procesamiento auditivo y debido a esto, la servo teoría busca conseguir que el paciente se concentre en la realimentación propioceptiva más que en la auditiva para de esta manera evitar dificultades, es decir se busca una autopercepción de su discurso y un autocontrol y monitoreo de la correcta posición de sus músculos dejando a un lado la atención que anteriormente se ponía al escuchar las alteraciones y bloqueos al momento del habla.

Esta teoría solo se puede llevar a cabo si el tartamudeo está relacionado con un problema en el procesamiento auditivo de la persona, más no por alguna otra razón.

1.3.1.3. Psicoterapia.

Los adolescentes y adultos disfémicos presentan miedos intensos, frustraciones y otras reacciones emocionales debido a las interrupciones que presentan al momento de hablar y a sus sentimientos de anormalidad que muchas veces generan sentimientos autodestructivos; generalmente son personas ansiosas e infelices. La ansiedad, frustración, los miedos que dominan las vidas de muchos disfémicos, son más que suficientes para producir infelicidad; esta alteración se extiende a todo espacio vital, presente todo el tiempo que permanecen despiertos. Todas las relaciones interpersonales

quedan impregnadas por el tartamudeo. No se puede aplicar un solo tipo de psicoterapia para todas las personas que padecen tartamudez, ya que cada persona requiere de un tipo de terapia adecuado a sus necesidades, experiencias y problemas propios y exclusivos. Esta terapia propone la aplicación tanto de psicoterapia individual como grupal con una frecuencia de 3 veces a la semana durante un período de 3 o 4 meses.

1.3.2. Objetivos de la Terapia de Aceptación y Compromiso de Van Riper.

El principal objetivo de la terapia de aceptación y compromiso de Van Riper es ayudar y enseñar al paciente con tartamudez a desaprender sus viejas respuestas desadaptativas, que son las que le llevan a tartamudear y en lugar de eso aprender otras respuestas más adaptativas; es decir el paciente debe aprender a reemplazar reacciones de miedo, vergüenza o frustración frente al tartamudeo por reacciones que no produzcan ansiedad. Si se busca enseñar al disfémico a no tartamudear, el fallo sería seguro, ya que él ya sabe cómo hablar de manera fluida, él habla normalmente la mayor parte del tiempo y un gran porcentaje de sus palabras son habladas fluidamente.

Se trata también de conseguir reacciones diferentes ante los fallos en la pronunciación de forma que no se dé un aumento de ansiedad y se consiga un control suficiente para poder dar respuestas alternativas más fluidas en situaciones en las que se ha dado la interrupción del habla.

La ansiedad y la tartamudez llevan una estrecha relación, ya que como pudimos darnos cuenta la una es la responsable de la aparición de la otra, y viceversa; por esta razón podemos concluir que el estudio y entendimiento profundo de estos dos trastornos es fundamental para el tratamiento del paciente que padece tartamudez.

El claro conocimiento y manejo del tratamiento, nos permitirá realizar cambios positivos no solo en el habla del paciente sino también cambios en todos los aspectos de su vida, proporcionándole una vida más satisfactoria libre de ansiedad y miedos.

CAPITULO II

ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS DE ACEPTACION Y COMPROMISO DE VAN RIPER

Este capítulo tratará acerca de las técnicas y estrategias terapéuticas de aceptación compromiso propuestas por el Psicólogo Clínico Van Riper.

Las técnicas fueron seleccionadas exclusivamente para este caso en particular y fueron tomadas del libro *El Tratamiento de la Tartamudez* del autor Van Riper.

El plan terapéutico a emplearse en el tratamiento de la tartamudez de este caso específico, consta de cuatro fases de terapia, cada una de ellas dividida en subfases o técnicas, las cuales nos brindan una idea clara acerca de para qué sirven y cómo se aplican.

2.1. Fases de la Terapia de Aceptación y Compromiso de Van Riper.

2.1.1. Fase de identificación.

En esta etapa se le entrena al disfémico a explorar, analizar y clasificar las conductas que realiza durante el tartamudeo, tanto las que son visibles a simple vista como las que solamente puede acceder él y caracterizan su forma particular de tartamudear. La terapia empieza solamente con la identificación, ya que de esta manera se evita poner demasiada atención en la modificación de conductas porque pedirle a una disfémico que empiece a cambiar inmediatamente la manera como tartamudea es pedirle que fracase.

La identificación ayuda a la desensibilización y nos permite estructurar de principio la terapia como un proceso de colaboración porque es el disfémico quien debe recoger las diferentes clases de conductas tartamudas que componen su alteración. De esta manera le damos a entender que su trabajo es tartamudear y averiguar exactamente lo que hace cuando tartamudea y por qué lo hace.

Además el proceso de identificación y análisis de los comportamientos tartamudos conduce a la revelación de los sentimientos que el disfémico tiene sobre su alteración y sobre sí mismo. Cuando el disfémico enseña sus comportamientos al terapeuta, estos tartamudeos son reexperimentados con muy poco o casi nulo desagrado, proceso que es fundamental para la desensibilización y extinción.

2.1.1.1. Identificación del tartamudeo fluido.

En la fase de identificación del tartamudeo fluido, se busca que el disfémico se dé cuenta que no siempre tartamudea al hablar sino que habrá una o más situaciones en las que el pueda hablar de manera fluida y que a pesar de que todas las personas hablan de manera fluida, también tartamudean de alguna forma en ciertas situaciones. En esta fase también se le indica al disfémico que existen muchas formas de tartamudear y que es posible tartamudear sin perjudicar la fluidez o sin provocar lástima en el oyente; si el disfémico puede aprender esto, no tendrá miedo a comunicarse.

Muchas veces un disfémico no podrá reconocer estos lapsos de habla fluida hasta que los escuche y vea en cintas o videos. Primero debe reconocerlos en el habla de otros disfémicos; tan pronto como pueda identificarlos con facilidad, le pedimos que los busque en otras situaciones, anotando las palabras en las que aparecen esos tartamudeos fluidos y practicándolos. En esta fase el disfémico en lugar de prestar atención a lo peor de sus alteraciones en el habla, en vez de revivir una y otra vez su anormalidad, frustración y vergüenza; comienza a adoptar un punto de vista más positivo. Así el objetivo a alcanzar para su tartamudeo sería comenzar a examinar y confrontar sus comportamientos disfémicos, que se de cuenta que es posible tartamudear de diferentes maneras y que algunas de estas interferirán muy poco en la comunicación.

2.1.1.2. Identificación de las conductas de evitación.

Tan pronto como el disfémico haya reconocido estos modelos de tartamudeo fluente en su habla, se prosigue a ayudarle a afrontar sus reacciones habituales de evitación. No le pedimos que evite situaciones o palabras temidas, sino le pedimos que simplemente empiece a recoger los tipos de conducta de evitación que utiliza; que generalmente son: sustituir unas palabras por otras, cambiar el orden de las palabras en la frase y cualquier otra técnica que utilice para evitar las palabras que le producen preocupación, miedo y/o ansiedad.

El objetivo de esta fase es ayudarle a que sea consciente de su repertorio completo de maniobras evasivas y así poder identificar las conductas más fuertes y frecuentes. Posteriormente se le explica que si puede tartamudear fluidamente, no habrá necesidad de evitar o de fingir y una vez que el disfémico comienza a enfrentarse a estas conductas de evitación, comienza a disminuir su frecuencia.

2.1.1.3. Recolección de conductas de aplazamiento.

En esta fase se busca la exploración e identificación de las conductas de aplazamiento, posibilitando especificar las conductas que deben ser debilitadas o reemplazadas. El disfémico emplea repeticiones de la palabra previa, susurros, se aclara la garganta, pega los labios, etc., con el objetivo de evitar la frustración o aplazarla el mayor tiempo posible.

Algunas conductas pueden ser muy complejas y son propias de cada disfémico. En esta fase, el disfémico comienza a entender por qué hace lo que hace, se da cuenta de cómo su problema no tiene nada que ver con el hecho de pronunciar la palabra y que no es posible que tenga una pronunciación correcta mientras está llenando su boca con otras vocalizaciones irrelevantes. Aprende que su tartamudeo se debe en gran parte a las conductas que están alrededor de la interrupción de la fluidez y su miedo a que ocurra.

2.1.1.4. Identificación de las conductas de arranque o de comienzo.

Las conductas de arranque o comienzo representan el esfuerzo del disfémico bajo la presión del tiempo por finalizar el retraso y empezar a hablar. Estas conductas se desarrollan sin que se tenga conciencia de ellas y se van haciendo más fuertes cada vez que tienen éxito. Algunas de estas conductas pueden ser: el movimiento brusco de la cabeza o la mandíbula, el vaivén de un brazo, las bocanadas de aire, etc. Esta fase de identificación genera una oportunidad real de progreso una vez que la emoción haya sido evocada y manejada. Cuando llegamos a la recogida de comportamientos de arranque, el disfémico debe enfrentarse a algunos de los rasgos de su alteración en el habla que han producido la mayor aflicción personal; el disfémico generalmente preferirá hablar de aquellas conductas en lugar de repetirlas y le resultará muy difícil observarlas en un espejo o en un video; ya que estas conductas son el estigma de su alteración.

2.1.1.5. Identificación de las señales situacionales.

Esta fase consiste en identificar aquellos rasgos de las situaciones comunicativas que provocan ansiedad, como por ejemplo: hablar por teléfono, hablar frente a un grupo de personas, pedir un favor y en especial las esperadas reacciones del oyente. A partir de la identificación de estas situaciones, se procede a modificar aquellos pensamientos erróneos presentes en el disfémico. Se proporcionarán algunas situaciones de habla temidas para realizarse durante terapia, en las cuales el disfémico analice sus expectativas con anticipación y posteriormente identifique las consecuencias reales.

2.1.1.6. Identificación de las conductas nucleares.

En esta fase se estudian las características de fenómenos como los temblores, sudor, tics, pérdida de control, el sentimiento de ser incapaz de continuar, el estado de tensión localizado, tartamudeo y las repeticiones compulsivas de las sílabas. Para el disfémico es difícil la discriminación de estas conductas nucleares, a menos que compare la manera en la que dice la palabra tartamudeada con la forma en que la dice tartamudeando fluidamente; no se presta atención a cómo suenan las palabras sino en cómo se producen; se pueden utilizar espejos, videos, fotos con el fin de que el disfémico pueda ver los movimientos que realiza al momento de hablar; así el disfémico comienza a examinar sus propios temblores, primero estudiando cómo terminan, cómo varían y finalmente cómo comienzan.

El objetivo de esta fase es lograr que el disfémico pare de escuchar los sonidos anormales y sus interrupciones en el habla y empiece a averiguar lo que realmente está haciendo. Se buscan triadas: la emisión anormal, el tartamudeo fluido y la emisión normal; a medida que observa los contrastes del comportamiento entre la emisión tartamudeada y la normal de la misma palabra, se sorprenderá al notar lo diferentes que son y sobre todo se dará cuenta que tiene la capacidad de pronunciar palabras de las dos formas.

2.1.1.7. Identificación de las reacciones posteriores al tartamudeo.

En esta fase se exploran los sentimientos que resultan de la experiencia de tartamudeo. Estos sentimientos son generalmente la vergüenza, frustración, hostilidad, ansiedad, los cuales son muy difíciles de expresar con palabras y probablemente son la causa por la que el disfémico se apresura tan compulsiva y rápidamente después del momento del tartamudeo; desea, si es posible huir y odia recordar consecuencias negativas.

2.1.1.8. Identificación de sentimientos de frustración.

La mayor parte de la frustración se da durante el momento del tartamudeo, pero inmediatamente después de esto, el retraso en la comunicación desespera al disfémico. El habla es sentida como algo que tiene que ser elaborado, cada momento de tartamudeo añade su propia lentitud, las frases avanzan con dificultad. Esta fase proporciona la oportunidad de que los sentimientos de frustración del disfémico sean compartidos y comprendidos.

2.1.1.9. Identificación de sentimientos de vergüenza.

Los sentimientos de vergüenza se verbalizan con mayor precisión y mucho más fácilmente que los sentimientos de frustración, ya que hay muy pocas palabras para expresar la impotencia verbal pero muchas para la vergüenza, aprovechando esto, en este proceso de identificación se busca una confrontación de sentimientos, en la cual el disfémico pueda expresar lo que siente y piensa de manera abierta.

2.1.1.10. Identificación de sentimientos de hostilidad.

Las conductas de hostilidad se presentan debido a la frustración de ser incapaces de comunicarse o de completar una frase. Las palabras surgen como obstáculos y cada lucha frente a esto produce algo de frustración y un sin número de sentimientos que probablemente puedan terminar en explosiones de ira; sin embargo no toda la hostilidad procede de la frustración, quizá provenga del resentimiento debido a las burlas realizadas por el oyente. Dentro de terapia el disfémico puede voltear algo de esta furia en el terapeuta, el cual debe tener una receptividad lo suficientemente amplia para recibir tal daño. De cualquier modo, es mejor que el disfémico exprese su ira en palabras que en conductas disfémicas.

2.1.2. Fase de Desensibilización.

La desensibilización es el proceso de prevención de las respuestas y de construcción gradual de barreras contra la ansiedad; es un proceso de endurecimiento, ya que el disfémico aprende que puede experimentar cantidades cada vez mayores de estímulos disparadores de ansiedad, frustración y vergüenza, sin tener disparos de alteración

emocional; por lo tanto la desensibilización, incrementa la tolerancia al estrés.

Esta fase consiste en crear un lugar seguro en donde la tartamudez sea sentida con poca frustración con el fin de reducir suficientemente la potencia de la excitación emocional para habilitar al disfémico a aprender nuevas maneras de manejar la expectativa y la experiencia de las palabras rotas o no fluidas.

Las emociones desagradables son reexperimentadas en la realidad o en el recuerdo, en una situación benigna, es decir sin recibir críticas, rechazo, ni presiones de tiempo; necesitamos miedo y frustración pero en niveles muy bajos que permitan la modificación, de esta manera la cantidad de ansiedad provocada por estos viejos estímulos va progresivamente decreciendo y se va creando una situación en la que se pueda dar un aprendizaje. Se utilizan técnicas como el no refuerzo y prevención de la respuesta, el contracondicionamiento, el entrenamiento en asertividad, la inundación y adaptación, la reconfiguración de los conjuntos de estímulos y la inhibición condicionada.

Para empezar la desensibilización se puede usar el informe subjetivo del propio disfémico como indicador de ansiedad y la observación de sus respuestas físicas como por ejemplo cambios en su respiración, movimientos compulsivos, tics, la duración y los momentos de las pausas, etc. También se debe conocer con exactitud el nivel máximo de alteración emocional del disfémico para así poder mantenerlo por debajo del umbral durante la desensibilización.

Posteriormente se construirá una jerarquía de estímulos graduados progresivamente en términos de la intensidad anticipatoria de alteración emocional; con cada ítem de esta jerarquía se experimentará un mayor nivel de estrés, y así al experimentar una y otra vez cada ítem, la emotividad latente no será reforzada sino extinguida. Si se falla en uno de los pasos de esta secuencia, se regresa al paso anterior y se repite. Esta fase permite que el disfémico sea capaz de hacer fácilmente y enfrentar con calma las tareas que anteriormente le provocaban demasiada emoción como para poder aprender algo. Los objetivos de la fase de desensibilización son:

- **Confrontación:** El primer objetivo de la fase de desensibilización es identificar el comportamiento del disfémico cuando habla; estos comportamientos pueden ser negados por el propio disfémico, ya que no está acostumbrado al auto escrutinio. La confrontación siempre genera algo de alteración emocional aunque depende mucho de cada persona.
- **Comportamiento Nuclear:** Este objetivo busca subir el umbral de tolerancia del disfémico ante los bloqueos y las repeticiones con el fin de provocar una reducción inmediata de los comportamientos de evitación y huida. La frecuencia y severidad de los momentos de tartamudez decrecerá, el miedo disminuirá y como consecuencia el disfémico sabrá que está progresando.

2.1.2.1. Desensibilización a la reacción del oyente.

La vulnerabilidad del disfémico al estrés creado por el oyente es un punto importante que debe ser desensibilizado; este estrés incluye rechazo social, prisa, cambios súbitos, interrupciones, ruido, preguntas, ser mal entendido, pedirle que repita lo que dijo, etc. En primer lugar se elaborará la jerarquía de desensibilización, empezando con una situación estresante fácil de desensibilizar y una vez que se ha logrado su desensibilización, seleccionamos otras reacciones negativas del oyente que evoquen fuertes emociones. Después de algunas experiencias de desensibilización, el disfémico aprende que no necesita entregarse a la presión del oyente y por lo tanto no será necesario desensibilizar todas las reacciones emocionales restantes.

2.1.2.2. Asertividad.

Un comportamiento asertivo puede inhibir activamente la ansiedad que afecta al disfémico y por esta razón gran parte de la terapia de aceptación y compromiso está basada en este principio. Es importante que el disfémico deje de evitar o posponer situaciones y que en lugar de eso, ataque las palabras y las experiencias que teme mediante conductas más asertivas.

La terapia de aceptación y compromiso propone trabajar en asertividad mediante la elaboración de un esquema de personalidad de un individuo asertivo, dicha personalidad será imitada por el terapeuta, el cual servirá de modelo a seguir para el disfémico; posteriormente se sugerirá al disfémico que imite esta personalidad, que intente este nuevo rol primero en el consultorio, luego en situaciones reales controladas y finalmente que asuma ese rol en la mayoría de las situaciones durante varios días.

También se puede utilizar el psicodrama como aprendizaje de conductas asertivas, creando situaciones que a menudo significan las mayores amenazas para los disfémicos; el miedo va disminuyendo a medida que el disfémico va asumiendo cada vez más su rol de actor asertivo.

2.1.2.3. No-refuerzo.

El no-refuerzo tiene como objetivo extinguir miedos específicos; para esto se requiere que el disfémico repita ciertas palabras en las que ha tartamudeado una y otra vez hasta que las diga fluidamente y entonces seguir con esa palabra cada vez más alto hasta cumplir un criterio específico, por ejemplo: cinco veces fluidas consecutivas. Es de gran ayuda la elaboración de un listado con palabras según el orden de dificultad que el disfémico tenga para decirlas, para de este modo poder ver el descenso del miedo a cada palabra y la generalización en palabras similares.

2.1.2.4. Prevención de la respuesta.

Mucha de la anormalidad de la tartamudez consiste en respuestas de escape que han sido condicionadas a los bloqueos. Los movimientos faciales, las sacudidas de cabeza y cuerpo, la aceleración de la respiración, etc., son normalmente utilizadas como vía de escape; la percepción de los tensos bloqueos es muy traumática para el disfémico, por lo tanto si podemos eliminar estas respuestas, reduciremos gran parte de la ansiedad padecida por el disfémico. El objetivo de esta técnica es hacer que el disfémico experimente los mismos estímulos que usualmente presenta pero previniendo la reacción anormal clásica. Para lograr esto, el terapeuta pone sus labios o mandíbula a temblar y le pide al disfémico que señale cuándo puede cesar y continuar hablando;

después el disfémico fuerza un temblor en un sonido no temido de una palabra no temida, manteniendo el temblor hasta que se le de la señal de liberación.

Posteriormente se le pide que se meta en un bloqueo real a propósito y que mantenga todo lo que está haciendo hasta que se le de la señal de terminar. Poco a poco se va alargando la duración de estos temblores posponiendo la señal de liberación, así el disfémico aprende que puede tolerar duraciones más largas de lo que nunca hubiese creído y también descubre que es posible tartamudear sin movimientos ni sacudidas.

2.1.3. Fase de Modificación.

En esta fase de la terapia de aceptación y compromiso el objetivo es el cambio.

Esta fase se centra en la variación y el desaprendizaje de las respuestas habituales de huida y evitación, y también en el aprendizaje de nuevas maneras de tartamudear más fluidas y menos anormales, a través del condicionamiento. Una vez que se ha reducido la ansiedad a un nivel aceptable, se trata de ir ganando control sobre la pronunciación de las palabras. Se comienza realizando cambios sobre las conductas de anticipación. Estos cambios consisten en introducir variaciones conscientes y voluntarias.

Posteriormente se continúa con la variación de conductas de escape; se cambian las conductas como el cierre de los labios, las posiciones anormales de la boca, los movimientos de la mandíbula, etc. En esta fase el disfémico adquiere la sensación de que puede manejar su habla y sus sensaciones de vergüenza, frustración, hostilidad y miedo terminan.

Luego se pasa al estudio del modelo motor de forma que el disfémico sea consciente de las sensaciones propioceptivas cuando habla de manera fluida; de esta manera el disfémico aprende a realizar conductas alternativas cuando entra en un bloqueo; aprende a salir de las fijaciones, de los temblores, de los cierres de laringe, de las conductas de repetición, etc. Por último se modifican las conductas preparatorias, ya que cuando se va a comenzar a hablar es preciso hacerlo desde determinada posición adecuada.

2.1.3.1. Role Playing.

El role playing es una de las herramientas más importantes de esta terapia, ya que la interpretación de papeles puede alterar significativamente las actitudes de la persona que asume el papel, influyendo poco a poco en el comportamiento del disfémico.

En esta técnica el disfémico y el terapeuta interpretan varias escenas que evocan dificultades de asertividad en el disfémico. Comenzando con la situación menos demandante, cada escena es ensayada hasta que los problemas encontrados sean satisfactoriamente resueltos y representados por el disfémico y el terapeuta.

Usualmente el terapeuta interpreta y representa a las personas más significativas en la vida del disfémico y el papel del disfémico es modelado, en términos de críticas constructivas por el terapeuta, el cual asume su papel y representa las respuestas deseables. Entrenar a un disfémico en la representación de roles los libera, ya que se vuelven más espontáneos y hablan con mayor fluidez al interpretar un papel.

2.1.3.2. Variación de los Comportamientos Disfémicos.

Con esta técnica se busca atacar a los comportamientos de anticipación, especialmente las habituales reacciones de evitación y posposición ante la inminente amenaza de tartamudez. En fases anteriores el disfémico ya a logrado identificar cuáles son sus reacciones propias de evitación y huída y por lo tanto esta fase se centra en modificarlas.

Esta técnica propone planificar las tareas en conjunto, estructurando cada una en términos de máximo y mínimo logro; el terapeuta debe sugerir actividades a llegar a cabo. Cuando ya se ha elegido y fijado el criterio de máximo y mínimo, discutimos sus razones y su importancia y se empiezan a cumplir dichas tareas. Como consecuencia el disfémico se dará cuenta de lo que hacía cuando se aproximaba una palabra o situación temida y descubrirá que los comportamientos que creía totalmente fuera de su control podrán ser modificados.

2.1.3.3. Modificación: Enseñando una forma fluida de tartamudear.

Después de que el disfémico ha aprendido a identificar sus variados comportamientos disfémicos, se ha desensibilizado frente a la amenaza y la experiencia del fracaso de la fluidez y ha descubierto que puede alterar y variar sus reacciones disfémicas y a sí mismo; el disfémico desea la aprobación del terapeuta y sabe el valor de la guía que éste puede proporcionarle y por lo tanto está listo para cambiar.

El objetivo de esta técnica es modificar y moldear la forma de su tartamudez de manera que ocurra sin impedir la comunicación ni contribuir al mantenimiento del desorden. La clave de este aprendizaje será un tipo de tartamudeo que no sea frustrante ni evocador de la penalización del oyente. El ordenamiento secuencial de los sonidos que produce cuando tartamudea debería acercarse lo más posible a la pronunciación normal; los movimientos, los sonidos de interjección forzada serán eliminados progresivamente.

El disfémico debe poner atención a cada comportamiento que realice al momento de hablar; si abre mucho la boca en la pronunciación de una palabra, debe desplazar esa postura hacia la apropiada que produzca el sonido. Si está reteniendo la respiración, debe reconocer este hecho y explorar maneras de iniciar el flujo de aire. Si se encuentra con temblores, debe intentar lentificarlos y suavizarlos en lugar de incrementar la tensión intentando salir de ellas con una sacudida. En fin, lo que sea que el disfémico haga que sea inapropiado a la producción normal de un sonido o palabra, debería significar una señal de error de manera que pueda ser alterado en la dirección de la producción normal.

2.1.3.4. Cancelación.

Esta técnica busca enseñar al disfémico una manera mas fluida de tartamudear, una nueva forma de manejar el miedo y la experiencia de la interrupción del habla. Esta fase es muy fácil: una vez que la persona ha emitido una palabra tartamudeada, simplemente hace una pausa deliberadamente y la dice de nuevo antes de seguir; a pesar de su propia urgencia o el miedo a perder la atención del oyente, debe entrenarse a parar y esperar un momento después de cada instancia de tartamudeo; esta pausa le da el tiempo para buscar una mejor manera de hablar.

De esta manera la pausa que el disfémico hace, gana un refuerzo en lugar de la lucha o la evitación, ya que estas se posponen en el tiempo.

Necesitamos estas pausas después de los tartamudeos para demostrar al disfémico que puede reaccionar menos anormalmente y más fluidamente; sin embargo, las pausas no son las más importantes sino lo que el disfémico haga durante esa pausa y por esta razón la enseñanza de realizar pausas debe ir acompañada del desarrollo de comportamientos nuevos más apropiados y respuestas más adaptativas. Las pausas deben ser reforzadas por el terapeuta ya que al principio aumentarán la ansiedad en el disfémico.

La cancelación está diseñada principalmente como un vehículo de aprendizaje de nuevas respuestas a los estímulos que disparan las respuestas disfémicas anormales.

2.1.3.5. Pull-out de los temblores.

Parte de la compulsión asociada a las fijaciones se debe a la presencia de temblores que las acompañan; el disfémico intenta calmar estos temblores parando y empezando de nuevo o usando un aumento de tensión, sacudidas de diferentes partes del cuerpo, etc., ocasionalmente estos métodos dan resultado pero refuerzan cada vez más estas conductas anormales.

En esta técnica el terapeuta pide al disfémico que inicie temblores voluntariamente y que después intente desacelerar esos temblores, esto repetidas veces. Posteriormente se le pide que inicie estos temblores voluntarios al mismo tiempo que pronuncie palabras temidas; en este momento se le ayuda a analizar cómo se inicia su tartamudez, cómo

empieza con una postura anormal y cómo inicia su tensión; le pedimos que busque maneras de variar estos factores iniciadores y así aprende que los temblores también son modificables e incluso pueden prevenirse. Cuando se le da suficiente experiencia en suavizar sus temblores, desacelerándolos, iniciándolos y terminándolos voluntariamente, desaparece su sensación de impotencia verbal.

2.1.4. Fase de Estabilización.

Una vez que el disfémico ha completado las fases anteriores, se vuelve muy fluido ya que ahora ya posee herramientas para enfrentarse al miedo, frustración o vergüenza; sin embargo sin un período de entrenamiento en estabilización, las viejas respuestas de evitación y lucha irán apareciendo cada vez con mayor frecuencia hasta que desemboquen en una instancia de tartamudeo verdaderamente severa y anormal.

Esta fase se dedica a ayudar al disfémico a consolidar sus ganancias, crear conductas generalizadas que hagan la nueva forma de tartamudear automática y mejorar la monitorización propioceptiva de su habla. Consiste en que el disfémico alcance una tasa adecuada de habla fluida; se realizan ejercicios para aprender a hablar de forma correcta automatizando las conductas aprendidas. En esta fase se le enseña también a manejar las recaídas, que en este método no son nunca un desastre, sino una excusa para seguir trabajando. Por último se le reintegra el autoconcepto, de forma que deje de pensar que es tartamudo.

2.1.4.1. Reconfiguración de la fluidez.

Para superar la tendencia de hablar en segmentos pequeños y eliminar los huecos y pausas del habla que se rellenan con su tartamudez, pedimos al disfémico que diseñe programas, que lea informes de otras personas con tartamudez que se entrenaron intensamente en asociación libre durante largos períodos de tiempo. Le informamos de las ganancias que resultan de este entrenamiento: hablar con más continuidad, sin tantos huecos, etc.

2.1.4.2. Habla Continua.

Consiste en aprender a dar continuidad al habla, fijando tiempos límite que van incrementando hasta que el disfémico domine el arte del habla sin interrupciones. Mucho de este entrenamiento se hace en solitario, en voz alta y después en presencia de un oyente.

2.1.4.3. Reflejar.

Esta técnica hace referencia a la habilidad para transformar en palabras propias lo que está expresando el interlocutor; esta habilidad ayuda al disfémico a hablar de manera menos fragmentada.

2.1.4.4. Preparación de Contingencias.

En esta técnica, el terapeuta anima al disfémico de todas las maneras posibles a verbalizar descubrimientos y nuevas maneras de responder a amenazas. Le pide que imagine problemas hipotéticos de todo tipo y que verbalice soluciones para ellos.

Este entrenamiento en codificación verbal de las nuevas respuestas no solo mejora la estabilización sino que también alivia mucha de la ansiedad latente. Además el terapeuta anima al disfémico al uso de comentarios orales propios a las nuevas experiencias de habla.

2.1.4.5. Generalización.

Consiste en asegurarse que las nuevas respuestas sean fijadas a la mayor cantidad posible y el más amplio rango de estímulos. El disfémico al ver que una nueva respuesta funciona para cierto estímulo, se convence, y está en lo cierto, que nuevas respuestas servirán de ayuda en su terapia y permitirán una tartamudez fluida.

2.1.4.6. Extinción de Miedos.

Esta técnica se concentra en la extinción de miedos a sonidos y palabras. Primero el disfémico escucha grabaciones de sí mismo y lista las palabras en las que ha tartamudeado; la palabra seleccionada es repetida una y otra vez, empezando con la antigua forma de tartamudear en las primeras repeticiones y después cambiando hacia el tartamudeo en cámara lenta para la mayor parte de las repeticiones, finalizando con la palabra dicha normalmente varias veces. Se puede sugerir que el disfémico anote la primera letra de la palabra simultáneamente con su pronunciación.

2.1.4.7. Reintegración del Autoconcepto.

Debido a que durante años el disfémico se ha definido a sí mismo como tartamudo y su imagen corporal ha sido distorsionada, al momento de ya hablar fluidamente, éste es incapaz de reconocerse a sí mismo como un hablante normal y tiende a dudar de su nueva identidad creyendo que ésta es falsa, duda de la aceptación recibida por los demás y se preocupa de lo que ocurrirá si muestra su verdadero “yo tartamudo” de nuevo. Por esta razón es imprescindible mejorar el autoconcepto del disfémico en esta fase de estabilización. El terapeuta le proporciona algunas experiencias delante de un grupo de personas extrañas, en las que pueda manejar las interrupciones del habla tan bien que la audiencia no reconozca que el es disfémico; filmamos estas sesiones y después viéndolas repetidamente tienen lugar cambios grandes en el autoconcepto; ya que además de verse como los demás lo ven, sabe que la pantalla y el sonido no miente.

Este capítulo trató sobre algunas de las estrategias terapéuticas recogidas del libro de Van Riper *El Tratamiento de las Tartamudez*.

Como pudimos ver, todas estas técnicas fueron propuestas exclusivamente para pacientes que padecen tartamudez, lo cual nos ayuda a una mejor comprensión de este problema y también nos brinda la oportunidad de aprovechar de una terapia enfocada en la tartamudez y la ansiedad, aplicada paso a paso desde un principio hasta el final.

CAPITULO III

ESTUDIO DE CASO

Este capítulo tratará sobre la elaboración de un historial clínico, en el cual constarán datos del paciente como antecedentes familiares, psicobiografía, problemática actual, diagnósticos y recomendaciones. Estos datos nos servirán de gran ayuda para entender mejor el caso, y de esta manera poder ofrecer un tipo de terapia que se ajuste a las necesidades del paciente.

El presente capítulo es la parte práctica de la monografía; realizado mediante entrevistas individuales tanto al paciente como a su madre y aplicaciones de reactivos psicológicos con el fin de plantear el diagnóstico y recomendaciones correctas.

3.1. Historia Clínica.

3.1.1. Elaboración.

Paciente llamado Juan (nombre ficticio) de 20 años de edad de sexo masculino, nacido el 19 de abril del año 1989 en la ciudad de Cuenca y residente en la misma, soltero, de religión católico; con un nivel de instrucción superior incompleto, de clase media. Acude a consulta debido a que padece de tartamudez desde los dos años de edad y a causa de esto ha tenido algunos problemas que han afectado tanto a su vida personal como social: escuela, colegio, universidad y familia. “El embarazo no fue planificado pero fue una época feliz, rodeada de toda mi familia, sin ningún problema” refiere su madre. Juan nació de parto cesárea; al poco tiempo de nacer tuvo problemas bronquiales y por esta razón le recetaron un sin número de antibióticos pero sin obtener resultado alguno, ya que a los dos años de edad le diagnosticaron asma y esta condición fue empeorando con el paso del tiempo, la madre refiere que lo llevaba al médico cada mes, “algunas veces lo llevaba a Quito para que le inyecten vacunas contra alergias.

Le daba toda clase de remedios caseros para curarlo, pero nada daba resultado“.

Empezó a hablar a los dos años de edad y sus padres empezaron a notar que fruncía el seño, cerraba los ojos y se trababa al hablar. Su madre refiere que comentaba este hecho con el pediatra pero el doctor solo decía “Ya ha de hablar bien”. A los seis años le llevaron a terapia, pero a los dos meses lo retiraron refiriendo que no quería irse y que lloraba mucho. Juan tuvo problemas de sueño durante toda su niñez; su madre refiere “se despertaba llorando todas las noches; el doctor decía que eso es normal en algunos niños debido a pesadillas nocturnas”. cuando su madre le preguntaba por qué se despertaba tan asustado el no le quería decir la razón.

Juan proviene de una familia en la cual existen antecedentes de tartamudez; primos y tíos padecen de este trastorno. En el Kinder y la escuela Juan era callado y tímido; tenía buenas calificaciones; sin embargo, tuvo problemas con algunos compañeros porque “le molestaban mucho y le querían pegar”. Su madre no sabía la razón por la que le molestaban tanto así que tuvo que ir a hablar con el director de la escuela para que los compañeros dejen de molestarlo y posteriormente Juan se cambió de escuela. “Leer en la clase, presentarse, trabajos orales, exposiciones, pruebas orales, etc., me causaban vergüenza en la escuela, pero solo hasta segundo curso porque de ahí me hice fluido hasta acabar sexto curso; aunque igual me ponía nervioso pero sabía que no iba a tartamudear”.

La reacción de la mayoría de sus compañeros y profesores frente a su disfemia era reírse o tratar de disimular. Juan es el menor de cuatro hermanos. Desde pequeño sus hermanos le ponían sobrenombres como “gagador” o le molestaban porque “no hablaba bien”. Refiere no llevar una buena relación con su hermano mayor en la actualidad pero con sus dos hermanas mayores sí. Su padre ejercía mucha presión sobre él, ya que cada vez que Juan tenía problemas de fluidez al hablar, su padre le decía “Habla bien carajo”. Su madre por su parte “lloraba y le completaba las palabras para ayudarlo y para que su padre no le insulte”. Juan, según refiere su madre, agachaba la cabeza en estas situaciones y parecía que se avergonzaba; se quedaba callado y evitaba hablar. Juan, por su parte refiere que cuando esto sucedía, “lloraba y corría a su cuarto; sentía rabia y culpa porque creía que debía tratar de hablar bien para no ser un hijo con problemas y que tenía la culpa de hablar así”.

Juan afirma que tuvo cinco años de fluidez durante el colegio pero que después desapareció esa fluidez. En esa época él aprendió a “esconder su problema” aunque no sabe de qué forma lo hizo. “Desde niño aprendí que tenía que ocultar mi problema”. “Yo en el colegio podía actuar de protagonista en una película; a diferencia de ahora que no puedo ni contestar el teléfono”. Al graduarse del colegio, se fue de intercambio a Alemania y afirma que desde los últimos meses allá empezó a cambiar. “Cuando estaba chiquito, cuando estaba en primer curso y no me gustaba ir a la escuela porque se reían de mí, porque me atrancaba; le empecé a pedir a Dios que me ayude hasta sexto curso y que de ahí ya me podía volver la tartamudez y al comienzo de segundo curso, el primer día de clases nos hicieron exponer algo y desde ahí hasta sexto curso fluidizo, ni una atrancada, ni una en seis años, y ahora me regresó”. Juan ingresó en la Universidad pero al poco tiempo abandonó su carrera porque según refiere sentía vergüenza que la gente

se entere de que tartamudeaba, ser humillado o que se rían. “Solo se que si no tuviera este problema estaría yendo a la Universidad y buscando otros trabajos”.

Reacciones físicas como: sudor en las manos, movimiento de los pies, ponerse pálido, presión en el pecho, palpitaciones, temblores, mareos, etc., estaban presentes al momento de realizar cualquier actividad frente a compañeros y profesores de la Universidad. Reacciones emocionales también estaban presentes. “ Sentía ansiedad o tal vez nervios, quería adelantar el tiempo tal vez o salir corriendo por la puerta y no regresar”.

Desde el colegio, Juan empezó a hacer muchos amigos y a diferencia de lo mal que se sentía en clases al exponer trabajos en público o dar lecciones orales, fuera del aula era muy sociable y aunque en la actualidad Juan refiere no tener deseos de regresar a la Universidad, tiene muchos amigos, sale mucho y refiere sentirse mas tranquilo porque no tiene que ir a clases y sentirse nervioso otra vez.

3.1.2. Aplicación de reactivos psicológicos.

En esta etapa se procede a la aplicación de test o reactivos psicológicos con el fin de poder establecer un diagnóstico posteriormente. Los reactivos psicológicos tomados en cuenta para este caso son:

3.1.2.1. Escala de Ansiedad de Hamilton.

La escala de Ansiedad de Hamilton es un reactivo psicológico administrado por un clínico tras una entrevista. Fue introducida por Max Hamilton en 1959; mide la gravedad de los síntomas de la ansiedad, como ansiedad, tensión, estado del ánimo deprimido, palpitaciones, dificultad para respirar, trastornos del sueño, inquietud y síntomas físicos. La población en general es sujeto de aplicación de este test.

El profesional que administra este reactivo psicológico debe seleccionar para cada ítem la puntuación que corresponda de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Se marca en un casillero la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente y todos los ítems deben ser puntuados. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad.

3.1.2.1.1. Resultados obtenidos:

La puntuación correspondiente a la ansiedad psíquica es 15 y la ansiedad somática es 4. Podemos ver la presencia de un mayor nivel de ansiedad psíquica en los ítems: 1. Un estado de ánimo ansioso, 2. Tensión, 3. Temores. De la misma manera vemos un nivel leve de ansiedad psíquica en los ítems: 6. Estado de ánimo deprimido y 14. Comportamiento en la entrevista. La ansiedad somática está presente en menor intensidad en los ítems: 11. Síntomas gastrointestinales y 13. Síntomas autónomos.

Es decir, que la ansiedad psíquica está presente en mayor intensidad en Juan, mientras que la ansiedad somática es casi nula. Test adjunto al final; Anexos.

3.1.2.2. Inventario de Autoestima de Coopersmith.

Esta prueba fue introducida por Stanley Coopersmith en 1997. Está compuesta por 58 afirmaciones con respuestas dicotómicas, las cuales sirven para identificar el grado de autoestima y aceptación que la persona se tiene a sí misma. Este test se divide en cinco escalas, los cuales son: Autoestima General, Autoestima Social, Autoestima Hogar y Padres, Autoestima Escolar/Académica y Mentira.

La consigna es la siguiente: *A continuación se demuestran unas frases, las cuales describen los sentimientos de las personas. Elige si son características tuyas marcando Si o No dependiendo de tu sentir en este momento. No hay respuestas buenas ni malas.*

Cada ítem respondido en sentido positivo es computado con 2 puntos; se deben sumar los puntajes correspondientes a cada una de las escalas del test. Si el puntaje total obtenido resulta muy superior al promedio, (67 o más), significaría que las respuestas del sujeto son poco confiables e invalidan la aplicación del inventario. Por último, se pueden sumar todos los puntajes (menos la escala M) para obtener un indicador de la apreciación global que el sujeto tiene de sí mismo.

3.1.2.2.1. Resultados obtenidos:

El puntaje obtenido en el test es de 78 puntos, lo cual indica que las respuestas del sujeto son poco confiables e invalidan la aplicación del inventario. Sin embargo, tomamos en cuenta los puntajes de la escala escolar / académica, ya que se obtuvo la puntuación más baja en relación a las demás escalas indicando una menor aceptación de sí mismo en el campo educativo. Test adjunto al final; Anexos.

3.1.2.3. Test de la Frases Incompletas de Rotter.

Este es un reactivo psicológico que se utiliza para explorar conflictos que el individuo no manifiesta en la entrevista previa. Se aplica a adolescentes y adultos que tengan por lo menos instrucción primaria completa. Consta de una serie de 40 palabras o frases que inician una oración que debe completar el paciente. Este test refleja espontánea e inconscientemente deseos, miedos, temores, actitudes de una persona.

La consigna es la siguiente: *Esta es una prueba en la que Ud. Debe completar cada una de las palabras numeradas, las que constituyen el inicio de una oración. Con sus propias palabras vaya contestando todas y cada una de ellas.*

Cada respuesta tiene un puntaje que fluctúa entre 0 y 6. La suma de estos valores nos dará el puntaje total.

3.1.2.3.1. Resultados obtenidos:

De acuerdo a las normas de calificación del test de frases incompletas de Rotter, la puntuación obtenida por Juan es de: 112 puntos, lo que equivale a una persona sin problemas psicológicos importantes. Tanto las respuestas conflictivas como las respuestas positivas, estuvieron presentes en 17 afirmaciones respectivamente; obteniendo 76 puntos las respuestas conflictivas y 20 puntos las respuestas positivas. Mientras que las respuestas neutras y omitidas estuvieron presentes en 4 afirmaciones, obteniendo 12 puntos las respuestas neutras. Test adjunto al final; Anexos.

3.1.2.4. Cuestionario de Rasgos de Personalidad.

Este cuestionario tiene como objetivo identificar trastornos o rasgos de personalidad en un individuo. Esta clasificado en nueve trastornos de personalidad, con un determinado número de afirmaciones o frases cada uno. Estas frases deben ser seleccionadas por el paciente dependiendo de su identificación con cada una de ellas.

La consigna es la siguiente: *Indique la frase con la que se sienta identificado/a sin importar el número de ítems señalados.*

3.1.2.4.1. Resultados obtenidos:

La aplicación de este test dio como resultado un predominio de frases seleccionadas (7 en total) para el trastorno histriónico de la personalidad, indicando posibles rasgos de este trastorno de personalidad en el paciente; sin embargo, estos resultados no son definitivos para un diagnóstico formal. Test adjunto al final; Anexos.

3.1.3. Formulación de un Diagnóstico.

Apoyándonos en la teoría y basándonos en toda la información recolectada por parte del paciente y sus familiares y los reactivos psicológicos aplicados; además de revisar los criterios diagnósticos del DSM IV, podemos llegar al diagnóstico de F06.4 Trastorno de Ansiedad debido a Enfermedad Médica: F98.5 Tartamudez. Juan cumple con todos los criterios de este trastorno.

El Trastorno de Ansiedad debido a Enfermedad Médica: Tartamudez, a originado un gran deterioro en la vida académica de Juan, al igual que un sentimiento de fracaso y el posterior abandono de los estudios. El poco apoyo que recibió desde niño por parte de sus familiares y en especial por parte de su padre, también son causantes de la permanencia y continuidad del problema. Pero a pesar de esto, Juan tiene un buen pronóstico ya que posee características favorables para su recuperación; como por ejemplo una gran capacidad para socializar y mantener buenas relaciones interpersonales, un buen estado de ánimo y una actitud positiva y optimista frente a su vida social, familiar y personal.

Como vemos, este capítulo trató sobre la historia de la vida del paciente, pudimos elaborar un diagnóstico basándonos en toda la información que tenemos y en los reactivos psicológicos aplicados. Gracias a la recolección de datos personales y a los test psicológicos, conseguimos comprender de mejor manera la afección del paciente, sus sentimientos y pensamientos respecto a la misma y los síntomas que éste presenta.

CAPITULO IV

PLANIFICACION

Este capítulo tratará sobre la planificación del tratamiento. Este plan terapéutico fue tomado del libro *El Tratamiento de la Tartamudez* del autor Van Riper. Dentro de esta planificación, constarán la elaboración de un cronograma con las fases de terapia a aplicar y el respectivo tiempo que se espera ser empleado en cada una de ellas. Cada una de estas fases serán organizadas por mes y las técnicas terapéuticas a aplicar serán todas las anteriormente planteadas en el Capítulo 2.

La frecuencia de las citas o entrevistas tanto con el paciente como con sus familiares, será otro de los puntos tomados en cuenta en este capítulo; así como también el tiempo o duración del tratamiento y del seguimiento, el tipo de tratamiento más adecuado para el paciente, etc.

4.1. Plan de Recuperación.

Van Riper propone una hora de terapia individual, más una hora de terapia de grupo 3 veces a la semana y la mayor cantidad de auto terapia diaria que sea posible durante un período de 3 o 4 meses. Además de este programa de recuperación, él propone la inclusión de otro período de 3 o 4 meses, durante el cual el paciente acuda a consulta una o dos veces a la semana durante una hora individualmente o en grupo; este período sería la dedicación a la etapa final de la terapia: la estabilización.

Sin embargo, nuestra propuesta consiste en: una hora de terapia individual 1 o 2 veces por semana por un lapso de 4 meses; al igual que la mayor cantidad de auto terapia diaria que sea posible. También proponemos 2 meses más de terapia individual dedicado a la fase de estabilización y al seguimiento del paciente; es decir el tiempo de terapia propuesto por nosotros es de 6 meses.

El seguimiento del caso se realizará disminuyendo cada vez más el número de las citas con el paciente y aumentando la distancia entre cita y cita. A diferencia del plan terapéutico propuesto por Van Riper, nosotros no incluiremos la terapia grupal, la misma frecuencia de citas, ni el mismo tiempo de duración de cada fase de esta terapia.

4.1.1. Cronograma.

- Fase de Identificación: Primer Mes.

Esta fase se dedicará al entrenamiento del disfémico para su auto exploración, análisis y clasificación de los comportamientos que realiza durante sus episodios de disfemia. Esta fase es esencialmente de colaboración entre terapeuta y paciente, ya que el paciente es el que se dedica completamente a la tarea de auto exploración mientras que el terapeuta lo escucha y anota todas estas conductas para su posterior modificación.

- Fase de Desensibilización: Segundo Mes.

Esta fase se dedicará a la prevención de las respuestas anormales y a la formación de nuevas estrategias contra la ansiedad. Se dará también la reexperimentación de emociones desagradables pero en niveles muy bajos de miedo y frustración para que permitan la modificación. Posteriormente estas emociones serán más fuertes y generarán mayores niveles de ansiedad. Con la reexperimentación constante y repetitiva de estas emociones, el paciente irá aprendiendo a enfrentar con calma aquellas situaciones que anteriormente le provocaban demasiada emoción.

- Fase de Modificación: Tercer y Cuarto Mes.

Esta fase se centrará en el cambio y desaprendizaje de todos los comportamientos habituales de huída y evitación. Al mismo tiempo, se centrará en el aprendizaje de nuevas formas de tartamudear más fluidas y menos anormales. Esta fase también se dedicará a la modificación de respuestas físicas por parte del paciente frente a su falta de fluidez ya sea antes o durante de dicho episodio.

- Fase de Estabilización, Seguimiento: Quinto y Sexto Mes.

Esta fase se centrará en el mantenimiento y constante reforzamiento de las conductas aprendidas en las fases anteriores del tratamiento; esta fase buscará alimentar la nueva manera de tartamudear del paciente, convirtiéndola en una reacción automática.

Esta fase también enseñará al paciente a manejar posibles recaídas y reintegrará el autoconcepto del paciente.

Este capítulo consistió en la elaboración de un plan terapéutico, que como hemos visto nos ayuda en la organización de las citas con el paciente, tanto en la duración como en la frecuencia de las mismas; así como también en el tiempo a ser empleado en cada una de las fase de terapia.

Gracias a este plan de recuperación, podemos entender de mejor manera los pasos a seguir para el tratamiento del paciente y también aplicaremos un tipo de terapia estructurada, organizada y basada en las necesidades propias del paciente.

CONCLUSIONES

La ansiedad y la tartamudez son dos trastornos que van de la mano y por esto, deben ser estudiados de manera conjunta, ya que ambos se influyen entre sí de manera negativa provocando desajustes en la vida del paciente. Al concentrarnos solamente en uno de estos trastornos, el problema no desaparecerá o si lo hace, será de manera temporal.

La propuesta expuesta por Van Riper en su libro *El Tratamiento de la Tartamudez*, nos da la ventaja de contar con un tipo de terapia que se enfoca exclusivamente en los problemas de ansiedad y tartamudez propios del paciente disfémico. Cada fase del tratamiento, ha sido probada por muchos profesionales alrededor del mundo, lo cual nos indica la gran efectividad de cada una de las técnicas de esta terapia; ahora sabemos que un correcto seguimiento y aplicación de cada fase de tratamiento, nos brindará mejores y positivos cambios en la vida del paciente con tartamudez.

La historia clínica y los reactivos psicológicos, a más de brindarnos datos personales, antecedentes y la posibilidad de plantear un diagnóstico, nos permitieron comprender y conocer al paciente de manera mucho más humana, ya que conocimos de manera extensa sus sentimientos y pensamientos respecto a su padecimiento y a las consecuencias que éste generan en su vida.

Con la información obtenida sobre la tartamudez, ansiedad, datos personales, etc., pudimos lograr el establecimiento de un plan terapéutico que tiene como objetivo transformar la vida del paciente y volverla mucho mas satisfactoria.

BIBLIOGRAFIA

- BACA BALDOMERO. Enrique; BOBES. Julio; GUIMAS. Bernard; Et. Al. ALARCON. Renato D.; MAZZOTI. Guido; NICOLINI SANCHEZ. Humberto. Nosología psiquiátrica: Trastornos de ansiedad. Manual Moderno. México. 1 ed. 2005.
- ECHEBURUA. Enrique. Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Colección Psicología. Ediciones Pirámida. Madrid. 1998.
- HAMPEL. Erich. Bloqueo en la tartamudez: experiencias con tartamudos. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1986.
- LORENTE LAYUS. Francisco. Enciclopedia Temática de Educación Especial: Inadaptación Escolar. 2 ed. CEPE. Madrid. 1986.
- TARRIDA. Joan. Salud y la Mente. Gran colección de la salud; Plaza Janés. Lima. 3 ed. 2004.
- TRALLERO TORO. José. DSM IV TR. Criterios Diagnósticos. Masson S.A. España. 2002.
- RIPER. Van. The Treatment Of Stuttering. Libro electrónico en español. Englewood N.J. Prentice Hal. 1973.
- www.infotartamudez.es
- <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/tartamudez.html>
- http://www.tartamudez.pro/2009_05_01_archive.html

ANEXOS

Cuestionario Rasgos de Personalidad.

Nombre: Juan Apellidos: N.H.
Edad: 20 Instrucción: Superior Ocupación:
Fecha: 12 de Marzo de 2019 Examinador: Ana María Ceballos

1. Soy obstinado en la búsqueda de la perfección. O.
2. Salir de la rutina me provoca una excesiva ansiedad.
3. Tengo dificultad para expresar a los demás mis emociones, mis sentimientos.
4. Soy inflexible en temas de ética moral o valores.
5. Cuando quiero demostrar algo, me preocupa la posibilidad de tener alguna falla que contradiga lo que quiero demostrar. O.
6. Soy sensible a la crítica de los demás. O.
7. Insisto en que los demás se adapten a mi forma de hacer las cosas.
8. Me gusta el orden y los métodos. O.
9. Soy meticuloso. O.
10. Me invaden pensamientos persistentes.
11. Me cuesta confiar en los demás, soy reservado.
12. Prefiero saber de antemano qué hacer ante las circunstancias. P.
13. Me molesta mucho cuando me interrumpen en lo que estoy haciendo.
14. Soy combativo y perseverante. P.
15. Tengo una cierta autoridad natural. P.
16. Soy demasiado bueno en lo que hago.
17. No dudo en imponer mi punto de vista.
18. Busco superar mis capacidades. P.
19. Soy celoso. P.
20. Me molesta y me es difícil perdonar cuando me agreden o me perjudican.
21. Mi estado de ánimo es muy variable.
22. Hay días en que me siento muy alegre y otros sin causa estoy triste.
23. A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro.
24. Cuando me siento bien me tomo excesivamente generoso.
25. Por las mañanas me encuentro en mejor forma.
26. Me impresiono ante las situaciones de sufrimiento humano.
27. Soy sensible. C.
28. Aparecen períodos de tristeza sin motivo.
29. Considero las relaciones afectivas más de lo que son en realidad. C.
30. Soy bromista, agradable con las personas que conozco. C.
31. En la mayoría de las ocasiones me gusta salirme con la mía. H.
32. Me gusta ayudar a la gente. H.
33. Reacciono muy emotivamente ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor. H.
34. Me preocupo mucho por mi aspecto físico. H.
35. Suelo exagerar las situaciones.
36. Entablo conversaciones muy fácilmente.
37. Me gusta ser el alma de la fiesta, soy muy alegre y extrovertido. H.
38. Me sugestiono fácilmente con lo que me dicen.
39. Los elogios me agradan. H.

40. Me gusta vestir de manera atractiva. Mi actitud suele ser seductora. X H.
41. Evito actividades que impliquen contacto con los demás.
42. Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco. X E.
43. Me muestro tímido, prefiero estar callado. X E.
44. Debo estar seguro de agradar a los demás para poder relacionarme.
45. En las relaciones sentimentales me cuesta intimar, tengo miedo de ser ridiculizado o avergonzado.
46. Me preocupa ser rechazado socialmente.
47. A veces me inundan pensamientos de incapacidad al conocer nuevas personas. X E.
48. Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales y ser más sociable, pero siento no ser aceptado.
49. Tengo dificultades para hablar de mi mismo, pues lo que diga puede ridiculizarme o avergonzarme. X E.
50. Me siento ofendido si alguien se muestra crítico, o levemente en mi contra.
51. Si algo me cuesta hacer, prefiero pasar a otra cosa. X D.
52. Busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo, en especial cuando he terminado una relación.
53. Ante dificultades recorro a la mayor cantidad posible de fuentes de asesoramiento.
54. Me cuesta expresar mi desacuerdo con los demás. X D.
55. Solo tiene sentido recurrir primero a las ideas que están probadas.
56. Siempre intento evitar las discusiones. X D.
57. Soy muy obediente.
58. Cuando estoy solo me siento incómodo y desamparado.
59. Soy muy pasivo y prefiero que los demás tomen decisiones por mí.
60. Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales.
61. Prefiero hacer las cosas solo.
62. Disfruto con muy pocas actividades.
63. No tengo amigos íntimos o de confianza.
64. El aspecto afectivo no tiene mucha importancia.
65. Me muestro insensible ante los hechos o circunstancias adversas que suceden.
66. No experimento emociones fuertes como la ira o la alegría.
67. Prefiero las tareas abstractas.
68. Si me hacen halagos o críticas me es indiferente.
69. Prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean.
70. Mi comportamiento es excéntrico.
71. Tengo un poder especial para saber qué es lo que me sucederá.
72. Mi apariencia es peculiar, rara.
73. No tengo amigos íntimos o de confianza.
74. Soy supersticioso, me preocupo por los fenómenos paranormales.
75. Ante los demás actúo de manera inapropiada e inflexible.
76. Siento que soy diferente y que no encajo con los demás.
77. Me siento muy ansioso ante personas que son desconocidas. X E.t.
78. Pienso que los demás quieren hacerme daño.
79. Creo ver, oír o sentir algo que no es.
80. No me adapto a las normas sociales ni legales.
81. A veces hago trampa para obtener beneficios personales.

82. Si encuentro una solución que para mi está bien, avanzo sin fijarme si ésta me puede causar problemas a mi o a otras personas.
83. No me conmuevo cuando torturo animales.
84. No puedo planificar el futuro, me siento incapaz e impulsivo.
85. Soy muy irritable y agresivo.
86. No me preocupa mi seguridad ni la de los demás.
87. No puedo mantener un trabajo ni hacerme cargo de obligaciones económicas.
88. No tengo remordimientos.
89. Me cuesta controlar mi ira.
90. Soy muy impulsivo, incluso en mi contra.
91. Mis relaciones interpersonales son inestables e intensas.
92. Me gusta manipular a las personas para que estén conmigo.
93. Soy impulsivo y no mido las consecuencias de mis actos, luego reacciono.
94. Idealizo mucho a las personas que están conmigo.
95. Me aburro con facilidad y siempre busco algo que hacer. X L
96. Temo ser abandonado, no tolero estar solo.
97. El dinero lo gasto de manera irresponsable por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias.
98. Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, amistades, profesión.

TRASTORNO HISTÉRICO DE LA PERSONALIDAD : 7.

Inventario de Autoestima de Coopersmith.

Nombre: Juan Apellidos: N.H.
 Edad: 20 Instrucción: Superior Ocupación:
 Fecha: 4-Abril-2010 Examinador: Noa María Celar

1. Paso mucho tiempo soñando despierto. Si ✓ 2 E.
2. Estoy seguro de mi mismo. No x 6.
3. Deseo frecuentemente ser otra persona. Si x 6.
4. Soy una persona simpática. Si ✓ 2 S.
5. Mi familia me apoya. No x H.
6. Generalmente los problemas me afectan poco. No x H.
7. Me cuesta mucho trabajo hablar en público. Si x E.
8. Desearía ser más joven. No ✓ 2 E.
9. Hay muchas cosas acerca de mi mismo que me gustaría cambiar si pudiera. Si x E.
10. Puedo tomar decisiones fácilmente. No x 6.
11. Mis amigos disfrutan cuando están conmigo. Si ✓ 2 S.
12. Me enojo en casa fácilmente. No ✓ 2 H.
13. Siempre hago lo correcto. No x H.
14. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo. Si ✓ 2 E.
15. Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer. No ✓ 2 E.
16. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas. No ✓ 2 E.
17. Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago. No ✓ 2 E.
18. Soy popular entre compañeros de mi edad. Si ✓ 2 S.
19. Usualmente mi familia considera mis sentimientos. Si ✓ 2 H.
20. Nunca estoy triste. No x H.
21. Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo. Si ✓ 2 E.
22. Me doy por vencido fácilmente. No ✓ 2 E.
23. Usualmente puedo cuidarme a mí mismo. Si ✓ 2 E.
24. Me siento suficientemente feliz. Si ✓ 2 E.
25. Preferiría llevarme con jóvenes menores que yo. No ✓ 2 S.
26. Mi familia espera demasiado de mí. No ✓ 2 H.
27. Me agradan todas las personas que conozco. No x H.
28. Me gustaba que el profesor me pregunte cosas cuando estaba en clase. No x E.
29. Me entiendo a mí mismo. Si ✓ 2 E.
30. Me cuesta comportarme como en realidad soy. No ✓ 2 E.
31. Mi vida es muy complicada. No ✓ 2 E.
32. Los demás casi siempre aceptan mis ideas. Si ✓ 2 S.
33. Nadie me presta mucha atención en casa. No ✓ 2 H.
34. Nunca me regañan. No x H.
35. No estoy progresando en mi trabajo como me gustaría. No ✓ 2 E.
36. Puedo tomar decisiones y cumplirlas. Si ✓ 2 E.
37. Realmente no me gusta ser joven. No ✓ 2 E.
38. Tengo una mala opinión de mí mismo. No ✓ 2 E.
39. No me gusta estar con otra gente. No ✓ 2 S.
40. Muchas veces me gustaría irme de casa. No ✓ 2 H.

41. Nunca soy tímido. NO x H.
42. Frecuentemente me incomodaba la escuela o colegio. SI x E.
43. Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo. SI x E.
44. Soy menos bonito(a) que la mayoría de la gente. NO x E.
45. Si tengo algo que decir, usualmente lo digo. NO x E.
46. Los demás son mejor aceptados que yo. NO x S.
47. Mi familia me entiende. NO x H.
48. Siempre digo la verdad. NO x H.
49. Mi profesor me hacía sentir que no soy gran cosa. NO x E.
50. A mí no me importa lo que pasa. NO x E.
51. Soy un fracaso. NO x E.
52. Me incomodo fácilmente cuando me regañan. NO x E.
53. Las otras personas son más agradables que yo. NO x S.
54. Usualmente siento que mi familiar espera más de mí. NO x H.
55. Siempre sé que decir a otras personas. SI x H.
56. Me sentía o siento desilusionado en los estudios. SI x E.
57. Generalmente las cosas no me importan. NO x E.
58. No soy una persona confiable para que otros dependan de mí. NO x E.

TOTAL: 78.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: Juan..... Apellidos: N.H......
Edad: 27..... Instrucción: Superior..... Ocupación:.....
Fecha: 30-Abril-2010..... Examinador: Ara María Cejudo.....

Instrucciones para el Profesional.

Selecione para cada ítem la puntuación que corresponda. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado abajo, la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma que presenta. Todos los ítems deben ser puntuados.

1. Estado de ánimo ansioso.

Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.
0 1 2 3 **4**

2. Tensión.

Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, sudoración.
0 1 2 3 **4**

3. Temores.

A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes, a presentar trabajos en público, a conocer nueva gente.
0 1 2 3 **4** *Presentar trabajos*

4. Insomnio.

Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar, pesadillas.
0 1 2 3 4

5. Intelectual (cognitivo)

Dificultad para concentrarse, mala memoria.
0 1 2 3 4

6. Estado de ánimo deprimido.

Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.
0 1 **2** 3 4

7. Síntomas somáticos generales (musculares)

Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.
0 1 2 3 4

8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)

Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.

0 1 2 3 4

9. Síntomas cardiovasculares.

Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.

0 1 2 3 4

10. Síntomas respiratorios.

Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.

0 1 2 3 4

11. Síntomas gastrointestinales.

Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.

0 1 2 3 4

12. Síntomas genitourinarios.

Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.

0 1 2 3 4

13. Síntomas autónomos.

Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)

0 1 2 3 4

14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)

Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.

Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.

0 1 2 3 4 Ceño fruncido, pelo tenso, tics

. ANSIEDAD PSÍQUICA: 15

. ANSIEDAD SOMÁTICA: 4

TEST DE FRASES INCOMPLETAS
 "Incomplete Sentences Blank"
 J. B. ROTTER

NOMBRE... Juan APELLIDOS... N.N.
 EDAD... 21 INSTRUCCION... Superior OCUPACION
 FECHA DE HOY... 28-Nov-2010 EXAMINADOR... Ana Maria Cabelo

1. Me gusta... bailar, reir, comer, cantar, poder, todo! P1. 2
2. La época más feliz... mi intercambio P1. 2
3. Quisiera... poder aceptar mis errores C2. 5
4. Al regresar a mi casa... siento tranquilidad P2. 1
5. Lamento... preocuparme mucho por mi problema C2. 5
6. Al acostarme... soñar (de estar en casa y así) N. 3
17. La joven... no entiende O. 0
17. Mujeres: El joven
8. Lo mejor... es dormir P2. 1
9. Lo que me molesta... la gente falaz y habladora C1. 4
10. Las personas... es gente que va y viene en tu vida, alguna es guapa otra es var. N. 3
11. Una madre... es todo P2. 1
12. Siento... abrita sentimiento de nostalgia C1. 4
13. Mi mayor temor... a quedar mal en frente de gente C2. 5
14. En los cursos inferiores... escucha? la gente P1. 2
15. No puedo... aceptarme como soy C2. 5
16. Los deportes... no me gustan N. 3
17. Cuando era niño... jugaba mucho P1. 2
17. Mujeres: Cuando era niño
18. Mis nervios... son prima bastante a trabajar C1. 4
19. Los otros jóvenes... muchos dicen que ideas en esto sin tener a experiencia C2. 5
19. Mujeres: Las otras chicas
20. Sufro... porque me quiero aceptar a mi mismo C2. 5
21. Fracase... y me cuenta volver a intentarlo C2. 5

22. La lectura.....	no me encanta	N. 3
23. Mi cabeza.....	está un poco averda	P. 1
24. El futuro.....	brillante	P. 0
25. Necesito.....	salir más a diario	P. 1
26. Salir con los jóvenes.....	de forma	P. 0
{26. Mujeres: Salir con los muchachos		
27. Estoy mejor.....	cuando que hablo	C. 5
28. Algunas veces.....	me presionan tanto que no llego a ningún lado	C. 4
29. Lo que me duele.....	en tener este problema	C. 5
30. Odio.....	tener este problema	C. 5
31. En la escuela.....	la presión	P. 2
32. Soy muy.....	amigable	P. 1
33. La única molestia.....	?	0. 0
34. Deseo.....	trabajar en el futuro	P. 0
35. Mi padre.....	buen ser humano	P. 1
36. Yo en secreto.....	lloro	C. 5
37. Yo quiero.....	ser y estar feliz	C. 4
38. El baile.....	me encanta	P. 0
39. Mi mayor ansiedad.....	poder salir bien cuando estoy hablando	C. 5
{40. La mayoría de los jóvenes.....	avistan	P. 1
{40. Mujeres: La mayoría de las chicas		

PUNTAJE TOTAL: 112

APRECIACION PSICOLOGICA: SIN PROBLEMAS PSICOLÓGICOS GRANES O
 IMPORTANTES

NOTA: En la administración a personas adultas la frase estímulo N° 26 es "El matrimonio".