

PARA GRADOS ACADÉMICOS DE LICENCIADOS (TERCER NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **DANIELA CRISTINA JARAMILLO BAUTISTA**, C.I. 1400561641, autor del trabajo de graduación intitulado: **“ANÁLISIS DEL LENGUAJE TÉCNICO Y TRADUCCIÓN DEL LIBRO: “TREATING THE SCHOOL-AGE CHILD WHO STUTTERS: A GUIDE FOR CLINICIANS”**, previa a la obtención del grado académico de **LICENCIADA EN LINGÜÍSTICA APLICADA CON MENCIÓN EN TRADUCCIÓN** en la Facultad de **Comunicación, Lingüística y Literatura**:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 16 de mayo de 2013

Daniela Cristina Jaramillo Bautista
C.I. 1400561641

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE COMUNICACIÓN, LINGÜÍSTICA Y LITERATURA
ESCUELA DE LINGÜÍSTICA APLICADA**

**DISERTACIÓN DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN LINGÜÍSTICA APLICADA CON MENCIÓN EN
TRADUCCIÓN**

**ANÁLISIS DEL LENGUAJE TÉCNICO Y TRADUCCIÓN DEL LIBRO:
“TREATING THE SCHOOL AGE CHILD WHO STUTTERS: A GUIDE FOR
CLINICIANS”**

PRODUCCIÓN DE UN GLOSARIO

DANIELA CRISTINA JARAMILLO BAUTISTA

DIRECTOR DE LA DISERTACIÓN: DR. AUGUSTO BURNEO

QUITO, 2012

“La traducción no es teoría, es oficio y artesanía”

Eugene Nida

ÍNDICE

EXTRACTO	i
AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	iv
ANTECEDENTES	v
JUSTIFICACIÓN	vi
INTRODUCCIÓN	vii
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	viii
CAPÍTULO I	1
1. EL DESARROLLO DEL LENGUAJE	1
1.1 Comprensión y producción	1
1.2 Desarrollo fonológico	2
1.3 Desarrollo morfológico y sintáctico	2
1.4 Desarrollo pragmático y semántico	3
1.5 Forma y contenido	4
CAPÍTULO II	5
2. LA TARTAMUDEZ	5
2.1 Definición	5
2.2 Características	6
2.3 Clasificación	6
2.4 Frecuencia	6
2.5 Teorías sobre la tartamudez	7
2.5.1 Teorías psicológicas	7
2.5.2 Teorías orgánicas	8
2.5.2.1 Predisposición genética	8

2.5.2.2 Anormalidades respiratorias	8
2.5.2.3 Afasia	8
2.5.2.4 Zurdería contrariada	9
2.5.2.5 Daño cerebral	9
2.5.3 Teorías psicolingüísticas	9
2.5.4 Teoría Semantogénica	11
2.6 La disfluencia y la tartamudez	12
2.6.1 La tartamudez leve	13
2.6.2 La tartamudez grave	13
2.7 La tartamudez en las distintas etapas escolares	14
2.7.1 Los niños en preescolar	14
2.7.2 Los niños en la escuela primaria	15
CAPÍTULO III	16
3. EL LENGUAJE TÉCNICO	16
3.1 Características generales del lenguaje técnico	17
3.2 Terminología técnica	18
3.3 La traducción	20
3.4 Proceso de la traducción	20
3.5 Cohesión y coherencia	21
3.6 Competencia traductora	22
3.7 La traducción técnica	23
3.7.1 Características de la traducción técnica	24
3.8 Procedimientos técnicos de traducción	25
3.8.1 Traducción literal	25
3.8.2 Traducción oblicua	25
3.8.3 La transposición	25
3.8.4 La modulación	28
3.8.5 La equivalencia	29
3.8.6 La adaptación	30
3.8.7 La amplificación	31

3.8.8 La explicitación	32
3.8.9 La omisión	33
3.8.10 La compensación	35
3.8.11 El préstamo	35
3.8.12 El calco	36
CAPÍTULO IV	37
4. LA LEXICOGRAFÍA	37
4.1 Elaboración de un glosario	37
4.1.1 Selección de entradas	38
4.1.2 La finalidad de los glosarios	38
4.1.3 El grupo de usuarios	38
4.1.4 Extensión	38
4.2 Características básicas	38
4.3 Glosario terminológico	39
4.3.1 Glosario de términos relacionados con la tartamudez	39
CAPÍTULO V	55
5. ANÁLISIS	55
5.1 El inglés	55
5.2 El español	55
5.3 Análisis léxico	56
5.3.1 Falsos amigos	57
5.3.2 La sinonimia	57
5.3.3 Prefijación	58
5.3.4 Sufijación	66
5.3.5 Composición	68
5.3.5.1 Composición Sintagmática	68
5.3.6 Sintagmas nominales Adjetivo + Sustantivo	70
5.3.7 Polisemia	72
5.3.8 Neologismos	75

5.3.9 Tecnicismos	77
CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFÍA	84
ANEXO 1: Libro traducido “Cómo tratar al niño de edad escolar que tartamudea: una guía para terapeutas del lenguaje”	
ANEXO 2: Libro original: “Treating the School-Age Child who Stutters: a Guide for Clinicians”	

ABSTRACT

Stuttering is a speech and communication problem characterized by involuntary interruptions that affect the person in many aspects of his life. This disorder requires appropriate attention and treatment. This work presents a translation of the book “Treating the School-Age Child Who Stutters: a Guide for Clinicians” with the aim of providing material that will be useful to the communication specialists so they can treat the young stuturer in an effective manner. In order to translate the book, it was necessary to use many sources of information that helped to understand and learn more about the disorder. The first chapter briefly explains the stages in language development during the first years of life. The second chapter describes the concepts of stuttering and the most important aspects of the disorder are explained, among them are the main theories, such as, the developmental disfluency, which has to be considered as a normal stage of the child development and should not be confused with stuttering. Different levels of the disorder and its development in different school stages are also discussed. The third one describes the main characteristics of the technical language, as well as the translation strategies. This allowed us to make an analysis of the technical processes of translation. The fourth chapter provides a brief study of lexicography and presents a glossary with the main concepts related to stuttering. Such vocabulary belongs to different areas of study. The fifth chapter presents an analysis of the technical vocabulary. Finally, some conclusions related to stuttering and translation are presented, the most important are that stuttering is a problem that requires appropriate treatment, and that technical translation requires a thorough research in order to completely understand the document to be translated.

EXTRACTO

La tartamudez es un problema del habla y de la comunicación caracterizado por interrupciones involuntarias que afecta a la persona en distintas áreas de su vida. Dicho trastorno requiere de atención y tratamiento oportuno. Esta disertación presenta la traducción del libro “Treating the School-Age Child who Stutters: A Guide for Clinicians” con el fin de proveer material de utilidad a las terapistas del lenguaje para una intervención eficiente con el niño que tartamudea. Para realizar dicha traducción, se utilizaron varias fuentes bibliográficas que nos ayudaron a entender y aprender más acerca del trastorno. El primer capítulo explica brevemente las etapas del desarrollo del lenguaje en los primeros años de vida. El segundo capítulo describe los conceptos de la tartamudez y explica los aspectos más característicos de dicho trastorno, entre ellos las teorías más importantes. Se considera al habla disfluente como una etapa normal del desarrollo evolutivo del niño que no debe confundirse con la tartamudez. Se analizan los distintos niveles del trastorno y este en varias etapas escolares. El tercer capítulo describe las principales características del lenguaje técnico y de la traducción, lo cual permitió realizar un análisis de los procedimientos técnicos de la traducción. El cuarto capítulo presenta un breve estudio sobre la lexicografía y un glosario con términos relacionados con la tartamudez, los cuales pertenecen a varios campos de estudio. El quinto capítulo está destinado al análisis de los términos técnicos. Finalmente, se exponen varias conclusiones con relación a la tartamudez y a la traducción realizada, entre las más importantes, la tartamudez es un problema que debe ser tratado a tiempo, la traducción técnica amerita una buena documentación para la comprensión total del texto a traducirse.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme culminar una etapa importante en mi vida.

A mis padres, por ser el pilar más importante y demostrarme siempre su cariño.

A mi director de tesis, el Dr. Augusto Burneo, quien siempre estuvo dispuesto a ayudarme y con sus conocimientos, experiencia y paciencia me guió durante el proceso de desarrollo de la presente disertación.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y, por ende, a mis distinguidos profesores, porque son parte esencial de este logro, por haberme brindado sus conocimientos, sus consejos, y por su paciencia.

A mis familiares y amigos, por creer en mí, por haberme brindado su apoyo y ánimo.

DEDICATORIA

A Dios, por todas sus bendiciones, por haberme dado la fuerza para llegar hasta aquí.

A mis padres, por ser la luz en mi camino, por haberme guiado y apoyado incondicionalmente en todo momento, por todo su amor, esfuerzo y dedicación.

A mi hermano, por su compañía, ayuda y apoyo.

ANTECEDENTES

La comunicación es una forma de expresar nuestras ideas, sentimientos o mensajes, de esta manera nos relacionamos con las demás personas. La comunicación es lo que nos diferencia de cualquier otra especie, es algo primordial en el ser humano ya que somos seres sociales; por tal motivo es importante tener una comunicación efectiva con la cual nos entendamos con los otros, el ser coherentes en lo que decimos y cómo lo expresamos. Lamentablemente existen problemas que impiden que una persona se pueda expresar con soltura, uno de ellos es la tartamudez que afecta no solamente a la persona que lo padece sino a los que lo rodean ya que se produce un estrés comunicativo.

La tartamudez es un problema de enorme envergadura en la fisiología de la persona, conforme va avanzando se hace más difícil de tratar y lleva consigo una gran carga emocional y es por ello que se debe prevenir, educando a padres, maestros, e inclusive a terapeutas del lenguaje.

Se ha escogido este tema porque las fuentes bibliográficas actualizadas se publican en inglés, es por esto que son necesarias las traducciones para profesionales en esta área. Ha sido de gran utilidad la versión traducida y publicada del libro de Stuttering Foundation of America: “Do you Stutter: a Guide for Teens”, por María de la Paz Coral, licenciada en Lingüística Aplicada y graduada en la Facultad de Comunicación, Lingüística y Literatura de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; es necesario continuar proveyendo este tipo de material.

La Fundación Norteamericana de la Tartamudez es una de las más grandes y antiguas organizaciones sin fines de lucro en el mundo que ofrece apoyo y una serie de artículos, libros y material sobre la tartamudez que llegan a más de un millón de personas al año. Esta organización ha otorgado el permiso respectivo a la autora de este trabajo, en consideración a que sus directivos creen que es necesario que su libro sea traducido al español para luego ser publicado, por lo tanto será un aporte importante.

JUSTIFICACIÓN

En la edad escolar los niños pueden todavía padecer de alteraciones del lenguaje ya que se encuentran rodeados cotidianamente por un flujo incesante y multiforme de estímulos, mensajes y de estrés. De igual forma el entorno, en sus diversas expresiones, invade cada aspecto y momento de la vida de un gran sector de la población infantil.

La tartamudez es un problema enigmático y difícil de tratar una vez que está arraigado en la persona. Es importante que la gente sepa que se debe tratar a los niños a tiempo para que reciban el tratamiento adecuado.

Se ha escogido el presente tema con el objetivo de aportar con un recurso que sirva para educar a profesionales de la salud, padres y maestros, entre otros. Un libro actualizado y publicado en español, como se lo planifica hacer, será de gran utilidad.

Aunque en ciertas universidades de nuestro país existe la carrera de Terapia del Lenguaje, no se ofrece la especialización en tartamudez. Además, en el Ecuador no disponemos de una estadística precisa y confiable del porcentaje de tartamudez, ni siquiera a nivel escolar, lo que nos indica la falta de atención en esta área.

Lamentablemente, la falta de literatura en español sobre la tartamudez no ha permitido que los profesionales de la educación, psicólogos, padres, terapeutas del lenguaje, entre otros, brinden una oportuna ayuda a los niños.

Además de realizar una traducción óptima, se elaborará un glosario que será de gran utilidad para traductores especializados y no especializados en el tema.

INTRODUCCIÓN

A pesar de muchas investigaciones que se han venido realizando desde hace varias décadas, no se ha encontrado las causas para todos los casos de tartamudez. La Fundación Americana de la Tartamudez es una organización sin fines de lucro que se dedica a brindar información y ayuda para la prevención de la tartamudez en niños y provee tratamientos efectivos para jóvenes y adultos. Dicha organización fue fundada en Memphis, Tennessee, por Malcom Fraser, quien padecía de tartamudez en su juventud.

Se ha escogido traducir el libro “Treating the School-Age Child who Stutters: a Guide for Clinicians” debido a que es un libro que posee información muy importante y valiosa para tratar al niño que tartamudea; la mayor parte de la información sobre este tema está en inglés y es necesario que las terapeutas, profesores y padres de familia tengan acceso a dicha información para que puedan ayudar al niño a superar la tartamudez a temprana edad, antes de que esta se vuelva un problema grave. Además, la autora de esta disertación tiene afinidad por los textos del campo de la salud.

Este trabajo es teórico-práctico, la parte teórica constituye la base de la disertación y refleja que la autora se ha documentado teniendo el cuidado de revisar las principales fuentes sobre el tema, todo esto ha sido de mucha ayuda para desarrollar la parte práctica que incluye la traducción del libro, proporcionado por la Fundación Americana de la Tartamudez por medio del Dr. Augusto Burneo, el análisis del léxico técnico y la producción del glosario; aquí se han aplicado los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera de Lingüística Aplicada a la Traducción en la Escuela de Lingüística de la Facultad de Comunicación, Lingüística y Literatura de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Esta disertación está compuesta de cinco capítulos. El primer capítulo explica las etapas del desarrollo del lenguaje. El segundo capítulo abarca diferentes aspectos de la tartamudez como las teorías principales, la tartamudez en distintas etapas escolares, la

diferencia entre disfluencia y tartamudez. El tercer capítulo habla sobre el lenguaje técnico, sus características principales, los procedimientos de traducción los cuales son ilustrados con ejemplos de la traducción realizada. El cuarto capítulo habla sobre la lexicografía, cómo se crea un glosario y presenta el glosario de términos relacionados con la tartamudez, el cual será útil para futuras traducciones sobre este tema. El quinto capítulo expone un análisis del léxico técnico. Finalmente, como anexo 1, se incluirá la propuesta de traducción del inglés al español del libro “Treating the School-Age Child who Stutters: a Guide for Clinicians” del Dr. Dell y como anexo 2, se incluirá el texto original.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo General:

Analizar el lenguaje técnico por medio de la traducción del libro “Treating the School-Age Child who Stutters: A Guide for Clinicians”

Objetivos Específicos:

- Traducir el libro “Treating the School-Age Child who Stutters: A Guide for Clinicians”.
- Elaborar un glosario de términos relacionados con la tartamudez
- Describir las características principales del lenguaje técnico.

Para poder realizar la primera parte de esta disertación, se utilizarán fuentes bibliográficas sobre el desarrollo del lenguaje, la tartamudez, la lexicografía, el lenguaje técnico, debido a que no existe mucha información en libros sobre el último tema mencionado; se ha decidido utilizar información confiable del Internet.

Se ha escogido realizar una traducción del inglés al español del libro del Dr. Dell “Treating the School-Age Child who Stutters: A Guide for Clinicians” publicado por la Fundación Americana de la Tartamudez, dedicada a brindar apoyo a las personas que

tartamudean y a su familia. Para esto, se emplearán los conocimientos lingüísticos adquiridos durante la carrera, la traductora recurrirá a libros, revistas, documentos relacionados sobre la tartamudez para obtener conocimientos y familiarizarse con la terminología de dicho tema, además, se aplicarán las técnicas de ejecución oportunas lo que ayudará a ejecutar una traducción fiel y precisa que refleje en alto grado los contenidos, las ideas y las intenciones del autor del texto original. Después de haber efectuado la traducción, se procederá a realizar el análisis del léxico técnico y a la producción de un glosario de términos relacionados con la tartamudez.

CAPÍTULO I

1. EL DESARROLLO DEL LENGUAJE

El desarrollo del lenguaje varía dependiendo de la persona y de varios factores; este capítulo explica brevemente las etapas de la adquisición del lenguaje en los primeros años de vida, los cuales son muy importantes en el desarrollo general del niño.

1.1 COMPRENSIÓN Y PRODUCCIÓN

El dominio de las significaciones no solamente implica la comprensión del mensaje sino también su producción y estos, a su vez, se pueden separar en cierta medida; en lo que corresponde a la lengua materna, el niño adquiere primero la comprensión y luego produce los mensajes. (Olerón: 76)

El proceso de comprensión del lenguaje comprende la identificación de los estímulos por nuestros órganos sensoriales, el reconocimiento de las palabras mediante la búsqueda de las mismas en el léxico interno, el reconocimiento de las palabras dentro de una oración, y la extracción del mensaje de la oración y su relación con los conocimientos adquiridos. Por otro lado, el proceso de producción del mensaje implica la intención que tiene el emisor de transmitir un mensaje, la planificación de dicho mensaje, la selección de las palabras y estructura sintáctica del mensaje y la ejecución de los sistemas motores necesarios para emitir el mensaje.¹

¹ http://www4.ujaen.es/~mrgarcia/T1Leng_08_09.pdf

1.2 DESARROLLO FONOLÓGICO

La evolución del habla en el niño comienza con el nacimiento. El primer grito, en el cual la respiración fetal se convierte en respiración pulmonar, es el principio de esta evolución. (Gleason y Ratner: 19)

A partir del quinto mes, comienzan los balbuceos con los que ensaya la función del habla; a los doce meses el niño percibe la función distintiva de los fonemas, lo cual es un mecanismo para la diferenciación significativa de las palabras. El niño almacena una secuencia de sonidos que oye en su entorno y memoriza la forma fónica de las palabras para, luego, usarlas. Antes de la adquisición de las primeras palabras el niño es capaz de reconocer algunas de ellas ya que distingue el ritmo de habla característico de su lengua. (63)

Entre el octavo y noveno mes, el niño comienza a comprender el lenguaje y presta más atención a los medios paralingüísticos como lo son el tono de voz, el gesto, la acentuación. A los 12 meses aparece la ecolalia, es cuando el niño repite mecánicamente palabras que oye a las personas que lo rodean sin entender el significado de ellas. (Stengel: 17)

El niño a los tres años posee ya una serie de habilidades metalingüísticas como son la conciencia fonológica, sintáctica, y semántica que correlacionan en el desarrollo general del lenguaje. (Gleason y Ratner: 63)

1.3 DESARROLLO MORFOLÓGICO Y SINTÁCTICO

Cuando los niños llegan a su segundo año conocen alrededor de cincuenta palabras que luego las usan en una combinación de dos palabras, en esta fase no existe ni el pasado ni el futuro, sino el presente, tampoco existe en su lenguaje las formas que indican género y número. Cuando las expresiones del niño se hacen más largas aparecen las formas

gramaticales. Estas frases de dos palabras demuestran la existencia de una sintaxis. (Olerón: 4)

Los niños suelen utilizar morfemas combinados con diferentes formas léxicas; a los tres o cuatro años los niños se rigen por las reglas gramaticales, aplican reglas morfológicas cuando no hay que aplicarlas, por ejemplo, usan las mismas terminaciones del pasado tanto para verbos regulares como irregulares (él vinió). Estos errores son una prueba de la productividad y creatividad de la morfología del niño. (Olerón: 170)

1.4 DESARROLLO SEMÁNTICO Y PRAGMÁTICO

Entre los doce y quince meses, el niño comprende que cada cosa tiene un nombre específico, el niño adquiere la conciencia del símbolo. El vocabulario del niño refleja su vida cotidiana, hacen referencia a objetos, acontecimientos y personas en su entorno cercano, empiezan a utilizar el lenguaje para relacionarse con dichas personas.

Una de las primeras tareas del niño en el desarrollo semántico consiste en adquirir conceptos categóricos y ser capaz de ampliar la palabra a nuevos casos adecuados de esa categoría. (Gleason y Ratner: 111)

La comprensión de una palabra implica que al oírla el niño anticipe algo y la producción de la misma implica que la utilice en el momento adecuado. (Olerón: 4)

Los niños de temprana edad utilizan el lenguaje con distintos fines pragmáticos, ya sea para pedir, nombrar o exigir. La pragmática se refiere a la utilización del lenguaje para expresar intenciones y conseguir algo. Los niños aprenden a utilizar el lenguaje correctamente en distintas situaciones sociales a medida que alcanzan la competencia comunicativa. (Olerón: 23)

Los niños alcanzan todas estas habilidades metalingüísticas, conciencia fonológica, sintáctica, semántica, a lo largo de los años de escolarización y, a la vez, correlacionan con

el desarrollo general del lenguaje y las habilidades esenciales para la introducción al mundo cultural que los rodea. (Gleason y Ratner: 66)

1.5 FORMA Y CONTENIDO

En los primeros años de vida, los padres suelen enfocarse en lo que dice el niño, es decir en el contenido. Lo que más parece interesarles es que el niño se comunique, aunque sea con imperfecciones. A partir de los tres años, en promedio, se centran no solo en el mensaje sino también en la forma, en cómo se expresa el niño. No debe extrañarnos que a partir de los tres años los problemas del lenguaje articulado, como las dislalias y la tartamudez, aparezcan con mayor frecuencia que antes, ya que desde esta edad aumentan las presiones sociales para que el niño se comunique de forma eficiente. Es imperativo, por lo tanto, concientizar a padres, familiares y maestros, entre otros, sobre la importancia de detectar y tratar oportunamente las dificultades de expresión verbal. Así se disminuye la probabilidad de afectar la autoestima, el auto-concepto e, inclusive, los problemas de aprendizaje escolar, ya que el lenguaje verbal es el fundamento del lenguaje escrito y del aprendizaje en general. Además, los defectos lingüísticos pueden producir marginación social y hacer a los niños más vulnerables a la burla y al acoso. El lenguaje es una capacidad humana, que nos permite comunicar nuestras ideas, sentimientos, pensamientos, relacionarnos con las demás personas y una de las maneras más comunes y eficaces es hacerlo verbalmente y de manera fluida. El autor del libro traducido subraya todos estos aspectos.

CAPÍTULO II

2. LA TARTAMUDEZ

Este capítulo abarca los aspectos más característicos de la tartamudez; se hará una distinción entre dicho trastorno y la disfluencia, con el fin de enfatizar que la identificación e intervención son parte fundamental en la recuperación del niño, se discutirá sobre la tartamudez en la etapa escolar y primaria y, aunque existe amplia bibliografía con varios enfoques, se distinguirán las principales teorías sobre la tartamudez que nos permiten tener un mejor conocimiento sobre el tema.

2.1 Definición

La tartamudez es una alteración del ritmo de la emisión oral que quita fluidez, cadencia y limpieza a la dicción. (Azcoaga et al: 130)

La tartamudez es una perturbación del ritmo del habla que se caracteriza por problemas de falta de fluidez en la dicción y tensión muscular, esto origina errores del tipo de bloqueos y repeticiones, silencios entre palabras, repeticiones de sílabas, palabras e incluso frases completas. La tartamudez no es un problema del lenguaje, sino del habla, el tartamudo sabe lo que desea decir pero tiene dificultad para expresarse.

2.2 Características

El bloqueo de la palabra se produce debido a una contractura de los músculos de la cara y el cuello que forman parte de la fonación. Los bloqueos pueden producirse al comienzo, en el medio o al final de la palabra, es por esto que existen varios tipos. El tartamudeo puede presentarse con movimientos de los labios, parpados o el cuello, dichos movimientos mímico-faciales demuestran el esfuerzo del tartamudo por superar su dificultad. Debido a que la tartamudez está ligada con lo emocional, a veces, se presenta únicamente en ocasiones de mucha tensión o estrés. Existe ausencia de tartamudez cuando se canta o recita. (Azcoaga et al: 131)

2.3 Clasificación

Según la interrupción que se produce la tartamudez se clasifica en tartamudez tónica y clónica. La tartamudez tónica es aquella en la que “se presenta tensión muscular alta y persistente junto con respuestas fijas y estables que se manifiestan en forma de bloqueos al hablar”. (Azcoaga: 19) La tartamudez clónica “se caracteriza por la presencia de pequeñas series de espasmos que producen repeticiones al hablar y puede o no venir acompañada de tensión muscular”. (Azcoaga: 19)

2.4 Frecuencia

Según comenta Van Riper “la tartamudez no respeta a nadie, ataca a reyes y mendigos, sabios e ignorantes, hebreos y malayos, virtuosos y pecadores”. (Azcoaga et al.:132)

Aproximadamente el 1% de la población mundial tartamudea, el 5% de los niños pasan por un periodo de tartamudez que dura seis meses y el 1% de los mismos prevalecen con el trastorno. (The Stuttering Foundation of America: 159)

En lo que se refiere a la edad, la tartamudez se presenta en cualquier época de la vida; sin embargo, es más frecuente en la infancia. Con respecto al sexo, la tartamudez es más común en los varones. (Azcoaga: 132)

Van Riper explica que la tartamudez se da más en niños que en niñas, ya que los hombres son más vulnerables a todo tipo de trastornos que las mujeres. Otra explicación es que las mujeres tienen mejor habilidad para el lenguaje que los hombres. (Van Riper: 266)

La tartamudez generalmente comienza en la niñez como habla disfluyente. Un diagnóstico y tratamiento oportunos suele ser efectivo. La tartamudez en la edad adulta no tratada a tiempo es más difícil de curar. (Burneo: 37)

2.5 TEORÍAS SOBRE LA TARTAMUDEZ

Aunque hay varias teorías, se hará un breve análisis de las más importantes.

2.5.1 Teorías Psicológicas

Van Riper comenta que algunos autores ven a la tartamudez como una respuesta a la ansiedad o miedo de circunstancias amenazantes con las cuales una persona no puede lidiar. El niño se siente inseguro al hablar o al realizar otras funciones debido a que en su entorno se ve rechazado o reprimido por personas muy cercanas a él y dicha conducta vacilante se ve reflejada en su habla. (264)

Freund (1966), citado por Van Riper, enfatiza que la neurosis de la tartamudez se desarrolla después de una mala experiencia comunicativa. Para Van Riper, los síntomas neuróticos provienen de la frustración por comunicarse y son respuestas a situaciones conflictivas que involucran comunicación. (268)

2.5.2 Teorías Orgánicas

2.5.2.1 Predisposición genética

Los notables avances en la biología molecular y en la genética nos hacen ver que no solo para la tartamudez sino para centenares de dolencias hay un componente genético, con caracteres dominantes en algunos casos y recesivos en otros. El entorno, sin embargo, es de suma importancia. Algunos casos de tartamudez ocurren en algunos miembros de una familia, inclusive ante una dinámica familiar adecuada. En casos en donde parece existir una predisposición genética, un ambiente altamente estresante y conflictivo puede actuar como factor precipitante de tartamudez.

Las investigaciones realizadas hasta el momento no apoyan o rechazan del todo este enfoque. Existe un factor de predisposición en algunos niños que puede desencadenar la aparición del tartamudeo, pero esto no confirma que haya una causa genética en todos los casos.

2.5.2.2 Anormalidades respiratorias

Se debe a que existe algún defecto en el cerebro del niño que inhibe la coordinación adecuada entre los mecanismos respiratorios, laríngeos y articulatorios. Van Riper afirma que algunos autores hablan de la tartamudez como el resultado de la falta de coordinación respiratoria. (324)

2.5.2.3 Afasia

Existen personas que han perdido la comprensión o producción del lenguaje por daño al cerebro y, como secuela del daño neurológico, presentan una tartamudez que nunca existió antes del daño cerebral que produjo la afasia. Nil y Theys afirman que el infarto cerebral y el daño traumático al cerebro que pueden, además, producir afasia, disartria y apraxia, son las causas más prevalentes de tartamudez neurogénica, entidad que es conocida por un buen número de terapeutas del lenguaje. (8-10)

2.5.2.4 Zurdería contrariada

El hemisferio izquierdo tiene la función de articulación del lenguaje mientras que el derecho se encarga de los aspectos musicales y suprasegmentales del lenguaje, lo que significa que el lenguaje es musical y esa musicalidad le da el aspecto emocional normal. El momento en el que una persona habla, el cuerpo caloso intercambia información del hemisferio izquierdo y derecho y como resultado, el habla es fluida, con timbre y acento adecuados, en cambio, en la tartamudez, algunos autores creen que esa conexión no es adecuada. Una hipótesis es que a los niños que nacen con una predisposición genética a ser zurdos, esto es que el hemisferio cerebral izquierdo no es dominante para el control contralateral de la mano diestra y el hemisferio cerebral derecho sí es el dominante para controlar los movimientos de la mano izquierda, no se lo debe forzar a escribir con la mano derecha. (Burneo: 145)

Los padres, generalmente por creencias falsas o por desconocimiento, fuerzan la zurdería del niño, obligándolo a escribir con la mano derecha, lo que puede precipitar la tartamudez, por haber forzado al hemisferio cerebral izquierdo a abarcar, además de la función lingüística propia de él, la función motora, para la escritura, de la mano derecha que, por naturaleza, le correspondería al hemisferio cerebral derecho. (Burneo: 115)

2.5.2.5 Daño cerebral

Según lo explica Van Riper, se ha atribuido la tartamudez a ciertas anormalidades en el funcionamiento de áreas no corticales del cerebro. Seeman (1934) cree que el sistema nervioso simpático se vuelve hiperactivo debido al estrés emocional o a la falta de inhibición de la corteza y esto produce alteraciones en todos los procesos fundamentales en los cuales se basa el habla. (Van Riper: 345)

2.5.3 Teorías Psicolingüísticas

Toda persona tiene fortalezas y debilidades, nadie es bueno o malo para todo. Una persona puede tener varias habilidades en varias áreas de la conducta humana pero, por otro

lado, también puede tener debilidades en otras áreas, por ejemplo en la habilidad psicolingüística. Hay personas que tienen gran habilidad en la lengua materna y transfieren esta facilidad al aprendizaje de un idioma extranjero. Otros individuos, con deficiencias en una o más destrezas lingüísticas en la lengua materna, suelen presentar varias dificultades en el aprendizaje de idiomas extranjeros. Cummins, autoridad mundial en la correlación entre habilidades lingüísticas en el idioma materno y aprendizaje de lenguas extranjeras, postuló la teoría de la interdependencia. Existe una interdependencia entre dos idiomas. Una buena habilidad en la lengua materna puede facilitar un rápido aprendizaje de una lengua extranjera y, por otra parte, las dificultades en el idioma materno pueden magnificarse en el aprendizaje de una lengua extranjera. Cuando un niño tiene dificultades en la adquisición de la lengua materna, es preferible solucionar esas dificultades en el idioma materno como paso previo al aprendizaje de una segunda lengua. En la tartamudez, la dificultad en el habla fluida del idioma materno puede magnificarse en la producción de lenguaje fluido del segundo idioma, lo que sugiere que es mejor que las habilidades lingüísticas se desarrollen adecuadamente, primero en la lengua materna, para facilitar el aprendizaje de la segunda lengua. (Cummins: 55). Rocío Troya explica que, por lo general, cuando un niño tiene dificultades en la adquisición de la lengua materna, también las tendrá en el aprendizaje de la segunda lengua. (Troya: 46)

Según Yairi, la relación tartamudez-habilidad lingüística se ve reflejada en varios modelos de tartamudez bajo el modelo psicolingüístico. Los aspectos fonológicos, la complejidad morfológica, la complejidad del lenguaje, las destrezas pragmáticas y lingüísticas, entre otros factores, parecen desempeñar un rol importante en la tartamudez. Sin embargo, Yairi concluye que, a pesar de que existe una cierta relación entre tartamudez y varios aspectos lingüísticos, no se ha establecido en forma clara el rol preciso de los factores lingüísticos y, al no haber consenso, este tema sigue siendo controversial. (Yairi: 1)

En cuanto a la tartamudez, habría individuos con mejores habilidades psicolingüísticas que otros; dichas personas podrían evocar mejor el vocabulario, manejar bien los aspectos morfológicos, sintácticos, semánticos y pragmáticos del lenguaje y, en fin, tener buenas destrezas para las múltiples dimensiones del lenguaje oral y escrito. Estas personas tendrían, potencialmente, menos probabilidades de tartamudez que aquellos en

quienes existen deficiencias psicolingüísticas. Aunque haya un niño que tenga deficiencias psicolingüísticas y que tartamudee, la solución es entrenarle en el desarrollo de las destrezas psicolingüísticas. Sin embargo, aunque un niño tuviere excelente habilidad psicolingüística, no significa que no desarrolle una tartamudez ya que este trastorno puede ser causado por varios factores, con interacciones complejas y cambiantes entre el niño y su entorno.

2.5.4 Teoría Semantogénica

Según Wendell Johnson, autor de la teoría Semantogénica, la tartamudez no se inicia en la boca del niño sino en los oídos de sus padres o de otros individuos en su entorno, quienes muestran excesiva preocupación por el habla vacilante de su hijo hasta el punto de interpretar las vacilaciones y repeticiones como tartamudeos. (Johnson: 17)

Debido a que los padres quieren lo mejor para sus hijos, al menos en algunos casos, tratan de ayudar al niño a expresarse correctamente, lo corrigen demasiado y éste a su vez se vuelve inseguro y consciente de su dificultad para hablar. Johnson subraya que los padres no deben actuar como diagnosticadores de las dificultades del niño, labor que corresponde a los profesionales de la patología de la comunicación humana.

Su teoría nos hace ver cuán importante es que los padres conozcan las diferencias entre el habla disfluyente y la tartamudez, de modo tal que eviten etiquetar a un niño como tartamudo cuando no lo es y solo está atravesando por una fase normal del desarrollo del lenguaje. Es por esto que recalamos la importancia de la orientación a los padres y profesores por parte de la terapeuta, como lo enfatiza el Dr. Dell, autor del libro traducido en esta disertación.

Según Van Riper, la tartamudez tiene varios orígenes y las causas originales no son tan importantes como las que la mantienen y agravan. (270)

Aunque hay varias teorías sobre la tartamudez, ninguna explica el origen de todos los casos ya que son diversos los factores asociados a este trastorno, que lo agravan, y lo

mantienen. Hoy en día, la teoría genética representa un enorme avance científico para explicar no solo una de las causas de la tartamudez sino de varios trastornos que afligen a la humanidad. Al igual que con cualquier otra enfermedad, podría existir en algunos niños la predisposición genética, es decir, hijos de padres tartamudos tendrían mayor posibilidad de padecer el problema.

A pesar de que no se ha encontrado aún la cura para todos los casos de este trastorno, existen varios métodos que se pueden utilizar para mejorar el estilo de vida de la persona tartamuda, es fundamental que los niños tengan el apoyo de sus progenitores desde temprana edad, que los padres se informen sobre este problema y aprendan técnicas de modificación de conducta, para que conozcan los mecanismos de aprendizaje de los niños, y se les proporcione, a la vez, un ambiente tranquilo, relativamente libre de situaciones de estrés.

2.6 LA DISFLUENCIA Y LA TARTAMUDEZ

“El habla disfluyente se manifiesta en interrupciones y repeticiones de sílabas, palabras o frases, sin que esto perturbe su comprensión o interacción con el medio ya que el niño no tiene conciencia de cómo expresa sus ideas o de si tiene interrupciones o no; para él es importante expresarlas, no repara en una buena construcción gramatical”²

La disfluencia es una etapa del desarrollo lingüístico, considerada parte normal de un periodo del desarrollo evolutivo. Muchos niños, en sus primeros años, atraviesan periodos de disfluencia, vinculada a sus esfuerzos por aprender a hablar. Los niños de entre 18 meses y 3 años de edad, con disfluencia normal en este rango de edad, suelen repetir sonidos, sílabas y palabras al iniciar una oración; mientras que los niños de 3 años de edad en adelante, con la disfluencia normal en esta edad, no repiten sonidos y sílabas sino palabras y frases completas, como por ejemplo: “no-no-no quiero”, “no quiero-no quiero-no quiero comer”, además es común el uso de muletillas como “eh” “em”, que cambien de

² Johnson, Wendell, **Problemas del habla infantil**, Buenos Aires, Ed. Kapelusz, 1959

tema en medio de una oración, que se corrijan y que dejen oraciones sin terminar. Los niños pueden presentar disfluencia en cualquier momento, pero esta suele incrementarse cuando están cansados, emocionados o apurados, cuando hacen o responden preguntas y ocurre en un tiempo delimitado de su vida. Por lo general, los niños con disfluencia normal no están conscientes de ella y no muestran frustración ante sus errores. Sin embargo, los padres, en su afán de ayudar al niño a hablar fluidamente, pueden corregirlo demasiado y este, a su vez, siente la presión de su entorno, lo cual podría predisponerlo al tartamudeo. Es por esto que resulta muy importante evitar que el habla disfluente se convierta en tartamudez.³

2.6.1 La tartamudez leve

Los niños con tartamudez leve pueden mostrar las mismas repeticiones de sonidos, sílabas y palabras que los niños con disfluencia normal, pero suelen hacerlo con mayor frecuencia, en lugar de repetir una o dos veces la misma sílaba la repiten cuatro o cinco veces, como por ejemplo: “¿me-me-me-me puedes dar un juguete?”; además, suelen alargar un sonido, “mmmmmmmami”. Entre los signos de tartamudez leve están el parpadear o cerrar los ojos, tensar la boca, mirar hacia un costado, la persistencia cada vez mayor de los errores normales, también se puede mostrar momentáneamente frustrado o avergonzado.⁴

2.6.2 La tartamudez grave

Los niños con tartamudez grave presentan mayor forcejeo y tensión al hablar, se esfuerzan por esconder su tartamudez e incluso evitan hablar. La tartamudez grave se presenta con mayor frecuencia en niños mayores, aparece en algunos casos después de un periodo de tartamudez leve de mucho tiempo de duración o surge de repente sin precedentes. Esta etapa de tartamudeo se caracteriza por la disfluencia del lenguaje en casi todas las expresiones verbales del niño, el alargamiento de los sonidos y los bloqueos

³ <http://www.ttmib.org/docu1.html>

⁴ *ibíd.*

verbales ocurren a menudo. Los niños con tartamudez grave también presentan signos como parpadear, cerrar los ojos, tensar los músculos de la boca y otras partes de la cara.⁵

En esta etapa, se debe enviar a los niños a un especialista de la patología de la comunicación humana, quien, a su vez, también asesorará y apoyará, como lo subraya el autor del libro traducido en esta disertación.

2.7 LA TARTAMUDEZ EN LAS DISTINTAS ETAPAS ESCOLARES

2.7.1 Los niños en preescolar

Debido a que en esta etapa los niños están aprendiendo a hablar, a menudo cometen errores del lenguaje. Existen ciertos niños que presentan más errores que otros, especialmente, de repetición y prolongación de sonidos que son fáciles de detectar. Las terapeutas del lenguaje aconsejan que se debe escuchar con paciencia a estos niños y responderles de una forma calmada y tranquila, de modo que sus capacidades lingüísticas mejoren.

La mejoría de los niños en esta edad depende de las personas que los rodean, en especial de sus padres, si ellos ejercen presión sobre el habla del niño, esta continúa y se incrementa.

Las repeticiones en el habla del niño pueden ser normales pero cuando aparecen con más frecuencia, no se las debe considerar como propias del habla del niño, si dichas repeticiones van acompañadas de movimientos de la cara y del cuerpo pueden ser un signo de alerta y será necesaria la evaluación de un terapeuta del lenguaje. La terapia preventiva pretende acabar con la tartamudez antes de que esta se desarrolle.⁶

⁵ ibíd.

⁶ <http://www.ttmib.org/docu1.html>

2.7.2 Los niños en la escuela primaria

La primaria es una parte importante en la vida de un niño y es en esta etapa donde puede encontrarse con varios obstáculos. La tartamudez en niños de esta edad es un problema que, si se trata a tiempo, con cuidado y la terapia adecuada, puede desaparecer.

A medida que el niño sigue experimentando dificultades para producir expresiones fluidas puede empezar a mostrar indicios de ser consciente de ello y expresar frustración, el temor a tartamudear conduce a mayor tartamudez, en esta etapa no solo se expande el léxico, sino además se incrementa el uso de formas gramaticales y semánticamente más complejas. Algunos niños en esta etapa no sólo repiten y prolongan sonidos marcadamente sino también titubean, se tensan y frustran en sus esfuerzos por hablar, es allí cuando se recomienda buscar ayuda del terapeuta del lenguaje.

La tartamudez en esta etapa puede interferir con el aprendizaje escolar y producir desajustes de la personalidad, es por esto que se recalca la importancia del diagnóstico oportuno. La tartamudez tiene muchos orígenes y una vez que comienza es necesario considerar los factores causantes. (Burneo: 37)

Los niños en edad escolar necesitan el apoyo y comprensión no solamente de sus padres sino también de sus maestros ya que la escuela puede ser un lugar estresante para algunos de ellos. Las habilidades sociales, emocionales y cognitivas en los niños en edad escolar están muy influenciadas por la actitud de su grupo de compañeros. El niño sabe que forma parte de un grupo social y le comienza a importar el ser considerado igual al resto del grupo. El niño que tartamudea a menudo se enfrenta con una no-inclusión dentro del grupo de compañeros y es el blanco de burlas y bromas, ante esta dificultad social el niño se ve obligado a ocultar sus bloqueos desarrollando una serie de actitudes para poder lograrlo ya que se siente avergonzado y diferente por su tartamudez. A pesar de que pueden ser varios los factores causantes de la tartamudez, el entorno de alguna u otra forma moldea el curso de evolución de la misma. Los maestros, generalmente son quienes detectan a tiempo la tartamudez del niño y le brindan seguridad dentro del aula.⁷

⁷ <http://www.ttmib.org/docu1.html>

CAPÍTULO III

A continuación se explicarán los aspectos principales tanto del lenguaje técnico como de la profesión del traductor, se discutirá también sobre las técnicas de ejecución, las cuales irán ilustradas con ejemplos tomados del libro: *Treating the School-Age Child who Stutters* y su traducción y, finalmente se analizará el léxico técnico de la traducción realizada.

3. EL LENGUAJE TÉCNICO

Según el Diccionario de la Real Academia de la lengua, *técnico* se refiere a una palabra o expresión empleada exclusivamente en el lenguaje propio de un arte, ciencia, oficio, etc.

Isadore Pinchuck explica que el lenguaje técnico es una variedad del lenguaje general que crece constantemente debido a la creación de nuevas palabras y no se lo puede utilizar en poesía o en conversaciones normales. Su característica principal es su vocabulario, el cual no siempre se lo encuentra en los diccionarios o lenguaje común.

El lenguaje científico-técnico es aquel que lo utiliza la comunidad hablante que ha recibido una preparación previa y que es propio de actividades científicas formales. Cada profesión tiene su lenguaje propio. El objetivo del texto técnico es informar con precisión, claridad y economía a un receptor que esta al mismo nivel de preparación que el emisor.

En el lenguaje técnico, las palabras adquieren técnicamente un significado propio y adecuado a los fines de la comunidad que las utiliza y es sumamente útil para una profesión específica.⁸

⁸ <http://lengua.laguia2000.com/general/los-tipos-de-lenguaje>

3.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL LENGUAJE TÉCNICO

- En el lenguaje técnico predomina el tiempo presente, que se usa generalmente para las definiciones. Además, se usa el futuro hipotético simple y compuesto que sirven para referirse a las hipótesis, probabilidades características del pensamiento científico. Abundan las formas pasivas o la denominada pasiva refleja y el uso impersonal, ya que siempre se pone en el mensaje más énfasis en los logros obtenidos que en el sujeto agente que ha llevado a cabo esa investigación.⁹
- Tiene una sintaxis simple, las oraciones tienden a ser más cortas.
- Es común el uso de conectores, especialmente los de ordenación y consecutivos.¹⁰
- Tiene un registro formal
- Usa tecnicismos
- No es ambiguo

Cada profesión o disciplina tiene su propio lenguaje; sin embargo, todas comparten las mismas características en cuanto al texto técnico.

Según Isadore Pinchuck, son tres las características principales para distinguir un texto técnico y estas son el tema, el tipo de lenguaje y el propósito. El tema del texto siempre se trata de algo técnico, su lenguaje presenta una gran cantidad de términos técnicos específicos a diferencia de los textos normales y el propósito siempre es práctico. Lo más importante en un texto técnico es la presentación de la información, esta es directa y evita cualquier tipo de expresión emocional. El vocabulario es la característica más significativa en este tipo de textos.

Asimismo, los textos científicos deben tener cualidades fundamentales de la ciencia¹¹:

⁹ <http://cvc.cervantes.es/lengua/aproximaciones/gallardo.htm>

¹⁰ <http://www.itescam.edu.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r78662.PDF>

¹¹ *Ibíd.*

Objetividad

La ciencia busca un lenguaje de carácter expositivo que persigue la objetividad, que transmite mensajes que no se basan en la opinión personal. La visión de la realidad cuenta con fundamentos teóricos.

Verificabilidad

Uno de los objetivos de la ciencia es demostrar el saber, probar que los investigadores tienen las pruebas suficientes para justificar su veracidad.

Universalidad

La ciencia pretende que sus descubrimientos puedan ser entendidos por cualquier miembro del área científica, recurren a terminología que posee un equivalente en otras lenguas, es decir, que puede ser traducido sin dificultad.

Función lingüística

La lengua emplea la función metalingüística para definir los conceptos científicos.

Coherencia

Este lenguaje mantiene una relación entre los términos utilizados en el texto para conseguir la precisión, la claridad de sus mensajes y evitar la vaguedad de significados.

3.2 TERMINOLOGÍA TÉCNICA

La terminología técnica es el conjunto de palabras propias de cada profesión o rama de la ciencia y se usan con la finalidad de transmitir y describir los contenidos de un tema específico de la ciencia.

“Desde el punto de vista lingüístico, los términos científicos se caracterizan de las palabras comunes por su precisión y por su neutralidad emocional. Los términos científicos son precisos pues su significado es claro y no da lugar a confusión. La neutralidad emocional se

refiere a que los vocablos científicos deben estar desprovistos de cargas peyorativas o positivas.”¹²

El objetivo del lenguaje técnico es lograr un alto grado de precisión en el uso de las palabras, la terminología de una ciencia es parte de su método, de su proceso de descubrimiento, es un elemento esencial de la estructura conceptual de la ciencia.

Hurtado afirma que aunque la terminología se ha considerado como la característica más importante de la traducción especializada, se coloca en segundo plano, ya que lo principal es el concepto que encierra el término y no el término en sí, para poder comprender dicho término es necesario saber relacionarlo con el concepto al que hace referencia. (61)

La terminología técnica es un subconjunto del lenguaje general que se caracteriza pragmáticamente por tres variables que son la temática, los usuarios y las situaciones de comunicación. Cabré, citado por Hurtado, se refiere a la temática especializada en el sentido en que han sido objeto de un aprendizaje especializado, que los usuarios son especialistas y que las situaciones de comunicación son de tipo formal, además son reguladas por criterios profesionales o científicos. Dicho lenguaje posee características de tipo lingüístico y textual que presentan variedades en función de los usos y de las situaciones comunicativas. (Hurtado: 58)

Las palabras que pertenecen a la terminología de las ciencias de la salud provienen en gran parte del latín y del griego, aunque en los últimos años también se han tomado palabras del inglés.

Nuevos términos aparecen cada día en el área científica. El lenguaje científico-técnico no puede limitarse a dar contenidos conceptuales especializados a las palabras del lenguaje común, muchas veces es necesario asignar denominaciones nuevas a conceptos nuevos. Por lo general, la lengua prefiere crear palabras nuevas a partir de elementos lingüísticos ya conocidos. Los términos técnicos, al igual que palabras del léxico general, se presentan de forma natural en el discurso especializado, poseen una variante sistemática (formal, semántica y funcional), puesto que forman parte de un código establecido y una

¹² http://www.robertexto.com/archivo4/terminolog_cientif.htm

variante pragmática, ya que son unidades usadas en la comunicación especializada para designar los objetos de la realidad.¹³

3.3 LA TRADUCCIÓN

Isadore Pinchuck define la traducción como el proceso de encontrar un equivalente para el enunciado de la lengua original en la lengua meta.

Por otro lado, Marina Orellana afirma que la traducción es la fiel transferencia de ideas de un idioma original a otro al cual se traduce en un estilo correcto, preciso, apropiado, y conciso. La fidelidad al texto original implica transferir las ideas, expresar únicamente lo que se dice en el texto original; comprender el significado de las palabras no tiene mucho que ver con la traducción, ya que lo más importante es captar las ideas y expresarlas de forma satisfactoria. (Orellana: 17)

La autora propone dos principios fundamentales de la traducción:

- Lo que se transfieren son ideas y no palabras.
- La lengua a la cual se traduce tiene importancia y es quizá más importante que el idioma del cual se traduce.

3.4 PROCESO DE LA TRADUCCIÓN

Para Jean Dubois, traducir es enunciar en otra lengua lo que ha sido enunciado en una lengua original, conservando las equivalencias semánticas y estilísticas.

El proceso de la traducción consta de dos fases: la comprensión del texto original y la expresión del mensaje en la lengua terminal.

¹³http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12767/8/L%C3%A9xico_de_la_ciencia_y_de_la_t%C3%A9cnica.pdf

“En la fase de la comprensión del texto original, el traductor desarrolla una actividad semasiológica (término derivado del griego que significa “relativo al sentido”. Es decir, en esta fase, el traductor busca el contenido, el sentido del texto original”. (García Yebra: 30) Según este mismo autor, esta fase es muy importante en el proceso de la traducción ya que el traductor tiene que tener una comprensión total de texto a traducir.

“En la fase de la expresión, la actividad del traductor es onomasiológica (otro término derivado del griego que significa “relativo a los nombres””) (García Yebra: 30). El traductor busca ahora en la lengua terminal las palabras, las expresiones para reproducir en esta lengua el contenido del texto original.

López y Minnet explican que el proceso de la traducción consiste en la toma de decisiones; estas son de dos tipos: entre las diferentes maneras de interpretar el texto original y entre las diferentes posibilidades para su expresión en el texto meta. (19)

3.5 COHESIÓN Y COHERENCIA

Para Roger T. Bell, la coherencia y la cohesión comparten una misma característica, la de unir al texto con secuencias de significado. Según este autor, la cohesión se establece a través de la conexión de componentes de estructura superficial del texto con una secuencia de oraciones, esto significa que la cohesión es una propiedad de carácter sintáctico y léxico-semántico.

Hurtado, por otro lado, explica que el traductor debe considerar la cohesión en relación con el conocimiento asumido por los lectores del texto original. Es aquí donde resaltan las diferencias entre los mecanismos utilizados por cada lengua y cultura, todas las lenguas poseen determinados elementos que tienen la propiedad referencial en el sentido textual, es decir, tienen potencial de llevar al lector a mirar en otro lugar del texto para efectuar su representación, entre los elementos más frecuentes se encuentran los pronombres. (449)

La coherencia consiste en la secuencia lógica de las ideas o estructuras proposicionales, la coherencia es una cualidad semántica del texto que organiza la estructura comunicativa. Baker, citado por Hurtado, define la coherencia como la red de relaciones semánticas que organizan y crean un texto estableciendo una continuidad en el sentido. Es necesario que intervenga la habilidad del destinatario para reconocer las relaciones semánticas que establecen dicha continuidad de sentido. Baker afirma que la coherencia de un texto es el resultado de la interacción entre el conocimiento presentado en el texto y el propio conocimiento del receptor y su experiencia del mundo. Para la coherencia de un texto, intervienen las expectativas de los receptores, al igual que sus conocimientos y experiencias previos ya sean estos lingüísticos o no lingüísticos. (443)

3.6 COMPETENCIA TRADUCTORA

Para Hurtado, la competencia traductora es la habilidad de saber traducir. (382)

Por otro lado, Bell define la competencia traductora como los conocimientos y habilidades que debe poseer el traductor para llevar a cabo una traducción. (Hurtado: 382)

Hurtado propone cinco subcompetencias:

1. Competencia lingüística en las dos lenguas.- Se compone de comprensión en la lengua de partida, producción en la lengua de llegada y que es escrita u oral según se trate del traductor o del intérprete.
2. Competencia extralingüística.- Es el conocimiento enciclopédico, cultural y temático.
3. Competencia de transferencia o traslatoria.- Consiste en saber recorrer correctamente el proceso de traductor; o sea, saber comprender el texto original y reexpresarlo en la lengua de llegada, según la finalidad de la traducción y las características del destinatario.
4. Competencia profesional o de estilo de trabajo.- Consiste en saber documentarse, saber utilizar las nuevas tecnologías, conocer el mercado laboral.

5. Competencia estratégica.- son los procedimientos conscientes e individuales utilizados por el traductor, para resolver los problemas encontrados en el desarrollo del proceso traductor en función de sus necesidades específicas.

La competencia lingüística y la extralingüística las puede poseer cualquier persona que domine dos o más lenguas, las tres últimas competencias son las que caracterizan la competencia traductora.

3.7 LA TRADUCCIÓN TÉCNICA

Isadore Pinchuk explica que la traducción es la transferencia de significados y que la lingüística es la base de la traducción, la que provee los medios para entender los procesos que se realizan en la traducción; un traductor necesita tener conocimientos sobre gramática para poder resolver ambigüedades que se presentan debido a características estructurales.

La traducción de textos especializados está marcada por la dominante de campo, esto quiere decir que el traductor debe tener conocimientos en el campo temático en cuestión para poder comprender el texto y realizar el proceso de la traducción. En caso de que el traductor no tenga esos conocimientos debe suplirlos mediante su capacidad de documentación, la cual le permitirá adquirir los conocimientos necesarios. Dicha capacidad le permite al traductor aprender sobre el área o campo de interés, la terminología y sobre las normas de funcionamiento textual del género en cuestión. (Hurtado: 60)

La actividad del traductor científico o técnico está esencialmente diseñada a satisfacer las necesidades de un organismo o de un servicio de documentación.

El traductor técnico tiene que trabajar alternando dos registros, el representado por el vocabulario técnico y el representado por el vocabulario general, de uso común.

La traducción técnica se distingue de otros tipos de traducción primeramente por su terminología la cual constituye del 5 al 10% del texto, entre sus rasgos gramaticales

encontramos las oraciones con “se”, pasivas analíticas, nominalizaciones, presente atemporal, plural de modestia, verbos copulativos que a su vez están combinados con otras variedades lingüísticas. (Newmark: 208)

El estilo del texto técnico carece del componente emotivo, de connotaciones, efectos sonoros, metáforas originales. (Newmark: 209) Para Isadore Pinchuck, el estilo del texto técnico es el opuesto al del texto literario, su propósito es crear un estilo impersonal.

3.7.1 Características de la traducción técnica

- **Importancia del campo temático:** Los textos especializados abordan un campo temático concreto, enumeran conceptos relativos al ámbito y establecen relaciones entre ellos. No se puede traducir cuando no se entiende el texto original. Esto obliga al traductor a adquirir una buena comprensión del tema a traducir, para esto es indispensable documentarse antes de hacerlo.
- **Terminología específica:** La terminología técnica es la principal característica de la traducción técnica, un único término debe corresponder a la denominación de cada concepto, pero, en ocasiones, podemos encontrar casos de polisemia, sinonimia. El traductor debe usar los términos equivalentes a los del texto original, para esto puede consultar textos de referencia.
- **Géneros característicos:** La variedad de géneros textuales que caracteriza a los textos técnicos es extensa. El traductor debe conocer las convenciones de los géneros textuales en cada una de las lenguas participantes en la traducción.
- **Dominio de la documentación:** Es indispensable que el traductor se documente antes de realizar la traducción, para que conozca más sobre el campo temático y para adquirir dominio de la terminología usada en el mismo. Es importante que evalúe y acceda a las fuentes de información más adecuadas según el caso.¹⁴

¹⁴ <http://www3.uji.es/~gamero/caracteristicastraducciontecnic.pdf>

3.8 PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DE EJECUCIÓN

3.8.1 Traducción literal

La traducción literal es aquella que permite traducir monema por monema respetando las construcciones gramaticales de la lengua meta. Algunos autores explican que las posibilidades de lograr un grado aceptable de corrección traduciendo palabra por palabra aumentan en proporción directa al grado de similitud entre las lenguas. (Pinchuck: 255)

La traducción literal es el traslado palabra por palabra de una lengua a otra respetando las reglas lingüísticas de la lengua terminal; además, se da cuando existe una correspondencia precisa de estructura y de significación entre dos oraciones. Dicho procedimiento de traducción es el menos empleado y el más simple, en comparación con las otras técnicas de traducción, se lo aplica normalmente cuando existe una coincidencia simultánea de estructuras y significaciones en la lengua original y la lengua terminal. (Vasquez-Ayora: 257)

3.8.2 Traducción oblicua

Según Vásquez Ayora, la traducción oblicua es el resultado de la aplicación de una serie gradual de procedimientos y métodos. Los procedimientos de los que se habla son: la transposición, la modulación, la equivalencia, la adaptación, la amplificación, la explicitación, la omisión y la compensación.

3.8.3 La transposición

La transposición es una técnica de traducción en la cual se produce un cambio de la estructura gramatical sin que se produzca un cambio de sentido. (Vásquez-Ayora: 268)

La transposición es el único procedimiento de traducción que tiene que ver con la gramática, un procedimiento que la mayoría de los traductores realiza intuitivamente. (Newmark: 125)

Según Isadore Pinchuck, la transposición pertenece a dos clases principales, las que implican el remplazo de una forma gramatical por otra y aquellas que implican el remplazo de una forma gramatical por otra léxica y viceversa.

Vázquez-Ayora afirma que el objetivo de este proceso es mantener la naturalidad de expresión en el texto traducido, en el léxico, estructura y en el enunciado. "...es el procedimiento por el cual se reemplaza una parte del discurso del texto de LO por otra diferente que en el texto de LT lleve el principal contenido semántico de la primera." (268)

Ejemplos de transposición:

Adverbio/Sustantivo

- “**Certainly** these clinicians are not alone” (pág. 9)
- Sin **duda**, estas terapeutas no están solas.

- “**Theoretically** it seems possible that a child might get worse because he has been taken out of his room for speech.” (pág. 13)
- En **teoría**, parece posible que un niño pueda empeorar porque se lo ha sacado del aula para que reciba terapia del lenguaje.

- “**Early** in the session we try to assess the child’s fluency, for his speech may vary a great deal from day to day.” (pág. 37)
- Al **principio** de la sesión, tratamos de evaluar la fluidez del niño, ya que su lenguaje articulado puede variar en mucho de un día para otro.

En los ejemplos, podemos observar que se reemplaza la categoría del adverbio por la del sustantivo, la transposición en estos casos no es obligatoria ya que en español también es posible un adverbio pero por cuestión de estilo se ha decidido hacer el cambio.

Adverbio/adjetivo

- “Once we feel **reasonably** certain that the child is just going through a period of disfluency, we can dismiss him from our caseload.” (pág. 41)
- Una vez que tenemos certeza **razonable** de que el niño solamente está pasando por un periodo de disfluencia, podemos darle el alta.

En este caso, se ha sustituido la categoría gramatical adverbial por la adjetival, la transposición no es obligatoria pero se realizó el cambio para mantener la naturalidad.

Posesivo/artículo definido

- “The child shrugs **his** shoulders.” (pág. 54)
- El niño encoje **los** hombros.

- “The clinician counted on **her** fingers as she repeated.” (pág. 57)
- La terapeuta contó con **los** dedos mientras repetía.

Se cambia el posesivo por el artículo definido ya que cuando se habla de partes del cuerpo o prendas de vestir, el español usa el artículo definido.

Gerundio/ verbo infinitivo o sustantivo

- “**Treating** the school-age child who stutters” (pág. 1)
- “Cómo **tratar** al niño de edad escolar que tartamudea”.

- “These then are some of the activities we would use with a child who is **prolonging**” (pág. 60)
- “Estas son algunas de las actividades que realizaríamos con un niño que tiende a **prolongar**”.

- “**Putting** the process down on paper makes easy stuttering appear quite complicated...” (pág. 73)
- “**Poner** el proceso por escrito hace que la tartamudez fácil parezca muy complicada.”

- “From then on the idea of **changing** from hard to easy stuttering was understood, and the physical example was no longer needed”. (pág. 74)
- “De allí en adelante la idea de **cambiar** de tartamudez difícil a fácil se entendió, y ya no era necesario el ejemplo físico”.

En este caso, se han realizado los cambios de gerundio a verbo infinitivo o sustantivo ya que en español el gerundio tiene usos diferentes, como por ejemplo, no se lo usa como sujeto como en inglés, en su lugar utilizamos el infinitivo o un sustantivo.

3.8.4 La modulación

“La ‘transposición’ y la ‘modulación’ son los procedimientos oblicuos más importantes, ya que una de las condiciones básicas de la traducción es la de no tratar de reconstruir en LT únicamente la sucesión de conceptos empleados en LO sino también su nivel lingüístico, su color y su estilo.”

Para Vinay y Darbelnet, la modulación es la variación del mensaje obtenido por medio de un cambio en el punto de vista, en la perspectiva. (Newmark: 125)

Según Vásquez Ayora, la modulación es un procedimiento en el cual se produce un cambio de una forma de pensamiento a otra. “La modulación es una noción de estilística comparada y consiste en un cambio de la “base conceptual” en el interior de una proposición, sin que se altere el sentido de ésta, lo cual viene a formar un “punto de vista modificado” o una base metafórica diferente” (Vásquez-Ayora: 292)

Ejemplos de modulación:

Voz pasiva/voz activa

- “Great strides **have now been made** in our attempt to objectify stuttering.” (pág. 50)
- **Se han logrado** grandes progresos en nuestro intento por ser objetivos en relación con la tartamudez.

- “Several attempts **have been made** to make stuttering therapy easier for the school clinician, and some of us have found success using these easier methods.” (pág. 7)
- **Se han realizado** varios intentos para hacer que la terapia de tartamudez sea fácil para la terapeuta del lenguaje de las escuelas y algunos de nosotros hemos tenido éxito al usar estos sencillos métodos.

En estos ejemplos se ha realizado el cambio ya que el inglés usa la voz pasiva mientras que la tendencia del español es evitarla.

Inversión de términos o del punto de vista

- “**All of this benefited me a great deal** as a young boy.” (pág. 9)
- **Saqué mucho provecho de todo esto** cuando era niño.
- “It is important that the clinician at times echoes back some of the **child’s speech** as well as presenting better models.” (pág. 26)
- Es importante que la terapeuta en ocasiones imite algunos **enunciados verbales** del niño y que le haga ver mejores modelos del lenguaje articulado.

En este caso, hemos realizado la modulación para mantener la naturalidad del texto en español.

3.8.5 La equivalencia

La equivalencia es un procedimiento por medio del cual se intenta transmitir una misma situación por medio de recursos estilísticos y estructurales diferentes. “Malblanc, en efecto, corrobora que la equivalencia es un extremo del procedimiento moduladorio.” (Vásquez-Ayora: 314)

La equivalencia pretende expresar en el texto traducido lo mismo que se expresa en el texto original, mantener la naturalidad del mismo. (Vásquez-Ayora: 317)

Según Newmark, este procedimiento implica una equivalencia aproximada, generalmente se usa en anuncios, variantes del habla familiar, locuciones y modismos. (Newmark: 128)

Ejemplos de equivalencia:

- “**Oh**, like a tennis racket” (pág. 22)
- “**Ah**, como una raqueta de tenis”

3.8.6 La adaptación

La adaptación es un procedimiento de la traducción conocido también como traducción libre, en el que se reemplaza una realidad cultural o social en el texto original con la correspondiente en el texto traducido.

Según lo afirma Vázquez-Ayora la adaptación se da más a nivel del contenido que de la expresión. “El proceso de conformar un contenido a la visión particular de cada lengua se conoce como la ADAPTACIÓN” (Vásquez-Ayora: 324)

La adaptación pretende transmitir naturalidad, ya que lo que es natural en una lengua no lo es en otra.

Ejemplos de adaptación:

- “Use of the **schwa vowel** on his repetitions.” (pág. 19)
- Usa la **vocal central** en sus repeticiones.

Aquí se ha realizado el cambio ya que en español se usa “vocal central” para referirse al sonido schwa.

- “We can play the “**Simon Says**” game where he is to order us around the room (command speech).” (pág. 21)
- Podemos jugar “**Capitán manda**” el juego con él pueda darnos órdenes dentro del aula (función apelativa).

Aquí, se ha realizado el cambio ya que se refiere a un juego y nuestro país al igual que en otros se llama “Capitán manda” o “Rey manda”.

- “Every child in the “**bluebird**” reading group knows well that being a “bluebird” means that he is a poor reader.” (pág. 33)
- Cada niño en el grupo de lectura “**bajo**” sabe bien que estar ahí significa que no es un buen lector.

Se ha cambiado el nombre del grupo de lectura “bluebird” por “bajo” con el fin de mantener un lenguaje neutro, ya que no en todas las escuelas asignan nombres a los grupos de lectura.

- “Here’s another one. I have a **yellow**... (The clinician blocks on the p sound) **pencil**.” (pág. 54)
- “Aquí va otra, tengo un.. (La terapeuta bloquea el sonido en la p) **pato amarillo**.”

En este ejemplo se ha cambiado “pencil”, que en español significa “lápiz”, por “pato” ya que el libro hace referencia al bloqueo en la consonante bilabial *p*, por este motivo se utilizó la palabra “pato” que también comienza con una consonante bilabial en español.

3.8.7 La ampliación

Para Vázquez Ayora, la ampliación es el procedimiento mediante el cual en la lengua meta se emplean más monemas que en la lengua original para expresar la misma idea. El inglés es una lengua que tiende a ser más directa y una traducción de esta al español resulta más larga. (Vázquez-Ayora: 337)

Ejemplos de ampliación:

- Don’t tell the child to “**slow down**” or “just relax” (pág. 1)
- No le diga al niño “**no hables tan rápido**” o “solo relájate”.

- “Have a one-on-one conversation with the student who stutters about needed **accommodations** in the classroom.” (pág 1)
- Converse individualmente con el estudiante que tartamudea acerca de las **adaptaciones físicas** necesarias en la clase.

- “Our speech libraries are full of books about **it**, but still we know so little.” (pág. 9)
- Nuestras bibliotecas especializadas están llenas de libros acerca **de este tema**, pero, aun así, sabemos muy poco.

- “If we try to avoid the issue or speak in generalities, they will think we are **unknowledgeable**” (pág. 95)
- Si intentamos evadir el tema o hablamos de forma general, ellos pensarán que **no tenemos conocimientos en la materia**.

En estos ejemplos, se han realizado cambios debido al genio de la lengua¹⁵ y porque era necesario ser más específicos en algunos casos.

3.8.8 La explicitación

Este procedimiento se utiliza para hacer explícito en la lengua meta lo que esta implícito en la lengua original. Se aplica este procedimiento cuando el mensaje puede ser entendido de forma errónea, pierda el significado, o cuando lo exija el genio de la lengua. (Vázquez Ayora: 337)

Según este mismo autor, la explicitación es una clase de expansión que obedece a razones semánticas. (337)

¹⁵ El genio de la lengua se refiere a las condiciones peculiares y distintivas de cada lengua.

Ejemplos de explicitación:

- “It is important that the clinician at times echoes back some of the child’s speech as well as presenting **better models**.” (pág. 26)
- Es importante que la terapeuta, en ocasiones, imite algunos enunciados verbales del niño y que le haga ver **mejores modelos de lenguaje articulado**.
- “If he is **prolonging**, then we refer to it as stretching out a sound or holding onto a sound.” (pág. 33)
- Si **prolonga un fonema**, nos referimos a esto como extender o retener el sonido.

En este caso, se han realizado cambios ya que es necesario explicar más detalladamente lo que está implícito en el texto original.

Como normalización sintáctica:

Se añaden o suprimen morfemas sin cambiar la estructura de la frase.

- “Yeah, and I **punched** that Jimmy Jones this morning, too.”
- “Sí, y también **golpeé a** ese Jimmy Jones esta mañana.

3.8.9 La omisión

La omisión es un procedimiento mediante el cual se omite alguna parte del texto original que podría entorpecer la traducción.

López y Minnet explican que la omisión es menos frecuente que la amplificación en la traducción del inglés al español y que por razones estilísticas o estructurales la traducción es mas corta que el original en ciertas ocasiones.

Ejemplos de omisión:

Omisión del pronombre

- “How aware does **she seem to be** of her stuttering?” (pág. 29)
- ¿Cuán consciente **parece estar** de su tartamudez?
- “Some of them will give a general description such as: **he** repeats words or he gets caught on words, but they are usually completely unable to describe their child’s stuttering in any detail.” (pág. 93)
- Algunos de ellos dan una descripción general como: **repite** palabras o se atasca en las palabras, pero, por lo general, no pueden describir la tartamudez de sus hijos con detalle.

En este caso, en inglés es obligatoria la presencia del pronombre en función de sujeto mientras que en español no es necesario nombrarlo ya que en este caso está implícito en el verbo y si lo hacemos sería redundante.

Omisión del artículo

- Say: “the elephant has **a** trunk”, but this time shut your eyes and listen how you say it” (pág. 35)
- Repite: “el elefante **tiene** trompa”, pero esta vez cierra los ojos y escucha cómo lo dices”.

En este ejemplo, se omite el artículo indefinido, ya que se trata de indicar algo en forma general.

Omisión de repeticiones simples

- “Every child in the “**bluebird**” reading group knows well that being a “**bluebird**” means that he is a poor reader.” (pág. 33)
- Cada niño en el grupo de lectura “bajo” sabe bien que **estar ahí** significa que no es un buen lector.

En caso, se ha decidido hacer el cambio para evitar las repeticiones.

3.8.10 La compensación

La compensación es un procedimiento que se aplica cuando es difícil encontrar una correspondencia adecuada, cuando podría existir una pérdida de contenido, a esta pérdida se la debe compensar en otra parte del texto. López y Minnet recalcan que, debido al genio de la lengua, en el proceso de traducción se producen pérdidas o ganancias. (Newmark: 127)

3.8.11 El préstamo

Se considera préstamo la palabra que una lengua toma de otra sin traducirla. “El préstamo trata de llenar una laguna en la lengua receptora, laguna generalmente relacionada con una técnica nueva, con un concepto desconocido entre los hablantes de estas lenguas.” (García Yebra: 333)

Ejemplos de préstamo:

- “Let’s pretend that I don’t know anything about **baseball**.” (pág 22)
- Supongamos que no sé nada sobre **béisbol**.

- “Oh, like a **tennis** racket” (pág 22)
- “Ah, como una raqueta de **tenis**”

En estos ejemplos podemos notar que los préstamos han sido adaptados a la lengua receptora, el español.

3.8.12 El calco

El calco, también conocido como “Préstamo de Naturaleza Particular”, consiste en tomar de la lengua extranjera el sintagma y traducir literalmente los elementos que lo componen.¹⁶

“Vinay y Darbelnet distinguen entre el calco de expresión, cuando se respetan las estructuras sintácticas de la lengua de llegada (week-end /fin de semana) y el calco de estructura, cuando la construcción sintáctica es novedosa en la lengua de llegada (science-fiction /ciencia ficción)”. (Pinchuck: 242) Este es uno de los mecanismos que contribuye a enriquecer la lengua que lo recibe.

Ejemplo de calco:

Self-concept / Autoconcepto

Como hemos visto, el traductor tiene un rol muy importante hoy en día ya que mantiene la comunicación entre las comunidades que hablan diferentes idiomas y transmite información que puede ser de mucha importancia para la sociedad. Hay distintos tipos de traducción y uno de ellos es la traducción científico-técnica, cuya característica más distintiva es su terminología, el traductor de este tipo de textos debe conocer sobre el tema a traducirse y si no lo conoce debe documentarse para una apropiada interpretación del texto.

¹⁶ <http://traductorpublico.com/es/procedimientos-de-traduccion/el-calco/>

CAPÍTULO IV

Este capítulo habla sobre la lexicografía, que se ocupa de la elaboración de diccionarios y los pasos para la elaboración de un glosario. Reconocemos que la labor del lexicógrafo no es nada fácil y hemos hecho lo mejor para realizar un glosario de palabras relacionadas con la tartamudez que facilitará la comprensión del texto y ayudará para futuras traducciones sobre el tema.

4. La Lexicografía

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua define *lexicografía* como la técnica de componer léxicos o diccionarios.

Haensch menciona que los diccionarios son herramientas que todos usamos, estos pueden ser monolingües, para conocer la grafía correcta, el significado exacto, y los posibles usos de una palabra o bilingües, para conocer los equivalentes en la lengua que nos interesa. El autor afirma también que la lexicografía, entre las actividades lingüísticas, es la que está más estrechamente relacionada con la vida humana en sus aspectos más variados y la que presta mayores servicios a la colectividad.

La labor del lexicógrafo es registrar unidades léxicas y su significado; sin embargo, para esto debe tener conocimientos extralingüísticos además de la lengua.

4.1 Elaboración de un glosario

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, *glosario* es un catálogo de palabras de una misma disciplina, de un mismo campo de estudio, etc., definidas o comentadas.

Un diccionario o glosario, según Haensch, es un extracto estandarizado del conjunto del léxico existente o de un subconjunto léxico que generalmente se presenta en forma de lista según la ordenación que escoja. (461)

4.1.1 Selección de entradas

Haensch afirma que existen cuatro criterios para la selección de entradas de un glosario, los tres primeros son externos: su finalidad, el grupo de usuarios al que va destinado, su extensión, y el cuarto es interno, el método de selección de unidades léxicas según principios lingüísticos. (396)

4.1.2 La finalidad de los glosarios

Al realizar un glosario es indispensable pensar en su finalidad para evitar la incorporación de vocablos ajenos, es decir, que no tienen relación con el tema, si se trata de un glosario técnico se debe incluir términos técnicos.

Haensch indica que el objeto de un diccionario o glosario terminológico es la descripción del léxico de un área de estudio o especialidad. (513)

4.1.3 El grupo de usuarios

Es necesario determinar con anterioridad a quien va dirigido el glosario, es decir, un grupo específico, por ejemplo traductores. Este criterio tiene relación con la finalidad o propósito del glosario.

4.1.4 Extensión

Las entradas seleccionadas, como lo explica el mismo autor, deben formar un conjunto armonioso y equilibrado que quepa en el espacio disponible.

4.2 Características básicas

Además de los criterios que acabamos de describir, existen otras características básicas para la creación del glosario y estas son las siguientes:

- Seleccionar los términos que pueden presentar cierta dificultad o aquellos que se pretende resaltar con fines específicos.
- Verificar que el significado que aparece en el diccionario corresponda a la connotación adecuada.

- Parafrasear o explicar el significado de cada término
- Verificar que el contexto al que se aplica corresponda con la explicación dada.
- Organizar los términos en orden alfabético.

4.3 Glosario terminológico

Haensch asegura que para la elaboración de un glosario terminológico, es necesaria la colaboración de lingüistas (lexicógrafos) con buenos conocimientos de la materia y/o de especialistas en la correspondiente materia iniciados en la teoría y técnica de la lexicografía. El autor explica que para la elaboración del glosario es necesario delimitar el contenido, es decir, la delimitación de una misma materia y la decisión sobre qué subespecialidades de dicha materia se tendrán en cuenta y será necesario también tener presente la terminología general de la ciencia. Además de la delimitación, es necesario realizar la selección y ordenación de los materiales que se aplica mediante el método onomasiológico, el cual permite averiguar si todos los términos importantes de la materia en cuestión se han tenido en cuenta.

4.3.1 GLOSARIO DE TÉRMINOS RELACIONADOS CON LA TARTAMUDEZ

En este glosario se definirán los términos encontrados en el libro traducido “Treating the School-Age Child who Stutters: A Guide for Clinicians” y sus equivalencias en español, lo que facilitará la comprensión del texto. Existe una diferencia entre la escuela americana y la escuela europea en cuanto a la terminología; sin embargo, se ha decidido usar los términos de la escuela americana, ya que el libro es de los Estados Unidos. Dichos términos pertenecen al campo de la psicología, medicina y lingüística. Para la creación del glosario se tuvo la colaboración y dirección del Dr. Augusto Burneo, quien es especialista en patología del lenguaje; además se utilizaron fuentes bibliográficas confiables como lo

son: Diccionario de lingüística y fonética (David Crystal), Diccionario Collins Universal español- inglés/ inglés- español, Diccionario de Psicología, Merriam-Webster's Collegiate Dictionary, Merriam-Webster Incorporated, Diccionario Gramatical (Martinez, Emilio) "Diccionario de la Real Academia de la Lengua" y diccionarios de páginas web.

A

Abnormality (anormalidad): sust. Desviación con respecto a la norma.

Ailment (Enfermedad): sust. Ausencia de un estado de bienestar o alivio; generalmente es una condición anormal del cuerpo o la mente.

Alveolar ridge (alvéolos): sust. Cada una de las cavidades en que están engastados los dientes en las mandíbulas de los vertebrados.

Alleviate (aliviar): verbo. Disminuir o mitigar las enfermedades, las fatigas del cuerpo o las aflicciones del ánimo.

Air pressure (presión del aire): SN. Presión que ejerce el aire proveniente de los pulmones.

Airflow (Flujo de aire): sust. El paso del aire que sale de los pulmones y pasa por las cuerdas vocales conforme exhalamos, las cuerdas vibran conforme pasa el aire produciendo el sonido.

Airflow blockages (bloqueos del flujo de aire): SN. Obstrucción del paso del aire.

Anxiety (ansiedad): sust. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

Articulation (Articulación): sust. Término que hace referencia a los movimientos fisiológicos que modifican el flujo de aire para producir los distintos tipos de sonidos del habla, utilizando el tracto vocal por encima de la laringe.

Articulation disorder (trastorno de la articulación): SN. Dificultad para producir sonidos en las sílabas y emisión incorrecta de palabras.

Articulation therapy (terapia de articulación): SN. Tratamiento en el cual el terapeuta modela el sonido correcto frente al niño.

Assess (evaluar): verbo. Estimar, apreciar, calcular o señalar el valor de algo.

Avoidance (evasión): sust. Efugio para evadir una dificultad.

B

Beats (tiempos) sust. Cada una de las partes de igual duración en que se divide el compás.

Behavior (conducta) sust. Totalidad de las acciones e interacciones intraorgánicas y extraorgánicas de un organismo con su ambiente físico y social.

Bilabial (bilabial) adj. Término de la clasificación de los sonidos consonánticos basándose en su punto de articulación. Hace referencia a un sonido articulado cuando se aproximan o se juntan ambos labios.

Body language (lenguaje corporal) sust. El lenguaje corporal es la transmisión consciente e inconsciente y la interpretación de los sentimientos, actitudes y estados de ánimo, a través de: la postura del cuerpo, el movimiento, la posición física del estado, y la relación con otros organismos, objetos y sus alrededores, faciales expresión y movimiento de los ojos.

Booster session (sesión de refuerzo) SN. Clase de repaso del contenido antes estudiado.

Borderline stuttering (Tartamudez incipiente) SN. La tartamudez caracterizada por breves repeticiones, vacilaciones, prolongaciones de sonidos y señales de esfuerzo al hablar.

Bouncing (atrancarse) adj. cortarse al hablar, repetición de fonemas.

Bouncing effect (efecto rebote) SN. La repetición voluntaria de la primera sílaba de las palabras con el propósito de reducir el forcejeo en la tartamudez.

C

Caseload (número de casos) sust. El número de casos que la terapeuta debe atender durante un periodo específico.

Clinicians (Terapeutas del lenguaje) sust. Profesionales especializadas en trastornos de la comunicación humana.

Communicative deprivation (falta de comunicación) SN. Carencia o privación de comunicación.

Communicative stress (Estrés comunicativo) SN. Situación ante la que un hablante se encuentra con barreras psicológicas, sociales o lingüísticas tales que sus mensajes se hacen ininteligibles, se desestructuran o colapsan.

Compulsive (compulsivo) adj. Individuo que no puede dominar con su voluntad una serie de ideas, impulsos o sentimientos, que se adueñan de su mente y condicionan su conducta.

Compulsive talker (hablador compulsivo) SN. Persona que habla mucho inducida por un impulso fuerte.

Compulsivity (compulsividad) sust. La característica de actuar de manera compulsiva.

Confirmed stuttering (Tartamudez confirmada) SN. Persona cuya tartamudez es una discapacidad definitiva.

Confrontation (confrontación) sust. Técnica directiva de intervención verbal durante la entrevista en la que el terapeuta invita deliberadamente al autoexamen de algunos aspectos de la conducta que ponen de manifiesto una discrepancia, una contradicción o una incongruencia en los mensajes y conductas del paciente.

Continuant sound (semiconsonante continua) SN. Hace referencia a un sonido que funciona como una consonante pero que carece de las características fonéticas normalmente asociadas a las consonantes (como la fricción o la oclusión); en su lugar, las cualidades fonéticas son como las de una vocal; aunque sí se da en los márgenes de una sílaba, su duración es mucho más breve que la duración típica de las vocales.

Consonant (consonante) sust. Fonéticamente, son los sonidos producidos por el cierre o estrechamiento del tracto vocal, de modo que el flujo de aire queda totalmente bloqueado o limitado hasta tal punto que se produce una fricción audible. Fonológicamente, son aquellas unidades que funcionan en los márgenes de las sílabas, ya sea de forma individual o en grupos consonánticos.

Counseling techniques (técnicas de orientación) SN. Formas de asistencia terapéutica que se ofrece a las personas para que comprendan y resuelvan sus problemas de ajuste.

Counterproductive (contraproducente) adj. Se dice del acto cuyos efectos son opuestos a la intención con que se profiere o ejecuta.

Cross examination (interrogatorio) sust. Serie de preguntas.

Cure (cura) sust. Acción y efecto de sanar.

Cycle (Ciclo) sust. Periodo de tiempo que una vez terminado, vuelve a empezar.

D

Desensitize (desensibilizar) verbo. Quitar la sensibilidad o privar a alguien de ella.

Desensitization (De-sensibilización) sust. Método terapéutico que consiste en presentar a un paciente, de manera gradual, el estímulo que le provoca ansiedad, angustia o compulsión, con el fin de que vaya acostumbrándose a él poco a poco y termine por aceptarlo.

Deviant behavior (conducta atípica) SN. Conducta apartada de los modelos representativos o de los tipos conocidos.

Diagnosis (diagnóstico) sust. Reconocimiento de una enfermedad o un trastorno a partir de la observación de sus signos y síntomas.

Diagnostic exam (examen de diagnóstico) SN. Prueba que se usa para conocer la naturaleza de una enfermedad.

Diagnostic sessions (Sesiones diagnósticas) SN. Sesiones en las que se detecta y analiza el problema.

Differential diagnosis (Diagnóstico diferencial) SN. Un proceso cíclico con metodología científica que pone en consideración todas las posibles causas antes del diagnóstico definitivo.

Direct therapy (terapia directa) método terapéutico que emplea explicaciones y persuasiones para activar la corteza cerebral del paciente y eliminar conexiones patológicas en la misma por medio del análisis crítico y consciente (por parte del terapeuta) de la situación patogénica.

Disfluent (disfluyente) adj. Que tiene disfluencia.

Disfluencias (Disfluencias) sust. Trastornos caracterizados por la falta de fluidez, la persona repite un sonido, una palabra, o una frase con poca o ninguna conciencia o ansiedad ligada a la disfluencia.

Dismissal (alta) sust. Autorización que da un profesional de la salud para la reincorporación de un paciente a la vida ordinaria.

Disorder (Trastorno) sust. Alteración de la salud.

E

Early detection (detección temprana) SN. Identificación de una deficiencia física, psíquica o sensorial, o la constatación de la sintomatología que la hace presumible, en el momento más próximo a aquél en que la deficiencia se manifiesta, con el objetivo de adoptar todas las medidas preventivas o terapéuticas necesarias.

Early intervention (Intervención temprana) SN. Es el conjunto de los servicios interdisciplinarios que se proveen a niños que presentan vulnerabilidades en su desarrollo o incapacidades, en el período que va desde el nacimiento hasta los 3 años.

Echoing (eco) adj. Técnica que usa la terapeuta al repetir la forma de habla del niño.

Emotional distress (aflicciones emocionales) SN. Sufrimiento, pena, tristeza.

Emotionality (emocionalidad) sust. Cualidad de emocional.

Emotional stress (estrés emocional) SN. Aquel que ocurre en situaciones que las personas consideran difíciles o desafiantes.

Exploration (análisis) sust. Distinción y separación de las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios o elementos.

Extemporize (improvisar) verbo. Hacer algo de pronto, sin estudio ni preparación.

F

Facial contortions (contorsiones faciales) SN. Movimientos anómalos de la cara que origina una actitud forzada.

Facial tremors (Temblores faciales) SN. Agitaciones involuntarias de la cara causadas por tensión excesiva.

Fine motor coordination (motricidad fina) SN. Coordinación de músculos, huesos y nervios para producir movimientos pequeños y precisos.

Fine motor skill (habilidad motora fina) SN. Destreza característica de la motricidad fina.

Fluency (Fluidez) sust. Capacidad para producir, expresar y relacionar palabras.

Fluency disruption (interrupción de la fluidez) SN. Detención de la continuidad del habla.

Fluency disruptors (interruptores de fluidez) SN. Situaciones o emociones que interrumpen la continuidad del habla.

Fluency disruptive behaviors (conductas disruptivas de la fluidez) SN. Acciones cuya presencia implica la interrupción o desajuste en el desarrollo de la fluidez.

G

Gradual confrontation (confrontación gradual) SN. Enfrentamiento paulatino, progresivo.

H

Handicapped (discapacitado) adj. Que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas.

Hard block (bloqueo difícil) SN. Obstrucción donde la lengua está en contacto con los alveolos y la presión del aire aumenta detrás de la lengua.

Hard stutterings (tartamudeos difíciles) SN. Modo de hablar de forma entrecortada con forcejeo y tensión.

Healing process (proceso de curación) SN. Conjunto de fases para el restablecimiento de la salud.

Hyperactivity (hiperactividad) sust. Conducta caracterizada por un exceso de actividad.

I

Ill effects (efectos adversos) sust. Efectos colaterales no deseados del tratamiento.

Indirect therapy (terapia indirecta) sust. Tratamiento que intenta cambiar indirectamente la manera de hablar del niño.

Inner turmoil (confusión interna) SN. Desasosiego producido al no haber balance entre el interior y el exterior.

Isolation (aislamiento) sust. Es considerado como un mecanismo de defensa donde su principal cometido es separar la carga de sentimiento o afecto que viene asociada a una idea o un acto que resulta intolerable para el Yo de la persona, de este modo permanecerá en la conciencia de forma más débil que al principio. Generalmente es una consecuencia de una experiencia traumática o muy desagradable.

J

Jam up (bloquearse) verbo. Interceptar, obstruir, cerrar el paso.

Jaw (mandíbula) sust. Cada una de las dos piezas, óseas o cartilaginosas, que limitan la boca de los animales vertebrados, y en las cuales están implantados los dientes.

L

Lingual pressure (presión lingual) SN. Presión que ejerce la lengua.

Linguo-alveolar (apicodentoalveolar) sust. Punto de articulación, contacto entre el ápice de la lengua, los dientes superiores y los alveolos.

Listener (oyente) sust. Que escucha.

Loosen (aflojar) verbo. Disminuir la presión.

Lungs (pulmones) sust. Órganos de la respiración del hombre, ocupa una parte de la cavidad torácica.

M

Malady (mal) sust. Enfermedad, dolencia.

Mild disfluencies (disfluencias ligeras) SN. Disfluencias con tensión perceptible, pero con “bloqueos” superados con facilidad.

Mild fluency errors (errores ligeros de fluidez) SN. Alteraciones que consisten en repeticiones de sonidos, palabras o frases, en prolongación de sonidos, bloqueos o pausas inadecuadas cuando hablamos.

Mild stuttering (Tartamudez ligera) SN. Caracterizada por cierta tensión al hablar, repeticiones, y bloqueo del flujo del aire. No perjudica notablemente la comunicación.

Misconceptions (conceptos erróneos) sust. Ideas equivocadas resultantes de un malentendido.

Motor skills (habilidades motoras) SN. Capacidades adquiridas por aprendizaje para lograr un resultado preestablecido con el mínimo gasto de energía y tiempo, son condiciones innatas.

N

Nervous habits (tics nerviosos) Los tics son contracciones nerviosas involuntarias que pueden implicar cualquier grupo de músculos voluntarios y que resultan bastante comunes en la población general, sobre todo en momentos de crisis o gran estrés.

Neurophysiology (neurofisiología) sust. Rama de la fisiología que estudia las funciones del sistema nervioso, especialmente la transmisión de los impulsos nerviosos.

Non-speech behavior (Conductas no verbales) SN. Comunicación realizada por medios distintos a las palabras.

Nonverbal (no verbal) adj. Que no involucra palabras.

Normal articulation (Articulación normal) SN. Pronunciación clara y distinta de las palabras.

Normally disfluent (Disfluyente normal) adj. Niños de entre 18 meses y tres años de edad que repiten los sonidos, las sílabas y las palabras.

Normal disfluencies (disfluencias normales) SN. Cuando al niño le cuesta mantener la fluidez del habla, tiene dificultad en el flujo suave y fácil de las palabras al hablar.

O

Onset (comienzo) sust. Principio, origen y raíz de algo.

Ongoing diagnosis (diagnóstico continuo) SN. Diagnóstico que ya se ha realizado por un tiempo y se sigue realizando.

Outgrow (superar) verbo. Vencer obstáculos o dificultades.

Outward imitation (Imitación exterior) SN. Repetición.

Outward reaction (reacción externa) SN. Efectos secundarios que se manifiestan al exterior.

P

Parental involvement (intervención de los padres) SN. Cuando los padres toman parte en el tratamiento.

Pause (pausa) sust. Interrupción de la fonación.

Permissive communicative atmosphere (ambiente de comunicación permisivo) SN. Condiciones que permiten una buena comunicación.

Pitch (Timbre de voz) sust. Calidad de los sonidos, que diferencia a los del mismo tono y depende de la forma y naturaleza de los elementos que entran en vibración.

Phonemic discrimination (Discriminación fonológica) SN. La habilidad de enfocarse en la estructura del sonido de las palabras.

Plosive sound (sonido oclusivo) sust. Hace referencia al sonido que se emite cuando en el tracto vocal se produce de repente un cierre completo, la presión de aire que ha permanecido detrás del cierre sale precipitadamente como un sonido explosivo.

Prevent (Prevenir) verbo. Precaver, evitar o impedir algo.

Professional help (Ayuda profesional) SN. Ayuda de una persona capacitada.

Prognosis (pronóstico) sust. Conocimiento anticipado de los cambios, evolución, desarrollo, curso y finalización de una enfermedad. Se llega a un pronóstico realizando un estudio exhaustivo del diagnóstico y del paciente.

Progressive course (Curso progresivo) SN. Desarrollo continuo.

Prolongation (prolongación) sust. Que se extiende o alarga.

Proprioceptive sensation (sensación propioceptiva) Sensaciones que son señales que nos informan sobre la situación en el espacio de nuestro organismo y de nuestro aparato motriz. En sentido amplio significa una sensación que informa de las respuestas motoras y sensoriales.

Prosody (Prosodia) sust. Hace referencia conjunta a las variaciones de tono fundamental, intensidad, tempo, y ritmo.

Pseudo-prolongation (seudo-prolongación) sust. Prolongación falsa.

Pseudostuttering (seudo-tartamudez) sust. Tartamudez falsa.

Pseudo-repetitions (seudo-repeticiones) sust. Repeticiones falsas.

R

Rate of speech (velocidad de habla) sust. Rapidez con que una persona articula las palabras a lo largo de su discurso.

Rebound (Recuperarse) verbo. Volver a un estado de normalidad después de haber pasado por una situación difícil. En medicina, “rebound” significa efecto de rebote caracterizado porque ciertos medicamentos que alivian rápidamente el dolor, por ejemplo, deben ser

utilizados con precaución y con disminución gradual de los mismos para evitar que una vez que ha pasado su efecto se produzca un empeoramiento de los síntomas, lo que se conoce como efecto de rebote.

Reflection (reflejo) sust. Se trata de una respuesta orgánica que se produce de forma espontánea y no es aprendida.

Reflecting (reflejo) sust. Aquello que reproduce, muestra o pone de manifiesto otra cosa.

Remediation process (proceso de cura) SN. Conjunto de fases sucesivas para remediar un mal.

Repetitions (Repeticiones) sust. Volver a decir lo antes dicho.

Resiliency (Resiliencia) sust. Capacidad que tiene un individuo de resistencia ante la adversidad y resurgir de momentos de desgracia adaptándose, resolviendo los problemas y poder volver a darle sentido a su vida, siendo esta más positiva y productiva.

Restimulation (re-estimulación) sust. Consiste en reflejar con fluidez el contenido del mensaje que al niño le dificulta decir.

Response (respuesta) sust. Conducta provocada por un estímulo; es también cualquier reacción.

Rhythm (ritmo) sust. Hace referencia a la repetición regular de las unidades prominentes que se perciben en el habla. Dichas repeticiones regulares pueden establecerse a partir de patrones de sílaba acentuada vs. inacentuada, de duración de la sílaba, o de tono fundamental, o combinando estas variables.

S

Schwa vowel (Vocal central) sust. Es una vocal especialmente frecuente en inglés, porque es la que se oye cuando una vocal acentuada se convierte en inacentuada. Su pronunciación en español se asemeja a una “ah” como que fuera una interjección. Es común que en una persona que tartamudea actúe como un llenador de espacio ante la dificultad de pronunciar una palabra.

Scrutinize (escudriñar) verbo. Inquirir, investigar, examinar con diligencia y cuidado.

Self concept (autoconcepto) sust. Conjunto de características (físicas, intelectuales, afectivas, sociales, etc.) que conforman la imagen que un sujeto tiene de sí mismo.

Self-knowledge (conocimiento de sí mismo) sust. El conocimiento de uno mismo es la facultad que tenemos de ampliar el nivel de conciencia que poseemos sobre lo que somos y sobre la realidad de la vida en todas sus áreas. De este conocimiento surge el entendimiento, la madurez, la libertad psicológica y la sabiduría.

Self respect (amor propio) sust. El que alguien se profesa a sí mismo, y especialmente a su prestigio.

Severity (intensidad) sust. Grado de fuerza con que se manifiesta un trastorno.

Sliding (deslizamiento) sust. Método que prolonga el sonido inicial de palabras difíciles hasta que pueda continuar con el siguiente sonido.

SLP (TL) sigla. Terapeuta del Lenguaje o terapeuta del lenguaje.

Sound (sonido) sust. Sensación percibida por los órganos de la audición, en forma de señal, que es producida por las vibraciones transmitidas a través del aire en forma de ondas sonoras y luego es decodificada por el cerebro.

Spasms (espasmos) sust. Contracciones musculares involuntarias, localizadas, generalmente lentas y en ocasiones prolongadas que pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo.

Speech (discurso) sust. Conjunto de enunciados que constituyen cualquier evento de habla conocido.

Speech (lenguaje articulado) sust. Conjunto de signos que pueden componer palabras o frases.

Speech and language pathologist (Patólogo del habla y lenguaje) sust. Profesional que trata las formas de comportamiento lingüístico anormal involuntario, sobre todo cuando van asociadas a un cuadro clínico.

Speech models (modelos de habla) SN. Puntos de referencia del habla que pueden ser imitados.

Speech room (sala de terapia) sust. Lugar donde el niño recibe tratamiento.

Stage (Etapa) sust. Fase en el desarrollo de una acción.

Stress (Estrés) sust. Cualquier exigencia que produzca un estado de tensión en el individuo y que pida un cambio o adaptación por parte del mismo.

Stretch out a sound (alargar un sonido) SN. Prolongar un sonido.

Stuggle (forcejeo) sust. Hacer fuerza.

Stutterer (tartamudo) adj. Persona que tartamudea.

Stuttering behavior (Comportamiento de la tartamudez) SN. Síntomas secundarios del trastorno.

Stuck on (Atascado) verbo. Quedarse en el discurso sin poder proseguir.

Syllable (sílabas) sust. Unidad de pronunciación típicamente mayor que un sonido y menor que una palabra.

Symptom (Síntoma) sust. Fenómeno revelador de una enfermedad. Lo que el paciente manifiesta al tener.

T

Tapping (repiqueteo) sust. Hacer ruido golpeando repetidamente sobre algo.

Throat (garganta) sust. Espacio interno comprendido entre el velo del paladar y la entrada del esófago y de la laringe.

Tension (Tensión) sust. Tirantez que se debe a la contracción muscular, durante la cual los músculos, los tendones, etc. se estiran y se mantienen en esa posición.

Tongue (lengua) sust. Órgano muscular situado en la cavidad de la boca de los vertebrados y que sirve para gustación, para deglutir y para modular los sonidos que les son propios.

Torrent of broken speech (torrente de habla entrecortada) SN. Gran cantidad de habla que se emite con intermitencias.

Training (instrucción) sust. Conjunto de reglas o advertencias para algún fin.

Trauma (trauma) sust. Emoción o impresión negativa, fuerte y duradera.

Treatment (Tratamiento) sust. Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.

U

Unison (unísono) adj. Que tiene el mismo tono o sonido que otra cosa.

V

Variation (variación) sust. Modificación, cambio o transformación.

Verbalization (verbalización) sust. Expresión de palabras, pronunciación.

Verbalize (verbalizar) verbo. Expresar una idea o un sentimiento por medio de palabras.

Verbal activity (actividad verbal) SN. Se basa en el principio de que el lenguaje es una actividad social que busca unos fines determinados.

Visual feedback (retroalimentación visual) SN. Forma gráfica de comunicación.

Voice (voz) sust. Sonido que el aire expelido de los pulmones produce al salir de la laringe, haciendo que vibren las cuerdas vocales.

Voice quality (Calidad de la voz) SN. Aspectos cualitativos del habla que se encuentran constantemente presentes durante todo el proceso de la fonación de un individuo y, junto con los rasgos segmentales y la dinámica de la voz (el ritmo, el registro, la intensidad, el tempo), constituyen el componente fonético del medio oral del lenguaje.

Voicing (vocalización) sust. Pronunciar con claridad las vocales, consonantes y sílabas de lo que se habla.

Vowel (vocal) sust. Fonéticamente son sonidos articulados sin un cierre completo en la boca o sin un grado de estrechamiento con el cual se pueda producir una fricción audible, el aire se escapa de forma uniforme pasando por encima del centro de la lengua.

CAPÍTULO V

5. ANÁLISIS

5.1. El inglés

Según lo explican López y Minnet, el inglés estuvo sujeto a cambios drásticos entre los siglos VI y XI debido a la invasión y asentamiento de pueblos escandinavos que hablaban diferentes lenguas germánicas y más tarde de los conquistadores franconormandos cuya lengua, junto con el latín eclesiástico, desplazaría al inglés como lengua literaria y cortesana durante unos trescientos años.

El inglés es una lengua que sigue el orden SVO, lo que quiere decir que el orden sujeto-verbo-objeto es predominante. Vinay y Darbelnet indican que el inglés es una lengua que se caracteriza por ser concisa y económica, evita nombrar directamente al agente de la acción, posee la facilidad para formar palabras. (López y Minnet: 70)

5.2 El español

López y Minnet explican que el primer registro en la historia del castellano son unos comentarios de un texto religioso que se escribió en el monasterio de San Millán la segunda mitad del siglo X.

El español es una de las lenguas más habladas en el mundo, principalmente en Hispanoamérica, España, Guinea Ecuatorial y Estados Unidos. Además es lengua oficial de varias organizaciones y tratados internacionales. Hoy en día el término “español”, en lugar de “castellano”, resulta más recomendable porque carece de ambigüedad. (Diccionario Panhispánico de Dudas)

El español pertenece al grupo de las lenguas romance, cuya base lingüística es el latín. Al igual que el inglés, sigue el orden SVO, pero a diferencia de este tiene flexibilidad en el orden de las palabras; no siempre es necesario comenzar una frase con el sujeto, es

posible usar el sustantivo sin artículo o el verbo sin pronombre ni sujeto. (López y Minnet: 65)

5.3 Análisis léxico

El léxico es algo muy característico del texto técnico, no puede ser dirigido a toda la gente.¹⁷ La dificultad principal de la traducción técnica está en los términos nuevos.

Para Mervyn Lang, en el léxico técnico abundan ejemplos de derivaciones que dan lugar a formas sinonímicas innecesarias; la autora explica además que la invención de términos a partir de la derivación constituyó una notable característica del español en los Siglos de Oro. (58-59)

Según Isadore Pinchuck, las fuentes de vocabulario en el lenguaje técnico son: sintagmas nominales, compuestos, palabras derivadas, neologismos, préstamos.

Como lo discutimos anteriormente, una de las características principales del lenguaje técnico es su terminología. Debido a que la tecnología avanza con rapidez y hay nuevos descubrimientos en todos los ámbitos, las ciencias crean tecnicismos, con el fin de definir o describir dichos hallazgos o invenciones; esto es algo que no sucede con el lenguaje común.

Para poder realizar la traducción del libro, la autora de esta disertación se ha documentado y ha revisado bibliografía sobre la tartamudez tanto en inglés como en español; a pesar de esto, tuvo al principio un poco de dificultad, pero, al realizar las consultas de rigor, logró una traducción correcta, al trasladar ciertos términos de la lengua original a la lengua meta.

Al realizar el análisis, se usaron diccionarios en inglés, en español, bilingües, especializados y libros sobre el tema. Debido a que la autora de esta disertación realizó un glosario de términos técnicos relacionados con la tartamudez, no se definirán cada una de dichas palabras.

¹⁷ <http://www.elcastellano.org/alberto.html>

5.3.1 Falsos amigos

Los falsos amigos son aquellos significantes en dos o más lenguas que comparten un origen común, pero que difieren en sus significados.¹⁸

Jean Maillot afirma que la expresión falsos amigos “tiene un valor totalmente relativo: entre dos lenguas que emplean con sentidos diferentes dos términos de origen idéntico”. Es decir, son palabras con significados diferentes que se pueden escribir o pronunciar de forma similar en las dos lenguas. (56)

Ejemplos:

- **Casual:** adj. informal and relaxed.
- **Casual:** adj. que sucede por casualidad.
- **Eventually:** adv. In the end, after a long time.
- **Eventualmente:** adv. Incierta o casualmente

En estos ejemplos, podemos observar que las palabras son parecidas en la escritura pero tienen distintos significados. La traducción apropiada sería:

- **Casual:** Informal
- **Eventually:** Finalmente

5.3.2 La sinonimia

La sinonimia trata de las palabras semejantes por su sentido, dicha semejanza no se refiere solamente al hecho de hallarse en el mismo campo semántico, sino que las voces sinónimas deben desempeñar la misma función gramatical, por ejemplo, un adjetivo no puede ser sinónimo de un verbo. (Diccionario de Lingüística de la Escuela Española: 218)

Lyons, por otro lado, explica que la sinonimia son aquellas expresiones con igual significado. La realización de sinonimia no se limita a los lexemas, puede ocurrir que

¹⁸ <http://www.aesla.uji.es/actasalmeria/pdfs/chamizo.pdf>

expresiones lexicamente simples tengan el mismo significado que expresiones lexicamente complejas. (87)

Dicho procedimiento se puede utilizar cuando una palabra de la lengua original no tiene un equivalente aproximado en la lengua terminal.

La sinonimia, como lo explica Maillot, consiste en disponer de varios términos para expresar la misma noción. El término sinonimia se usa para describir un procedimiento que consiste en acudir a un equivalente cercano en la LT para una palabra de la LO dentro de un contexto, exista o no un equivalente exacto. (Maillot: 183)

Ejemplos:

Clinicians

- Terapeutas del lenguaje
- Patólogos del lenguaje

Malady

- Mal
- Trastorno
- Enfermedad

Counseling

- Asesoramiento
- Orientación

5.3.3 PREFIJACIÓN

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, la prefijación es un modo de formar nuevas voces por medio de los prefijos.

Los prefijos son afijos derivativos que van antepuestos a los lexemas. (Celce-Murcia y Larsen-Freeman: 51) El prefijo está más delimitado, en general, que el sufijo, ya que se separa fácilmente y al separarlo queda una palabra; el prefijo también suele representar por sí solo una palabra independiente. (Diccionario Gramatical: 1145)

Lang explica que en la prefijación los morfemas libres tienden a unirse a otros morfemas libre o léxicos, lo que resulta en un proceso intermedio entre derivación y composición. (25)

Original
- Bilabial
Traducción
- Bilabial

En este caso, tenemos un término utilizado en fonética para referirse a los sonidos consonánticos según el punto de articulación, se forma con el prefijo *bi-* que proviene del latín y significa “dos” o “dos veces” y el adjetivo labial. La unión de los dos elementos forma una palabra que pertenece a la categoría gramatical de adjetivo tanto en inglés como en español.

Original
- Disfluency
Traducción
- Disfluencia

En este caso, el término está formado por la unión del prefijo proveniente del latín *dis-* que, según el DRAE, indica negación, contrariedad u oposición y hace referencia a la falta de fluidez, es un término comúnmente usado en psicología, especialmente cuando se habla o

en los libros que tratan sobre la tartamudez. En inglés, así como también en español, este término pertenece a la categoría gramatical de sustantivo.

Original
- Dismissal
Traducción
- Alta

En este caso, la palabra “dismissal” pasó por un proceso de transposición y se la tradujo como “alta”. El término está formado por el prefijo *dis-* que de acuerdo con el DRAE, proviene del latín y denota separación y el sufijo del inglés *al-* que significa acción o proceso. El término se refiere a la autorización que da el médico para la reincorporación a la vida cotidiana; dicho término forma parte del léxico especializado de la medicina.

Original
- Nonverbal
Traducción
- No verbal

En este caso el término se compone del prefijo inglés *non* proveniente del latín que significa “no, sin, u opuesto a” y el adjetivo *verbal*. La traducción al español comprende el adverbio *no* y el adjetivo *verbal*, la unión de ambos elementos forma una palabra que pertenece a la categoría gramatical de adjetivo en inglés y en español.

Original

- **Prevent**

Traducción

- Prevenir

Este es un término muy común dentro de la comunidad médica. Está formado por el prefijo *pre-* que proviene del latín y significa anterioridad; el término tanto en inglés como en español pertenece a la categoría gramatical de verbo y quiere decir evitar o impedir algo. *Pre-* es un prefijo que carece de significado independiente fuera de la unión con el morfema libre *venir*.

Original

- **Pseudo-stuttering**
- **Pseudo-prolongation**
- **Pseudo-repetitions**

Traducción

- Seudo-tartamudez
- Seudo-prolongación
- Seudo-repeticiones

En este caso, los términos están formados por el prefijo *pseudo-* de origen griego que significa “falso” y las palabras *tartamudez*, *prolongación*, *repetición*, que cuentan con significado propio. La unión del prefijo con la palabra forma un término que en inglés, así como en español, pertenece a la categoría gramatical de sustantivo. Dichos términos forman parte de la terminología referente a la tartamudez.

Original

- **Restimulation**

Traducción

- Re-estimulación

Este es un término usado por la comunidad médica que se forma mediante el prefijo *re-* proveniente del latín que significa repetición y la palabra *estimulación* que cuenta con significado propio, se usa el guión porque tenemos la presencia de dos vocales seguidas. La unión de los dos elementos forma un nuevo término que pertenece a la categoría gramatical de sustantivo. El prefijo *re-* carece de significado fuera de la unión con el morfema libre *estimulación*.

Original

- **Self concept**

Traducción

- Autoconcepto

En inglés, el término está formado por el prefijo *self-* cuya definición es “to, with, for, or, toward oneself or itself” (Merriam-Webster’s Collegiate Dictionary). *Self* también es un morfema libre cuyo significado es “persona”. En español, el término está formado por el prefijo *auto-* de origen griego que significa propio o por uno mismo y la palabra *concepto* que tiene significado propio. *Autoconcepto* puede sonar forzado en español, sin embargo, forma parte de la terminología de la psicología. Lo mismo sucede con *self-knowledge* y *self respect*, términos que también aparecen en el libro del Dr. Dell.

Original

- **Abnormality**

Traducción

- Anormalidad

Este es un término que forma parte de la terminología de la comunidad médica, está formado mediante el prefijo *a-* de origen griego que denota privación o negación y la palabra *normalidad* que tiene significado propio. La unión de los dos elementos forma un término que pertenece a la categoría gramatical de sustantivo.

Original

- **Compulsivity**

Traducción

- Compulsividad

En este caso, compulsividad es un término técnico que se aplica en el campo de la psicología, está compuesto mediante el prefijo *con-* proveniente del latín que significa reunión, cooperación o agregación, y ante la *b* o *p*, toma la forma *com-* debido a que atraviesa por un proceso asimilatorio. La asimilación, según el diccionario de lingüística de la escuela española, se produce cuando los movimientos articulatorios propios de un sonido se propagan a otro sonido vecino. Los dos elementos juntos forman un término que pertenece a la categoría gramatical de sustantivo, tanto en inglés como en español.

Original

- **Confrontation**

Traducción

- Confrontación

Este término forma parte del léxico técnico de la psicología y hace referencia a la técnica directiva de intervención verbal que usa la terapeuta durante una entrevista. En este caso, tenemos un término que se forma mediante el prefijo *con-* y la raíz “frontación” y “frontation” que no existe ni en inglés ni en español. El término pertenece tanto en inglés como en español a la categoría gramatical de sustantivo.

Original

- **Desensitization**

Traducción

- Desensibilización

Término técnico de la psicología que se forma mediante el prefijo *des-* que proviene del latín y denota negación o inversión del significado del simple y la palabra *sensibilización* que tiene significado propio. Este prefijo no tiene significado si se lo usa separado de un morfema libre o léxico. El término hace referencia al método terapéutico que pretende quitar la sensibilidad. Los dos elementos forman una palabra que pertenece a la categoría gramatical de sustantivo.

Original

- **Neurophysiology**

Traducción

- Neurofisiología

En este caso, el término está formado mediante el prefijo *neuro-* proveniente del latín que significa nervio o sistema nervioso, *fisio-* del griego que significa naturaleza y el sufijo *logía-* también de origen griego que significa tratado, estudio, ciencia. El término forma parte del léxico especializado de la comunidad médica y hace referencia a la ciencia que estudia las funciones del sistema nervioso. Los tres elementos forman una palabra que pertenece a la categoría gramatical de sustantivo en ambas lenguas.

Original

- **Hyperactivity**

Traducción

- Hiperactividad

Este es un término que forma parte de la terminología especializada de la psicología y está compuesto mediante el prefijo de intensificación *hiper* del griego que significa superioridad o exceso y la palabra *actividad* que posee significado propio. *Hiper* es un elemento compositivo átono y debe escribirse sin tilde y unido sin guion a la palabra base. (Diccionario panhispánico de dudas). El término formado por los dos elementos pertenece a la categoría gramatical de sustantivo y hace referencia al exceso de actividad.

Original

- **Counterproductive**

Traducción

- **Contraproducente**

En inglés, *counter* es un morfema libre, que se refiere a un mostrador o departamento de una empresa o agencia de viajes que se encarga de proyectar la imagen de una empresa; mientras que en español, *contra* puede usarse como preposición o como sustantivo.

En este caso particular, *contraproducente* es un término de uso frecuente por la comunidad médica, y está compuesto por *contra-* que funciona como prefijo proveniente del latín que denota oposición o contrariedad, debe escribirse unido sin guión a la palabra base. La unión de los dos elementos forma un término que pertenece a la categoría gramatical de adjetivo. El prefijo *contra-* puede utilizarse independientemente en estructuras sintácticas, ya que posee significado propio.

5.3.4 SUFIJACIÓN

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua define sufijación como el procedimiento de formación de palabras con ayuda de sufijos.

Los sufijos son afijos derivativos que van pospuestos a los lexemas. (Celce-Murcia y Larsen-Freeman: 51) Lo que caracteriza al sufijo es que cuando se lo elimina de una palabra, lo que queda es una voz truncada. (Diccionario Gramatical: 1376)

Original

- **Diagnosis**

Traducción

- Diagnóstico

Éste es un término médico, en inglés está formado con el sufijo *-osis* que significa condición, acción o proceso y hace referencia a la identificación de una enfermedad; en español está formado con el sufijo *-ico*. Tanto en inglés como en español el término pertenece a la categoría gramatical de sustantivo.

Original

- **Emotionality**

Traducción

- Emocionalidad

Éste es un término que pertenece al léxico especializado de la psicología, está formado por la palabra *emocional* que cuenta con significado propio y el sufijo nominalizador del latín *-dad* que significa “cualidad” en sustantivos abstractos derivados de adjetivos, si el adjetivo tiene más de dos sílabas, por lo general, toma la forma *-idad*. Los dos elementos en conjunto forman un término que corresponde a la categoría gramatical de sustantivo tanto en inglés como en español.

Original

- Prolongation

Traducción

- Prolongación

Éste es un término técnico formado con el sufijo *-ción* de origen latín que expresa acción o efecto. El término pertenece a la categoría gramatical de sustantivo. En este caso tenemos la nominalización de un verbo, esto quiere decir que el sufijo nominalizador *ción-* va pospuesto al morfema verbal y ya que el verbo del que se deriva es de la primera conjugación toma la forma *-ación*.

5.3.5 COMPOSICIÓN

La composición es un procedimiento por el cual se forman palabras a partir de la unión de lexemas ya existentes, es especialmente productivo en las lenguas Germánicas, incluyendo al inglés, pero las lenguas Romance, como el español, lo usan con menos frecuencia. (Celce-Murcia y Larsen-Freeman: 50)

Entre los elementos más frecuentes de composición en inglés citados por Celce-Murcia y Larsen Freeman están:

Sustantivo + Sustantivo

Adjetivo + sustantivo

Sustantivo + Verbo (-er)

Adjetivo/Adverbio + Sustantivo (-ed)

Según Alvar, si el elemento añadido a la base es otra base tenemos el proceso de composición. Es posible combinar en una misma formación el proceso de afijación, es decir el uso de afijos, con el de composición. La composición nominal es la más común en español, la composición verbal no es muy conocida. (236)

Composición sintagmática

Se trata de unidades formadas mediante un procedimiento sintagmático que adquieren naturaleza de unidades léxicas. Los constituyentes básicos son un sustantivo

seguido de un adjetivo o un sintagma preposicional. La composición sintagmática puede ser de una producción indefinida, especialmente en la terminología científica técnica. La relación sintáctica en las dos partes del compuesto que se realiza en español habitualmente con “de”, ese “de” puede introducir un todo virtual del cual el determinado es una de las partes pero también puede indicar una circunstancia para la cual es apropiado el objeto (pañuelo de bolsillo) su destino o finalidad (casa de huéspedes) o la clase de elementos en los que el determinado es atributo (betún de Judea). El orden de los elementos en este tipo de composición es siempre el mismo: determinado + determinante, en estos compuestos el elemento determinante carece de artículo: traje de luces / traje de (las) luces. (Lang: 117)

Original

- **Caseload**

Traducción

- Número de casos

En este caso, tenemos un término muy común dentro de la comunidad médica compuesto por dos partes sustantivo + sustantivo en el caso del inglés, *case* que significa “caso” se une a *load* que significa número o cantidad, *case* cumple una función adjetival y modifica a *load*. En la traducción al español tenemos un compuesto sintagmático formado mediante el sustantivo *número* y de un sintagma preposicional, y los elementos tienen un orden inverso con respecto al inglés.

Original

- **Airflow**

Traducción

- Flujo de aire

Éste es un término que forma parte de la terminología de la fonética y tiene una construcción de sustantivo + sustantivo, *air* se une a *flow* y forman un término que pertenece a la categoría gramatical de sustantivo en el caso del inglés. En la traducción al español, estos elementos tienen un orden inverso con relación al inglés y se ha usado una construcción con la preposición *de*.

Original
- Speech room
Traducción
- Sala de terapia

En el caso del español, podemos notar que el sustantivo *sala* y el sustantivo *terapia* están unidos mediante la preposición *de*, a este tipo de sintagmas se los denomina compuestos preposicionales. Este tipo de composición sintagmática es altamente productiva en el español según lo explica Lang. (Lang: 118)

5.3.6 SINTAGMAS NOMINALES Adjetivo + Sustantivo

El sintagma nominal es un conjunto de palabras que tiene como núcleo al sustantivo. El sustantivo tiene existencia independiente y puede unirse al adjetivo que tiene la función de calificarlo o determinarlo.

Tanto en inglés como en español los adjetivos son palabras que califican al sustantivo. En inglés, el adjetivo precede al sustantivo que lo modifica casi sin excepción, mientras que en español, el adjetivo no tiene un orden rígido, este puede preceder o seguir al sustantivo que lo modifica, pero su valor expresivo cambia según vayan antepuestos o pospuestos. (Hill y Bradford: 112)

En los términos técnicos que presentamos a continuación podemos observar lo dicho anteriormente. En español tanto el adjetivo como el sustantivo concuerdan en género y

número, como por ejemplo, contorsiones faciales, terapia directa; en inglés, los sustantivos tienen flexión de número pero no tienen género, excepto en el caso de aquellos que representan seres masculinos o femeninos. (Hill y Bradford: 99)

- Borderline stuttering:	Tartamudez incipiente
- Communicative stress:	Estrés comunicativo
- Compulsive talker:	Hablador compulsivo
- Confirmed stuttering:	Tartamudez confirmada
- Deviant behavior:	Conducta atípica
- Differential Diagnosis:	Diagnóstico diferencial
- Direct therapy:	Terapia directa
- Early intervention:	Intervención temprana
- Emotional distress:	Aflicción emocional
- Emotional stress:	Estrés emocional
- Gradual confrontation:	Confrontación gradual
- Hard block:	Bloqueo difícil
- Facial contortions:	Contorsiones faciales
- Facial tremors:	Temblores faciales
- Hard stuttering:	Tartamudeo difícil
- Ill effects:	Efectos adversos
- Inner turmoil:	Confusión interna
- Lingual pressure:	Presión lingual
- Mild disfluencias:	Disfluencias ligeras
- Mild stuttering:	Tartamudez ligera
- Nervous habits:	Tics nerviosos
- Non-speech behavior:	Conducta no verbal
- Ongoing diagnosis:	Diagnóstico continuo
- Progressive course:	Curso progresivo
- Proprioceptive sensation:	Sensación propioceptiva
- Phonemic discrimination:	Discriminación fonológica
- Visual feedback:	Retroalimentación visual

5.3.7 POLISEMIA

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, la palabra proviene de *poli* “muchos” y del griego *σήμα* “significado” y la define como la pluralidad de significados de una palabra o de cualquier signo lingüístico, es decir, un significante puede tener varios significados.

“When a word has multiple meanings that are related conceptually or historically, it is said to be polysemous”.¹⁹

Los ejemplos de la traducción realizada que presentaremos a continuación son palabras que pertenecen a la terminología del campo de la psicología y la medicina, sin embargo, debido a sus varias acepciones también son de uso común.

<p>Original</p> <ul style="list-style-type: none">- Resiliency <p>Traducción</p> <ul style="list-style-type: none">- Resiliencia

Este término es polisémico tanto en inglés como en español, se aplica en el campo de la psicología así como también en el de la mecánica. *Resiliencia* fue recientemente agregado al diccionario de la Real Academia de la Lengua.

Resiliencia: sust. Capacidad que tiene un individuo de resistencia ante la adversidad y resurgir de momentos de desgracia adaptándose, resolviendo los problemas y poder volver a darle sentido a su vida, siendo esta más positiva y productiva.

¹⁹ Fromkin, V., Rodman R. & Hyams N., **An Introduction to Language**. (6th edition). Fort Worth, Texas, Harcourt Brace College Publishers. 1998 p 180

Resiliencia: sust. Capacidad de un material elástico para absorber y almacenar energía de deformación.

En el texto, la traductora usó el término con el significado que se aplica en la psicología.

Original
- Prognosis
Traducción
- Pronóstico

En este caso, el término es polisémico en ambas lenguas:

Pronóstico. sust. Juicio que forma el médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad, y sobre su duración y terminación por los síntomas que la han precedido o la acompañan.

Pronóstico. sust. Calendario en que se incluye el anuncio de los fenómenos astronómicos y meteorológicos.

Original
- Response
Traducción
- Respuesta

Este término polisémico presenta las siguientes acepciones:

Respuesta sust. Conducta provocada por un estímulo.

Respuesta sust. Satisfacción a una pregunta, duda o dificultad.

<p>Original</p> <ul style="list-style-type: none">- Speech <p>Traducción</p> <ul style="list-style-type: none">- Habla- Discurso
--

En este caso, el término en inglés es polisémico pero no lo es en español. Ambas equivalencias de *speech* fueron utilizadas en la traducción realizada.

Speech: speaking ability

Speech: address: a talk given to an audience

<p>Original</p> <ul style="list-style-type: none">- Trauma <p>Traducción</p> <ul style="list-style-type: none">- Trauma
--

Éste es un término polisémico que tiene significados que se aplican en el campo de la psicología y de la medicina:

Trauma sust. (Psicología) Emoción o impresión negativa, fuerte y duradera

Trauma sust. (Med.) Lesión de los órganos o los tejidos por acciones mecánicas externas.

Original

- **Articulation**

Traducción

- **Articulación**

En este caso, el término es polisémico tanto en inglés como en español:

Articulación: sust. Pronunciación clara y distinta de las palabras.

Articulación: sust. Unión entre dos piezas rígidas que permite el movimiento relativo entre ellas.

Articulación: sust. (Botánica) Nudo a manera de soldadura en algunas partes de ciertas plantas.

5.3.8 NEOLOGISMOS

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua define neologismo como vocablo, acepción, o giro nuevo en una lengua.

Por otro lado, Alvar explica que se denomina “neologismo” a lo nuevo, lo que no existía con la misma denotación, o incluso con idéntica connotación. La procedencia es muy variada, pero a medida que nos acercamos a la terminología técnica y científica, aumentan los neologismos desde el inglés, pero no todos son de procedencia extranjera, en muchas ocasiones se añaden nuevos contenidos semánticos a términos ya existentes, por ejemplo *ratón*, que no significan hoy sólo lo que han significado siempre. (531)

Alvar (541-545) distingue dos tipos de neologismos:

- **Neologismos ordinarios.-** Son aquellos que surgen a partir de la unión de varios vocablos preexistentes, mediante mecanismos de composición y derivación. Dentro de este grupo también se encuentran los préstamos, palabras tomadas de otra lengua cuando no existen o no se usan términos equivalentes en la primera.

- **Neologismos de sentido.-** Dentro de este grupo se encuentran:
 - Las lexías complejas, que son combinaciones de varios vocablos que introducen nuevos términos a la lengua como por ejemplo, *carapintada* con el significado de “militar golpista argentino”.
 - La neología por conversión, que consiste en el cambio de categoría gramatical de determinado lexema, como por ejemplo, adverbialización de adjetivos “*lo hace genial*”.
 - La neología por metáfora, procedimiento de mayor uso y tradición en los sistemas lingüísticos, por ejemplo, *abanico de posibilidades*.

<p>Original</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurophysiology <p>Traducción</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurofisiología
--

En este caso, el término es un neologismo por afijación, esta compuesto por el prefijo *neuro-* y el sufijo *-logía* y se refiere a la rama de la fisiología que estudia las funciones del sistema nervioso.

5.3.9 TECNICISMOS

Los tecnicismos son las voces técnicas empleadas en el lenguaje de un oficio, arte, ciencia, etc.²⁰ Estas tienen un significado concreto dentro del vocabulario propio de la ciencia y no son siempre conocidas por toda la gente.

Original
- Stress
Traducción
- Estrés

Éste es un término proveniente del inglés, que significa “tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas”. La palabra ha sido adaptada al español y de dicha adaptación se derivan el verbo estresar o estresarse y el adjetivo estresante, su plural aunque es poco usado es estreses. Este término fue agregado al diccionario porque los académicos no creían que tensión y tenso fueran paralelos semánticos. (Alvar: 531) El término pertenece a la categoría gramatical de sustantivo.

Original
- Hyperactivity
Traducción
- Hiperactividad

En este caso, el término es formado por prefijación, hiper- es uno de los prefijos más comunes y productivos, la capacidad de creación de nuevos términos con este prefijo es muy grande, es por esto que resulta difícil que los diccionarios recojan todas las palabras nuevas.

²⁰ <http://www.elcastellano.org/alberto.html>

Original

- **Handicapped**

Traducción

- Discapacitado

En este caso tenemos un término formado por calco del inglés *disabled* que significa “persona que no puede realizar ciertas actividades debido a la alteración de sus funciones intelectuales o físicas”, el sustantivo es discapacitado. Para la traducción se ha escogido dicho término en lugar de minusválido ya que este último hoy en día tiene connotaciones negativas en nuestra sociedad.

Original

- **Bouncing**

Traducción

- Efecto rebote

El Diccionario Collins define *bounce* como “to cause (such an object) to hit a solid surface and spring back”. Éste es un término que pertenece a la terminología especializada de la tartamudez y hace referencia a la técnica de repetición voluntaria de las primeras sílabas de las palabras y de esta manera reducir el forcejeo en la tartamudez. La palabra causó cierta dificultad al traducirla.

<p>Original</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echoing <p>Traducción</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eco
--

Según el diccionario Collins *echoing* significa “resounding with an echo”, este término hace referencia a la técnica que consiste en repetir la forma de habla de la persona que tartamudea, como lo dice la palabra, como eco. En inglés, el término está formado por el sufijo *-ing* que denota acción o proceso.

<p>Original</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sliding <p>Traducción</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deslizamiento
--

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua define deslizar como “mover algo con suavidad por una superficie”, este es un término que hace referencia a la técnica de terapia que consiste en prolongar los sonidos iniciales de las palabras difíciles. El término está formado mediante el prefijo *des-*. Además, el verbo “deslizar” según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua viene de una raíz onomatopéyica *-liz-*. Las palabras onomatopéyicas son vocablos que imitan o recrean el sonido de la cosa o la acción nombrada.

Original

- **Linguo-alveolar**

Traducción

- Apicodento alveolar

En este caso, este tecnicismo hace referencia al punto de articulación en el que el ápice de la lengua hace contacto con los dientes superiores y los alveolos. El término está formado mediante el elemento compositivo *apico-* de origen latín que indica “situación o carácter apical”, se usa en fonología y medicina, y el adjetivo *dento alveolar* que indica pertenencia a la zona de la boca que está comprendida por los dientes y los alveolos.

Original

- **Alveolar ridge**

Traducción

- Alvéolos

Este tecnicismo pertenece al campo de la medicina, la palabra es de origen latín y hace referencia a cada una de las cavidades en que están engastados los dientes en las mandíbulas de los vertebrados.

Original

- **Anxiety**

Traducción

- Ansiedad

Éste es un tecnicismo que pertenece al campo de la psicología, de origen latín y hace referencia al estado de angustia que suele acompañar a muchas enfermedades y que no permite sosiego a los enfermos. El término está compuesto con el sufijo *-dad* que significa “cualidad”.

Como vemos, la traductora realizó un análisis de la terminología utilizada en la traducción, y se ha demostrado así que el léxico de un texto técnico es una de las características más importantes y complejas dentro del mismo. Asimismo pudimos ver que existen varios medios de formación de palabras, pero, estos difieren de una lengua a otra.

CONCLUSIONES

La traducción es una actividad intelectual que permite transmitir ideas de una lengua a otra de manera apropiada y concisa. Hoy en día, la traducción constituye parte fundamental del desarrollo científico y tecnológico ya que facilita el acceso a información de diversos temas.

Durante el desarrollo de esta disertación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- La tartamudez no es un problema del lenguaje, sino una dificultad con el habla, la persona entiende bien el lenguaje, sabe lo que quiere decir pero tiene problemas al momento de comunicarse. Ya que afecta, en grados diversos, al hablante y oyente, algunos autores la consideran como un trastorno de la comunicación humana.
- La tartamudez es un problema enigmático y a pesar de todas las investigaciones que se han realizado al respecto a lo largo de los años, aún no se ha descubierto, en todos los casos, la cura definitiva; sin embargo, existen varios métodos eficaces que ayudan a mejorar el estilo de vida de la persona que tartamudea.
- Existe una gran diferencia entre disfluencia y tartamudez, la primera forma parte del desarrollo normal del niño en sus primeros años de vida, y es necesario que los padres conozcan sobre esto con el fin de evitar la excesiva preocupación por el habla vacilante del niño y etiquetarlo como tartamudo. La segunda es un problema que amerita tratamiento oportuno.
- El lenguaje técnico es una mezcla de vocabulario de uso común y vocabulario técnico, la terminología es una de sus características principales, el estilo del texto técnico es impersonal, conciso; carece de emotividad y connotaciones.

- La traducción no es la transcripción de palabras, esta implica la comprensión adecuada de los mensajes y del contexto cultural en ambas lenguas, procesos lingüísticos, y la transferencia fiel de las ideas en un estilo correcto y apropiado.
- El traductor, al igual que otros profesionales, debe poseer ciertas habilidades, conocimientos y aptitudes para ejercer su oficio de manera eficaz, entre dichas habilidades están: tener un buen conocimiento de ambas lenguas, amplia cultura general, conocer el contexto cultural, comprender el tema a traducirse, lo que implica que debe documentarse con anticipación, y conocer la terminología.
- La traducción de textos técnicos, especialmente en el área de la salud, permite que profesionales y público en general tengan acceso a información valiosa; en nuestro caso específicamente, no existe mucha literatura en español sobre el tema de la tartamudez y las traducciones sirven para educar a profesionales, padres y maestros, de modo que puedan brindar ayuda oportuna al niño que tartamudea.
- El traductor debe estar preparado para traducir textos sobre temas que desconoce o conoce muy poco y la documentación es parte fundamental del proceso de traducción para realizar un trabajo de manera satisfactoria y adquirir dominio sobre la terminología.

BIBLIOGRAFÍA:

1. **Advice to those who stutter**, Memphis, TN, The Stuttering Foundation of America, 2008
2. Aguado Gerardo, **El desarrollo del lenguaje**, Madrid, Editorial CEPE, 2000
3. Alvar, Manuel, **Introducción a la lingüística española**. Barcelona, Editorial Ariel, 2000
4. Azcoaga, J. E., Bello J. A., Citrinovitz J., Derman B. & Frutos W. M., **Los retardos del lenguaje en el niño**, Barcelona, Editorial PAIDOS, 1987
5. Biain de Touzet, Beatriz, **Tartamudez, una disfluencia con cuerpo y alma**. Buenos Aires, Editorial Paidos, 2002
6. Celce-Murcia, Marianne & Larsen-Freeman, Diane, **The grammar book**. Massachusetts: Newbury House Publishers, 1983
7. Cummins, Jim, **Lenguaje, poder y pedagogía**. Madrid, Ediciones Morata, S.L., 2000
8. Burneo, César, **Lecturas de psicolingüística y trastornos del lenguaje**, Quito, Abya-Yala, 1998
9. Burneo, César, **Lecturas de psicolingüística y trastornos del lenguaje**, Quito, Docutech, 2003
10. Coral, María de la Paz, **Traducción del inglés al español del libro: “Do you stutter: a guide for teens”**. Disertación de Licenciatura, FCLL,PUCE, Quito, 2003
11. Ehud Yairi, **Is Language a Risk Factor in Stuttering**, The Stuttering Foundation, Memphis, TN, 2012
12. Fiedler, Peter A., **La tartamudez**, Barcelona, Editorial Herder, 1984
13. Fromkin, V., Rodman, R. & Hyams N., **An introduction to language**. (6th edition). Fort Worth, Texas, Harcourt Brace College Publishers. 1998

14. García Yebra Valentín, **Teoría y práctica de la traducción**, Madrid, Editorial Gredos, 1982
15. Gleason Jean Berko & Ratner Nan Berstein, **Desarrollo del lenguaje**, Madrid, PEARSON, 2010
16. Haensch, Günther, **La lexicografía**. Madrid, Editorial Gredos, 1982
17. Hill, Sam & Bradford William, **Bilingual Grammar of English and Spanish Syntax**. Lanham, Maryland, University Press of America, 1991.
18. Hurtado, Amparo, **Traducción y traductología. Introducción a la traductología**. Madrid, Ediciones Catedra, 2004
19. Ingeburg Stengel, **Los problemas del lenguaje en el niño**, Barcelona, Editorial Fontanella, 1982
20. Johnson, Wendell, **Problemas del habla infantil**. Buenos Aires, Editorial Kapelusz, 1973
21. Lang, Mervyn, **Formación de palabras en español**. Madrid, Editorial Cátedra, S.A., 1992
22. Lennenberg Eric H. & Lennenberg Elizabeth, **Fundamentos del desarrollo del lenguaje**, Madrid, Alianza Editorial, 1982
23. Lennenberg, Eric, **Fundamentos biológicos del lenguaje**. Madrid, Alianza Editorial, 1975
24. López, Juan Gabriel & Minett Jacqueline, **Manual de Traducción**. Barcelona, Editorial Gedisa, 1997
25. Luc De Nil & Catherine Theys, The Suttering Foundation, Memphis, TN, Summer 2012
26. Lyons, John, **Semántica Lingüística**. Barcelona, Editorial PAIDOS, 1997

27. Maillot Jean, **La traducción científica y técnica**, Madrid, Editorial Gredos, 1997
28. Meiller, Melanie, **Incidencia del habla disfluyente en niños de 3 a 5 años de edad**, Disertación de Licenciatura, Escuela de Psicología, Quito, PUCE, 1998
29. Newmark Peter, **Manual de traducción**, Madrid, Cátedra S.A., 1995
30. Olerón Pierre, **El niño y la adquisición del lenguaje**, Madrid, Ediciones Morata, S.A., 1985
31. Orellana, Marina, **La traducción del inglés al castellano**. Santiago, Chile, Editorial Universitaria. 1994
32. Peña, María Fernanda, **El rol del traductor en una traducción científica-técnica**. Quito, Disertación de Licenciatura en Traducción, FCLL, PUCE, 2006
33. Perelló, Jorge, **Trastornos del habla**, Barcelona, Editorial científico-médica, 1981
34. Pinchuck, Isadore, **Scientific and technical translation**. London, A. Deutsch, 1977
35. Santacreu José-Froján & María Xesús, **La tartamudez: guía de prevención y tratamiento infantil**, Madrid, Ediciones Pirámide, 2005
36. Troya, Rocío, **Dificultades de aprendizaje en la lectura y escritura del español como lengua materna e inglés en niños de segundo a séptimo año de educación básica, estudio a realizarse en un colegio bilingüe de la ciudad de Quito**. Disertación de Licenciatura, Facultad de Psicología, Quito, PUCE, 2008
37. Van Riper, Charles, **The Nature of Stuttering**. New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1982
38. Van Riper, Charles, **Speech Correction: An Introduction to Speech Pathology and Audiology**. New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1984
39. Vázquez Ayora, Gerardo, **Introducción a la traductología**. Curso básico de traducción, Washington D.C., Georgetown University Press, 1977

BIBLIOGRAFÍA DEL INTERNET

ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA DE LA TARTAMUDEZ <http://www.ttmib.org/>

(Fecha de acceso enero 2012)

FUNDACIÓN AMERICANA DE LA TARTAMUDEZ <http://www.stutteringhelp.org/> (Fecha de acceso enero 2012)

<http://www.stutteringhelp.org/prevalence> (Fecha de acceso enero 2012)

<http://blog.educastur.es/jjcmlyl/2007/03/12/lenguaje-tecnico-cientifico/> (Fecha de acceso enero 2012)

<http://www.itescam.edu.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r78662.PDF> (Fecha de acceso enero 2012)

<http://www.ttmib.org/documentos/pseudotartamudeo.pdf> (Fecha de acceso marzo 2012)

http://www.stutteringhelp.org/portals/english/book_0012_tenth_ed.pdf (Fecha de acceso marzo 2012)

http://www4.ujaen.es/~mrgarcia/T1Leng_08_09.pdf (Fecha de acceso marzo 2012)

<http://lengua.laguia2000.com/general/los-tipos-de-lenguaje> (Fecha de acceso abril 2012)

<http://www.elcastellano.org/alberto.html> (Fecha de acceso abril 2012)

<http://www.itescam.edu.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r78662.PDF> (Fecha de acceso junio 2012)

<http://cvc.cervantes.es/lengua/aproximaciones/gallardo.htm> (Fecha de acceso junio 2012)

<http://www3.uji.es/~gamero/caracteristicastraducciontecnica.pdf> (Fecha de acceso julio 2012)

<http://traductorpublico.com/es/procedimientos-de-traduccion/el-calco/> (Fecha de acceso julio 2012)

http://www.psicoactiva.com/diccio/diccio_a.htm (Fecha de acceso julio 2012)

[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12767/8/L%C3%A9xico de la ciencia y de la t%C3%A9cnica.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12767/8/L%C3%A9xico%20de%20la%20ciencia%20y%20de%20la%20t%C3%A9cnica.pdf) (Fecha de acceso julio 2012)

<http://www.aesla.uji.es/actasalmeria/pdfs/chamizo.pdf> (Fecha de acceso noviembre 2012)

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA <http://lema.rae.es/drae/> (Fecha de acceso abril 2012)

DICCIONARIOS

Abad, Francisco. **Diccionario de lingüística de la lengua española**. Madrid, Editorial Gredos, 1986

Crystal David. **Diccionario de lingüística y fonética**, Barcelona, Ediciones Octaedro, 2000

Diccionario Collins Universal español- inglés/ inglés- español, New York, HarperCollins Publishers, 2005

Diccionario de neologismos de la lengua española, Barcelona, Editorial LAROUSSE, 1998.

Diccionario de Psicología, Madrid, Ediciones Akal, 1998

Merriam-Webster's Collegiate Dictionary, Springfield, Massachusetts, Merriam-Webster Incorporated, 2003

Martínez, Emilio. **Diccionario Gramatical**. Barcelona, Editorial Ramón Sopena, S.A., 1954

Real Academia Española (RAE) **Diccionario de la Real Academia de la Lengua**. Madrid, Editorial Espasa Calpe, S. A., 2001

ANEXO 1

CÓMO TRATAR AL NIÑO DE EDAD ESCOLAR QUE TARTAMUDEA: UNA GUÍA PARA TERAPEUTAS DEL LENGUAJE

**CÓMO TRATAR AL NIÑO DE EDAD
ESCOLAR QUE TARTAMUDEA**

Una guía para terapeutas del lenguaje

CARL W. DELL, JR.

Traducido por

DANIELA JARAMILLO

Incluye:

Consejos para los padres y profesores

8 consejos para profesores

1. No le diga al niño “no hables tan rápido” o “solo relájate”
2. No le ayude al niño a completar las palabras o hable por él o ella.
3. Ayude a todos los miembros de la clase a que aprendan a hablar por turnos y escuchar. Todos los niños, y especialmente aquellos que tartamudean, encuentran mucho más fácil hablar cuando hay pocas interrupciones y tienen la atención del oyente.
4. Espere la misma calidad y cantidad de trabajo de un estudiante que tartamudea así como de uno que no lo hace.
5. Hable con el estudiante de manera tranquila y haciendo pausas frecuentes.
6. Exprésele al estudiante que usted está escuchando el contenido del mensaje, no cómo lo dice.
7. Converse individualmente con el estudiante que tartamudea acerca de las adaptaciones físicas necesarias en la clase. Respete las necesidades del estudiante pero no sea facilitador.
8. No convierta a la tartamudez en algo de qué avergonzarse. Hable de la tartamudez como de cualquier otro asunto.

Para las terapeutas del lenguaje de las escuelas

Este libro describe cómo puede trabajar de manera efectiva con niños de edad escolar que tartamudean. Esta información se obtuvo a través de un amplio programa de estudio, pruebas e investigación que se llevaron a cabo durante muchos años. El autor, Dr. Carl Dell, participó en este programa después de recibir entrenamiento específico con el Dr. Charles Van Riper, una de las autoridades más destacadas del mundo en lo referente a la tartamudez.

En un principio, lo financió la Fundación Americana de la Tartamudez; el autor trabajó como especialista en tartamudez y cooperó con terapeutas del lenguaje en el área metropolitana de Grand Rapids-Michigan con una población escolar de alrededor de 120.000 alumnos. Doy un especial agradecimiento a las terapeutas de Kent County, con quienes colaboró el Dr. Dell, por los éxitos que aún se están logrando y a Joe Noonhook, jefe adjunto de Educación Especial en ese Distrito, por su cooperación.

Creemos que esta información hará que los esfuerzos en beneficio de los jóvenes que tartamudean sean más efectivos y gratificantes.

Jane Fraser, Presidenta

N. de la T.: En esta traducción se utilizará con mayor frecuencia “la terapeuta” y “la profesora”, debido a que hay un número mayor de terapeutas del lenguaje y de profesoras de educación inicial de sexo femenino.

CONTENIDOS

Introducción.....	5
Tartamudez incipiente.....	12
El niño con tartamudez ligera.....	58
El niño con tartamudez confirmada.....	89
Cómo trabajar con los padres.....	125
Cómo trabajar con los profesores.....	149

INTRODUCCIÓN

Se han realizado varios intentos, para hacer que la terapia de tartamudez sea fácil para el terapeuta del lenguaje de las escuelas y algunos de nosotros hemos tenido éxito al usar estos sencillos métodos. Si usted es uno de ellos, es verdaderamente dichoso ya que muchos otros solo han encontrado fracaso y frustración. Algunos de nosotros hemos aplicado exitosamente un nuevo método en un niño que tartamudea, para luego, descubrir que cuando lo intentamos con otro niño fracasamos rotundamente, y algunos de nosotros hemos llegado inclusive a desconfiar de todo intento de simplificar el problema del tratamiento del niño en edad escolar. La tartamudez parece tan compleja que los métodos fáciles de un modo u otro, parecen fraudulentos y, a veces, lo son.

Resolver problemas complejos con soluciones simples rara vez ha sido efectivo. Tomemos como ejemplo el caso de la pérdida de peso, ¡cuántos libros han afirmado que dan una manera fácil y rápida para bajar de peso! Aunque siempre hay seguidores fervientes que han tenido éxito al usar las nuevas y fáciles dietas o métodos, la mayoría han fracasado. Luego recurren a una dieta que está de moda y el ciclo comienza otra vez. Solo el trabajo constante y mucha determinación parecen crear un éxito real, lo mismo sucede con la tartamudez.

La mayoría de los niños que tartamudean tendrán que soportar la frustración y el esfuerzo para superar su tartamudez. Tal vez no sea tan malo como parece, todos crecemos con la adversidad y generalmente descubrimos que las batallas obtenidas con mucho esfuerzo son las que traen la mejor recompensa. El tratamiento de la tartamudez rara vez es

fácil, por ello es comprensible que muchas terapeutas del lenguaje que trabajan en escuelas tengan temor de trabajar con niños que tienen este problema.

Algunos se resisten a trabajar con aquellos que tartamudean, porque sienten que en realidad no pueden comprender el trastorno. A menudo, las terapeutas del lenguaje de las escuelas preguntan si cualquier terapeuta del lenguaje fluente puede alguna vez identificarse con un niño que tartamudea. Contestaríamos que todos nosotros hemos conocido la frustración, ansiedad, y la vergüenza y, puesto que todos nosotros compartimos en alguna medida la fragilidad humana, podemos identificarnos bastante bien con los sentimientos de la persona que tartamudea, para establecer la relación de trabajo necesaria.

Otra manera de entender mejor es aprender cómo tartamudea el joven cliente. Con la ayuda de una grabadora, puede obtener muestras del habla anormal, y luego, cuando el niño se vaya, usted puede tratar de imitar el tartamudeo, usando un espejo grande, para remedar los gestos faciales y corporales que haya mostrado; esto, conjuntamente con su formación clínica y conocimientos académicos acerca de la naturaleza de la tartamudez, le permitirán identificarse lo suficiente con la persona que tartamudea y ayudarla.

Sin embargo, a menudo, es difícil trabajar en las escuelas con un niño que tartamudea. El autor conoce personalmente el tipo de condiciones en las que la mayoría de ustedes deben trabajar. Nosotras, las terapeutas del lenguaje de las escuelas públicas tenemos vidas profesionales diferentes a las del resto de nuestros colegas. Tal vez, no encontremos un lugar disponible y tengamos que usar la bodega o el vestíbulo, o, tal vez, tengamos problemas al sacar al niño de su clase, ya que, con frecuencia, parece que los

profesores siempre están haciendo proyectos especiales, cuando necesitamos ver a un niño en particular.

La dificultad más grande que tenemos al trabajar con tartamudos es nuestra falta de tiempo, experiencia y fe. Esto es lo que un terapeuta del lenguaje de una escuela nos dijo: “cuando hay otros 75 niños que atender dos veces a la semana, además de la creciente cantidad de informes que me obligan a hacer, es difícil dar a un niño el tiempo suficiente, y el niño que tartamudea necesita mucho tiempo y trabajo. Además, no atiendo a muchos de ellos cada año, ya que la articulación y los problemas del lenguaje son mi mayor preocupación”.

Durante una reciente convención estatal un grupo de terapeutas del lenguaje de escuelas contaron sus frustraciones casi tan rápido como si derramaran una surtida selección de bebidas en un charco cercano. El tema se enfocó en la tartamudez: “¿Saben?” un joven terapeuta dijo, “Lo hacen parecer tan fácil, pero en realidad tengo terror de atender a un niño que tartamudea, me siento una mentirosa. Los padres, el profesor y el mismo niño acuden a mí en busca de ayuda, porque piensan que tengo todas las respuestas al problema de la tartamudez. Es difícil pretender que me siento segura cuando en realidad no lo estoy”.

“Sí, conozco ese sentimiento”, dijo una terapeuta experimentada, “he visto muchas personas con tartamudez durante estos años, pero aún no me siento muy competente. He tenido varios casos dramáticamente infructuosos. En ocasiones, tengo temor de atender otro caso”.

Sin duda estas terapeutas no están solas. La mayoría de nuestros colegas de escuelas públicas podrían hacer confesiones similares y también nuestros compañeros de trabajo en el ámbito clínico.

Es natural que las terapeutas del lenguaje tengan miedo de la tartamudez de sus clientes. El tartamudeo es un trastorno complicado y desconcertante. Nuestras bibliotecas especializadas están llenas de libros acerca de este tema, pero, aun así, sabemos muy poco. Aunque el terapeuta del lenguaje se haya preparado académicamente en una de nuestras mejores instituciones, él o ella se siente incompetente cuando se trata de ayudar a un joven que tartamudea. Un colega lo resumió de la siguiente manera: “Sé bastante sobre la tartamudez, pero poco acerca de cómo trabajar con un cliente que tartamudea”.

Podríamos enumerar otras razones por las cuales el trabajar con esta población es difícil, pero debemos recordar que sabemos más acerca de la tartamudez que cualquier otra persona asociada con el niño. ¿Quién más puede ayudarlo? ¿Quién más tiene los conocimientos que tenemos, incluso si no son suficientes? Cuando se trata de ser honestos y veraces, somos rápidos en señalar nuestras deficiencias y sentimientos de fracaso, pero rara vez mencionamos o nos elogiamos por la hábil manera en la que interactuamos con niños con problemas. Sabemos cómo darles a estos niños una sensación de valor y dignidad, pues ellos pueden encontrar aceptación, calidez y comprensión en nuestra aula. En nosotros, encuentran a alguien que los escucha incluso si tartamudean, alguien que no hará muecas o que no los rechazará, alguien que desea ayudar.

Enorgullecámonos, entonces, de nuestras habilidades profesionales, ya que tenemos mucho que ofrecer a un niño y lo que le vamos a ofrecer no lo conseguirá en

ningún otro lugar. Estos niños necesitan todo el apoyo que podamos brindarles y podría ser que les estemos dando más de lo que pensamos. Sin lugar a dudas, la única manera en la que podemos adquirir experiencia y mejorar nuestras habilidades es al trabajar con ellos, no al huir de ellos.

Permítame contarle sobre algunos de mis sentimientos como un joven tartamudo al ir a las clases de mejoramiento del lenguaje, ya que he sido paciente y terapeuta. Aunque mi tartamudez no tuvo cura durante mi etapa escolar, la terapeuta del lenguaje de mi escuela sí alcanzó muchos objetivos importantes. Me dieron un lugar al que podía ir a conversar, donde nadie se reía de mí o me menospreciaba, donde sentía libertad de expresarme incluso si tartamudeaba. ¡Era una gran sensación! Mi perro era el otro ser vivo con quien me sentía de esa manera.

Era un lugar donde podía aprender algo acerca de mi tartamudez, ese fenómeno misterioso que nadie ni siquiera mencionaba. Necesitaba un lugar donde pudiera sentirla y enfrentarla. Saqué mucho provecho de todo esto cuando era niño. Mis terapeutas de la escuela pública no me curaron, pero fueron muy necesarias y creo que estas experiencias constituyeron la base para mi éxito final. En efecto, estoy seguro de que sin este antecedente de terapia realizada a tiempo, mi terapia de adulto habría sido mucho más difícil.

Sin embargo, lo más valioso fue el regalo del afecto. ¡Ellos se preocupaban! Me hicieron sentir algo de valor como ser humano pese a mi tartamudez. Gracias a esta experiencia, la tartamudez no destruyó el concepto de mí mismo de la manera en la que lo

hace en muchos jóvenes. El afecto y la calidez que recibí de mi terapeuta de la escuela me ayudaron a no destruirme como persona.

Aunque sigo muy agradecido con todas las terapeutas de la escuela que me ayudaron, creo que se puede hacer mucho más de lo que ellas hicieron. Lo más importante es que debieron tratar de revertir el curso progresivo de la tartamudez. Desafortunadamente, la tartamudez incipiente y ligera que muchos niños tienen se convierte en severa y pensamos que la terapeuta de escuela puede prevenirlo.

Parece haber al menos dos razones por las cuales muchas personas que tartamudean empeoran durante su época escolar. La primera es que no reciben ayuda profesional en las primeras etapas de su tartamudez y la segunda es que la terapeuta no ha sido capacitada para proporcionar los métodos necesarios para prevenir que aumente de manera anormal. Creemos que la clave del problema de la tartamudez es la intervención temprana, de modo que el desarrollo progresivo del trastorno pueda ser invertido. Por experiencia, sabemos que si se lo hace lo suficientemente a tiempo, la tartamudez se puede curar.

El propósito más importante de este libro será presentar maneras prácticas en las que la terapeuta de escuela pueda intervenir con jóvenes que tartamudean, para llevar a cabo esta meta. Aunque nosotros lo hemos logrado satisfactoriamente, estamos seguros que otras personas han encontrado el éxito al usar otros enfoques; no es nuestro objetivo debatir sobre la eficacia de diferentes métodos. Nuestro método actual es simplemente convencer a las terapeutas de la importancia de programar citas de tratamiento con estos jóvenes que tartamudean en lugar de ponerlos en lista de espera. El tratamiento de cualquier

padecimiento humano es más fácil y efectivo cuando se inicia durante el comienzo del trastorno; estamos convencidos de que este principio se aplica también a la tartamudez.

Debido a razones de organización, el autor ha dividido, no de mucho agrado, a los niños que tartamudean en tres grupos: con tartamudez incipiente, ligera y severa. A pesar de que esto ha ayudado a organizar el material, podría dar la impresión de que los hemos agrupado, ¡pero no lo hemos hecho! Todos los jóvenes, en un momento determinado, caen en la escala severa y fluctúan dentro de ella, y en la práctica no hacemos ningún intento de categorizarlos. La gravedad de un niño es simplemente una de las varias dimensiones que usamos al diseñar su terapia individual. Esto, conjuntamente con el nivel de inteligencia básica del niño, su madurez social y edad, nos dirá cuán directamente atacaremos su tartamudez.

El autor también siente la necesidad de explicar nuestro uso del término “terapeuta”. Algunos de nosotros hemos trabajado en las escuelas públicas con gran variedad de títulos. Nos han llamado “profesor de lenguaje”, “terapeuta del habla”, “patólogo del habla” y ahora “patólogo del habla y lenguaje”. Sin embargo, usaremos el término “terapeuta” de aquí en adelante debido a su aceptación general en nuestro campo. Lo hacemos solamente para dar uniformidad a nuestra presentación, mas no para adoptar una posición en el asunto de títulos profesionales.

Tartamudez Incipiente

Una de las preguntas que las terapeutas de las escuelas hacen a menudo es ¿cuándo debería empezar a trabajar con un joven? No quieren empezar muy temprano porque piensan que el niño podría mejorar con la edad en un año o dos. Un poco de esta renuencia proviene del sentirse profesionalmente incompetentes, pero algunas terapeutas realmente tienen miedo de hacer que el niño empeore. Como alguien dijo: “Si le doy demasiada importancia al problema, ¿no es posible que el niño se obsesione y desarrolle formas más avanzadas de tartamudez?”

En teoría, parece posible que un niño pueda empeorar, porque se lo ha sacado del aula, para que reciba terapia del lenguaje. Él podría considerarlo como un indicio de que es inferior o anormal. Si a partir de entonces se esfuerza por hablar perfectamente, sus disfluencias podrían aumentar y el niño podría frustrarse y tener miedo. Aunque esto parece lógico, nunca hemos visto que suceda en la realidad, ¡nunca! Tal vez si la actitud de la terapeuta con el niño fuera negativa o si mostrara aversión por la tartamudez cuando el niño tartamudee, entonces esta podría empeorar, pero nuestra experiencia ha sido que la mayoría de las terapeutas son cariñosas, gente amable que acepta y entiende la tartamudez del niño. Dichas actitudes no empeorarán la tartamudez.

Además, debemos recordar que mucha gente ha analizado la tartamudez del niño. A menudo, las personas aseguran que el niño no se da cuenta en absoluto de su tartamudez, pero, por lo general, están equivocadas. Ya en nuestra primera reunión, suele decirnos que tartamudea. Lo afirma de modo tan inocente como: “Sé que a mi mamá no le gusta, a

menudo baja la vista, cuando lo hago”. Por lo general, cuando al niño se lo saca de la clase, no es la primera vez que se le da importancia a su tartamudez.

Otra situación por la que las terapeutas escolares se preocupan es que algo salga mal durante la terapia y provoque que el niño empeore. Por supuesto, todos cometemos errores, pero esto no es motivo para evitar tratar al niño. Debido a su resiliencia, los niños rara vez resultan afectados por tanto tiempo. Si la terapeuta está alerta a los cambios en el comportamiento del cliente, puede ajustar su terapia como corresponde. Con cada cliente podemos alcanzar nuestras metas no solamente al seguir diferentes rutas sino también al movernos a diferente velocidad; tengamos confianza en nuestras habilidades. Toda buena terapeuta cometerá un error de vez en cuando, pero es rápida al reconocerlo y hacer ajustes apropiados.

También es cierto que un niño en terapia podría empeorar por razones que no tienen nada que ver con usted. Puede tener dificultades en casa, por ejemplo, sus padres tienen problemas en su relación o, tal vez, tomaron una decisión que al niño le molestó o puede tener problemas con sus hermanos. Una colega dijo que llamó a la casa de un niño que estaba empezando a tartamudear, pues notó un drástico incremento en su tartamudez. “Ayer”, dijo la mamá, “Billy se emocionó mucho cuando le compré el disfraz del hombre araña para Halloween y tartamudeó mucho, después de que su papá no lo dejó salir la noche de esta celebración, porque había dejado su bicicleta afuera la noche anterior y perdió una pelea con su hermano; así que, teniendo todo en cuenta él había tenido un día muy difícil.”

Todo tipo de experiencias pueden provocar un incremento en la tartamudez, el niño podría tener problemas con sus compañeros o los niños de la escuela o del barrio podrían estar haciéndole pasar mal. Con frecuencia los niños viven una crisis tras otra pero afortunadamente se recuperan con rapidez. De modo que la terapeuta no debe sentirse culpable por algún incremento temporal en la disfluencia. Cualquier niño en cosas así puede verse afectado por alguno de estos conflictos exteriores que ocasionan que su habla empeore.

Otra pregunta que las terapeutas se hacen es cómo decidir cuando un niño solamente tiene habla disfluente y cuando tartamudea tanto que requiere nuestros servicios. Las terapeutas que tratan solo a los que tienen tartamudez severa no tendrán necesidad de hacer esta distinción, pero si lo que queremos es prevenir la tartamudez, también debemos atender a los niños con tartamudez incipiente. No creemos que haya peligro en que un niño con habla disfluente se convierta en tartamudo, si la terapeuta trabaja de forma apropiada con él. La forma de terapia indirecta que recomendamos puede ser beneficiosa tanto para el niño que tartamudea como para el niño con habla disfluente. Si sus sesiones de terapia son relajadas y no amenazantes, no debería tener tanto miedo de cualquier consecuencia desafortunada.

De hecho, con frecuencia hemos tenido una profesora que nos pide que llevemos a otros niños a terapia después de que pudimos aliviar la tartamudez de uno de sus alumnos. Cuando preguntamos si el niño tartamudeaba, la maestra decía, “no, pero usted ayudó tanto al pequeño Juanito en otros aspectos además de su tartamudez, que estoy segura que este niño con problemas se beneficiará también”. A cualquier niño le ayudarían

su cálida atención y comprensión. Pocos niños reciben atención y cariño en su vida e, indudablemente, algunos de ellos necesitan mucha más.

No debemos tener miedo de aceptar al niño en terapia ya sea que tenga o no un problema de tartamudez real. En lugar de ignorar a estos niños disfluentes o ponerlos en lista de espera, es prudente aceptarlos así sea solo para evaluarlos mejor; necesitamos este tiempo y contacto. Todos hemos sido engañados por niños que creíamos que eran normalmente disfluentes y que después de unas pocas sesiones de terapia indirecta descubrimos que realmente tartamudeaban. Algunos tienen la gran habilidad de esconder su problema con gran destreza. Han practicado ocultar la tartamudez frente a sus padres y compañeros y, por consiguiente, saben que la profesora de artes de mejoramiento del lenguaje los delatará. Además, algunos no quieren reconocer que tartamudean, piensan que si esta profesora descubre que lo hacen, todos los otros niños lo sabrán también, y entonces los molestarán despiadadamente.

Estos y otros temores, a menudo, los harán generar un poco de adrenalina que les permite hablar bien por un momento. Incluso los adultos con tartamudez severa pueden, en ocasiones, hablar con fluidez en momentos de mucho estrés. Hemos conocido a algunos jóvenes que han aprendido cómo evitar y sustituir con tal habilidad su tartamudez que pueden engañar, incluso, a una terapeuta experimentada. Sin embargo, si atendemos a un niño por dos o cuatro sesiones, las defensas del niño se debilitarán y, simplemente, no podría mantener la simulación de hablar con fluidez por tanto tiempo. Una de nuestras colegas relató la siguiente historia:

Recién la habían asignado a un nuevo distrito escolar en donde había habido muchas rotaciones entre los terapeutas del lenguaje en los últimos años. A finales de otoño, recibió una llamada de una madre que insistía que su hijo de séptimo grado tartamudeaba más que nunca y le pidió que hiciera algo al respecto. La madre mencionó los fracasos que tuvieron otras terapeutas en el pasado. “Siempre se rehusaban a ayudar a Mike porque decían que él no tartamudeaba, solo deseaba que lo escucharan en casa, en algún momento”.

La terapeuta vio al niño, y aunque parecía algo tímido y nervioso, habló sin tartamudear en lo más mínimo, así que preguntó a los profesores de Mike y ellos dijeron que no habían notado que tartamudeara. Con cierto desgano llamó a la madre y le dijo que, al parecer, al niño le iba bien en la escuela, pero la madre estaba enojada y desesperada. Como la terapeuta tenía curiosidad, pensó que una reunión con los padres arrojaría algunas respuestas; tal vez los padres eran excesivamente perfeccionistas.

Cuando los padres llegaron, la terapeuta volvió a sentirse asombrada por su seriedad y preocupación. Tal como la describieron, la tartamudez de Mike parecía ser tartamudez confirmada y severa, de modo que aceptó ver a Mike una vez por semana.

Durante las dos primeras sesiones, Mike habló con la fluidez acostumbrada y, como su terapeuta le agradaba, empezó a hablar más; fue durante la siguiente sesión que la barrera protectora de Mike empezó a derrumbarse. La terapeuta notó una tartamudez ligera, aunque, por supuesto, la ignoró. Poco tiempo después, Mike empezó a tartamudear lo suficiente como para que la terapeuta tocara el tema. Empezaron a conversar sobre su

habla y, cuando Mike vio que ella mostraba interés, en lugar de corregirlo, pareció aliviado y empezó a tartamudear de una manera tal que tomó por sorpresa a la terapeuta.

Mike se había pasado la vida escondiendo su tartamudez con miedo de que otros la descubrieran. Tratar de esconderla de sus padres involucraba mucho trabajo, pero pudo ocultarla ante otros, aunque no sin invertir mucho esfuerzo y presión; realmente, necesitaba ayuda.

Es aconsejable también planificar las sesiones de diagnóstico con un niño disfluyente, durante un periodo de tiempo, por ejemplo, una vez a la semana por varias semanas, porque algunos tienen ciclos en los cuales alternan entre la fluidez y la tartamudez. Tal vez, su primera sesión con él ocurrió durante su ciclo de fluidez y, si es así, usted pudo haberse formado una idea equivocada. No identificar la tartamudez real puede ser, profesionalmente, más vergonzoso de lo que sería trabajar con un niño normalmente disfluyente.

Generalmente, si usted trata a un niño durante tres o cuatro sesiones y no ocurre ningún tipo de tartamudez real, es aconsejable decirle a la profesora que el niño parece tener un lento desarrollo de su fluidez normal y que, en su opinión, no hay ninguna razón para preocuparse. Además, debería asegurarle a la maestra que, aunque por el momento no seguirá trabajando con él, si ella nota algún cambio para mal en el habla del niño, deberá notificarle y usted estará gustosa de tratarlo de forma inmediata.

Al seguir esta política, la profesora sentirá que usted muestra interés por sus problemas. Usted se ha tomado el tiempo de ver a uno de sus alumnos y estudiarlo intensamente. Esto solo puede ampliar su credibilidad profesional ante sus ojos y en la

opinión de sus colegas. Por otro lado, si usted trata a un niño solo una vez y reporta que solo es disfluyente normal o que usted cree que superará con el tiempo cualquier disfluencia, y ese niño continúa tartamudeando en la clase bajo situaciones de estrés, usted habrá perdido el respeto de aquella profesora. Creerá que usted no se ha tomado el tiempo necesario con el niño que le ha enviado. Por esta razón, es aconsejable llevar a cabo una evaluación meticulosa, cuando pongan a estos niños en sus manos.

Ubicación grupal para una evaluación más exhaustiva

Muchas terapeutas han puesto, ocasionalmente, a estos niños con tartamudez incipiente en grupos de articulación o lenguaje, y usan su articulación normal y lenguaje como modelos para los demás, esto le permite a la terapeuta observar al niño por un periodo de tiempo. Ya que las sesiones son temporales y sencillas, el niño con tartamudez incipiente suele sentirse cómodo y no amenazado. A menudo, si el niño está en un nivel avanzado de articulación o lenguaje y, por consiguiente, puede sobresalir en el grupo, esta experiencia lo ayudaría a hablar con fluidez. Las terapeutas han descubierto que dicho encuentro con el grupo es un excelente medio para determinar si el niño, en realidad, tartamudea, y en ocasiones esta terapia de grupo, realmente, le ha ayudado a superar la tartamudez ligera.

Para otros niños, el ubicarlos en grupos de articulación y lenguaje podría indicar a la terapeuta que se está desarrollando una tartamudez real. Si es así, y si necesita retirarlo del grupo para sesiones individuales, el haberlo puesto antes en el grupo de articulación y lenguaje hará la transición mucho más fácil.

No obstante, surge otro problema cuando el niño disfluyente tiene un **problema real de articulación**. Ejercer mucha presión sobre sus errores de articulación puede causar que tartamudee más y crear miedo de ciertos sonidos. Mientras pueda seguir aceptándolo para terapia grupal, debe observarlo de cerca de modo que pueda rápidamente determinar si su trabajo de articulación le está causando más dificultad o no. Si es así, **debe retirarlo del grupo y tratarlo individualmente**, a menos que encuentre métodos para evitar que la tartamudez se incremente; a veces, puede lograrlo al bajar sus exigencias o al trabajar con un sonido más fácil.

Otra pregunta que algunos han planteado es cómo explicar a los otros niños el por qué es necesario incluir a un niño disfluyente en el grupo de articulación del lenguaje. Este es otro problema teórico que rara vez causa problemas a nuestras terapeutas en la práctica. Los niños en el grupo de articulación y lenguaje parecen no darse cuenta de que el niño disfluyente es diferente. La terapeuta puede simplemente decirles: “a veces Juanito tiene problemas al pronunciar las palabras, se queda atrapado en palabras como esta, “y-y-yo”. Los niños son muy tolerantes; parecen darse cuenta de que dominar los errores de fluidez, así como vencer sus dificultades de articulación, es solo parte del aprendizaje para hablar mejor.

Algunas terapeutas tienen miedo de hacer esta imitación explícita de las disfluencias del niño. Sin embargo, ya que las terapeutas a menudo demuestran los errores en la terapia de articulación mientras enseñan discriminación fonológica, ¿Por qué evitar la práctica de la tartamudez? Los niños parecen aceptar nuestra imitación ocasional e identificación del comportamiento de la tartamudez sin ningún tipo de reacción. Si se ríen a veces, esta risa no difiere de la risa que proviene cuando imitamos una “s” defectuosa frente a otros niños.

¿Por qué no podemos hacer lo mismo con una disfluencia? Puesto que es un hecho que la tartamudez tiene tal estigma social, muchos de nosotros nos resistimos a tratar al niño que tartamudea. La mayoría de los adultos en la vida del niño han intentado ya sea corregirlo o ignorar la disfluencia. Con frecuencia, el niño pequeño necesita una conversación clara y directa, si se pretende que acepte su dificultad comunicativa como un problema. Los otros niños lo molestan por esto en el patio, pero nadie le ha explicado qué es lo que le está pasando. No debe llamarnos la atención que la tartamudez sea tan desagradable para un niño.

Hay dos aspectos importantes que tenemos que recordar cuando hablamos con el niño acerca de sus conductas de tartamudez o disfluencias. Uno de ellos es acercarnos al niño **sin formalidades**, demostrar que no estamos escandalizados por la tartamudez e indicar que no es nada nuevo para nosotros. Para algunos de nosotros, hablar es difícil y hay quienes tenemos inclusive mayor dificultad que otros para aprender cómo hacerlo bien.

En segundo lugar, es importante que la terapeuta demuestre, de vez en cuando, la disfluencia del niño; e imitarlo sin sentirse mal por ello. El hacerlo trae algunos beneficios. Le muestra que no es el único que puede hablar así, que otros pueden tartamudear a voluntad, que no es necesariamente involuntario, que la tartamudez no es ningún tipo de maldición o enfermedad.

En el contexto de la tranquilidad y honestidad de dicha terapeuta, el niño gradualmente empieza a comprender que no debe tener miedo a la tartamudez, que no es algo vergonzoso. Hasta este momento, habrá sentido que hablar bien o mal es puramente fruto de la suerte o la casualidad, que la tartamudez es misteriosa e inaceptable. Además, el

hecho de que la terapeuta enfrente y acepte el problema, al compartir estos comportamientos suele abrir la puerta a sentimientos que han estado reprimidos.

La culpa y la vergüenza anidan muy pronto en el joven tartamudo, si lo que le pasa es un tabú; es como mojar la cama, algo que nadie discute en público. Si el niño ha empezado a sentir vergüenza y culpa, en ocasiones, imitar calmadamente su tartamudez de seguro lo ayudará a cambiar aquellos sentimientos peligrosos.

Cómo obtener un diagnóstico diferencial

Incluso después de aceptar a un estudiante en terapia, siempre continuamos evaluándolo, ya que aún no estamos seguros si necesita o no nuestra ayuda. ¿Qué es lo que buscamos que nos permita determinar si el niño tartamudea o es disfluyente normal, o mejora o empeora? ¿Cuáles son los indicadores que deben ayudarnos a decidir, si debemos trabajar con él con intensidad en un horario fijo? Hay muchas referencias en la literatura especializada que le ayudarán a tomar esta decisión, pero cada terapeuta, después de un tiempo, empieza a desarrollar sus propios criterios. Hemos descubierto que la siguiente lista ha sido de gran utilidad para nosotros:

Pautas para diferenciar la verdadera tartamudez de las disfluencias normales

Conductas del habla que indican riesgo

1. Temblores faciales causados por tensión excesiva.
2. Habla con cautela.
3. Habla con rapidez, casi de manera compulsiva.

4. Habla en voz demasiado alta o en voz baja.
5. Hay evidencia de que tiene dificultad y tensión mientras habla.
6. Bloquea el flujo de aire.
7. Aumenta el timbre o volumen de voz durante las disfluencias.
8. Disfluencias acompañadas de movimientos corporales.
9. Muestra signos de vergüenza mientras habla.
10. Repeticiones irregulares.
11. Usa la vocal central en sus repeticiones.
12. Repite muchas veces (5 o más) al pronunciar una palabra.
13. Se detiene en medio de una palabra, retrocede y empieza nuevamente.
14. Hay evidencia de que evita ciertas palabras.
15. Muestra más de una disfluencia en una oración.

Conductas no verbales que indican riesgo

1. Timidez, aparta la mirada cuando es disfluyente.
2. Bajo auto-concepto
3. Muestra otros tics nerviosos por ejemplo, comerse las uñas, mojar la cama, hiperactividad.
4. Habilidades inadecuadas de socialización
5. Hay evidencia de depresión y tristeza.
6. Hay preocupación.

Sin embargo, esto no significa que todos los niños tímidos y difluyentes tartamudeen, pero cuando un niño muestra un gran número de estas conductas, deberíamos preocuparnos.

Estas listas son solamente algunas de las herramientas que nos ayudan a elaborar nuestros criterios de diagnóstico. A diferencia de lo que sucede con el adulto, resulta muy difícil clasificar a los niños ya que su tartamudez es variable e irregular. Los criterios son difíciles de definir y la mayoría de nosotros hemos aprendido a confiar en nuestras impresiones subjetivas. La terapeuta experimentada depende de sus experiencias anteriores para hacer un diagnóstico diferencial. Cabe mencionar que no estamos en contra de los datos objetivos y de la observación minuciosa, pero, a veces, es difícil hacer juicios únicamente en base a los criterios de un libro. Una buena terapeuta debe confiar en sus sentimientos, así como en sus observaciones objetivas; lógicamente, cualquier decisión a la que se llegue por medio de impresiones subjetivas siempre se debe poner en duda y evaluar, y cada decisión debe estar sujeta a reevaluación y cambio.

Observemos algunas situaciones de habla

Antes de decidir si un niño muestra conductas asociadas a la tartamudez, es aconsejable observarlo en todas las situaciones de habla posibles. Lo hemos oído desde la puerta o desde una esquina de la clase, mientras nuestro cliente participa en exposiciones en su clase y hemos aprendido mucho, mientras lo vemos jugar durante el recreo. Aunque es importante conversar con el maestro sobre el niño, cuando está en recreo, también es conveniente dedicar un tiempo para observarlo en el patio; incluso, podríamos hacerlo desde la ventana del establecimiento educativo, mientras tomamos una merecida taza de café. A pesar de que no podemos escuchar al niño, podemos observarlo interactuar con los demás, ¿es un líder o un seguidor? ¿Es realmente parte del grupo o parece mantenerse al margen? ¿Se mantiene cerca del profesor supervisor o juega con los niños más pequeños? ¿Cómo son las personalidades de sus compañeros de juego más cercanos?

Para recopilar más información específica sobre el habla, nos hemos aventurado a salir directamente al patio y acompañamos al profesor supervisor o paseamos lo suficientemente cerca de los compañeros de nuestro cliente para oírlos hablar. La mayor parte del tiempo los niños parecen no darse cuenta de nuestra presencia, si nos preguntan por qué estamos allí, les decimos que queríamos verlos jugar o que también necesitábamos aire fresco; ellos no lo cuestionan y rápidamente, regresan a jugar. A veces, nos hemos sentido invisibles, ya que los niños juegan con tanta intensidad y concentración que pronto se olvidan de que estamos allí; de este modo, en varias ocasiones hemos podido tener una buena idea sobre el habla de nuestro cliente mientras juega con sus compañeros.

Por otra parte, también es útil observar al niño cuando habla con su maestro, después de compartir de antemano nuestro deseo con el profesor, caminamos por el aula y hablamos con los otros niños tratando de saber en qué proyectos están trabajando; entonces, cuando nos acercamos lo suficiente para poder escuchar a nuestro cliente, el profesor se acerca y habla con él, por ejemplo, el maestro podría preguntarle acerca de algo que esté dibujando. Aunque parezca que estamos hablando con otro niño, podemos escuchar por el otro lado a nuestro cliente. En ocasiones, hemos hecho estos planes para escuchar a nuestro cliente hablar con el señor que hace la limpieza, el director o con sus padres. Se puede planear esta u otras observaciones de vez en cuando, sin mucha dificultad. A menudo, solo se considera el habla del cliente en la sala de terapia para evaluar su fluidez y su habla puede ser completamente diferente en otras situaciones. Mientras más situaciones observemos, mejor podremos entenderlo y ayudarlo.

Además, debemos conocer su habilidad de hablar mientras usa diferentes tipos de comunicación. Con demasiada frecuencia, nos basamos en nuestras conversaciones con

nuestro cliente, pero aunque puede ser adecuado de vez en cuando, no nos proporciona suficiente información sobre el habla del niño. Puede hablar con fluidez en cierto tipo de comunicación, pero puede tener problemas con otros. Podemos, por ejemplo, pedirle que describa detalladamente todo lo que ve en nuestra oficina (descripción), podemos pedirle que explique cómo se juega su juego favorito (explicación), podemos jugar “capitán manda¹” el juego con el que él pueda darnos órdenes dentro del aula (función apelativa), puede contarnos qué cosas sus compañeros o familiares hacen que le molestan o asustan (función emocional). Al preguntarle qué desearía si tuviera tres deseos, podemos observar su habla en la formulación del pensamiento.

Estos tipos de comunicación, entre otros, nos ayudarán no solamente a evaluar de forma completa el lenguaje articulado del niño, sino también a diseñar nuestra terapia. Por ejemplo, si hay algún tipo de comunicación que le causa mucho problema, podemos planificar un programa de des-sensibilización para ayudarlo. Durante cada sesión, trataremos que use el tipo de lenguaje que provoca el incremento de disfluencias aunque sea por un corto tiempo cada vez. Desde luego, no queremos que con este programa de des-sensibilización sienta mucha frustración. Si él empieza a estresarse excesivamente y la tartamudez aumenta, podemos cambiar y hacer que use el tipo de comunicación que le causa poca dificultad. Paulatinamente, podemos condicionarlo de modo que también pueda dominar el tipo de lenguaje que al principio era difícil.

Algunas personas piensan que dedicamos mucho tiempo a la evaluación, pero nosotros no estamos de acuerdo. Si pudiéramos identificar a más niños que recién empiezan

¹ N de la T. Capitán Manda: Juego en el que el coordinador explica que va a dar órdenes al grupo, pero para obedecer se necesita que preceda siempre la frase “capitán manda”.

a tartamudear y los tratáramos antes de que desarrollen síntomas avanzados, nuestro trabajo sería más fácil y exitoso.

También tenemos que observar al niño cuando reacciona al estrés comunicativo; se puede programar tanto estrés como usted lo desee en esta situación, simplemente al pretender que no entendemos al niño. El encuentro entre la terapeuta del lenguaje (TL) y el niño que tartamudea (N) puede ser algo así:

TL: “Supongamos que no sé nada sobre béisbol y que tu tarea será enseñarme”.

N: “¿Qué quieres saber?”

TL: “Cuéntame acerca del bateador”.

N: “Bueno, se coloca en el plato y...”

TL: “¿Quieres decir que hay un plato como cuando cenas?”

N: “No, no, es home plate², es la base”.

TL: “Bueno, ¿qué es una base?”

N: “Es un lugar donde te paras para estar a salvo”

TL: “Ah, ya entiendo, ¿vas hacia el plato y te paras allí?”

N: “No, te paras al lado con un bate”.

TL: “¿Qué es un bate?”

² Área circundante del home, se le llama en algunos países plato, dentro del plato y a ambos lados del home se ubican las cajas de bateo.

N: “Es de madera”

TL: **“Ah, como una raqueta de tenis”**

N: “No, no, es redondo”.

TL: **“Pero una raqueta de tenis es redonda”.**

N: “Pero es largo como un palo”.

Dicha confrontación será difícil para cualquier niño y la mayoría de ellos pronto se frustrarán con estas exigencias, pero en lo que estamos interesados es en estudiar los tipos de disfluencias que surgen bajo situaciones comunicativas estresantes. ¿Cambian? ¿Vemos dificultad y tensión que no hayamos notado antes? ¿La frecuencia de disfluencias aumenta pero no la intensidad? Si este es el caso, el niño no tiene un problema de tartamudez real.

Tenga cuidado. Debemos ser prudentes de no estresar demasiado al niño o arruinar nuestra relación con él, ya que algunos niños se frustran con facilidad y tienen poca tolerancia al fracaso. Debemos estar alertas tanto al lenguaje corporal y a la calidad de su voz como a su fluidez, pero una buena terapeuta trata continuamente de estar atenta a cualquier cambio en los sentimientos de su cliente y sabe cuándo detenerse.

El juego de roles provee otra buena manera de crear estrés comunicativo; a los niños les gusta imitar personajes, por ejemplo, podemos jugar el rol de un mesero impaciente de McDonald's que quiere que el cliente ordene rápido o el de un director o policía brusco, y también podemos intercambiar roles. Hay muchas maneras de crear presión comunicativa en el niño. Nuestras intenciones son buenas y nunca dejamos que un niño se frustre demasiado. Lo importante es que, de algún modo, obtengamos la información necesaria.

Una vez que tenemos una idea de cómo habla cuando está bajo presión no hay necesidad de continuar con los diálogos estresantes, aunque, más adelante en la terapia, podemos usar actividades similares que nos ayuden a desensibilizar al niño a las situaciones de estrés comunicativo a las que él es vulnerable.

Confrontación directa como ayuda de diagnóstico

A veces, al elaborar nuestro diagnóstico nos enfrentamos al niño directamente: “Soy la terapeuta de lenguaje aquí en la escuela y ayudo a los niños que, en ocasiones, tienen problemas al hablar, ¿y tú? ¿Has tenido problemas al hablar?”. Al hacerlo, es aconsejable mostrarle al niño ejemplos de errores de articulación, de lenguaje y algunos ejemplos de tartamudez ligera. Al indicarle los ejemplos de tartamudez ligera podemos decir:

TL: “Bien, has hablado así: e-e-esto, ¿te ha tocado hablar de este modo? Es casi como una pelota re-re-rebotando, ¿has hablado alguna vez con esos sonidos?”

N: “Sí, a veces, me pasa”

Es sorprendente que a menudo se obtiene la respuesta, “Sí, tartamudeo, cuando hablo”. Sin embargo, esto no significa que el niño realmente tartamudee, simplemente pudo haber tenido disfluencias que alguien alguna vez criticó, pero cualquiera que sea el caso debemos investigar más. (Si encontramos que lo han criticado demasiado, debemos ayudar tanto al niño como a sus padres a entender que esta no es una conducta anormal y que desaparecerá con el tiempo). Debemos mostrarle algunas repeticiones simples, prolongaciones y bloqueos del flujo de aire y preguntarle si ha hablado así, o podemos decirle, “Juanito, voy a tartamudear y tú me dices si alguna vez te ha pasado lo mismo”, entonces le mostramos algunos ejemplos de tartamudez que aumentan en intensidad.

Incluso, si el niño tiene un problema real de tartamudez, vera que él no tartamudea tanto como lo escuchó en los ejemplos severos y si no es así, se lo dirá a usted.

Después de tratar al niño durante varias sesiones y hablar con sus padres y profesora, podremos tener un panorama claro del problema de disfluencias del niño tanto de la parte manifiesta como de la oculta. Si tenemos un niño bastante equilibrado, con tan solo algunas disfluencias moderadas, probablemente, no lo aceptaríamos en la terapia.

Estas son algunas de las técnicas que puede usar para obtener un diagnóstico diferencial más confiable. Lo importante no son las actividades en sí, sino en qué están basadas; todas están diseñadas para que podamos recolectar información acerca del niño disfluyente que está con nosotros. Nuestra meta es determinar con eficiencia, si debemos aceptar al niño en terapia o no; todos estamos obligados a tomar estas decisiones lo más rápido y con muy poco conocimiento, en especial cuando hemos decidido no realizar terapia con el niño. A menudo, nos mantenemos en contacto con el profesor del niño, durante todo el año, para tener más información sobre su fluidez. Además, si tiene una hora y usted dispone de tiempo, tómese unos minutos para ver al niño o llamar a su madre. Mientras más podamos hacer para asegurar la validez de nuestro diagnóstico, mejor. Tomar esta última precaución será gratificante a la larga, ya que la detección temprana de la tartamudez contribuye a un pronóstico prometedor.

Terapia indirecta para la tartamudez incipiente

En primer lugar, hablaremos acerca del niño que tiene poco o nada de dificultad o tensión y quien no tiene ni vergüenza ni culpa asociada a estas disfluencias, su único problema parece ser que tiene muchos errores de fluidez. Ha alcanzado un nivel de

tartamudez ligera que requiere que realicemos terapia, y es el niño con el que la mayoría de terapeutas no trabajan. Por lo general dicen: “Bueno, usted sabe, es tan joven y tiene tartamudez ligera, tal vez, si esperamos un año o dos hablará fluidamente”. **No creemos que debamos esperar.** No solo es verdaderamente gratificante tratar estos casos de tartamudez incipiente y ligera, sino también que su tartamudez responde de manera rápida si se la detecta a tiempo. Debemos prevenir su desarrollo, no ignorarlo; si evitamos trabajar con estos niños con tartamudez incipiente, por lo general regresarán donde nosotros años después, severamente discapacitados y con más necesidades que necesitan una terapia más compleja. ¡Tratémoslos a tiempo!

Una vez que usted acepta a uno de estos niños con tartamudez incipiente para que reciba terapia, es importante recordar que las sesiones deben ser informales e indirectas; si se trabaja así, hay pocas probabilidades de que el niño empeore. Si está en preescolar o es aún menor, por lo general, será necesario sacar los juguetes y dejar que el niño juegue la mayor parte de la sesión, haciendo que la comunicación gire en torno al juego. Durante esta actividad, aprenderá mucho acerca del niño, al ver cómo interactúa en su propio mundo.

Cuando la mayoría de los niños habla directamente con un adulto, usa un tipo de comunicación y comportamiento conformista que no aparece en sus comentarios cuando juegan. Su lenguaje con los adultos es a menudo artificial, incluso forzado, pero, en el juego, el niño se siente seguro de sí mismo, libre y tiende a hablar de la misma forma. El mundo del juego es su mundo, hablará consigo mismo y con usted con frases relacionadas en lugar de responder con una sola palabra a sus preguntas. Lo que muchos de estos niños necesitan es un baño de libertad comunicativa para curarse.

Uno de los problemas de los profesores itinerantes es que no podemos llevar todos los juguetes que queremos usar, a menos que tengamos un bus, pero es aconsejable llevar al menos algunos de libros para diferentes edades, algunos animales de juguete; domésticos o de zoológico y algunos carros y camiones. Todas las terapeutas de escuelas públicas llevan bolsas de mano llenas de objetos interesantes; sin embargo, los juguetes seleccionados tienen que ser aquellos que evocan el lenguaje.

¿Cómo podríamos empezar a trabajar con el niño con tartamudez incipiente, aquel que se encuentra en el escalón más bajo del continuo de gravedad? Consideremos algunos de los hechos que pueden ocurrir en la primera sesión.

TL: “Hola Juanito, ¿te acuerdas de mí? Soy la persona que vino a hablar contigo el otro día.

(El niño asiente con la cabeza, en señal de reconocimiento)

Hoy vamos a ver algunas cosas que tengo en mi maleta, es esta de aquí”.

(Entonces la terapeuta coloca el maletín en el piso o en la mesa).

Si usamos una mesa, debemos tener cuidado con las sillas que elegimos, es mejor darle al niño la silla más grande y nosotros tomar la más pequeña, si los dos tamaños están disponibles. Esto lo pone en una mejor posición para manipular las cosas de la mesa y, a la vez, evita que sienta que estamos sobre él; es mejor que el niño mantenga sus ojos al mismo nivel que los nuestros. Muy a menudo se ven obligados a levantar la mirada para vernos. Con frecuencia nos preguntamos por qué más niños no crecen con un gancho permanente en sus cuellos.

TL: “¿Sabes cómo abrirlo?”

(El niño empieza a pulsar los botones tratando de abrir el maletín, a veces tendremos que ayudarlo, pero no debemos hacerlo por él. Queremos que tenga una sensación de logro inmediatamente).

TL: “¡Bien, lo lograste! ¡Tengo que ayudar a los otros niños a hacerlo, incluso a mayores que tú! Ahora busca ahí adentro y mira con lo que te gustaría jugar hoy”.

N: “¿Qué son estos? ¿Puedo verlos?”

TL: “Bien, veamos ¿qué quieres?”

(El niño coloca la funda de animales y carros en la mesa).

N: “Yo tengo un carro como e-e-este en casa”.

TL: “¿Tienes uno como el verde en casa?”

N: “y mi-mi-mira aquí hay un lleón”.

TL: “Así es, un león. ¿Qué más tenemos ahí?”

(La terapeuta toca algunos de los juguetes). **“¿y qué es este?”**

N: “u-u-un tigre”.

TL: “Un tigre, así es”.

(Entonces, el niño empezará a nombrar varios animales).

En este simple intercambio, estamos tratando de lograr muchas cosas a la vez, debemos transmitir nuestra calidez y sincero interés y empezar a establecer el vínculo permisivo que es tan importante con la persona que está comenzando a tartamudear. El tono de la terapeuta hasta este momento es informal, cálido y relajado, busca crear una atmosfera de tranquilidad. Debido a que queremos que el niño tenga tanta libertad como sea posible, le dejamos establecer el rumbo de la sesión. Puede escoger qué y cómo desea jugar; nosotros estamos allí solamente para mantener la actividad dentro de ciertos límites. Tratamos de hacer que la conversación sea agradable, mientras le damos buenos modelos de habla. Por lo tanto, trate de hablar simple y despacio pero con naturalidad, ya que, como lo sabemos, si nuestros modelos de habla son muy avanzados tendrán poco impacto.

De vez en cuando, es aconsejable incluir pequeñas repeticiones u otros errores ligeros de fluidez en nuestro lenguaje. Desde luego, esto no significa que la terapeuta debe hablar como un niño, ya que él reconocerá el engaño inmediatamente. Siempre hablamos como adultos que somos pero un poco más simple y sin apuro. La sesión continúa así:

N: “Mira, aquí hay un ca-ca-caimán”.

TL: **“Así es, un ca-caimán, ¿dónde vive?”**

N: “Ju-ju-junto al agua”.

TL: **“Correcto, le gusta vivir junto al agua como a nosotros”.**

Es importante que la terapeuta, en ocasiones, imite algunos enunciados verbales del niño y que le haga ver mejores modelos del lenguaje articulado. Esto tiene muchas ventajas; le muestra al niño que usted recibió su mensaje, que está interesada en lo que dice

y no en la forma en la que lo dice, y que no está preocupada en la tartamudez que pudo haber tenido; esto no significa que tenga que repetir mecánicamente todo lo que el niño dice, pues sería imprudente y el niño pronto se daría cuenta. Al contrario, tratamos de expresar en nuestras propias palabras la idea básica de lo que el niño está diciendo así como lo hacemos cuando hablamos con nuestros amigos adultos. Cuan a menudo escuchamos este mismo tipo de conversación en nuestra vida diaria, “Vi una buena película anoche”, “¿Viste una película?” “Sí, vimos la guerra de las galaxias” “La guerra de las galaxias, me han contado sobre esta película” “¿Es tan buena como dicen?” “Era una locura”, “Una verdadera locura, ¿No?” etc. etc. Esta repetición es solo una manera cordial de dialogar; otro beneficio de esta forma de reproducir o hacerse eco del habla del niño es que lo anima a hablar más. El niño no solo hablará por voluntad propia, sino que también dirigirá la conversación. Es mucho mejor que tenerlo continuamente respondiendo a nuestras preguntas. Cualquier niño es mucho más libre y más espontáneo, cuando no tiene que soportar un interrogatorio; la mayoría de las preguntas involucran mucha exigencia, por lo que las usamos con moderación.

Cómo mostrar formas de tartamudez más ligeras

Con esta forma de repetir como eco sus enunciados, a veces damos al niño un mejor modelo de tartamudez que él conoce. En lo posible, debemos borrar de su memoria la anormalidad de sus palabras al tartamudear. Cuando un niño dice “ca-ca-caimán”, alguna huella de aquella disfluencia se registra en su cerebro y debemos tratar de reducir el impacto de dicha huella. Si él nos escucha hablar con fluidez o de una forma menos anormal, justo después de haber tartamudeado, le ayudará a minimizar algunos de los efectos adversos de aquel particular momento de tartamudez. De este modo, se le corrige al

niño sin que él se dé cuenta, y, de hecho, este intercambio parece agradarle. Cuán diferente es esto del tipo de corrección que recibe de sus padres y compañeros. La mayoría de los niños pequeños tienen miedo y odian la corrección constante que tienen que soportar, ¡dilo otra vez! ¡Dilo otra vez! ¡Despacio! ¡No tartamudees!

Además, cuando la mayoría de las personas corrige a un niño que tartamudea, simplemente exigen que diga la palabra como ellos lo hacen, con completa fluidez. A veces no puede hacerlo y tiende a ser consciente de su problema. Nosotros, en cambio, podríamos usar una o dos repeticiones ligeras y fáciles en una de las palabras que ha tartamudeado con más intensidad. El motivo de este procedimiento es que inmediatamente debemos empezar a **darle modelos de tartamudez menos anormales**. La tartamudez puede disminuir y es de vital importancia que el niño aprenda a tiempo que no hay necesidad de forzarla o luchar. No le estamos pidiendo o intentando enseñarle a hablar con completa fluidez inmediatamente, sabemos que es algo irrazonable. Al contrario, nuestra meta básica es hacer la tartamudez más ligera, ya que hemos descubierto, una y otra vez, que, cuando la tartamudez empieza a ser menos severa, finalmente desaparecerá.

Reducir la gravedad de una palabra tartamudeada es más importante que reducir la frecuencia de la tartamudez. Un momento de tartamudez severa puede ser mucho más traumático que muchas pequeñas disfluencias. Si el niño se siente “atascado” y no puede avanzar, los sentimientos de miedo, impotencia y vergüenza pueden abrumarlo rápidamente. Debemos hacer todo lo que podamos, para reducir estos momentos de intensidad, de modo que aquellas emociones negativas no tengan posibilidad de anidar en él. Si reducimos la intensidad, también reducimos los sentimientos de miedo y frustración

que generan más tartamudez. Rompamos el círculo vicioso lo más pronto posible e revirtámoslo.

Lo que estamos haciendo es enseñarle al niño con tartamudez incipiente una mejor forma de responder a las interrupciones de su habla, al mostrarle nuestra propia aceptación informal de nuestras disfluencias ligeras. Le hacemos ver que podemos ponerlas en nuestra propia boca sin enfadarnos, pero no lo exageramos, por supuesto. Con frecuencia, en una sesión, insertamos errores de tartamudez ligera en nuestra articulación solo una o dos veces; en otras ocasiones, es aconsejable solo repetir su palabra tartamudeada con fluidez, ¡lo haremos con naturalidad!

El hablador compulsivo

Otra razón por la cual repetir en eco el habla del niño es que no le permite huir de la conversación. Hemos conocido a niños que una vez que comienzan a hablar no se detienen, añaden un momento de tartamudez tras otro de forma compulsiva en un torrente de habla entrecortada. Hay muchas explicaciones posibles para esta conducta compulsiva. Posiblemente, el niño tiene miedo de que le interrumpen y, por eso, trata de seguir hablando lo más que pueda; tal vez usa su constante verbalización como una estrategia para dominar a los que lo rodean, a la terapeuta de lenguaje en particular, o puede ser debido al miedo de tener problemas de empezar de nuevo o para convencerse de que realmente puede hablar con fluidez.

Para la mayoría de estos niños, la tartamudez ocurre más frecuentemente al empezar una oración, así que su estrategia es hablar sin pausas. El habla compulsiva es peligrosa

como reacción a la disfluencia. **Al repetir lo que él ha acabado de decir, podemos interrumpir lo que dice, sin frustrarlo.**

Por otra parte, hay otros niños que, debido a la falta de comunicación en la casa y en la escuela, están sedientos de una oportunidad de hablar y la terapeuta podría ser la única persona con quien pueden hacerlo. Dicho niño suele venir de una familia con hermanos o hermanas mayores que, rara vez, le permiten decir una palabra o que constantemente lo interrumpen o corrigen. A estos niños con hambre de comunicación, les brindamos todas las oportunidades de hablar que sean posibles, pero, incluso, con estos niños podemos usar la forma de habla de eco para ayudar a guiar la conversación, para demostrar que estamos escuchando y para dar mejores modelos para tartamudear con facilidad y de habla normal.

Cuando un niño es también un rápido hablador compulsivo, le pedimos que nos dicte algo; pronto, se da cuenta de que no podemos escribir lo suficientemente rápido, de modo que le ayudamos a hablar más despacio. Dicha actividad también proporciona una buena oportunidad para repetir lo que él ha dicho, ya que, continuamente, debemos decirle lo que hemos escrito. A los niños les gusta dictarles a los adultos; les hace sentirse importantes.

El diagnóstico continuo

Durante las primeras sesiones, esta reproducción en eco puede ser la única actividad exterior que usted lleve a cabo. Sin embargo, de manera indirecta crea una oportunidad, con el fin de hacer las observaciones que usted necesita para entender al niño y para establecer el tipo de relación cálida que se requiere en toda buena terapia. En estas observaciones, debemos fijarnos en muchas cosas tanto emocionales como físicas. No intentaremos cubrir

todas ellas, ya que cada terapeuta tiene su propio conjunto de preguntas, con respecto a los niños que trata, pero algunas que se deben considerar son:

1. ¿Cuán sólido es el concepto que tiene de sí mismo?
2. ¿Cómo ve su papel en la familia?
3. ¿Cómo se relaciona con los otros niños?
4. ¿Es agresivo o retraído?
5. ¿Está decidido a hablar, a pesar de su tartamudez?
6. ¿Cuán consciente parece estar de su tartamudez?
7. ¿Trata de evadir o sustituir una palabra no temida?
8. ¿Trata de tapar su boca cuando tartamudea?
9. ¿Usa una estrategia de sincronización de tiempo, como ayuda para pronunciar una palabra?
10. ¿Hay sonidos o palabras que, continuamente, parecen causarle problema?
11. ¿Empieza su tartamudez, generalmente, en la primera palabra de la oración?
12. ¿Tiene lugar su tartamudez generalmente en el primer sonido o sílaba?
13. ¿Cuánto miedo y vergüenza siente cuando habla? Y hay muchos más.

En este punto, es importante hacer una grabación del niño, porque la usará después, para practicar su tipo de tartamudez y sus patrones generales de habla. Debemos poder imitar exactamente la tartamudez del niño. Muchas terapeutas no logran hacerlo, aunque es, probablemente, la mejor manera de entender no solo la tartamudez en general sino también la dificultad particular de un niño.

Parece que se logra un tipo especial de empatía que tiene lugar cuando sentimos su tartamudez en nuestra boca. Es lo que les pasa a los actores cuando se ponen el vestuario

después de memorizar el guion y, por un corto tiempo, parecen convertirse en los personajes que están representando. Uno no puede entender al niño ni tampoco ayudarlo a encontrar mejores maneras de hablar sin sentir, realmente, de primera mano, la tartamudez que experimenta. Además, necesitaremos la grabación después, para evaluar su mejoría.

Cómo iniciar un enfoque más directo

¿Cuándo debemos ser más directos en nuestra confrontación con la tartamudez del niño? Debemos escudriñar algunas cosas importantes, antes de optar por un enfoque más directo. ¿Se siente el niño cómodo en su presencia? ¿Ha empezado a aceptarla y a confiar en usted? A veces, estas preguntas se pueden responder afirmativamente, incluso durante la primera sesión, pero a algunos niños les toma más tiempo. Cuando nos demuestra que se siente cómodo, podemos comenzar informalmente y con calma, a enfrentar la tartamudez en sí, pero en general hay que estar dispuestos a esperar. Nunca se debe forzar la relación clínica. Nos instalamos y hablamos de la tartamudez y luego nos distraemos, regresamos a nuestro juego, después la confrontamos otra vez. El siguiente pasaje ilustrará cómo podríamos hacerlo.

TL: “Ahora voy a tomar este carro ro-ro-rojo. Oye, me quedé atascada en esa palabra, ¿no es cierto? Déjame intentarlo una vez más. Es un carro rojo, así está mejor. Me parece que me tropecé en rojo.”

(La terapeuta entonces regresa a la actividad lúdica).

En este pequeño episodio ha empezado el proceso de confrontación. Se ha mostrado al niño que él no es el único que puede tartamudear de vez en cuando, que hay al menos un adulto que puede detenerse objetivamente, describir lo que pasó, corregirse y seguir. ¡Sin

sudor! ¡Sin problema! La informalidad con la que se hicieron los comentarios fue más importante que las palabras. Si el niño realmente tartamudea, se sentirá aliviado de mostrarlo en público y, entonces podrá brindarle más confianza.

Otro resultado positivo de la simulación de los momentos de tartamudez, por parte de la terapeuta, es que le da una oportunidad más de observar la reacción del niño. Algunos niños se abren los ojos en señal de asombro cuando hacemos esto por primera vez; a otros les da risa nerviosa; algunos le dirán que tartamudea como ellos lo hacen, otros, incluso, la ayudarán diciendo la palabra por usted cuando lo intenta otra vez. Dichas reacciones nos proporcionan una buena pista de lo que él o ella piensa de la tartamudez. A propósito, la mayoría de los niños saben que lo que hacen es “tartamudear”, sin importar si otras personas han evadido usar esta etiqueta. Esto es cierto incluso para aquellos cuyos padres aseguran que el niño no tiene ni idea de que tartamudea. ¡El niño lo sabe! No pretendamos que no hay nada malo en su fluidez si, en realidad, tiene problemas.

De estas pequeñas confrontaciones nace la base para futuros análisis de la tartamudez del niño. En ocasiones, incluso, sucede que el pequeño quiere información inmediata acerca de la tartamudez y le preguntará directamente si usted también tartamudea. Si lo hace, puede decirle con calma, “Bueno sí, a veces tengo problemas con una pa-pa-palabra, así como tú los tuviste hace un rato. La mayoría de las personas los tienen y algunas con más frecuencia que otras. A veces, tú parece tener más problemas que la mayoría de los niños.” Ocasionalmente, un niño le dirá que hay momentos en los que tartamudea o repite y que su mamá y papá se enojan con él y que si usted podría ayudarlo a no hacerlo. A dicha pregunta directa usted puede contestar: “Trato a muchos niños cada día que repiten o se atascan en una palabra o que tartamudean; como terapeuta del lenguaje, mi

trabajo es ayudar a los niños a hablar mejor”. Esta parece información lógica para el niño y se sentirá mucho más seguro; desde luego, usted debe volver sobre este tema otro día regresar y pedirle más información, acerca de las reacciones de sus padres con respecto a su tartamudez, pero, por el momento, probablemente, habremos hecho lo suficiente así que es momento de jugar y hablar otra vez.

Otro resultado importante de dicho episodio de confrontación es que le proporciona indicios de cuán rápido deberá proceder en la terapia. La reacción del niño le dirá si continuar con cautela o, por el contrario, presionar para seguir adelante. Al aprovechar estos pequeños encuentros y reconocer las implicaciones de las señales que da el niño, usted ya no debería creer ser la causante de hacer que la tartamudez empeore, lo que no debe ser nuevo para usted, porque ya está haciendo la misma evaluación en su terapia de articulación. Siempre estamos evaluando cuánto puede soportar un niño, sin agobiarse.

Si el niño se muestra avergonzado o molesto debido a su pseudo-tartamudez, entonces sabrá que tiene que ir muy despacio y trabajar mucho para crear más confianza y aceptación. No obstante, de vez en cuando deberá incluir algunos errores ligeros de tartamudez en su habla, sin decir nada al respecto. Se acostumbrará, si usted procede con calma y sin darle mayor importancia. Finalmente, habrá un momento en el que su respuesta no será emocional. Cuando el niño puede reaccionar a nuestra tartamudez sin prestarle mayor atención, entonces, podremos avanzar. Después de todo, una de las metas con todos los niños que tartamudean es reducir la emotividad que conlleva el trastorno; este enfoque parece ser más apropiado para los niños de menor edad.

Una de nuestras colegas comentó haber tenido problemas, al incluir pseudo-tartamudez ligera en su discurso. Siempre la hizo sentir incómoda e, incluso, deshonesta. Sin embargo, un día, mientras usaba un títere descubrió algo. Podía hacer que “Charley”, el títere, tartamudee. Pronto, aprendió cómo mover la boca de “Charley” para que parezca que tartamudeaba. Su pequeño cliente que tartamudeaba estaba tan fascinado con “Charley” que pudo usar el títere exitosamente no solo con propósitos de des-sensibilización sino, también, para ayudar a demostrar una forma más ligera de tartamudez.

Después de que se haya familiarizado con nuestros esporádicos errores ligeros de tartamudez, tratamos de involucrarlo de forma más activa en nuestras demostraciones. Podemos proceder de la siguiente manera:

TL: “Voy a manejar mi-mi-mmmi... ¡uy! Lo hice otra vez. ¿Escuchaste?”

N: “Sí, tartamudeaste un poco”.

TL: “¿En qué palabra?”

N: “Tartamudeaste en la palabra “mi””.

TL: “Dije la palabra de forma algo rara, ¿no es cierto? Creo que sonó algo así, mi-mi-mmmi, ¿verdad? es como hacer rebotar una pelota ¿no es cierto?”

(La terapeuta aparenta estar haciendo rebotar una pelota, mientras tartamudea al decir la palabra).

“¿Alguna vez has dicho palabras como esa, como la pelota que re-re-rebota o te detienes en un sonido como mmmmmmi en la palabra mi?”

N: “Sí, a veces lo hago. Mi mamá dice que es porque trato de hablar muy rápido”.

La mayoría de las personas que tartamudean, sin importar su edad, suelen admitir que tienen este tipo de tartamudez fácil y cuando lo hacen, se ha abierto la puerta al problema del niño. Tratar la tartamudez de esta manera relajada pero abierta puede parecer un enfoque muy directo para algunas terapeutas; pueden sentir que toda confrontación se debe evitar ya que solo confirmará en la mente del niño que es “tartamudo”, **No hemos comprobado que sea así.** Los niños, por lo general, dan un suspiro de alivio cuando, al fin, alguien está dispuesto a hablar con ellos acerca de su tartamudez. Esta confrontación cuidadosa les facilita comprender su tartamudez como un problema y no como una maldición misteriosa.

Hay que recalcar que no hay que insistir mucho en el asunto; es suficiente que el hielo se haya roto y se haya tenido éxito. Un hecho aparentemente insignificante ha allanado el camino para futuros progresos en la terapia.

Use términos descriptivos para la tartamudez

Como ya lo hemos dicho, la mayoría de los niños, incluso los más pequeños, ya hablan de sus disfluencias como tartamudez, sea o no sea el caso. Aunque no debemos estremecernos porque usen la palabra “tartamudez”, esta etiqueta no ayuda mucho a describir objetivamente su conducta. Para muchos niños, el término “tartamudez” es un término cargado de emociones y amenazas. Por lo tanto, preferimos hablar de las disfluencias del niño en términos de lo que realmente está sucediendo. Si él repite los fonemas, entonces llamémoslo “atrancarse”, porque así es como suena y los niños entienden lo que significa “atrancarse”. Si prolonga un fonema, lo llamaremos “extender”

o retener” el sonido. Si el niño bloquea el paso del flujo del aire, decimos que se ha “quedado atascado”. Estos términos son bastante objetivos como para que el niño los entienda y, por lo tanto, cuando los usamos, disminuimos el estigma emocional que rodea a la tartamudez. Hablemos de lo que él hace.

¿Debería la terapeuta usar solamente las expresiones “disfluencia” y “falta de fluidez” con niños que tartamudean? Para la mayoría de los niños, estos **términos no tienen sentido**, no están en su vocabulario. Además, “tartamudez” es la palabra más objetiva para ellos. Si usted usa otros términos, corre el riesgo de que el niño sospeche que trata de encubrir su problema, que usted también se acobarda de la confrontación. Él no quiere que usted lo proteja, ¡quiere que lo ayude! Muchos otros adultos en su vida se andan con rodeos y usan términos como “vacilación”, “problema del lenguaje”, “problema de fluidez” o “eso”.

Para el niño “disfluencia” o “falta de fluidez” son palabras evasivas. Intuye que la verdadera palabra, el vocablo correcto es *tartamudez* y que es tan espantosa que las personas ni siquiera se atreven a mencionarla. Cada niño en el grupo de lectura “bajo” sabe bien que estar ahí significa que no es un buen lector.

Ahora, volvamos por un momento a nuestro encuentro previo y veamos lo que habría pasado si el niño respondía así:

TL: **“¿Alguna vez has dicho palabras como esa, como la pelota que re-re-rebota?”**

N: “No, mi hermano pequeño a veces lo hace, pero yo nunca tartamudeo”.

(Esta reacción es inusual, pero si algo que hemos aprendido de quienes tartamudean es esperar lo inesperado; una respuesta apropiada a su negación podría ser más o menos esta:)

TL: “Así que tu hermano pequeño, a veces, se atranca en las palabras, a mí también me pasa y, a veces, a mucha gente también”.

No se logra nada con discutir con el niño, solo acepte lo que dice. Él puede no estar consciente de sus disfluencias o se siente avergonzado (lo cual es posible que sea el caso) y aún no está listo para admitir que las tiene, e incluso si no tiene un hermano menor que tartamudea, podemos preguntarle cómo suena él cuándo lo hace y qué le piden su mamá y papá a este hermano real o imaginario que haga. Sin embargo, sería aconsejable indicarle al niño, con calma, una de sus propias repeticiones inmediatamente después de que ha negado hacerlo. Si alguna vez va a confiar en nosotros, debe reconocer que somos honestos. Por ejemplo, mientras volvemos a nuestro juego verbal y no verbal, él podría decir:

N: “Dame el ti-ti-tigre”.

TL: “A mí me parece haber escuchado que te atrancaste en la palabra tigre, ¿no dijiste ti-ti-tigre? A veces te atrancas al decir las palabras a-a-así como yo lo hago”.

N: “Sí, a veces lo hago pero no mucho”.

(Es entonces cuando regresamos a nuestro juego).

Incluso, en el caso del niño que niega su tartamudez, la confrontación se ha logrado de una manera informal y sin amenazas. Ahora podremos hablar de forma **descriptiva**

acerca de las conductas del habla del niño, con la seguridad de que sabe de qué estamos hablando. Además, tenemos la esperanza de que esté empezando a entender con nosotros, que la tartamudez no es mala, innombrable y que no lleva consigo amenazas.

Cómo fortalecer la fluidez

Otra de las metas para estos niños con tartamudez incipiente es demostrarles cuán fluidos son la mayor parte del tiempo. ¿Por qué tenemos que insistir solamente en la tartamudez del niño? También tiene considerables cantidades de fluidez y, sin duda, deberíamos intentar fortalecerlas. Si hemos podido mitigar el miedo y vergüenza que siente el niño y podemos reforzar su fluidez lo suficiente, finalmente podrá vencer la tartamudez. Sin embargo ¿cómo podemos fomentar la fluidez de un niño sin hacerle sentir que la fluidez es buena y la disfluencia mala? Nuestra respuesta es que es muy posible reforzar la fluidez sin elogiarla y sin condenar la tartamudez.

En primer lugar, debemos hacer que el niño esté consciente de su fluidez, de la misma manera en la que centramos nuestra atención a sus disfluencias, pero ahora debemos concentrarnos en su fluidez. Por ejemplo, podemos decirle algo así:

TL: “Bueno, ahora trabajemos un poco, déjame poner todos los juguetes acá”.

(La terapeuta toma todos los juguetes y los pone en una fila al lado de ella)

“Ahora, intenta decir solo lo que yo digo; el carro es rojo”.

N: “Es rojo”.

TL: “Eso no fue lo que yo dije, escucha otra vez. “El carro es rojo” ¿puedes decir eso?”

N: “El carro es rojo”

TL: “Así es, el carro es rojo. ¿Repetiste alguna de esas palabras?”

N: “No”. (La terapeuta coloca el carro rojo al lado del niño).

TL: “Ahora di lo siguiente: El canguro tiene cola larga”.

N: “El canguro tiene cola larga”

TL: “Repítelo otra vez, pero pon una mano sobre la boca para que puedas sentir cómo lo dijiste, siente cómo se mueven los labios, la mandíbula y lengua”. (El niño lo hace y la terapeuta coloca el canguro al lado de él). Ahora ¿qué tal esta? Repite: “El elefante tiene trompa”, pero esta vez cierra los ojos y escucha como lo dices”.

N: “E-e-el elefante tiene trompa”.

TL: “¿Repetiste alguna de esas palabras?”

N: “Sí, dije e-e-el”

TL: “Sí, yo también creo haber escuchado e-e-el elefante. Si lo dices sin repetir ¿cómo sonaría?”

N: “El elefante tiene trompa”.

TL: “Sí, probablemente te pareció y se sonó más fluido.”

Después de varios de estos intercambios, la mayoría de los niños generalmente pueden evaluar su fluidez con precisión y, por supuesto, el montón de juguetes del niño siempre se hace más grande que el de la terapeuta. Siempre podemos arreglar las cosas de modo tal que el niño gane el juego.

Otro juego similar se llama “atrápame”. Primero, le decimos que repita una frase después de nosotros, luego él nos dice una. Se encarga al niño que detecte cualquier disfluencia de la terapeuta. A los niños les encanta, ya que nada les asusta más que poder corregir a un adulto.

El juego podría proceder así:

TL: “Esta vez, los dos vamos a hablar por turnos”

(La terapeuta recoge todos los juguetes y los coloca en un montón a su lado)

“Ahora, dime algo sobre el elefante”.

N: “El elefante tiene trompa”

TL: ¿Repetiste alguna de esas palabras?

N: “No”

(La terapeuta coloca el elefante cerca del niño).

TL: “Ahora es mi turno, este canguro tiene patas grandes ¿repetí alguna de esas palabras?”

N: “No”. (La terapeuta coloca el canguro al lado de ella)

TL: **“¿Qué tal esta?”**

N: “El caimán tiene dientes afilados”.

TL: **“No repetiste ninguna palabra, es mi turno. El carro e-e-es verde, ¿repetí alguna palabra?”**

N: “No”.

TL: **“De seguro, te engañe esta vez, dije el carro e-e-es verde y no lo notaste”.**

(La terapeuta pone el carro en su montón, el niño dice otra oración de manera fluida y es otra vez el turno de la terapeuta).

TL: **“La jirafa tiene cuello la-la-largo”.**

N: “Tartamudeaste en esa palabra”

TL: **“¿Qué palabra?”**

N: “Repetiste en cuello largo”.

TL: **“Así es, me descubriste esta vez, puedes poner la jirafa en tu montón”.**

(El niño ríe de alegría en este punto).

N: “¿Sabes qué? Ahora tengo más que tú.”

TL: **“¿Cuántos juguetes tienes?”**

(El niño cuenta orgullosamente y continúa).

N: “El león tiene u-u-una cola larga”.

TL: Te descubrí esta vez, dijiste el león tiene u-u-una cola larga, escuché que repetiste esa palabra, de modo que pondré el león en mi montón.

Ahora, permítanme advertirles acerca de la pseudo-tartamudez que usa la terapeuta en estas estrategias de des-sensibilización. En primer lugar, debería tratar de evitar el uso de la vocal central [ə] cuando repite una sílaba, por ejemplo, asegúrese de decir en sus repeticiones carro ro-ro-rojo en lugar de [ə]. Al principio tendrá que hacer un esfuerzo consciente ya que la vocal central tiende a colarse. También, asegúrese de que las repeticiones vayan a un ritmo uniforme y sin tensión. No debe demostrar la tartamudez con dificultad sino **una forma de tartamudez fácil y relajada**; debemos crear modelos de tartamudez fáciles, no severos.

Las actividades mencionadas anteriormente pudieron habernos ayudado en varias maneras; (1) Le hemos demostrado concretamente al niño que tiene buena fluidez y que puede sentirla. (2) Ha confirmado su tartamudez con la terapeuta quien es comprensiva y compasiva. (3) La emotividad de la tartamudez se ha reducido, a través de nuestras actividades lúdicas. (4) Y ha tenido la oportunidad de regresar al mundo, al poder corregir a un adulto que, de vez en cuando, pretende tartamudear.

No solo queremos que los niños hablen con fluidez, sino también que experimenten la sensación de fluidez a través de sus sentidos. Hemos atendido a niños que hablan mientras ponen sus dedos en sus labios de modo que pueden sentir de una mejor manera cómo sus labios se mueven con fluidez. Colocar el mentón en su mano ayuda, para que sientan los movimientos de la mandíbula. Ver sus labios en un espejo de aumento les brindará retroalimentación visual de su fluidez.

Las terapeutas han desconfiado de dicha actividad, porque se preguntan qué podría pasar si el niño tartamudea y se le obliga a ver sus labios agrandados y atascados en un sonido. Esto sucede de vez en cuando, ya que la retroalimentación visual parece promover la fluidez, pero, si esto ocurre, debemos tratarlo con mayor cuidado y pedir al niño que describa lo que vio. Podemos pedirle que imite el momento de tartamudez una vez más para que podamos analizar objetivamente la experiencia y así acabar con el miedo y misterio que rodea a la tartamudez. Tome el espejo e imite su tartamudez de manera que los dos puedan examinar sus labios y describir lo que sucede.

Otras personas han utilizado una hoja de cartulina y han cortado dos mirillas y un gran hoyo para la boca, el niño la coloca en la cara y mira a través de un espejo, su visión se centra en su boca y, de este modo, usa la retroalimentación visual.

Otra forma fácil de reforzar la fluidez de un niño es dejarlo monopolizar verbalmente la sesión, cuando tenga un buen día comunicativo. Al principio de la sesión, tratamos de evaluar la fluidez del niño, ya que su lenguaje articulado puede variar mucho de un día para otro. Hemos visto a niños que entran de mal humor a la sesión un día lunes, tartamudeando con frecuencia y, luego, el martes regresan felices y sin tartamudez perceptible, usamos estos cambios de humor a nuestro favor. A menudo, un niño viene feliz y hablando fluidamente, todo está bien en su mundo; durante estos momentos, le animamos a que hable lo más que pueda y lo dejamos que sature su fluidez. La fluidez parece provocar más fluidez, por lo general, el niño no necesita mucho estímulo, simplemente quiere hablar. Cualquiera que sea el caso, es nuestro trabajo aprovechar estos días para hacernos a un lado y dejarlo seguir.

Sin embargo, si un niño presenta mucha dificultad en un cierto día, usamos más actividades no verbales. Tal vez podamos pasar el tiempo en el piso, jugando con los juguetes, mientras mantenemos la sesión simple y relajada. Podríamos inventar un juego que él disfrute, en el cual no se necesite lenguaje complicado. Por veinte minutos, podemos darle alegría a su vida. Es posible que este corto oasis sea suficiente para cambiar su día, todos tenemos días malos y es bueno cuando alguien nos muestra más amabilidad o consideración durante dichos momentos. Aunque mantenemos la mayoría de nuestras sesiones no estructuradas, a menudo intentamos dedicar al menos cinco minutos en ejercicios que produzcan fluidez. Incluso en estos días malos, queremos que experimente un poco de lenguaje fluido, que pueda ayudarlo cuando tiene dificultad.

Por supuesto, la mayor parte del tiempo estará en terreno medio, ni muy fluente ni disfluente. Ocasionalmente, hemos visto a niños que pueden cambiar de forma radical durante una sesión y darse cuenta de que están tartamudeando aún más o que han dejado de tartamudear completamente. Si estos cambios ocurren en media sesión, nos adaptamos a la situación comunicativa. Desafortunadamente, muchos de nosotros ignoramos o no reconocemos estas señales de cambio y continuamos con nuestros planes originales de terapia. Al estar alertas a la condición del niño cuando entra a nuestra sala, podremos de mejor manera satisfacer sus necesidades actuales.

La prosodia y el ritmo a menudo no se desarrollan adecuadamente en estos niños disfluente, por este motivo, podríamos dejarlos marcar con golpecitos sobre la mesa el ritmo de las sílabas, mientras inventan frases. Una vez que comprenden la idea, se vuelven fluentes y su entonación mejora. Al principio, podría parecer mecánico pero pronto aprenden a marcar el ritmo correcto. Sin embargo, con algunos, usted necesitará hablar y

marcar el ritmo al unísono hasta que tengan una idea. Algunas personas nos acusan de enseñar “trucos” y métodos trillados de los viejos “institutos de tartamudez”.

No obstante, no les enseñamos trucos o malos hábitos, marcar el ritmo de las sílabas puede durar solamente cinco minutos durante una sesión. No enseñamos el repiqueteo como un método para mantener la fluidez, sino para ayudar al niño a sentir la entonación y ritmo del habla. En el caso improbable de que el niño empezara a repiquetear todas sus palabras, rápidamente podríamos eliminar de forma gradual la actividad, al dejarlo variar el repiqueteo y luego dejarlo imaginar que lo está haciendo. El repiqueteo es agobiante y ningún niño quiere más trabajo al hablar.

Mientras nos volvemos familiares con nuestro cliente, aprendemos los tipos de actividades de habla que puede llevar a cabo con fluidez. El tipo de habla descriptiva, con frecuencia, cederá el paso a la buena fluidez. Los niños encuentran fácil hablar acerca de una foto o de un álbum familiar y contarnos una historia de las imágenes. Tener imágenes que ver ayuda al niño en la formulación del lenguaje; por ejemplo, podemos darle al niño un punto cada vez que diga una frase con fluidez, y nosotros obtenemos un punto cada vez que tartamudee una palabra, siempre, su puntaje total será mayor que el nuestro. Cuando comience a tener el 90% de fluidez en esta actividad, entonces podemos programar algunos interruptores de fluidez ligera para des-sensibilizarlos. Darle la espalda al niño con frecuencia provocará tartamudez ligera, pero primero le decimos que estamos tratando de hacer más difícil su habla. Mientras se acostumbra a este reto, podemos levantarnos y mirar por la ventana cuando él diga sus frases. Una vez más, le decimos que estamos tratando de engañarlo para que sea más difícil para él y así poder ganar más puntos o también podemos hablar al mismo tiempo que él lo está haciendo o tratar de interrumpirlo. Podemos usar un

radio transistor y le decimos que se invente frases mientras lo prendemos o mientras decimos una frase al unísono, podemos usar la pseudo-tartamudez con alguna de las palabras, y pedirle que resista y que no permita que provoquemos que tartamudee.

También usamos el juego de roles de forma efectiva en la des-sensibilización a la disrupción de la fluidez. En el otoño, durante nuestro examen de diagnóstico, usamos la técnica para evaluar su problema pero ahora tratamos de condicionarlo para que permanezca fluente mientras juega estos roles. Podemos jugar a que somos una mesera impaciente o un policía o director brusco, y es su trabajo resistirlo y seguir hablando con fluidez. Al principio, le daremos facilidad de prosperar, después aplicaremos más presión, siempre tratamos de programar la suficiente presión de modo que tenga más éxito que fracaso. Mientras más triunfe, más debemos presionarlo, pero asegúrese de que al final siempre gane.

Muchas veces salimos de la sala de terapia para realizar estas actividades de des-sensibilización. Hablar mientras caminamos es a veces más difícil para algunos niños. En un gimnasio vacío podemos pararnos en lados opuestos mientras él inventa frases (a veces es más difícil para la persona que tartamudea hablar cuando el oyente está lejos). Podemos explorar lo que sucede cuando sube al escenario, tal vez el niño puede suponer que está dando un breve informe a una audiencia imaginaria, o salimos al patio donde podemos gritarnos. Mediante todas estas actividades, le estamos otorgando puntos o cierto reconocimiento por permanecer hablando con fluidez mientras perdía puntos por tartamudear, pero todo se lo hace en el espíritu del juego o reto, y **nunca continuamos una actividad que produzca más fracaso que éxito**. Si no logra mantener la fluidez en una actividad, tratamos de reducir el estrés durante la misma de modo que pueda tener éxito o

cambiar a otra actividad. Mantenemos el encuentro divertido y gratificante aunque en ocasiones le hagamos saborear el fracaso, para que sepa que no lo estamos consintiendo. Queremos que sienta que está bajo prueba y expuesto a cierta amenaza de fracaso, caso contrario las actividades no tienen mucho valor.

Tenemos que encontrar maneras de demostrar al niño cuán fluente es la mayor parte del tiempo; la gran mayoría de estos niños piensa solamente en su tartamudez. Las únicas palabras que recuerdan son aquellas en las que tartamudean. Es necesario que centren su atención en sus muchos momentos de fluidez; debemos aumentar la cantidad de fluidez del niño y al mismo tiempo ayudarlo a crear tolerancia y defensa ante aquellos interruptores de fluidez que lo enfrentan cada día. Si podemos diseñar nuestra terapia para obtener estos objetivos, no tendremos que preocuparnos mucho de las esporádicas disfluencias ligeras del niño.

Con estos niños que tienen tartamudez ligera suele ocurrir que enseñarles a hablar con fluidez consume gran cantidad del tiempo de nuestra terapia. No hay mucha necesidad de que nuestro trabajo se concentre solo en la tartamudez, cuando, en realidad, el niño ha casi logrado superar este problema. No obstante, no descuidamos completamente la tartamudez; cada niño necesita información básica sobre este tema y se la damos, aunque dedicamos la mayor parte de nuestro tiempo incrementando y fortaleciendo su fluidez. El niño tiene que saber que no está solo en su tartamudez y que nosotros la entendemos y no nos causa miedo. El niño debe comprender qué es la tartamudez y por qué le está sucediendo a él, dicha comprensión ayudará a despejar cualquier misterio que suele asociarse con su tartamudez. Si la tartamudez le ha causado daño emocional, necesitará toda nuestra comprensión y empatía. Por este motivo, no creemos que sea aconsejable

trabajar completamente o exclusivamente con la tartamudez o la fluidez; debemos dedicar el tiempo adecuado a cada una.

Conclusión

Estos son los tipos de actividades que podemos realizar con el niño cuya tartamudez podríamos llamar incipiente. El tiempo de la terapia se usa principalmente para conocernos e informarnos sobre su posible tartamudez. Debemos asegurarnos de que no esté ocultando su tartamudez real, lo ayudamos a hablar con más fluidez, le damos modelos. Nuestras sesiones son informales, indirectas, y sin amenazas. Le damos la oportunidad de tener una comunicación libre y agradable. Una vez que tenemos certeza razonable de que el niño solamente está pasando por un periodo de disfluencia, podemos darle el alta.

Algunas personas tal vez nos critiquen por ser ya sea demasiado cautelosos o tener demasiado celo profesional. Muchos de estos niños pudieron haber recuperado la fluidez sin nuestra intervención, sin embargo, creemos que hemos hecho buen uso de nuestro tiempo. En primer lugar, le hemos demostrado a aquella profesora que nos envió al niño a nuestra consulta que apreciamos su preocupación y lo estamos atendiendo. En segundo lugar, hemos tenido la oportunidad de tratar los miedos y preguntas que los padres pudieran tener. En tercer lugar, nos hemos familiarizado con el niño de modo que si en algún momento tiene tartamudez real, podemos intervenir en la situación con mejores bases. En cuarto lugar, si el niño tartamudea de verdad y puede esconder su tartamudez, podremos diagnosticarlo durante este periodo de observación e incluirlo en nuestro horario regular de terapia. Por otro lado, si su tartamudez no se trató durante un año o dos, es posible que tengamos un problema más grave en nuestras manos en el futuro. Finalmente, tanto la

terapeuta como el niño se benefician del tiempo que pasaron juntos. Si las sesiones comunicativas son interesantes, informales y relajadas, cualquier niño se beneficiará de esta atención y estimulación adicionales. Este tipo de terapia puede usarse con cualquier niño en la clase y todos ellos se comunicarán de mejor manera.

La terapeuta también ganará mucho en estas sesiones, conocerá cómo comienza la tartamudez en todas sus variaciones y se familiarizará con toda la gama de disfluencias normales. Esto la ayudará a superar el miedo de trabajar con personas que tartamudean, ya que estos niños tienen tartamudez ligera y no se sentirá amenazada. Ellos no han sufrido o no se han visto perjudicados por las reacciones de otros como sucede con la persona que tiene tartamudez avanzada; son espíritus libres y es un verdadero placer trabajar con ellos.

EL NIÑO CON TARTAMUDEZ LIGERA

Descripción del niño con tartamudez ligera

A diferencia del niño con tartamudez incipiente

Ahora sigamos en el continuo del niño que muestra signos de tartamudez más avanzada. Podría mostrar forcejeo o tensión al hablar, podría usar la vocal central en sus repeticiones o estas pueden ser desiguales, forzadas o acompañadas de un aumento en el tono de voz. Mientras intenta decir ciertas palabras, el flujo de aire puede bloquearse en ocasiones, incluso podría mostrar signos secundarios peligrosos, tales como la timidez o nervios al hablar. Cualquiera de estos signos peligrosos o una combinación de los mismos tiende a indicar que este niño en particular, puede estar empezando a tartamudear de forma más severa.

Este panorama es un tanto diferente de aquellos que hemos discutido con anterioridad. Aunque su tartamudez es bastante ligera, estos niños definitivamente tartamudean. Desafortunadamente, las terapeutas de escuelas los ignoran a menudo; aunque reconocen que el niño tartamudea, ya que el trastorno es ligero, tienen miedo de que cualquier terapia pueda hacer que empeore. Además, siempre tienen la esperanza de que lo supere por sí solo. Su número de citas ya está lleno y, a menudo, es muy difícil encontrar un espacio para dicho niño.

Siempre hay pretextos, buenas excusas, pero, si realmente somos honestos con nosotros mismos, debemos admitir que nuestro miedo a que empeore y nuestros sentimientos de incompetencia son el principal motivo para decirles a sus padres y profesores que es posible que mejore con el tiempo. Por lo general, el niño con tartamudez

ligera se puede beneficiar de nuestra ayuda y la debería obtener. Si nos acordamos de las sesiones ocasionales y relajadas descritas en relación al niño con tartamudez incipiente, entonces, no hay ningún motivo para esperar que este niño empeore si se utiliza un enfoque similar.

Debemos darnos cuenta de que la tartamudez es un trastorno progresivo, y que cualquier niño puede empeorar a pesar de nuestros esfuerzos; sin embargo, no debería implicar que fue nuestra culpa. Hay muchos factores en la escuela, en la casa o el patio de juego de los cuales tenemos muy poco control y que pueden empeorar la tartamudez. Aunque es posible que algunos de estos niños puedan desarrollar una fluidez normal sin nuestra ayuda, también es posible (incluso probable) que estén en peligro de llegar a ser niños con tartamudez severa confirmada. Todo lo que podemos decir es que cuando un niño está en peligro, la terapeuta debería intervenir y no lavarse las manos de la responsabilidad.

La gran mayoría de las actividades terapéuticas que utilizamos con los niños que tienen tartamudez incipiente, también se pueden usar con los niños que tienen tartamudez ligera. No utilizamos súbitamente una nueva serie de técnicas simplemente porque tenemos en nuestras manos a un niño con tartamudez más avanzada, lo que cambia es lo directo del enfoque. Una vez más, debemos mantener las sesiones cálidas y amigables, lo que tenemos que hacer es proporcionar un ambiente de comunicación permisivo en el cual el niño se sienta libre de hablar a pesar de que pueda presentarse la tartamudez.

El perfil del tratamiento:

Una confrontación gradual pero directa

El objetivo principal del tratamiento es prevenir que el niño reaccione de una forma evasiva o estresante a la experiencia de la tartamudez. La terapeuta debe entender cuan traumático puede ser encontrarse a uno mismo repitiendo interminablemente o prolongando un sonido que ya se ha producido, o experimentar un trauma mayor al no poder mover su boca o lengua y ser incapaz de producir la voz. Estas son experiencias espantosas para un niño pequeño, y tenemos que acabar con el misterio y miedo tan pronto como sea posible antes de que comience a reaccionar a ellos con dificultad o evasión. El mayor obstáculo de la tartamudez surge de las reacciones del niño ante estas experiencias. Si podemos hacerla tolerable, mejorará por sí solo.

Sin embargo, algunos niños muestran dichos síntomas peligrosos pero aparentemente no reaccionan ante ellos. No deje que la falta de reacción externa la lleve a pensar que no hay peligro. Hemos escuchado a muchas terapeutas decir: “bueno, él tiene una clara tartamudez ligera pero no parece reaccionar ante ella, además es un niño muy feliz”. El “niño feliz” quien no parece reaccionar a su tartamudez probablemente cae en una de las dos categorías, o ha aprendido a esconder sus sentimientos o está tratando de ignorar su tartamudez.

Ambos problemas requieren ayuda, los niños que ocultan sus emociones tienen una clara necesidad de hablar con alguien que los entienda. Por otro lado, las necesidades del “niño feliz” no son tan obvias, pero debemos reconocer que este niño está recorriendo un camino angosto. La sociedad es cruel con los que se apartan de la norma, tarde o temprano

sentirá el dolor de ser diferente. Qué bueno sería si una terapeuta cariñosa y amable lo ayudara a enfrentar su tartamudez antes de que otras personas lo fueren de forma traumática a reconocerla. ¿Debemos dejarlo indefenso? Si un niño aprende sobre la tartamudez de una forma positiva, no será tan vulnerable, no tendrá que resistirse o evitar o construir reacciones emocionales negativas que podrían empeorar su tartamudez.

Una vez más, no debemos apresurarnos a enfrentar al niño con dichas difluencias. Nuestro progreso en la terapia es relajado, pero tenemos que estar listos para aprovechar cualquier oportunidad que el niño pueda darnos para discutir el problema de forma calmada. Por este motivo, un plan de terapia detallado para cada sesión es muchas veces contraproducente, aunque esto no significa que no tengamos idea de lo que planeamos lograr. Sin embargo, el plan debería ser general, lo que nos permitirá en cualquier momento hacer ajustes. A menudo, podría haber algo que no hemos planeado introducir por varias sesiones, pero si la oportunidad se presenta, debemos aprovecharla. **El niño debe estar listo** para nuestras ideas y conceptos nuevos si va a beneficiarse de ellos. La clave no es solamente estar listo para cuando se presente una oportunidad de gran experiencia, sino también, guiar las sesiones de manera que más oportunidades como estas se presenten.

La primera confrontación

Una buena forma de iniciar la confrontación de la tartamudez del niño es usar como ejemplo nuestra pseudo-tartamudez, después hablar de ella y luego podemos discutir su tartamudez; este es un enfoque mucho más fácil para un niño. Se siente menos consciente y entiende mejor cuando se lo hace de esta manera. Si exigimos inmediatamente que enfrente

su tartamudez, hay una gran posibilidad de que se sienta muy avergonzado, resentido o confundido como para seguir nuestras sugerencias.

TL: “Dame el ro-ro-rojo... uy. Me atasque en esa palabra. Déjame intentarlo de nuevo... carro ro-ro-rojo. Exacto, así estuvo mejor.

Tal vez esto sea todo lo que debemos hacer en un cierto momento con un niño tímido o con uno cuya fortaleza sea dudosa. De hecho, tal vez lo hagamos varias veces en un periodo de dos o tres sesiones, antes de intentar algo más avanzado. Pero, en muchos de los niños, se puede ver la reacción de interés en su rostro. A decir verdad, algunos han dicho voluntariamente, “oye, tartamudeaste esa.” O pueden decir, “a veces yo también tartamudeo esas palabras”. Los niños que responden de esta manera nos están dando una oportunidad para hacer avances durante la sesión. Y, así, exploraremos más adelante la tartamudez del niño y sus sentimientos. Finalmente, haremos la misma exploración con los niños tímidos y retraídos. La única diferencia es que retrasaremos el paso de la confrontación con el niño tímido. Lo que se pudiera abarcar con una o dos sesiones con un niño, podría tomar varias semanas con otro. Aquí, por supuesto, es donde intervienen sus habilidades como terapeuta. Las terapeutas más experimentadas parecen saber cuándo avanzar y cuando detenerse. Pero si usted siente que, tal vez, tendrá dificultades con esto, no se alarme ni utilice su inseguridad como excusa para no trabajar con el niño.

En realidad, cuando se está avanzando muy rápido es fácil juzgar. El niño puede desviar la mirada, volverse inquieto, pretender ignorarle o intentar cambiar el tema. A través de muchos signos y señales, el niño le mostrará que usted está avanzando muy rápido o que es muy directa. En realidad, no deberíamos preocuparnos mucho por cometer errores

cuando reducimos el ritmo de nuestra terapia. Todos nosotros los cometemos, y muchos niños nos dicen rápidamente cuándo los cometemos, de modo que, podemos ir lentamente hasta que él esté listo para avanzar. Por esto, es muy importante no estar atados a un horario estricto de terapia, debemos ser capaces de avanzar rápido o lento en cualquier momento.

Volvamos a nuestra sesión de terapia:

TL: “Como que repetí esa palabra, ¿no es así”? Es como hacer re-re-rebotar una pelota.

(La terapeuta se imagina una pelota rebotando mientras repite)

TL: ¿Alguna vez repites palabras así?

N: “Sí, a veces.”

TL: “Algunos niños que vienen a verme se atascan en palabras como esta.”

(La terapeuta demuestra un bloqueo del flujo de aire en una palabra)

TL: ¿Alguna vez te ha pasado?”

C: “A veces”

TL: “O a veces pueden mantener un sonido por largo tiempo a--sí. ¿Alguna vez haces esos sonidos?”

C: “A veces”

Con muchos niños, esto es todo lo que debemos hacer en una sesión. Sin embargo, algunos de ellos parecen tolerar más confrontación; y si es así, podríamos continuar con un sondeo general de las respuestas emocionales sobre su tartamudez.

TL: ¿“Te enoja cuando re-re-repites palabras como esa”?

N: “No, pero algunas veces intento hablar despacio y eso hace que las palabras salgan mejor.”

TL: “Bien, ¿quién te dijo que hablar despacio podría ayudar?”

N: “Eh, mi papá me lo dijo”

TL: ¿“Qué otras cosas te han dicho tu mamá y papá para ayudarte con algunas de esas palabras?”

N: “Eh, solo que hable despacio e intente no cometer tantos errores.”

TL: “El problema es que, a veces, es difícil hablar despacio, ¿no es cierto?” e incluso, cuando hablas más despacio puedes tener problemas con una palabra. ¿Qué me puedes contar sobre los niños de tu clase? ¿Intentan burlarse de ti cuando te atrancas o atascas?

N: “No...bueno, a veces Ji-Ji-Jimmy Jones lo hace, pero mi profesora le dice que se calle porque no es bueno reírse de otros niños. A veces, mi heeeeermana también me molesta y mi mamá le dice que no lo haga, a veces la golpeo justo en el estómago.”

TL: “Así que eres bastante rudo ¿no es así”?

N: “Sí, y también golpeé a ese Jimmy Jones esta mañana.

TL: “Así que golpeaste al viejo Jimmy. ¿Es ese el niño que te molesta a veces?”

N: “Sí, no le tengo miedo”

Probablemente, no deberíamos intentar cambiar inmediatamente el tema a la tartamudez, podemos continuar con la evaluación de su tartamudez en nuestra próxima sesión. Si el curso de la conversación nos lleva a sentir que él realmente quiere hablar más acerca de su tartamudez, por supuesto que lo ayudaremos a que lo haga, pero solemos dejarlo hablar libremente, necesita alguien permisivo y confiable con quien conversar.

Una de las preguntas que debemos responder, tiene que ver con la reacción del niño ante su tartamudez. A pesar de que no podemos aceptar su respuesta como pura verdad, se puede al menos comenzar a responder la pregunta. En el ejemplo recién citado, el niño negó enfardarse cuando tartamudeaba aunque el resto de lo que dijo mostró un sentimiento de hostilidad dirigido a otro lado. La terapeuta no interpretará esto al niño, pero sin lugar a dudas, notará el contexto, y se dará cuenta de que está comenzando a reaccionar hacia las personas que lo molestan, mediante la agresión.

Hemos descubierto que, a pesar de que muchos niños con tartamudez ligera muestran poca hostilidad con respecto a su tartamudez, no es inusual que un pequeño nos diga que, de hecho, su tartamudez lo hace enojar. Con estos niños, trataremos de mostrar empatía hacia sus sentimientos y darles la oportunidad de ventilar esta hostilidad con varias sesiones de terapia. Con uno de nuestros clientes, el expresar verbalmente este odio hacia la tartamudez fue el factor más importante en su recuperación.

En nuestro ejemplo, la terapeuta también reunió información importante sobre las reacciones de los padres hacia la tartamudez del niño. Esta información, por supuesto, no

sería usada para condenar a los padres, sino para ayudarnos a entender al cliente. Mientras hablamos con el niño, debemos ser cuidadosos de no criticar las sugerencias de sus padres, sin importar cuán poco adecuadas estas sean. A ningún niño se le debería obligar a elegir entre sus padres y la terapeuta, más bien, es nuestro deber lograr que todos trabajen juntos como un equipo. En el ejemplo, la terapeuta no criticó a los padres, simplemente intentó hacer ver al niño que entendió que el consejo no siempre funciona, de ese modo lo exime de cualquier sentimiento de culpa. Algunos niños, debido a que el consejo de sus padres no ha tenido éxito, sienten que se los debe culpar por no hacer un mayor esfuerzo de seguir las exigencias imposibles de sus padres como por ejemplo “siempre debes pensar antes de hablar”.

En nuestro ejemplo, notará que el niño empezó contando a la terapeuta acerca de las reacciones de sus compañeros y cómo lidiaba con ellas, este niño, en particular, parece poder sobrellevar las reacciones de sus compañeros. Aunque algunos tal vez desapruében este comportamiento, al parecer lo satisface, al menos superficialmente. Siempre debemos preocuparnos cuando un niño no ha aprendido maneras de manejar las burlas y bromas, ya que esta impotencia comienza, a menudo, un círculo vicioso con malas consecuencias. El niño comienza a esconder su tartamudez y a evadir el contacto social. Si empieza a retraerse a un mundo solitario de aislamiento y vergüenza, las semillas de la tartamudez severa crecerán rápidamente en tierras muy fértiles.

Por lo tanto, en lugar de sentir la necesidad de condenarlo por sus agresiones, estaremos aliviados de encontrar que es abierto y directo con respecto a las reacciones de otros hacia su tartamudez. Esta agresión no es del todo patológica; de hecho, es una forma perfectamente lógica y normal para un niño de seis años de manejar tal situación. Además,

ocultar el criterio moral, probablemente, ha ayudado a que la terapeuta se gane la aceptación del niño. Los adultos siempre han impuesto el criterio moral en sus hijos, qué agradable sería conocer a un adulto que sea diferente, alguien que sea comprensivo. Durante el recuento de su agresión, el niño, a menudo, lo examinará detenidamente ya que tiene que saber que sí puede confiar en usted, no somos los únicos que hacen un diagnóstico en dichos encuentros.

Debemos darnos cuenta de que la mayor parte del tiempo, el niño estará fantaseando en esta libre y desinhibida conversación y lo que nos diga tal vez no sea la verdad. Tal vez tenga miedo de Jimmy Jones, y ese golpe del que nos habló sea solo mítico, no importa, cualquier cosa que nos cuente nos ayuda a conocerlo y a entender mejor su tartamudez, y él tiene que aliviar esa tensión. En dicho monólogo, simplemente mostramos empatía con sus sentimientos, aceptándolos. Al mismo tiempo, este eco o reflejo nos puede dar otra oportunidad de moldear una mejor manera de tartamudear. Además, le deja saber que le estamos prestando atención y estamos interesados en su mensaje.

Tarde o temprano, vendrá la oportunidad de confrontarlo con algo de su propia tartamudez.

N: “Me-me-me gusta más este carro rojo”.

TL: **“Oye, creo que te escuche repetir esa palabra. ¿Recuerdas cuál era?”**

N: “No”

TL: **“Bueno, pensé que dijiste, me-me-me gusta el carro rojo”**

N: “Sí, lo hice. Lo hago muchas veces”.

Tal vez hasta aquí podamos proseguir, si él tiene otro momento de tartamudez, entonces podemos pedirle de nuevo que nos diga la palabra que le dio problemas. Por supuesto, no haremos esto con cada palabra que tartamudee. Además, nunca regañamos. **No tiene sentido enseñarle a estar atento de cada pequeño momento de tartamudez**, pero, sí le preguntamos después de unos tartamudeos obvios. Estamos hablando de repeticiones de al menos tres tiempos, una prolongación o un bloqueo del flujo de aire, con indicios de que él sabe que no está avanzando. Se dará cuenta de que después de tan solo algunos intentos será capaz de decirles en qué palabra tartamudeó.

Mientras continuamos, podemos adentrarnos más en la identificación de la tartamudez.

TL: **“Y-y-yo. ¿Qué hice?”**

N: “Tartamudeaste”

TL: **¿“Recuerdas cuál era la palabra”?**

N: “Era la palabra *yo*, creo”

TL: **“Sí, estás en lo correcto, pero cuéntame más. ¿Cómo sonó?”**

N: “Bueno, como que la repetiste, como lo hablamos antes”

TL: **“Así es, lo hice. ¿Puedes hacerlo como yo? ¿Puedes hacer que suene como yo la dije?”**

N: “Creo que era más o menos como, y-y-yo. ¿No es cierto?”

TL: **“Así es, dije, y-y-yo. Muy bien. Eres un buen oyente y observador.”**

A este punto, vemos su sonrisa en todo el rostro. Es tan divertido poder corregir a un adulto.

Este intercambio puede parecer insignificante para muchos de nosotros, pero, sin embargo, se ha aprendido mucho. El niño pudo ver que alguien más tartamudea sin ser afectado emocionalmente, ha visto a alguien tartamudear y después hablar sobre el tema de manera informal. La tartamudez no ha sido condenada como algo malo; sino; se ha expuesto como algo interesante. Para variar, el niño ha tenido la oportunidad de corregir a alguien más, en lugar de ser él a quien siempre le corrijan.

Se han logrado grandes progresos en nuestro intento por ser objetivos en relación con la tartamudez. La hemos confrontado con una actitud objetiva, sin vergüenza, miedo y pena, que usualmente la acompañan. El niño inclusive ha podido imitar la pseudo-tartamudez. Hasta ahora, la tartamudez había sido una experiencia muy desagradable, pero aquí, en un pequeño momento, él ha sido capaz de producir la tartamudez de forma voluntaria y sin efectos secundarios dañinos.

Otro asunto que debe preocupar a las terapeutas es el continuo uso de la palabra tartamudez por parte del niño. En estos intercambios, no intentamos corregirlo porque hemos descubierto que, probablemente, muy pronto comience a usar términos más objetivos como, “efecto rebote” o “atascado”, si es que estas son las palabras que usamos. Mientras más hablemos acerca del “efecto rebote” y “quedar atascado” más comenzará el niño a usar estos términos. Como hemos dicho anteriormente, la “tartamudez” no es una palabra impronunciable para nosotros, la tratamos como a la palabra “difluencia”. Ambas

son muy generales e imprecisas para muchos niños. Nuestro objetivo debería ser el acabar con los misterios y hablar en términos más objetivos y descriptivos.

Cómo hacer que la tartamudez sea más voluntaria

Ahora que puede imitar la pseudo-tartamudez, podemos llevar a cabo un pequeño juego a partir de esta actividad.

TL: “Ahora veamos cuán buen observador y oyente eres. Voy a hablar un poco y a pretender atrancarme en algunas palabras, cuando escuches que me estoy atascando, tu deber será hacer sonar el timbre y detenerme. Entonces debes mostrarme como sonaba. Por ejemplo, para ganar un punto debes hacer sonar el timbre y decir, ‘como que repetiste esa a-a-así.’ Pero, si no me detienes, yo gano un punto. Aquí está un carro rojo y tiene cuatro ru-ru-ruedas y tiene... Eh, no me atrapaste esta vez, dije ru-ru-ruedas. Así que obtengo un punto, ahí vamos otra vez. Este elefante tiene una gra-gra-gra...”

(El niño hace sonar el timbre)

N: “Te atrape en gran”

TL: “Así es, lo hiciste. Pero ahora debes decirme cómo sonó.”

N: “Sonó más o menos como, gra-gra-gran trompa.”

TL: “Es cierto, así que tendrás un punto por detenerme en esa palabra y por haberme dicho como sonó.”

Cuando sea capaz de “identificar” e imitar nuestra repetición, entonces podemos avanzar a otros tipos de tartamudez. Un motivo por el cual lo hacemos es para darle una oportunidad de tartamudear de diferentes maneras que le ayudan a aprender que la tartamudez no puede ser completamente involuntaria. Muchas personas que tartamudean, sienten que algo les sucede que los hace tartamudear y no lo pueden controlar. Debemos acabar con este sentimiento de impotencia.

Además, imitar diferentes formas de tartamudez puede ayudarlos a superar el miedo a cómo se oye en realidad la tartamudez; pero, el beneficio principal es que el niño aprende a ejercer medidas de control sobre su comportamiento, y que realmente no está indefenso. Por primera vez, siente que está controlando su tartamudez, en lugar de que esta lo controle. Es más, ya que debe controlar conscientemente su boca para imitar los diferentes tipos de tartamudez, podrá tolerar su propia tartamudez cuando lleguemos a esa fase de la terapia.

A menudo, con algunos niños, inmediatamente podemos dejarlos imitar la pseudo-tartamudez en el juego “atrápame”, descrito anteriormente. Podemos tomar turnos y ahora nosotros haremos sonar el timbre y lo imitaremos cuando tartamudee. Sorprendentemente, tal vez, muchos niños disfruten esta actividad, y por supuesto, los ayudará a reducir el temor, vergüenza y pena que pudieron haber empezado a sentir. Lo que buscamos, es simplemente lograr un primer impacto, cambiar algunas de sus ideas y sentimientos hacia la tartamudez.

Cómo explorar la naturaleza emocional del niño

Hagamos una pausa, para señalar que muchos otros hechos suceden durante la sesión de terapia, aparte de los ya mencionados. Aún estamos dedicando buena parte de

nuestro tiempo en juegos y conversaciones, también, continuamos investigando sus preocupaciones. Todo niño tiene estrés por varias causas, además de la tartamudez; y es muy difícil tratar con éxito la tartamudez de un niño, si enfrenta serios problemas en otros aspectos de su vida, así que averigüemos cuáles son. Aunque no somos psiquiatras, a menudo, hay mucho que podemos hacer para aliviar un poco el sufrimiento del niño. Con frecuencia, si pudiéramos solamente identificar y hablar sobre otros problemas que los niños tienen, estaríamos ayudándolos a resolverlos. Quizá podríamos ayudar haciendo que uno de los padres o profesores haga algunos ajustes después de conocer lo que le está molestando. Hemos atestiguado una sorprendente disminución en la tartamudez a través de dicha intervención.

No obstante, nuestra preocupación principal es aprender más sobre el aspecto emocional de la tartamudez del niño. ¿Cuáles son sus verdaderos sentimientos sobre la tartamudez? ¿Cuáles son las reacciones de otros ante la tartamudez? Desde luego, no nos sentaríamos con el niño para lanzarle preguntas, la investigación puede ser muy **indirecta**, pero en cada sesión intentamos encontrar algo nuevo sobre los sentimientos hacia su problema. Podemos combinar nuestros comentarios de forma natural en el curso del juego o conversación, expresándolos de una manera relajada e informal de modo que el niño difícilmente estará consciente de que se le está cuestionando. Además, cuando hacemos esto, lo vigilamos atentamente para descubrir cualquier señal de incomodidad. ¿Está tratando de cambiar el tema o ignorándonos? ¿Está mostrando señales de inquietud? Tal vez su lenguaje corporal nos diga que el tema es todavía muy doloroso de tratar. Siempre que reconocemos cualquiera de estas señales, usualmente retrocedemos y reanudamos el

juego. Nunca lo obligamos a conversar sobre temas desagradables. Habrá otro día que el niño nos tenga más confianza y pueda decirnos lo que realmente le sucede.

Aquí presentamos un ejemplo de cómo podríamos proceder con un niño para conocer las reacciones de su familia hacia su tartamudez. (De nuevo, esto tal vez no ocurra durante una sesión sino a lo largo de varias sesiones.)

TL: **“¿Qué tal un poco de maní? Tengo un poco de hambre.”** (Una pausa larga y silenciosa mientras comemos maní.) **Ayer un niño me contó que a veces cuando se atascaba en una palabra su madre lo hacía detenerse y volver a intentarlo. ¿Qué dice tu mamá cuando tienes problemas en una palabra?**

N: “Ah, solamente me dice que hable más lento”

TL: **“¿Y qué me cuentas sobre tu papá, alguna vez dice algo?”**

N: “A veces, me hace repetir la palabra una y otra vez hasta que y-y-yo la diga correctamente”

TL: **“¿Se molesta tal vez cuando te atascas?”**

N: “Una vez lo escuche decir una mala palabra cuando me atasque. Los dos estábamos en el garaje y mamá no estaba ahí. Ella se habría enojado con él si lo hubiese escuchado, a ella no le gusta que diga malas palabras.”

TL: **“Sabes, el problema es que los padres son mayores y olvidan cuán difícil es para algunos niños aprender a hablar. A veces se olvidan que estamos haciendo lo mejor que podemos para hablar bien.”**

En sesiones posteriores, podríamos preguntar de nuevo sobre la reacción de sus padres hacia la tartamudez y entonces, tal vez, tenga mucho más que contarnos. Además, podríamos evaluar las reacciones de sus hermanos, profesores, compañeros y los niños de su vecindario hacia su tartamudez. Con frecuencia, un niño experimenta un gran alivio cuando comparte estas experiencias con una terapeuta que muestre interés.

Debemos subrayar, una vez más, que la información que obtengamos del niño no es necesariamente la correcta. Muchos pequeños se inventarán y nos darán historias completamente falsas acerca de lo que les pasa en casa, en la escuela o en el patio de juegos. Sería una locura enfrentar a los padres o profesores con lo que el niño haya dicho como si fueran verdades absolutas, hasta que verifiquemos cuidadosamente e incluso, ni aun así. No obstante, es importante que la terapeuta se dé cuenta de las historias disparatadas e inciertas que escucha, y aún si son completamente falsas, son reflejos de confusión interna del niño, y por lo tanto, pueden ser de gran importancia.

El siguiente ejemplo nos ilustra por qué debemos tener cuidado de no condenar a los padres inclusive en nuestras propias mentes. Una compañera terapeuta relató esta historia:

Al parecer uno de los niños le contó haber sido, “cacheteado en la boca por mi papá cada vez que tartamudeo.” La terapeuta de manera comprensible estaba conmovida al saber que tal comportamiento todavía existía. Ella sabía que algo debía hacerse o el niño podría empeorar.

Cuando llamó a la casa y contándole de forma tan diplomática como fuese posible acerca de los efectos secundarios de tal castigo, la madre se indignó. “Mi esposo nunca ha hecho o haría tal cosa. ¿Cómo puede acusarlo de algo tan terrible?”

Después de una rápida charla, por su parte, la terapeuta pudo calmar a la madre lo suficiente para descubrir la causa de la mentira del niño. Al parecer el padre tenía el hábito de apartar la mirada cada vez que el niño tartamudeaba. El niño comprensiblemente tomó esto como una señal de rechazo y distorsionó la realidad.

Debemos ser cuidadosos en nuestro juicio o condena. Una de las maneras de ser objetivos es mostrar interés en el lado positivo de la percepción del niño. ¿Cómo muestra la gente su amor y aceptación hacia él? ¿Qué cosas buenas le pasaron ayer? Y así sucesivamente. Sus respuestas a esta línea de la investigación pueden mostrar que tiene personas cariñosas que, de hecho, se preocupan por él. Es entonces, cuando podremos ayudarlo a entender sus sentimientos negativos y, por consiguiente, eliminar algunas de las tergiversaciones de la realidad. Desafortunadamente, no todos los niños alteran la verdad. Algunos padres son, de hecho, culpables de esta maldad y crueldad. A unos pocos niños, sus padres, bien intencionados pero mal informados, aún los golpean y azotan debido a su tartamudez. Una terapeuta competente puede ayudarlos mucho a entender que tal comportamiento no es aconsejable.

Cómo evaluar el forcejeo y la tensión

Una vez que el niño aprenda a imitar su pseudo-tartamudez, podemos avanzar y enseñarle a ubicar e identificar, de forma más precisa, algunas de las cosas que hace cuando tartamudea. Por ejemplo, puede ocurrir que reconozca diferentes lugares en su boca, donde bloquea el flujo de aire. Cuando un niño comienza a tener estos bloqueos del flujo de aire, normalmente comenzará a mostrar verdadera preocupación, puede ser una experiencia devastadora para un niño tan joven. Comienza a tener ese sentimiento de impotencia de

estar atascado, que está paralizado y no puede moverse, por un momento el tiempo se detiene. Estos bloqueos son atemorizantes, y tenemos que ayudar al niño a entender lo que está pasando. Debemos des-sensibilizarlo de estos traumas y ayudarlo a abrir sus “puertas del lenguaje articulado” en lugar de cerrarlas con fuerza.

Podríamos comenzar el tema así:

TL: “Ahora voy a pretender atascarme en algunas palabras y será tu tarea decirme en qué lugar de la boca me atasco. Bueno, aquí va la primera. El elefante tiene una larga...”

(La terapeuta bloquea el flujo de aire en el sonido de la t) **trompa. “¿Ahora dime dónde me atasque?”**

N: “Te atascaste en la palabra *trompa*”

TL: “Así es, ¿pero puedes decirme en qué lugar de la boca me atasque?”

(El niño encoje los hombros.) **¿Apreté los labios fuertemente como en la palabra....**

(La terapeuta bloquea el sonido en la p) **papel?”**

N: “No, no fue así.”

TL: “¿Me quede atascada en la garganta como en...

(La terapeuta bloquea el sonido en la c) **caramelo?”**

N: “No, así tampoco”

TL: **“Se atascó la lengua detrás de los dientes como en...**

(La terapeuta bloquea el sonido en la t) **tabla?”**

N: “Sí, así es cómo sonó”

TL: “Así es, en la palabra tabla, al igual que en la palabra tronco la lengua se atascó detrás de los dientes”

En este punto, a menudo puede hacer que el niño experimente bloqueando su boca. Si el niño es un tanto tímido y todavía está a la defensiva, por supuesto, esperaremos a un mejor momento.

TL: **“Aquí va otra. Tengo un..**

(La terapeuta bloquea el sonido en la p) **pato amarillo.**

N: “Fue en pato y apretaste los labios.”

TL: **“Así es. ¿Ahora por qué no intentas hacer como yo lo hice en la palabra pato?”**

N: “(El niño bloquea el sonido en la p)” “pato”

TL: **“Exacto. ¿Sentiste que los labios se apretaron? Es como tratar de beber de una botella con la tapa todavía puesta, no sale nada. Así que desenrosca la tapa y deja que la palabra salga. Hazlo de nuevo con la palabra pato y esta vez siente los labios realmente atascarse y luego relájalos.”**

(El niño lo hace y practica haciéndolo con muchas otras palabras que comiencen con diferentes sonidos) **“Oye, es una tarea difícil. Descansemos un minuto. Me**

asusta un poco cuando me atasco y la palabra no sale, aún cuando fingimos. Pero debemos saber cómo se siente, así algunas de nuestras palabras sonarán mejor. No es nada divertido atascarse y no poder decir ni una palabra.”

Debemos recalcar que no hemos intentado hacer que identifique sus propias palabras y sonidos que lo atemorizan. Muchos niños con tartamudez ligera están rara vez atentos a cualquier palabra o sonido que los atemorice, y ciertamente, ninguna terapeuta quiere que comiencen a pensar en ello. ¿Pero no estamos haciendo que se preocupe más de su tartamudez señalando las diferentes áreas de su boca en donde se puede estar bloqueando el flujo de aire? La respuesta es, no; saber dónde se bloquea la boca no provoca miedos anticipados. Sin embargo, reduce el misterio y miedo de la tartamudez cuando ocurre. Es importante que el niño sepa qué sucede y cómo se siente cuando tiene estos bloqueos y reconozca que hay algo que puede hacer.

Ahora que el niño ha aprendido a reconocer el lugar de tensión dentro de su boca, podemos avanzar y hacer que sienta la diferencia entre la tensión apropiada e inapropiada:

TL: “Obsérvame decir esta palabra, pato.”

(La terapeuta bloquea el flujo de aire en el sonido de la p) **¿Qué paso esta vez?**

N: “Apretaste los labios”

TL: “Así es, y los apreté más. ¿Puedes mostrarme como poner los labios juntos de manera correcta de tal forma que la palabra sea fácil?”

(El niño dice la palabra pato de manera fluida)

Buen trabajo. Ahora déjame intentarlo...pato. Ahí, junte los labios de forma más relajada y la palabra salió fácilmente. ¿Qué tal si pretendemos atascarnos en la palabra papel? No digas toda la palabra. Solo atáscate en la primera parte.

(El niño bloquea el sonido de la p.)

Bien, es suficiente. Ahora junta los labios de forma suave y relajada pero no digas la palabra hasta que te avise.

(El niño junta los labios sin demasiada tensión)

¿Ya juntaste los labios?

(El niño asiente con la cabeza)

Muy bien ahora di la palabra.

(El niño dice la palabra palo de manera fluida)

Ahora atáscate en la palabra beso.

(El niño aprieta los labios)

Coloca la mano en los labios y siente como se aprietan, detente, ahora coloca la mano ahí, de nuevo, pero esta vez pon los labios de forma correcta. Bien, ahora di la palabra.

(El niño dice la palabra de manera fluida)

¡Muy bien! Así es como se hace. Ahora, esta vez cierra los ojos y atasca la lengua en la palabra tabla. No digas la palabra, solo atasca la lengua. ¿Lo sientes?

(El niño asiente con la cabeza)

Ahora mantén los ojos cerrados pero esta vez coloca la lengua de forma relajada. ¿Lo sientes?

(El niño asiente con la cabeza)

Muy bien es suficiente por hoy”

Haremos esto con diferentes sonidos, hasta que el niño se familiarice con la sensación propioceptiva, tanto de las tensiones adecuadas como de las inadecuadas.

Estos son solo algunos de los procedimientos que utilizaríamos, si un niño tiene problemas de bloqueo del flujo de aire. Nuestro objetivo, ha sido reducir el temor y acabar con el misterio que rodea a este tipo traumático de comportamiento de la tartamudez. El niño ha aprendido a sentir tanto la tartamudez como la fluidez. No hemos intentado enseñarle ninguna modificación, solo lo hemos hecho más consciente de las diferencias entre tartamudez y fluidez. De experiencias pasadas, hemos aprendido que el niño con tartamudez ligera elegirá la manera más sencilla de hablar una vez que comprenda que tiene una opción.

Cómo reducir la intensidad de las repeticiones y prolongaciones

A pesar de que el niño ha aprendido en las primeras sesiones a identificar e imitar algunas repeticiones fáciles, es a menudo, necesario ir más allá. Como con las técnicas que hemos discutido antes acerca de los bloqueos de flujo de aire, tenemos que hacerlo más consciente tanto de sus comportamientos de la tartamudez severos como de las formas más ligeras y fluidas.

Un caso de estudio dentro de nuestro distrito escolar, sirve como ejemplo de cómo otra terapeuta trató con éxito a un niño simplemente con aumentar la conciencia de sus varias repeticiones. Esto es lo que nos contó:

Billy tenía cinco años y acababa de entrar al jardín de infantes. La profesora, después de algunas semanas con Billy, estaba casi desesperada. Informó que su tartamudez era tan severa que le tomaba 15 minutos pedirle permiso para ir al baño. Después de tratar a Billy todos los días, por una semana, la terapeuta entendió lo que la profesora quería decir.

La tartamudez de Billy consistía, exclusivamente, en ligeras repeticiones que no mostraban ni forcejeo ni tensión. Su actitud era también completamente despreocupada. ¡Pero qué repeticiones eran! Cuando la terapeuta las contó encontró que a menudo podía haber de entre 5 a 12 repeticiones por palabra, y tartamudeaba más del 50 por ciento de sus palabras. ¿Entonces, qué debía hacer? No quería hacer nada que alterara su actitud de despreocupación, ni tampoco las ligeras repeticiones, pero sabía que tarde o temprano se frustraría o perjudicaría por estas.

Al principio, la terapeuta fue cuidadosa e intentó desarrollar la confianza de Billy a través de juegos, pero después comprendió que esto no era suficiente. Su tartamudez persistía y los otros niños comenzaban, de manera comprensible, a reaccionar negativamente frente a ello. Sus reacciones pronto empeorarían su tartamudez. Así que se arriesgó:

Intentaremos resumir varias sesiones de terapia con Billy.

TL: “Hemos hablado antes sobre repetir las palabras, ahora contemos las veces que repetimos. Primero voy a pretender repetir y tú cuentas con los dedos las veces que repito. El carro es ro-ro-ro-rojo. ¿Cuántas veces repetí?”

N: “Repetiste, rojo”

TL: “Así es, ¿pero cuántas veces lo hice?”

(Jugaron este juego por un buen rato, tomando turnos para imitar la pseudo-tartamudez.)

Ahora cambiemos el juego. Voy a repetir cuatro veces

(La terapeuta levanta cuatro dedos)

El tigre tiene una co-co-co-cola.

(La terapeuta contó con los dedos mientras repetía)

Ves, lo hice cuatro veces, inténtalo.

(La terapeuta levanta cuatro dedos y los señala mientras Billy finge repetir la sílaba)

Excelente, ahora tú levanta cuantos dedos quieras y repetiré ese número de veces.

(El niño levanta ambas manos)

Diez. ¡Son muchos! Bueno, aquí vamos

(La terapeuta repite diez veces mientras Billy se ríe con júbilo, toman turnos en este juego)

Cuando Billy empezaba a lograrlo, la terapeuta, ocasionalmente, pedía cero repeticiones. A pesar de que Billy continuó pidiéndole un alto número de repeticiones, ella le pedía menos y menos repeticiones, y estaba asombrada de que empezara a hablar de forma fluida cuando se lo pedía.

La terapeuta detenía, ocasionalmente, a Billy durante el juego para decirle que había escuchado ocho repeticiones en esa palabra. ¿Podría volver a hacerlo tan solo dos veces? Esto lo hacía con moderación porque no quería que Billy pensara que era muy crítica y no aceptaba su tartamudez.

Luego, la terapeuta cayó enferma y tuvo que permanecer en casa por varias semanas. Esto le disgustó porque temía que todo el progreso se borrara, pero un día recibió una llamada que la reanimó.

La madre de Billy la llamó y con lágrimas en los ojos le dijo que un milagro había sucedido, “ya no tartamudea más” La terapeuta intentó advertirle que esto era probablemente temporal y que su tartamudez podría regresar, pero a su regreso al trabajo, la terapeuta encontró que Billy, de hecho, hablaba con fluidez. A decir verdad, no podía

hacer que tartamudeara. Al principio fue amable con él temiendo que sufriera una recaída, pero después lo sometió a situaciones de tensión y notó que no tartamudeaba sin importar lo que ella hiciera. Todos en la escuela estaban asombrados, desde entonces nunca ha tartamudeado.

No estamos de acuerdo con la madre que un milagro sucedió, hubo varios factores importantes que resultaron en el cambio dramático de Billy.

La terapeuta había construido una buena base al establecer una relación cálida y amigable desde el principio. La tartamudez se discutió de forma abierta, objetiva y relajada. Debido a que el problema de Billy era severo, la terapeuta tuvo que hacerlo más consciente de su tartamudez de lo que habría hecho con alguien con un caso más ligero, pero lo hizo de una manera cordial. Una vez que Billy estuvo más consciente de su tartamudez y pudo hacer variaciones voluntarias de aquellas largas repeticiones, notó que podía cambiar su manera de tartamudear, que podía controlarlo. Creemos que esta fue la lección crucial que debía aprender.

Su tartamudez fue compulsiva, hablaba un lenguaje tartamudo. Sentía que no tenía otra opción más que hablar repetidamente, y se había resignado a hacerlo de esta manera. De modo que no mostró señales de forcejeo.

Nunca intento cambiar sus patrones de lenguaje, porque no sabía que podía hacerlo. La terapeuta habría tenido problemas si inmediatamente lo hubiese obligado a que hablara de manera fluida, probablemente, el niño habría comenzado a tener dificultad y por consiguiente, habría empeorado. Sin embargo, su método de contar y variar las repeticiones se lo realizó sin amenazas, fue un juego divertido en el que los dos participaron.

Así como con muchos de los niños que hemos conocido, una vez que Billy se dio cuenta de que podía elegir y controlar su forma de tartamudear, de que no estaba indefenso, dejó de hacerlo. No fueron necesarias las extensas horas de instrucción y largas horas de terapia. El impacto de tener una **elección** fue el factor crítico, ya no se sentía indefenso.

Recomendaríamos el mismo tipo de terapia, para un niño cuya tartamudez consista de largas prolongaciones. Una vez más, imitaríamos la pseudo-tartamudez donde el sonido o su actitud silenciosa se mantienen por variados períodos de tiempo. Demostremos:

TL: “Mírame por un minuto, voy a retener un sonido hasta que los dedos se junten.

(La terapeuta levanta un dedo de cada mano y los coloca como a 12 cm de distancia). **Tengo una s-----obrina.**

(Mientras la terapeuta tartamudea en la palabra sobrina junta lentamente los dedos, cuando finalmente están juntos dice la palabra).

¿Qué les sucedió a los dedos cuando dije la palabra sobrina?

N: “Se comenzaron a mover”

TL: “Así es, ¿y qué pasó cuando se juntaron?”

N: “Tú dijiste la palabra”

TL: “Exacto, ahora te enseñare un juego, levantas dos dedos así como yo lo hice, cuando retenga un sonido junta lentamente los dedos. Yo retendré ese

sonido hasta que los juntes, cuando lo hagan diré la palabra, intentémoslo. El elefante tiene una trompa l-----arga.

(El niño junta lentamente los dedos) **Ahora es mi turno, los voy a colocar así de lejos y tú pretenderás atascarte en la palabra uva. Recuerda que no puedes decirla hasta que los dedos se junten.**

N: “u-----va”

TL: **“No la retuviste el tiempo suficiente, no esperaste a que los dedos se juntaran, inténtalo una vez más.**

(El niño logra hacerlo esta vez) **ahora es tu turno. Mantén los dedos tan separados como tú prefieras y yo retendré la palabra zapato.**

(El niño mantiene los dedos tan separados como sea posible). **¡Tanto! Está bien, no olvides mover los dedos. Z-----apato. ¡Vaya, esa fue larga!”**

Estas son algunas de las actividades que realizaríamos con un niño que tiende a prolongar. Intentamos reducir su ansiedad y miedo a través del uso de los dedos y la pseudo-tartamudez. Es entonces, cuando intentamos variar la duración de las prolongaciones. Una vez que enseñamos al niño a variar su tartamudez, podemos reducir su duración gradualmente. Cuando el niño descubre que puede cambiar los patrones de la tartamudez, esta empezará a disminuir. Hemos revertido el crecimiento obsesivo del trastorno, y cuando esto sucede, la fluidez regresa.

Conclusión

Con frecuencia, debemos llegar solamente hasta aquí con estos niños que tienen tartamudez ligera. Estas pocas actividades simples, los constructores de fluidez de los que hablamos en el capítulo anterior, el contacto de padres y profesores, la actitud cálida y relajada por parte de la terapeuta y el trabajo de des-sensibilización de las experiencias emocionales son a menudo todo lo necesario para revertir el curso de la tartamudez del niño y hacerlo fluente.

Una vez más, recalcaremos que las actividades del lenguaje articulado no son tan importantes como las actitudes que hemos ayudado a cambiar. Si acabamos con un poco del misterio, lo ayudamos a entender algunas de las características básicas de su tartamudez e incrementamos su fluidez. Con esto, mejorará por sí solo.

Debido a que la tartamudez aún no es un problema completamente desarrollado que requiere de gran esfuerzo para erradicar, dicho enfoque es increíblemente efectivo. Una y otra vez, nos hemos asombrado de la facilidad con la que este cambio ocurre en un niño pequeño. Nuestro deber es simplemente encontrar la clave que hace a su tartamudez comprensible y no amenazante.

Desde luego, cada niño es diferente y uno nunca sabe realmente con anticipación cuál es la clave que cada niño tiene que descubrir. Parece ser que, hasta cierto punto, comprende lo que está sucediendo y deja de tener dificultad. Hemos atendido a niños que van a casa y les dicen a sus madres, “¿sabes por qué tartamudeo, a veces? Es porque repito las palabras”, o dicen, “aprieto fuertemente los labios y no dejo que salga la palabra, es por eso que tartamudeo”. Una vez que esta nueva percepción ocurre, la tartamudez empieza a

desaparecer. La comprensión de lo que está haciendo y el darse cuenta de que no tiene que hacerlo, como siempre lo ha hecho, podría ser suficiente. La recuperación, rara vez, se da de la noche a la mañana, pero parece no haber duda de que el progreso se está llevando a cabo.

Mientras más experiencias tengamos con estos niños que tienen tartamudez ligera, más nos daremos cuenta de la importancia de nuestra intervención. Los ayudamos mucho en su comprensión y habilidad de hacer algo acerca de su tartamudez. Tal vez habrían logrado la fluidez normal por sí mismos, sin necesidad de nuestra ayuda, pero ciertamente, la facilitamos. También sabemos que sin nuestra intervención, muchos de ellos no tendrían la transición al lenguaje normal, sino que se volverían severamente discapacitados, lo que llevaríamos como un reproche de por vida a nuestra competencia profesional.

EL NIÑO CON TARTAMUDEZ CONFIRMADA

Ahora sigamos en el continuo, para pensar en el niño cuya tartamudez es una discapacidad definitiva. Obviamente, muestra una gran cantidad de tartamudeos y buena parte de ellos puede tornarse a veces muy severos, es justamente el niño al cual usted tiene miedo de tratar si tiene dudas sobre su habilidad de trabajar con la tartamudez. Ciertamente, necesita ayuda, y la gente espera que usted lo haga.

La mayor parte de terapeutas parecen equiparar la tartamudez confirmada con la llegada de la madurez, que, de alguna manera, nadie se convierte en una persona con tartamudez confirmada hasta que alcanza la madurez. Según nuestra experiencia, esto no es correcto. Hemos trabajado con muchos niños, inclusive de cuatro años, cuya tartamudez podríamos clasificar como confirmada. Ya que nuestra intención no es discutir argumentos teóricos o semánticos, permítannos explicarles lo que debemos decir.

El habla del dicho niño se caracteriza por repeticiones que, a menudo, duran más de cinco veces. Estas repeticiones, a veces, aumentan en timbre o en volumen, son frecuentes y aparecen en diferentes partes de la oración, no solo en la primera palabra. La persona de cualquier edad, con tartamudez confirmada, suele mostrar señales de tensión y forcejeo cuando habla, puede haber contorsiones faciales u otras características secundarias resultantes de dicho forcejeo. A menudo, mostrará dolor, miedo o vergüenza, aunque no siempre es el caso, algunos de nuestros niños parecen mostrar poca preocupación por su tartamudez. Con frecuencia, el niño bloquea el flujo de aire en muchas de sus oraciones, y estos bloqueos pueden ser tan intensos que su rostro se enrojece, parpadea y agita su cuerpo.

Otro niño puede tener poca tartamudez manifiesta, porque ya ha aprendido a esconderla al posponer o evitar palabras en las cuales siente que puede tener dificultad, o simplemente retrocede y comienza de nuevo de la siguiente manera: “quisiera el *rrr*...ah ah...quisiera, ah, ehm...bueno, yo, ah, quisiera el carro, el rojo.” Nos desagrada ver que este comportamiento suceda, porque será más difícil ayudarlo a enfrentar su tartamudez. Debemos dedicar mucho tiempo ayudándolo a sentir su tartamudez antes de empezar a modificarla.

Pero, no dediquemos más tiempo a estas características. En nuestra experiencia, muchas de las terapeutas del lenguaje saben cuando se enfrentan a tales niños. El problema no está en el diagnóstico, sino en el tratamiento.

Comenzamos la terapia de este niño, al igual que lo hicimos con el niño que tiene tartamudez ligera. Al empezar despacio y de forma indirecta, avanzamos gradualmente a una confrontación más directa con su tartamudez. Una vez más, la velocidad con la cual procedemos dependerá enteramente de la buena disposición del niño. Si usted procede demasiado rápido, su comportamiento la pondrá sobre aviso, con pocas excepciones, pensamos que proceder lentamente es, a menudo, más aconsejable.

Recuerde que este niño necesita tiempo para familiarizarse, ya que juntos explorarán su tartamudez; tiempo para desarrollar confianza, si es que va a revelar su tartamudez o sus sentimientos hacia usted. Sin embargo, no proceda tan lento de manera que ambos se aburran o pierdan el hilo del trabajo que se debe realizar, y no simplemente para jugar y divertirse. Debemos estar listos siempre, para movernos con rapidez cuando un niño nos da

la oportunidad, pero, también debemos estar dispuestos a reducir la velocidad o esperar, cuando la reacción de un niño lo indique.

Como lo hicimos con el niño con tartamudez ligera, normalmente, empezamos comentando acerca de nuestra pequeña pseudo-tartamudez, luego la de él. Posteriormente, discutimos algunos de sus momentos de tartamudez real de forma objetiva, examinando juntos algunas de las características generales. Con frecuencia, esto es todo lo que debemos hacer, pero con el niño con tartamudez confirmada, debemos ir más allá.

Las tres maneras de decir las palabras.

Después de un análisis general de la tartamudez, solemos empezar a hablar de las tres maneras en las que podemos decir una palabra; la forma fluida, la forma difícil y la forma fácil de tartamudear. He aquí un ejemplo que demostrará el uso de las tres maneras:

TL: “Bien Juan, déjame hablar por un momento. Vamos a aprender las tres maneras de decir las palabras, una forma es la normal. Si dijera una palabra de forma normal sonaría así, ‘reloj’

(La terapeuta señala su reloj.) **Ahora, hay otra forma en la que puedo decir esa palabra, ‘re...**

(La terapeuta bloquea el flujo de aire y forcejea un poco.) ***rererelej.*’ Uf, eso fue difícil, esa es la manera difícil de decir una palabra. Esta es la tercera manera, ‘rrrreloj’**

(La terapeuta hace una prolongación o repetición sin esfuerzo.) **Y esa es la fácil.”**

“Ahora intenta decir todas tus palabras de manera normal, pero en ocasiones, atráncate. Decir las palabras de la manera fácil no es tan malo. Cuando nos atascamos en una palabra, en lugar de decirlo de la manera difícil, vamos a aprender a hacerlo de esa nueva manera fácil. Los niños que aprenden a tartamudear de esa manera no se atrancan mucho y después me cuentan que más y más palabras comienzan a salir de forma normal. Todo eso es difícil de entender ahora, pero lo practicaremos”

“Ahora, hagamos un jueguito de palabras. Yo diré algunas palabras y será tu trabajo decirme si dije la palabra de manera normal, de la manera difícil o de la manera fácil. ‘Reloj’. ¿Fue de manera normal, de la manera fácil o la difícil? Lo hare de nuevo. ‘Reloj’.”

N: “Normal”

TL: “Así es. ¿Qué tal esta? ‘Ta... (Bloquea el flujo de aire)

Tabla’ ¿Qué manera es esa?

N: “¿La difícil?”

TL: “Así es. **Realmente me atasque bastante en esa, ¿no es cierto?**

(Normalmente diremos más ejemplos de estas dos maneras para que lo entienda bien antes de intentar decir una palabra de la manera fácil.)

¿Qué tal esta? Aamarillo.”

N: “La difícil”

TL: **“Oh, te engañe en esa, escucha de nuevo, ¿fue de la manera difícil? Aamarillo”**

N: “Bueno, es seguro que tartamudeaste en esa”

TL: **“No fue de la manera normal ¿o sí? Pero fue de la manera difícil así, ‘ama...**

(La terapeuta tiene un gran bloqueo de aire en ‘amarillo.’) **amamarillo?**

N: “No, no fue tan mal, pero aún tartamudeaste en esa palabra”

TL: **“Así es, pero recuerda esa manera fácil de la que hablamos. Escucha una vez más. ‘Aamarillo’”**

N: “Sí, esa fue más fácil”

TL: **“Así es, no me retorcí en esa ¿o sí? Yo solo la dddeje salir de manera fácil tal como hice en dddeje. ¿Escuchaste esa?**

N: “Sí, no aguantaste la respiración ni nada”

Usamos esta pequeña actividad durante unos pocos minutos cada sesión, hasta que pueda identificar correctamente las tres maneras.

Mencionaremos un par de aspectos antes de continuar. Es importante que la terapeuta sea la que tartamudee en esta actividad, **no el niño**. Primero, le muestra al niño que no tiene vergüenza de tartamudear y marca la pauta de aprender a ser objetivo en torno a la tartamudez. Al principio, los niños suelen estar poco dispuestos a enfrentar su propia tartamudez, es más fácil para ellos ver y evaluar la tartamudez de la terapeuta. Si usted lo

hace primero, estará más dispuesto a mostrar su tartamudez después de verla hacerlo. Tenemos una regla privada en nuestra terapia: **nunca dejamos que un niño haga algo sin antes hacerlo nosotras mismas.**

Una nota interesante acerca del extracto anterior sobre la terapia fue la determinación del niño de llamar tartamudez a cualquier difluencia ligera. Después de la pseudo-prolongación en la palabra “amarillo”, por parte de la terapeuta, el niño dijo, “Bueno, es seguro que tartamudeaste”. Ese momento de tartamudez en particular no fue más severo de lo que cualquier hablante normal tiene en ocasiones, pero para este niño era tartamudez. Quizá esta es una razón por la que no superó su disfluencia; o, posiblemente, al convertirse en una persona con tartamudez confirmada, ha adquirido un interés casi fanático en el lenguaje perfecto. Qué pena que no haya recibido terapia cuando era más pequeño, la intervención temprana es muy importante. Quién sabe, tal vez, habríamos podido rectificar algunos de sus conceptos erróneos a una edad temprana, y no habría desarrollado esta etapa más avanzada de tartamudez.

El próximo paso para usar las tres formas de hablar es lograr que el niño diga las tres expresiones deliberadamente, de manera fluida, que tartamudee mucho, y que tartamudee fácilmente. Esto le enseña a evaluar sus conductas de habla, y por supuesto, lo ayuda a des-sensibilizarse de la tartamudez. Retomemos otro ejemplo de un par de sesiones posteriores.

TL: “Bueno, ya no puedo engañarte más, supongo, siempre logras decirme cual de las formas estoy usando. Ahora vamos a hacer algo distinto, será tu turno

decir algunas palabras y será mi deber adivinar si las dijiste de la forma fácil, difícil o de la regular. ¿Listo? ¿Qué tal esta?"

(La terapeuta levanta un elefante de juguete.)

N: "Ese es un elefante".

TL: **"Esa fue la forma normal".**

N: "Correcto"

TL: **"¿Qué tal esta?"**

N: "Ese es un canguro"

TL: **"Normal"**

N: "Ese es un carro"

TL: **"Normal, oye, estás diciendo las palabras solamente de la forma normal. ¿Qué te parece si intentas de otras maneras? Por ejemplo ¿puedes decir esta palabra "mesa" de la forma difícil?"**

N: "Me... (El niño infla las mejillas, bloquea el flujo del aire y se enrojece). MESA (finalmente dice la palabra en voz alta)."

TL: **"¡Uf, definitivamente te atascaste!"**

(Ambos se ríen)

N: "Sí, realmente me atasque".

TL: “¿Fue real?”

N: “No, solo pretendí como tú me lo pediste”. (La terapeuta se da cuenta de que la tarea original fue muy difícil de modo que cambia su plan y trata de que el niño la imite en su uso de las tres maneras).

TL: “Muy bien, ahora hagámoslo de una forma distinta. Diré una palabra en una de las tres formas y será tu deber decir la palabra de la manera en la que lo hago, si lo hago en la forma difícil, lo haces de forma difícil, así como yo. Veo el ca...

(Bloquea el flujo del aire) **ca-ca-carro. Ahora es tu turno”.**

N: “Veo el ca...ca-ca-carro”.

TL: “¿Lo dije en la forma difícil?”

N: “Sí”

TL: “¿Dijiste la palabra en la forma difícil?”

N: “Sí”

TL: “Así es, Eeeel

(Prolongación fácil y corta) **caimán es verde.”**

N: “El caimán es verde”

TL: Escucha otra vez, dije una palabra en la forma fácil pero no lo hiciste esta vez. Eeeel caimán es verde. ¿Cuál fue la palabra fácil?

N: “El”

TL: **“Muy bien veamos si puedes decir la palabra “el” como yo lo hice”.**

N: “No sé cómo”

TL: **“Así**

(La terapeuta levanta dos dedos separados a una distancia de 10 cm y mientras hace la prolongación los une lentamente).

¿Qué pasó cuando mis dedos se juntaron?

N: Dijiste la palabra

TL: **“Correcto, ahora inténtalo, mira mis dedos”**

(Ambos prolongan la palabra “el” mientras los dedos de la terapeuta se juntan, cuando se unen, ambos dicen la palabra). **“Ahora veamos si puedes decir una tú solo, mira mis dedos”.**

La terapeuta experimenta con una serie de palabras, usando las tres formas distintas. Con las palabras fáciles, a veces usa una prolongación corta, con otras una repetición corta. Ahora que está aprendiendo a imitarla apropiadamente, la terapeuta puede empezar otra vez a dejar que lo haga por su propia cuenta.

TL: **“¿Ahora qué tal si dices la palabra “reloj” de forma fácil?”**

N: “Rrrreloj”

TL: “Bien, fue sutil y relajado, ahora dame una palabra y dime si debo decirla de la forma difícil o fácil.”

Intercambian palabras una y otra vez y dicen cómo decirlas. **Como lo puede notar, ella tuvo que cambiar su plan con él.** No pudo empezar a decir las palabras fáciles inmediatamente así como lo hacen algunos de nuestros clientes, decidió proceder lentamente con él. La terapeuta primero tuvo que mostrarle cómo decir las palabras fáciles usando sus dedos para demostrar la prolongación. (Cualquier otra forma física que pueda usar para demostrar lo que quiere que la boca del niño haga, es de gran ayuda). Luego, ella pudo darle algunas órdenes para decir las palabras en una de las tres formas. Con frecuencia, tuvo que ayudarle al niño con algunas de ellas hasta que él empezó a tener una idea de cómo hacerlo.

Fue entonces cuando la terapeuta pudo retomar su plan original y lograr que el niño dijera las palabras usando las tres formas.

Ahora que ya le ha enseñado a identificar y reproducir las tres maneras de pronunciar las palabras, usted podrá usar este conocimiento en el futuro. Siempre que hable con él acerca de una palabra tartamudeada, tiene un terreno común para entenderse mutuamente. Ya que todas las personas que tartamudean tienen la cura para el mal en sus propias bocas, puede hacerle notar al niño algunas de las palabras tartamudeadas con facilidad que tiene en su lenguaje y que hasta ahora no ha reconocido. Es raro ver a una persona con tartamudez que no tenga tartamudeos fáciles en su habla, pero a estos por lo general se los ignora, y la persona no se da cuenta. De lo único que se da cuenta es del tartamudeo difícil, un ejemplo podría ser el siguiente:

TL: “Oye, detente por un minuto, ¿Sabías que acabas de decir una de las palabras fáciles? Dijiste, “Me ggggusta el carro rojo” lograste que la palabra “gusta” sonará de la forma fácil de la que hablamos. ¿Lo sabías?”

N: “No”

TL: “Te das cuenta, ya estás comenzando a lograr que las palabras difíciles salgan con facilidad y ni siquiera lo sabías. De todos modos, te interrumpiré otra vez cuando oiga alguna de esas palabras”.

Le damos mucha importancia a dichas palabras fáciles por varias razones. Primero, lo ayudará a estar más consciente de los aspectos positivos que está logrando, y lo animará a decir más palabras fáciles. Segundo, de ese modo le da esperanzas, ¡tal vez las cosas estén mejorando y esta profesora de lenguaje me ayude! Tercero, estamos progresando en el área de la des-sensibilización.

Cómo localizar la tensión

Además de practicar las tres formas de pronunciar las palabras, también trabajamos para identificar las conductas actuales de la tartamudez. Queremos que sepa lo que sucede cuando tartamudea, seguimos el mismo procedimiento con el niño que tiene tartamudez ligera y también lo hacemos con aquél que tiene tartamudez confirmada.

Una vez más, no analizamos en exceso, pero sí queremos que sepa en qué lugar de su boca se atranca. La terapeuta puede enseñar este nuevo conocimiento de la mejor manera al imitar la pseudo-tartamudez con un número de palabras diferentes. Ambos intentarán descubrir la ubicación de la tensión. Tal vez, esta sea bilabial como en “papel” o

ápicoalveolar como en “tabla”. Recuerde mostrar palabras que comiencen con diferentes sonidos de modo que se descubran muchas áreas de tensión. Normalmente, el niño tendrá dificultad al localizar la tensión de la palabra tartamudeada. Luego, pídale que imite la pseudo-tartamudez y que le diga en qué lugar de la boca se produjo el tartamudeo.

TL: “¿Qué tal si pretendes tartamudear en la palabra “tabla”?”

N: “Ta...tatatabla”.

TL: “¿En qué lugar de la boca sentiste que algo se bloqueó?”

N: “Mi lengua se atascó en el sonido “t”

TL: “Sí, así es, ¿dónde estaba tu lengua cuando se atascó?”

N: “No me acuerdo”

TL: “Esta bien, inténtalo otra vez y trata de sentir dónde se atasca tu lengua.”

(El niño tartamudea una vez más en “tabla”).

N: “La lengua se atascó detrás de los dientes”.

Una vez que el niño identifique la tensión durante la pseudo-tartamudez, entonces podemos comenzar a pedirle que realice el mismo proceso con una palabra que en verdad tartamudea. Con frecuencia, después de un momento de tartamudez particularmente difícil, podemos interrumpirlo y hacer que reflexione y examine lo que provocó que tartamudee. Cuando empezamos a interrumpir a un niño de esta forma, debemos evitar hacerlo si está hablando acerca de algo importante o emocional. En otras ocasiones, cuando lo interrumpimos, tenemos que identificarnos con él por las interrupciones.

TL: “Durante los próximos minutos, te interrumpiré ocasionalmente, cuando te atasques en una palabra. No es nada divertido ser interrumpido, pero si queremos que el habla sea más fácil debemos aprender lo que te está sucediendo cuando tartamudeas”.

Esta es la fase más importante en nuestra terapia, el niño está aprendiendo a alcanzar y sentir su tartamudez. Esto le permite ver que la tartamudez es un evento físico que se puede sentir y experimentar sin miedo o dolor. Las emociones negativas que favorecen la tartamudez crecen en la oscuridad de la ignorancia e irracionalidad, y no pueden tolerar la luz de la observación y confrontación. Cuando el niño puede enfrentar y examinar su tartamudez, comienza a romper la atadura que esta tiene sobre él.

Cancelación

Ahora que ya ha aprendido cómo tartamudear de manera fácil o difícil, podemos ayudarlo a aprender una nueva y mejor forma de hacerlo con palabras en las que ha tartamudeado recientemente. Todas las personas de su vida le han pedido que repita otra vez la palabra tartamudeada, pero siempre querían que lo haga con fluidez. Para la persona con tartamudez confirmada, esto es un gran paso. Además, él sabe cómo decir la palabra con fluidez, lo que no sabe es cómo tartamudear sin anormalidad.

Nuestro método es enseñarle una mejor manera de tartamudear, una forma fácil que no le cause problemas, ni a él ni a otros. La fluidez aparecerá cuando aprenda que no necesita estar indefenso, cuando descubra que no tiene que forcejear o evitar palabras. El lector debe reconocer que, al igual que con todos los que tartamudean, estamos tratando que la tartamudez retorne a una forma más ligera. Queremos que el calendario regrese al tiempo

en el que su tartamudez consistía de repeticiones y prolongaciones ligeras. He aquí un ejemplo de cómo podríamos proceder:

TL: “Ahora voy a atascarme en algunas palabras diciéndolas de forma difícil, tú vas a pretender ser el profesor de lenguaje y me pides que me detenga cuando me escuches atrancarme de esa forma difícil y entonces me dirás cómo decir las de manera fácil, pero ten cuidado de no detenerme cuando diga las palabras fácilmente, sólo cuando me atasque en la forma difícil. Listo, tú eres el profesor ahora”.

Bueno profesor, ayer después de clases fui...

(La terapeuta bloquea el flujo del aire) **fui... oye, ¿por qué no me detuviste? ¿no me escuchaste atascarme en la palabra “fui?”**

N: “Sí, pero me olvide”

TL: “Ahora recuerda detenerme y mostrarme cómo hacerlo de aquella forma fácil de modo que pueda aprender a hacerlo de mejor manera, fui a casa y me cambie y me puse mm...mmmi ropa...

N: “Oye, te atascaste de la forma difícil en la palabra “mi””.

TL: “Bueno profesor, no fue mi intención, ¿cómo podría decirlo de mejor manera?

N: “Di “mi”, “mi ropa vieja””.

TL: “Sí, pero a veces cuando intento decirlo así, perfectamente, me atasco con mucha dificultad.”

N: “Ah sí, di “mmmmi” así despacio y sutilmente”

TL: “Bueno, déjame intentar decir... “mi””.

(La terapeuta dice la palabra con fluidez).

N: “No, dilo con facilidad así “mmmi”, te diste cuenta, como que tartamudeaste en esa palabra pero no tiene nada de malo tartamudear, ¿lo notaste?”

TL: “BIEN, MMMMM...”

(La terapeuta tiene otro bloqueo difícil”.

N: “No, hazlo con más suavidad, no lo hagas con fuerza, hazlo así “mmmmi”, ¿lo ves?”

Luego tendremos turnos para ser el profesor, a los niños les gusta y realmente los ayuda a aprender. A menudo, encontramos que aprenden mejor un concepto cuando intentan enseñarnos.

De este modo, tenemos otra actividad útil que nos ayudará a convertir las conductas de la tartamudez a una forma más ligera. Además, los ayuda a entender a lo que deben aspirar en el futuro. Por ahora, no estamos enfocados en la fluidez, eso vendrá después; en su lugar, estamos interesados en crear una forma más fácil de tartamudez.

Sin embargo, también puede notar en este ejemplo las presiones que la mayoría de los niños tienen para hablar con perfecta fluidez. Cuando el niño corrigió a la terapeuta por

primera vez, le mostró cómo decir la palabra con fluidez en lugar de la forma deseada, la más fácil. Nos cuesta mucho esfuerzo lograr que los niños vean que primero haremos que la tartamudez sea más fácil, y luego vendrá la fluidez. Los niños no son diferentes a los adultos en este aspecto. Ellos quieren fluidez ahora, aunque sea obvio que el paso de la tartamudez a la fluidez es muy grande.

Cómo cambiar la tartamudez a una forma más ligera

Ahora, estamos listos para avanzar otra vez, esto involucra tomar un momento de tartamudeo difícil y convertirlo en la forma fácil. Lo que intentamos hacer, es modificar un momento de tartamudez justo cuando este ocurra. No es fácil, pero se lo puede enseñar y aprender, significa que el niño debe enfrentar la conducta de tartamudez directamente y luego hacer un esfuerzo consciente para manipular su boca en la dirección de una expresión fácil. Es por esto, que anteriormente, pusimos énfasis en el aprendizaje de las tres maneras de decir las palabras. Por esta razón, todo el trabajo que hemos explicado, es muy importante. Debemos dar una base sólida, de modo que esta nueva tarea se la pueda aprender con menos dificultad.

Podríamos presentar este paso así:

TL: “Déjame indicarte algo, ¿ves este lápiz? Mira lo que le sucede.

(La terapeuta aprieta el lápiz con la mano y sin éxito trata de empujarlo a través de su puño cerrado) **¿Por qué no puedo sacar el lápiz?**

N: “Porque tienes el puño muy cerrado”

TL: “Así es, estoy apretando el puño tan fuerte que no puedo empujar el lápiz, es casi como la palabra en la que te atascas. La palabra es como el lápiz y tu boca es como el puño, a veces, cuando aprietas la boca fuertemente, la palabra no puede salir. Ahora mira lo que sucede con el puño cuando intento decir una palabra. Este es mi amigo Wa...

(La terapeuta trata de empujar el lápiz a través del puño cerrado y, simultáneamente, tartamudea de forma difícil. Luego, gradualmente comienza a aflojar tanto la boca como el puño y el lápiz logra salir del puño y la palabra se articula lentamente.

“Wawawalter” ¿Puedes decirme lo que pasó?”

N: “Bueno, cuando aflojaste el puño, el lápiz pudo salir.”

TL: “¿Y qué pasó con la palabra “Walter” en la que me atranqué?”

N: “Pues, también empezó a salir cuando aflojaste el puño”.

TL: “Así es, era como si la boca hiciera lo que el puño hizo. Mira otra vez, cuando apriete el puño apretaré también la boca, y cuando afloje lentamente el puño, también lo haré con la boca al mismo tiempo. Ves a “Wa...

(La terapeuta bloquea el flujo del aire y aprieta el puño) **Wawawalter”** (mientras se aflojó su puño también lo hizo su boca y la palabra empezó a salir despacio y con facilidad, la terapeuta continúa haciendo esto con varias palabras hasta que el niño tenga una idea). **“Esta vez apretaré la boca y empezaré a tartamudear con dificultad, cuando lo haga, haz puño y cuando tú aflojes el puño, yo aflojaré la**

boca y dejaré que la palabra salga fácil y suavemente. ¿Estás listo? Intentémoslo.”.

“Aquí está un elefante y tiene una larga tr...

(Bloquea el flujo del aire). **Oye, te estás olvidando de apretar el puño. Intentémoslo una vez más. Aquí está un ca...canguro.**

(La palabra sale con fuerza porque el niño soltó su puño con rapidez). **Ves, abriste rápidamente el puño y la palabra realmente salió fuertemente. Ahora recuerda hacer que el puño se afloje despacio de modo que pueda hacer que la boca se afloje lentamente también. Intentemos una vez más”.**

“El hipopótamo es gr...gragrande. Oye, eso estuvo mejor. ¿Escuchaste cómo salió la palabra con suavidad? Tartamudeé con dificultad, pero la cambié a una forma suave, fácil y sutil. Hagámoslo con más palabras”.

Lo hacen con más palabras hasta que el niño empieza a entender. A menudo, una vez que los niños se dan cuenta de que debemos tartamudear el tiempo que ellos quieren, cierran el puño durante una eternidad, pero sonreímos y continuamos con ellos; es muy divertido torturar al profesor de lenguaje de esta forma. Un niño tiene pocas oportunidades de desquitarse con todos los adultos en su mundo, sin embargo, cuando quieren mantenernos esperando en un bloqueo durante un tiempo largo, debemos salir de este riéndonos y sin aliento. Los niños deben ver que la experiencia de tartamudear por mucho tiempo no nos asustó, pudimos reírnos, y las risas y el miedo no se soportan entre sí. Además de enseñarles nuevas formas de tartamudear, también les ayudamos a aliviar algunas de sus aflicciones emocionales.

La tartamudez fácil para las terapeutas

Dicho proceso de aflojar la boca y dejar salir la palabra de manera lenta y fácil es relativamente simple con una palabra como “Walter” que comienza con una semiconsonante continua. La terapeuta gradualmente afloja su boca y deja que el sonido “wa” salga de manera paulatina y suave. Algunos se refieren a esto como prolongación o deslizamiento de la palabra. Sin embargo, ¿qué sucede con un vocablo que comienza con un sonido oclusivo como “tabla”? Esto es un poco más complicado y requerirá que usted lo practique en su hogar. Al usar la palabra “tabla”, como un ejemplo, demostraremos lo que se siente cuando se cambia de una palabra que se tartamudeó con dificultad a una que se tartamudeó con facilidad.

Cuando tartamudea con dificultad, sentirá su lengua en contacto con los alvéolos. Además sentirá que la presión del aire aumenta detrás de su lengua. El aire quiere escapar, pero lo está forzando hacia atrás con su lengua. Ahora, gradualmente, afloje la presión de su lengua al reducir la fuerza de la presión del aire que la presiona. Luego, de forma paulatina, empiece a relajar la tensión que a propósito ha puesto en su boca. Cuando reduzca un poco la presión lingual, es posible que escuche una pequeña ráfaga de aire que escapa entre la lengua y los alvéolos. Entonces tendrá que cambiar estas ráfagas hacia una pequeña corriente de aire estable. Una vez que tenga esta corriente de aire constante, es fácil añadir la vocalización necesaria y una vez más prolongar la palabra. Tenga cuidado de no prolongar la vocal, se debería decir “ttabla”, no “taaaba”.

Poner el proceso por escrito, hace que la tartamudez fácil parezca muy complicada, pero si lo va a intentar, descubrirá que realmente es muy simple. De hecho, el niño que

tartamudea lo empezará a hacer automáticamente cuando intente que la palabra salga despacio y fácilmente. Retomemos nuestra sesión de terapia, la terapeuta continuó demostrando esta técnica con varias palabras hasta que sintió que el niño tenía una idea de lo que se trataba. De este modo, podemos enseñarle cómo liberarse de estos bloqueos difíciles. Por supuesto, esto es solamente la práctica para aprender una nueva habilidad, pero dicha práctica es necesaria si alguna vez lo vamos a ayudar a que aprenda a cambiar la tartamudez real por una forma más ligera.

Algunos problemas ocurren, como siempre, sin importar lo que se haga. Recientemente, una terapeuta nos contaba acerca del éxito que tuvo con un niño quien había aprendido a hacer la tartamudez más fácil al aflojar lentamente su puño al mismo tiempo que relajaba la tensión de su boca y, por primera vez, estaba aprendiendo a cambiar un momento de tartamudez. De hecho, su profesor dirigente le comentó a la terapeuta sobre su repentina mejoría, no solamente en cuanto a la severidad de su tartamudez sino también a su buena disposición de participar activamente en las actividades de la clase. “Sin embargo”, dijo la profesora, cada vez que tartamudea en una palabra, dobla su puño”.

La terapeuta no estaba contenta, ¿habría empeorado la tartamudez al crear otra característica secundaria? A pesar de que el niño probablemente habría descontinuado de manera paulatina el uso de su puño una vez que se hubiera vuelto más competente en reducir la tensión durante su tartamudez, la terapeuta estaba decidida a eliminar este comportamiento inmediatamente. Al siguiente día, cuando él llegó, la terapeuta le pidió que mirara su puño mientras él imitaba la pseudo-tartamudez de una palabra, con la próxima palabra le pidió que cambiara la tartamudez difícil por una forma fácil sin ver su puño. Para su sorpresa, el niño lo hizo con facilidad. De hecho, al final de la semana nunca más usaron

o hablaron acerca del puño. De allí en adelante, la idea de cambiar de tartamudez difícil a fácil se entendió, y ya no era necesario el ejemplo físico.

Ahora que hemos aprendido todas estas habilidades cuando usamos la pseudo-tartamudez durante las sesiones de práctica, podemos empezar a modificar el habla en situaciones reales.

Cómo introducir la tartamudez fácil en el habla real

Una de las cosas que hacemos, es enseñarle a introducir esta tartamudez fácil y ligera en su habla regular, esto ayuda al cliente en muchos aspectos. Primero, aprende a manipular voluntariamente su boca durante el habla, y así aumenta el conocimiento de lo que su boca está haciendo. Segundo, el acto de hacer algo voluntario mientras se habla tiende a reducir su miedo a hablar. Finalmente, la nueva forma de tartamudez fácil le da un buen modelo de la conducta meta que estamos buscando.

Hay muchas maneras que puede idear para enseñarle al niño cómo introducir la tartamudez fácil intencionadamente. Puede subrayar algunas palabras de un pasaje de una lectura, estas palabras subrayadas se deberán decir de la forma fácil. (Tratamos de subrayar solo aquellas palabras que pensamos que las dirá con fluidez). Puede tocarle el brazo como señal de que tiene que tartamudear de manera fácil en la siguiente palabra, y mantener la mano en su brazo hasta que haya tartamudeado con facilidad la palabra. Luego retire la mano y espere hasta que diga un par de oraciones antes de hacerlo de nuevo. A veces, le damos una señal con la mano y seguimos dando señales hasta que tartamudee con facilidad. Por supuesto, primero le dejamos que nos enseñe, cuando nos da la señal, tartamudeamos de manera fácil. Luego, tomamos turnos en darnos señales. Durante esta actividad, no nos

preocupamos de que pueda ocurrir su tartamudez difícil. El único momento en el que lo mencionaríamos es cuando tenga mucha dificultad en una palabra, entonces podríamos detenerlo y hablar acerca de la palabra. No obstante, nuestro interés principal en este punto es que cambie las palabras voluntariamente durante la comunicación normal.

El uso del contacto físico

Tenemos que hacer algunos comentarios acerca del uso del contacto físico con nuestros clientes. Las terapeutas deben tener cuidado de no infringir los derechos del cliente. Al principio, algunos niños reaccionan de manera negativa al contacto físico de la terapeuta, y nosotros debemos estar alerta a esto. Aunque muchas terapeutas piensan que tienen el derecho y deben tocar a cada niño cuando así lo deseen, pensamos que los niños tienen el derecho a la privacidad. Hemos observado a terapeutas quienes (después de sentir que un cliente se ha sentido tenso por el contacto físico) le han preguntado al niño dónde lo pueden tocar. Algunos niños han pedido que los toquen en una manga u otra prenda de vestir. La terapeuta debería respetar los deseos del niño en este sentido.

Esto va más allá de ganarse el respeto del niño. Después, mientras tomamos turnos para tocarnos durante las actividades de habla, nos damos cuenta de que los niños pierden el temor al contacto físico, dicho cambio gradual es sano y forma parte de la creciente confianza del cliente en nosotros.

Vimos esto tan bien reflejado mientras mirábamos a una terapeuta experimentada de raza blanca que hacía terapia con un niño de raza negra. Ella tenía algunos problemas porque el niño mantenía resentimientos muy arraigados con respecto a la raza, había visto a algunas de sus colegas de raza blanca que lo tocaban y abrazaban aunque tenía la

sensación de que él las estaba despreciando debido a esto pero se veía obligado a aceptarlo.

Durante las pocas próximas semanas, tuvo cuidado de respetar la privacidad del niño, pero, aun así, intentó encontrar maneras para iniciar más contacto físico que pudiera ser aceptable.

Mientras jugaban con algunos juguetes, ella se aseguró de que sus manos se tocaran ocasionalmente, lo hizo parecer casual y accidental. Pretendió no saber saltar la cuerda y dejó que el niño le enseñara, no lo hizo bien hasta que él puso sus manos en la cuerda y saltó con ella.

Estas, al igual que muchas otras acciones similares, ayudaron al niño a bajar la guardia, lo suficiente como para permitirles tener una buena relación clínica. Fue un trabajo exhaustivo, pero su tartamudez se redujo mientras la relación se desarrollaba. Luego, cuando evaluó su éxito final, la terapeuta sintió que habrían fracasado si ella se hubiese apresurado o simplemente hubiera ignorado el contacto físico.

Es hora de retomar nuestra discusión de la tartamudez fácil. Una vez que el niño puede insertar una palabra fácilmente tartamudeada, después de nuestra señal, le pedimos que cuente el número de tartamudeos fáciles que realiza sin que reciba nuestra señal. Podríamos establecer un cierto número, antes de que abandonemos esta actividad o hagamos algo más, o podríamos pedirle al niño intentar un número acordado de modo que pueda obtener un maní como premio. Podríamos presentar la actividad así:

TL: “Durante los últimos días, hemos aprendido a decir de forma fácil algunas palabras, ahora vamos a cambiar eso un poco. No te voy a dar una señal hoy, pero llevaré la cuenta de las palabras fáciles que puedas decir en este pequeño

contador. Así que ahora tu deber es decirme cómo jugar béisbol y veremos cuántas de esas palabras tartamudeadas fácilmente puedes decir”.

(Él empieza a hablar y tartamudea con facilidad cada palabra).

“Oye, espera un momento, ¡despacio, lo estás haciendo con todas las palabras!

(Ambos se ríen)

Me engañaste todo el tiempo. Por cierto, todas eran palabras fáciles. Pero suena gracioso cuando lo haces con cada palabra, ¿no es cierto? Parece como si un robot hablara, ahora empecemos de nuevo y esta vez hazlo con una de vez en cuando, una por cada oración estaría bien”.

Unos pocos niños no usarán la tartamudez fácil en lo absoluto. Si esto sucede, simplemente les indicamos, una vez más, lo que tienen que hacer. Si aun así no lo hacen, podemos retroceder y usar algunas otras señales hasta que tengan una idea.

Hay un sin número de actividades que usted puede desarrollar a partir de esta idea de ayudarlo a introducir la tartamudez fácil en su habla, ambos podrían utilizar un dispositivo contador de números. Él cuenta sus palabras tartamudeadas fácilmente y usted las del niño. A veces es necesario recordarle que lo está haciendo demasiadas veces, pero, por lo general, esto no es un problema, lo importante es que el niño está enseñándole a su boca una mejor forma de tartamudear.

Cuando recién empezamos a usar algunas de estas técnicas, nos asombramos al descubrir que, aunque ni lo mencionamos, los niños comenzaron a cambiar su tartamudez difícil en fácil. Planeamos enseñarles a cambiar un momento de tartamudez difícil en fácil, en alguna otra ocasión, pero ellos ya lo estarían haciendo sin decirles nada, parece ser algo natural. Mientras los niños aprenden esta forma fácil de tartamudear, inconscientemente empiezan a cambiar la tartamudez difícil por la fácil.

Muchos de nuestros clientes que empezaron a modificar la tartamudez por sí mismos, no se dieron cuenta. Después de preguntarles, nos convencimos de que fue un fenómeno totalmente inconsciente. No se percataron de que hacían algo diferente con las palabras difícilmente tartamudeadas, estos eran los niños que tenían numerosas palabras tartamudeadas fácilmente en su habla, incluso antes de la terapia. Era como si el cuerpo tuviese la cura esperando que el niño la descubriera, de modo que cuando le dimos una instrucción extra y sensibilidad, el cuerpo pudo ayudar a curarse a sí mismo, como lo hace con otros trastornos.

Cómo cambiar la tartamudez difícil durante el habla real

Desafortunadamente, no todos los niños desarrollan habla fluente tan fácilmente, así que debemos progresar. El próximo paso lógico es enseñarle a nuestro cliente a cambiar ese momento de tartamudez difícil durante las conversaciones en la vida real.

Esta es una tarea difícil para cualquiera que tartamudee, debemos darnos cuenta de lo que le estamos pidiendo. Le estamos solicitando que enfrente su miedo y las conductas de tartamudez directamente y que haga manipulaciones conscientes de su boca justo en el momento en el que tiene más dificultad.

Es por esto que hemos pospuesto esta actividad. Afortunadamente, ya hay mayor confianza y el niño ha aprendido a no tener mucho miedo a su tartamudez. Sin embargo, la terapeuta debe estar preparada para que falle muchas veces durante esta tarea. No es sumamente importante cuantas veces puede tartamudear con facilidad, lo que buscamos es el conocimiento de sí mismo de que en realidad puede tartamudear fácilmente, la realización de que esto es posible.

El día que descubra que voluntariamente puede hacer algo con su tartamudez cambiará su vida. Ese será el día en el que la tartamudez pierda su influencia poderosa sobre él, cuando ya no deberá sentirse indefenso, habrá enfrentado sus miedos y ganado.

Así es cómo podría comenzar a enseñarle a cambiar su tartamudez difícil por la fácil durante el habla real:

TL: **“Los últimos días hemos pretendido atascarnos de forma difícil; luego, antes de terminar de decir la palabra, la cambiamos por la forma fácil, ahora vamos a tratar de hacer lo mismo, pero, esta vez, no vamos a pretender. A veces, cuando te escuche atrancarte en una palabra te tocaré el brazo así, cuando sientas mi mano en el brazo, tu deber será atascarte a propósito en la palabra. Luego, cuando aleje la mano, puedes empezar a decir la palabra despacio y con facilidad. Entonces, cuando te toque debes tartamudear la palabra con dificultad y cuando la aleje dila con facilidad. Mírame, empezaré a hablar ahora y me atascaré a propósito. Cuando me escuches atrancarme, toca mi brazo. Me atascaré hasta que alejes la mano”.**

(La terapeuta deja que la toque por unos minutos hasta que ella crea que él lo entendió). **“Ahora es tu turno, ¿Qué tal si me cuentas lo que ves en esta imagen?”.**

(Haga de la conversación algo concreto y lo más libre de emociones como sea posible. Es mejor que no improvise al principio, esta es una forma difícil de hablar y la tarea también lo es).

N: **“Bueno, hay un hombre lavando las ventanas y uno cortando el cece... (La terapeuta lo toca) cececésped”.**

TL: “Detente un minuto. Olvidaste tartamudear difícilmente en esa palabra hasta que yo me aleje. Esta es una tarea difícil y muchas veces lo olvidarás y cometerás errores. Tienes que ser valiente, porque hay que armarse de valor para hacer lo que estás haciendo. La vieja tartamudez causa mucho miedo y solo alguien fuerte la enfrentará, así que intentémoslo otra vez”.

N: “Hay un ni-ni”. (La terapeuta lo toca de nuevo y él se atasca en la palabra pero la dice tan pronto como ella retira el dedo).

TL: “Oye, eso fue mejor. Pudiste bloquear la palabra hasta que retiré el dedo. Eres un niño muy valiente. Pero ahora recuerda que tienes que decirlo despacio y con facilidad, esta vez, la soltaste así.

(La terapeuta lo demuestra). **Intentemos otra vez”.**

N: “Los niños están nadando en la pi...” (La terapeuta lo toca).

TL: “Ahora sigue bloqueando esa palabra, continua tartamudeando de forma difícil, ahora dilo despacio y con suavidad.

(El niño dice la palabra con facilidad) **oye, lo lograste, luchaste contra esa palabra hasta que se rindiera”.**

(Ambos están felices y ríen juntos, ella coloca la imagen en otro lado y se sientan, tal vez podría sacar el frasco de maní).

“Ya fue suficiente, comamos un poco de maní”.

“Sabes, traté a un niño de otra escuela el año pasado, tenía más o menos tu edad, y tartamudeaba bastante, peor que tú. Empezó a mejorar después de aprender a convertir las palabras tartamudeadas difícilmente en palabras tartamudeadas con facilidad, así como tú lo hiciste hace un minuto. Él me dijo que era como cabalgar un potro que corcovea. Tienes que permanecer allí

hasta que puedas calmar al caballo y llevarlo a donde tú quieras que vaya, al igual que con esas palabras que causan dificultad; tienes que seguir diciéndolas y luchar hasta que puedas decirlas despacio, con suavidad y facilidad”.

Finalmente, hemos estado cara a cara con el miedo más grande de la persona que tartamudea. Al principio de la terapia, demostramos y hablamos sobre la tartamudez, luego enfrentamos el sonido y la sensación del trastorno a través del uso de la pseudo-tartamudez. Ahora, hemos alcanzado el centro o núcleo del miedo de la persona con tartamudez. La boca no está dispuesta a moverse o si lo hace, es de una manera incontrolable y con espasmos.

Debido a este miedo, las personas con tartamudez desarrollan características secundarias, que asociamos con la persona que tiene tartamudez severa. El aspecto difícil de dicha confrontación es que no solo le estamos pidiendo que tenga un enfrentamiento cara a cara sino también que permanezca en el mismo hasta que el miedo se reduzca lo suficiente como para permitirle modificar la palabra.

En el pasado, ha evadido la palabra por completo o ha tartamudeado lo más rápido posible. Una vez que ha tartamudeado, por el momento ha escapado de su miedo y ha obtenido alivio. Pero, ahora, le estamos pidiendo que cambie mucho más que solo la palabra tartamudeada. Queremos que cambie todas las respuestas aprendidas a su miedo más temido. Sin embargo, cuando concluye esta tarea, hay una reducción automática del forcejeo y de otras características secundarias, lo que resulta en un incremento natural de la fluidez.

Siempre terminamos una actividad similar apenas tengamos éxito. El impacto se dio y hacerlo más disminuiría el sentimiento que él tiene al momento. Luego habrá tiempo para desarrollar más a profundidad su habilidad y perspicacia.

La transferencia es otra razón por la cual no instruimos excesivamente. Las técnicas suelen asociarse con el profesor de lenguaje y la sala de terapia. Tratamos de mantener, en lo posible, la terapia del lenguaje lo más parecida al mundo real, e intentamos convertir nuestras lecciones en una parte del curso de la vida del niño.

Ahora que está aprendiendo a modificar su tartamudez real, podemos comenzar a que lo haga de forma involuntaria y por iniciativa propia.

TL: “Durante los últimos días, has aprendido a cambiar algunas de las palabras tartamudeadas difícilmente por unas tartamudeadas fácilmente. Pero, hoy no te voy a tocar cuando tengas dificultad, vamos a ver si puedes hacerlo solo. Tu tarea es la siguiente, durante los próximos cinco minutos trata de hablar tan bien como puedas, pero cuando no puedas tartamudear difícilmente en una palabra, intenta decirla con facilidad. Ahora, voy a utilizar el dispositivo contador para contar el tiempo que tartamudeas. ¿Crees que recordarás hacerlo al menos una vez durante cinco minutos?”

N: “Ah, podría hacerlo al menos diez veces”.

TL: “Espera un minuto, son muchas veces, veamos si al menos puedes tres, puedes empezar”.

Nos gusta que el niño nos ayude a establecer las metas, es posible que su predicción haya sido poco realista al principio pero llegamos a un arreglo que posiblemente, sea correcto. En todo caso, aprenderá que es más difícil de lo que parece y se volverá más realista en el futuro. El hecho de que él ayude a establecer sus propios objetivos lo involucra en el proceso de aprendizaje.

Hacemos muchas variaciones de la actividad anterior. Puede darle el contador para que él mismo lleve la cuenta. Esto le permite observar si él se percata cuando lleva a cabo

exitosamente la tarea, también podemos hacer un concurso para ver quién puede cambiar más palabras difícilmente tartamudeadas. Hay muchas maneras de ayudarlo a aprender que no tiene que rendirse cuando la tartamudez lo abrume.

Se debe entender que mientras realizamos estas actividades de lenguaje, continuamos con nuestra investigación de las necesidades emocionales y psicológicas del niño. Aunque ya hemos comentado sobre dichas necesidades en capítulos anteriores, nos gustaría resaltar que el niño con tartamudez confirmada, probablemente ha experimentado más sufrimiento emocional debido a su tartamudez y por lo tanto debemos dedicar más tiempo y esfuerzo a esta área. (Una vez más, esto no siempre es cierto. Algunos niños parecen no estar muy afectados por la tartamudez. El forcejeo y la evasión parecen ser casi automáticos y sin mucha emoción. Sin embargo, por lo general, esto cambia mientras crecen, porque la tartamudez no se queda sin castigo y sin estigma por tanto tiempo).

Cómo involucrar a los padres

Es a este punto de la terapia, cuando le pedimos ayuda a un padre. Antes de solicitar ayuda, debe sentirse segura de que él o ella será un ayudante confiable. Los padres, debido a su gran amor, en ocasiones, pueden volverse muy entusiastas al ayudar con las actividades y pueden causar mucho daño al niño y arruinar todos sus esfuerzos.

Esto nos recuerda una historia trágica que nos contó una terapeuta de lenguaje de una escuela. Ella trataba a un niño que tenía un ligero trastorno del lenguaje y de la articulación. Sus padres eran inteligentes y parecían ansiosos de ayudar de cualquier forma que pudieran, así que la terapeuta sugirió algunas actividades que ellos podían realizar durante el verano, les explicó que unos pocos minutos al día sería suficiente.

En septiembre, se sorprendió al descubrir que el niño tenía tartamudez severa y que los padres estaban enojados y alterados, habían dedicado casi dos horas diarias en ayudar al niño a hablar mejor y descubrieron que estaba empezando a tartamudear. Luego, cuando comenzó a hacerlo, se dedicaron a trabajar aún más pero esto lo empeoró.

La terapeuta dijo que nunca más haría sugerencias de esta naturaleza justo antes de las vacaciones de verano.

Incluso después de sentirse confiada acerca del criterio de los padres, debería evaluar al niño en base a los resultados de la ayuda de sus padres.

No obstante, algunos padres pueden ser de gran ayuda, principalmente al recordarle al niño que debe usar el lenguaje fácil que hemos practicado. Para poder lograrlo, damos una cita a los padres y les enseñamos sobre la tartamudez. En esta sesión, el niño y usted deberán enseñar a los padres cómo tartamudear con facilidad. Lo hacemos de modo que ellos puedan realmente ver y sentir la diferencia entre las formas de tartamudez difíciles y fáciles; **asegúrese de explicarles la necesidad de revertir el crecimiento del trastorno, primero coménteles que el niño debe aprender a tartamudear con facilidad y es, en este momento, cuando podemos esperar una mejoría de su fluidez.**

Hemos visto que muchos niños se divierten en estas sesiones con los padres; al principio, los padres se ven y se sienten un poco ridículos mientras practican la tartamudez de varias maneras. Por primera vez, el niño tiene un sentimiento de superioridad frente a sus padres, siente que: “¿No es tan fácil tartamudear, verdad?” además, es bueno para ellos porque se dan cuenta de que la tartamudez no es algo tan simple como ellos creían.

Después de enseñar a los padres a tartamudear, podemos decirles lo que pueden hacer en casa para ayudar al niño con su tartamudez. En ocasiones, ideamos una señal que

indique al niño que está tartamudeando de forma difícil, sin darse cuenta, entonces podrá intentar cambiarla por las formas fáciles. A otros padres solamente les pedimos que usen la palabra “fácil” cuando el niño tenga un momento de tartamudez difícil.

Eso es todo lo que queremos que hagan, además de darle gran cariño y apoyo, no les pedimos que le den otras órdenes o consejos. La palabra “fácil” dicha con delicadeza y sin amenazas es a menudo suficiente.

Además, debemos asegurarnos de que los padres entiendan que esta ayuda se la debe dar solo **de vez en cuando**. No queremos que estimulen la tartamudez fácil todo el tiempo, ya que el niño se molestaría tanto con los padres como con la terapeuta si esto ocurriera. Un recordatorio por parte de los padres, de vez en cuando, puede servir de gran ayuda en el proceso de la terapia.

Cómo afianzar la fluidez

En el capítulo sobre tartamudez incipiente, mencionamos la necesidad de desarrollar la fluidez todos los días, debemos hacer lo mismo en el caso de tartamudez confirmada. Tenemos que crear oportunidades y condiciones de manera que el niño tenga la posibilidad de hablar con fluidez todos los días. De hecho, mientras intentamos reducir la gravedad de la tartamudez, también debemos desarrollar la fluidez que él muestra y fortalecerla, esto se vuelve más importante cuando el trastorno se vuelve más ligero. Cuando es aparente que la gravedad se reduce con la terapia, podemos enfocarnos más en desarrollar la fluidez.

Incluso podría poner al niño bajo situaciones de estrés ahora que está hablando con más facilidad, pero no debe darle más estrés del que pueda manejar exitosamente. Si

empezamos a aumentar el estrés comunicativo y empieza a tartamudear con dificultad, nos detenemos y conversamos y vemos si es posible resolver su dificultad. Si después de volver a la conversación estresante, el niño aún no puede manejarla, dejamos de lado la tarea y la retomamos otro día, rara vez sucede esto en nuestra experiencia. Después de algunos intentos, el niño debe estar lo suficientemente des-sensibilizado como para manejar situaciones de estrés.

Muchos de nuestros pequeños clientes que tartamudean parecen manejar de mejor manera el estrés comunicativo, después de recibir terapia, que sus compañeros que hablan de manera fluida. Los niños nos han comentado que sus amigos no sabían cómo llamar a un almacén y pedir información, esta es una nueva experiencia para la mayoría de los niños; pocos niños de segundo grado han llamado a una tienda a preguntar cuánto cuesta una patineta. Dichas experiencias le hacen sentir a su cliente más maduro y, a la vez, lo expone a situaciones que tendrá en el futuro.

En este punto, su cliente debería mostrar una marcada reducción tanto en la cantidad como en la gravedad de la tartamudez, también debería poder hablar abiertamente y con franqueza acerca de su tartamudez; de modo que tratamos de descubrir lo que le ocasiona dificultad, ¿Hay alguna persona con quien todavía tenga dificultad para comunicarse? ¿Se han dado situaciones que han provocado más tartamudez durante la semana pasada? ¿Hay algunas palabras o sonidos con los que tenga dificultad? Cuando encontremos estos problemas especiales, tratamos de inventarnos maneras para resolverlos con terapia.

Cómo afianzar independencia

Finalmente, llega el momento en el que se comienza a considerar en suspender la terapia del niño, está hablando muy bien y necesita una oportunidad para estar por sí solo un tiempo. El curso progresivo del trastorno se ha revertido y aunque, no sea completamente fluente, tanto la cantidad como la calidad de la tartamudez se han reducido mucho. A pesar de que tartamudea con dificultad en ocasiones, tiene confianza en su habilidad para controlar los movimientos de la boca. Además, a este punto, se siente feliz con su habla y, en general, una terapia avanzada no sería productiva. Su habla está mejorada, y quiere una oportunidad para disfrutar su nueva libertad, así que es momento de darle tiempo libre.

Otra razón por la cual recomendamos liberarlo por un tiempo, es para que tenga la oportunidad de tomar por sí solo el último paso para poder hablar con fluidez. La ventaja de este tiempo sin terapia, es que algunos de nuestros clientes han alcanzado altos niveles de fluidez por sí mismos y por lo tanto, sienten que se han “curado”. Cuando lo dicen, nos sentimos felices, ya no sentimos miedo a la regresión con niños que se sienten así. Un niño que cree que se ha “curado” está lleno de confianza, que dudamos que la tartamudez tenga la oportunidad de empezar de nuevo algún día.

Sin embargo, si es que reaparece, por lo general puede planear trabajar con el niño una vez más en otra ocasión. Cuando lo libera por primera vez, puede considerarlo el final de la primera fase de la terapia, puede atravesar muchas fases antes de darle el alta al niño definitivamente.

Un cambio completo, rara vez, proviene de una experiencia de aprendizaje. Como en la mayoría de los seres vivientes, el cambio en las personas que tartamudean no es un proceso continuo o directo, más bien se mueve de manera cíclica. Las aceleraciones en el progreso vienen seguidas por periodos temporales de disfluencia, pero, siempre la tendencia general es hacia la fluidez. No trate a estos niños por mucho tiempo; si lo hace, empezarán a depender de usted por su recién descubierta fluidez.

Cuando recién empezamos en este trabajo como especialistas en tartamudez de niños de escuela, cometimos el error de darles terapia a los niños por mucho tiempo, queríamos estar absolutamente seguros de que estuviesen “curados”. Como resultado de esto, se volvieron fluentes solo cuando los veíamos y cuando los dejábamos solos, tenían recaídas o cuando llegaban las vacaciones de verano empezaban a tartamudear otra vez. Finalmente, nos dimos cuenta de que no podemos protegerlos siempre, debemos dejarlos ir con algunos defectos para que puedan ganar la fuerza que necesitan.

Algunos niños no requieren más terapia en lo absoluto y unos pocos necesitan sesiones de refuerzo. Por lo general, después de darles el alta nos las arreglamos para ver a un niño otra vez, después de un mes; sea que tenga problemas o no, estará contento de vernos. Unos pocos están rara vez deprimidos y preocupados porque la antigua tartamudez ha regresado, no es tan mala como antes, pero, otra vez tienen miedo. Una vez que se les vuelve a asegurar que esto es normal y parte de la mejoría, los niños se calman y pueden hablar sobre sus problemas. A menudo, se olvidan algunas de las cosas que les hemos enseñado, nos contarán que tartamudean mucho con una palabra. Debemos lograr que vuelvan a ser objetivos y analicen lo que sucede. En alguna situación de estrés,

probablemente se sintieron nerviosos y comenzaron a forzar su tartamudez como lo hacían antes de forma difícil; sin embargo, es asombroso como sus habilidades reaparecen.

Después de una semana de sesiones de refuerzo, el niño generalmente habla bien otra vez. Además, ha crecido de forma considerable con esta experiencia, se ha valido por sí mismo, ha aprendido algo nuevo, ha experimentado el éxito y el fracaso. Ahora, conoce mejor el tipo de cosas que ejercen presión sobre su recién descubierta fluidez. Durante la semana de terapia de refuerzo, ha aprendido cómo resolver mejor los problemas, también tendrá más confianza porque ha visto que su tartamudez regresó pero pudo hacer algo para enfrentarla.

Aunque no tenemos una regla de oro, a menudo, hacemos una cita para otra sesión de terapia en un par de semanas para ver si el progreso que obtuvo durante toda la semana de la sesión de refuerzo tuvo lugar. Luego, no lo vemos hasta después de un mes, y así sucesivamente hasta que lo veamos tal vez cada año; le damos cada vez más tiempo entre cada visita. Él continuará afianzando su fortaleza y confianza, debemos recordar una vez más, que no es nuestro trabajo curarlo, solo tratamos de cambiar el curso de la tartamudez para regresarla a una forma más ligera, en última instancia, el niño hace el resto, y ¡sí que lo hace!

Cómo trabajar con los padres

Uno de los problemas con el que nos encontramos, cuando trabajamos en las escuelas con niños que tartamudean, es que no podemos dedicarles tanto tiempo a los padres como quisiéramos. A menudo, tenemos suerte de verlos una o dos veces en persona y luego los mantenemos al tanto de las novedades vía telefónica. Este ha sido nuestro método habitual de tratar a los padres, aunque, con algunos que tenían tartamudez severa hemos logrado hacer más citas durante el curso de la terapia. Si un niño nos cuenta sobre algunos comportamientos inapropiados o peligrosos por parte de los padres, tratamos de hacer más de una cita. Muchos interpretarían esto como si estuviéramos aconsejando una mínima intervención de los padres, lo cual no es cierto. El motivo es simplemente un asunto de tiempo y necesidad. Además, en muchos hogares, ambos padres trabajan, lo que implica otra dificultad para hacer una cita. La mayoría de las terapeutas de escuela entenderán por qué esta lamentable situación existe. Sin embargo, debemos aprovechar cada oportunidad para tratar a los padres más seguido, su influencia en el niño es mayor a la nuestra y la intervención máxima de los padres debería ser el interés principal.

Hemos tenido muy buenas experiencias con los padres durante los programas intensivos de verano que ofrecemos a un pequeño grupo de clientes. Ya que en la escuela no había clases regulares, los padres tenían que traernos a los niños, lo cual creó una excelente oportunidad para trabajar tanto con los padres como con el niño. Dichos programas, tuvieron lugar por seis semanas, cinco días a la semana y veíamos a cada niño durante treinta minutos. Durante muchas sesiones, invitamos a los padres a que formaran parte de la terapia, las primeras veces, solo dejábamos que vieran cómo trabajamos con el niño. Ellos

podían ver cómo interactuábamos con él, que no lo juzgábamos y estábamos relajados en la terapia, que tratábamos abiertamente la tartamudez, con honestidad y objetividad. También queríamos que nos vieran cómo jugábamos con el niño, permitiendo que él dirigiera la mayor parte de la actividad mientras manteníamos nuestras preguntas a lo mínimo. Esperamos que el ritmo lento y calmado de la sesión, les diera a los padres un buen ejemplo a seguir.

Después de que los padres tuvieron confianza en nosotros, les otorgamos un papel más activo en las sesiones. Les pedimos que jugaran junto con nosotros y descubrimos que, a menudo, adoptaban nuestra manera de jugar y nuestra lenta velocidad de habla; a unos pocos, les pedimos que nos ayudaran a localizar las áreas de tensión en las palabras tartamudeadas, o todos imitábamos la pseudo-tartamudez en una palabra y luego localizábamos el punto de tensión. A veces, podíamos producir pseudo-repeticiones con variaciones en el número de tiempos.

Descubrimos que nuestros niños generalmente progresaban más rápido durante los programas de verano y debemos asumir que una de las razones para que esto sucediera, era la gran intervención de los padres. De modo que si usted tiene la oportunidad de ver más seguido a los padres, le recomendamos encarecidamente que lo haga; pero si no puede hacerlo tan seguido como usted quisiera, tal vez, algunas de nuestras experiencias pueden ayudarlo a lograr más durante su tiempo limitado.

Una de nuestras metas en las conversaciones con los padres es adquirir información. Debemos conocer todo lo que podamos acerca del niño y de su tartamudez, hay dos maneras para que pueda obtener esta información. Una es a través de preguntas directas, y

la otra es un enfoque más abierto e indirecto; en nuestra experiencia, la forma indirecta es muy superior.

Si es posible, intentamos hacer una pregunta general con la esperanza de que los padres la usen como una oportunidad para aliviarse de sus sentimientos reprimidos de frustración, culpa o ansiedad resultantes de la tartamudez de su hijo. Hacer a los padres estas largas preguntas generales conlleva a una mejor entrevista. Mientras ellos comienzan a hablar, a menudo, le dirán cosas que no tenían intención de revelar y que no habían aflorado a su conciencia anteriormente. Además, suele haber información que los padres quieren contarnos pero que no nos lo dirán hasta que la situación se torne en una sesión de preguntas y respuestas. El hacer preguntas como: ¿Cuándo empezó Juanito a gatear, caminar, hablar o tartamudear? solo conducirá a respuestas cortas. Los padres nunca tienen la oportunidad de aliviarse y como resultado no podemos adquirir una nueva percepción de nuestro cliente. Los padres necesitan hablar libremente, y debemos conducir la entrevista de tal manera que podamos hacerlo posible.

Puede usar frases introductorias como por ejemplo: “Cuénteme sobre Juanito, con esto, me refiero a ¿Qué clase de niño es él? ¿Cuáles son algunas de sus fortalezas y debilidades, que le gusta y que le disgusta?”, etc.

Otra pregunta general, que uno puede usar, es simplemente que nos hablen de su tartamudez, puede comenzar diciendo, “ahora qué tal si me cuentan sobre el desarrollo de su habla, recuerden cuando recién empezaba a pronunciar palabras”.

Mientras le cuenta sobre el desarrollo del habla, puede hacer preguntas específicas durante su narración, como, “¿Cuándo empezaron a notar su tartamudez?” “¿Qué creen que

la pudo haber provocado?”. A este punto también puede preguntarles qué han hecho para ayudarlo a superar su tartamudez. “Me imagino que han recibido muchos consejos de parientes y amigos, parece ser que todos son expertos en el problema de la tartamudez, y todos piensan que ustedes no están usando los métodos adecuados para curarlo. A la gente le encanta darnos consejos acerca de nuestros hijos”. Asegúrese de detenerse aquí porque a veces los padres tienen muchas hostilidades reprimidas con respecto a los consejos de otras personas. También podemos preguntar: “¿en qué situación parece tartamudear con más intensidad? A la hora de la cena o después de clases suelen ser los peores momentos”. Por supuesto, incluso con este tipo de entrevista indirecta, seguiremos preguntando y respondiendo a preguntas mientras avanzamos, pero, es más como una conversación que un interrogatorio, es a la vez amistosa e informativa. Debemos asegurarnos de que los padres entiendan que no estamos condenando o juzgando, que simplemente intentamos entender el problema.

Nuestras técnicas de entrevista son como las que usamos en la terapia. Tratamos de que los padres hablen abiertamente, de modo que usamos un tipo de lenguaje que refleje las palabras de ellos. Esto demuestra que hemos captado el mensaje, que estamos interesados, y les anima a hablar aún más. Continuamente estamos forzándonos a tolerar las pausas, a menudo, tendemos a tener miedo o evitar dichas pausas. Tal vez, tengamos miedo de mostrar a otros que no tenemos nada que decir o que carecemos de conocimientos. Sin embargo, la pausa es una manera efectiva de hacer que los padres hablen más. Después de todo, no les gusta ser interrumpidos o que les demos sermones; durante una pausa el padre puede estar decidiendo si decirnos algo significativo o no, suelen necesitar tiempo para

armarse de valor, y deben sentir que les estamos dando una oportunidad y que no juzgamos sus revelaciones.

Para que este tipo de entrevista sea efectiva, debemos mostrar respeto a los padres. Si van a hablar abiertamente con nosotros, deben sentirse cómodos; les aclaramos que estamos explorando, mas no, tratando de evaluar la culpa. “Por favor ayúdeme a entender para que pueda ayudar de mejor manera a su hijo”.

También nos interesamos en las relaciones del niño con sus hermanos y con sus amigos del barrio. ¿Cómo han reaccionado hacia su tartamudez? ¿Tiene otras conductas atípicas como comerse las uñas, mojar la cama, etc.? Averiguar sobre la rutina diaria del niño también es importante, hemos conocido muchos casos en los que el tiempo del niño es extremadamente estructurado. En ocasiones, la tartamudez es un llamado de ayuda para dejarlo ser libre y crecer a su manera.

No olvidaremos fácilmente a un pequeño niño que presentaba muchos comportamientos nerviosos además de su ligera tartamudez. Al preguntar a sus padres acerca de su rutina diaria, descubrimos que su día, el cual empezaba a las 6:30 a.m., estaba casi continuamente estructurado hasta la hora de acostarse a las 7 p.m. Aparte de la escuela, tenía clases de catecismo, varias tardes en la semana, tenía estudios bíblicos y versículos que memorizar, tenía reuniones de jóvenes y otras actividades de la iglesia, acudía a clases de música y la práctica resultante durante la semana. Tomó clases de natación y formaba parte de un pequeño equipo. Estábamos convencidos de que tenía padres amorosos quienes trataban de brindarle cada actividad posible que lo beneficiaría. Sin embargo, cuando

empezaron a contarnos sobre su rutina diaria se mostraban cada vez más molestos mientras continuaban. Finalmente, el padre se detuvo y empezó a hablar sobre actores y otros personajes famosos que sufrían de crisis nerviosas debido a mucho trabajo. “Me pregunto” dijo, “¿estamos lastimando a nuestro hijo con todas estas actividades?” entonces la madre habló y dijo que todas las actividades eran importantes y que no podía entender que una de ellas se pudiera discontinuar; luego, pidieron nuestra opinión.

Uno siempre siente tentación de hacerles ver, claramente, que esto pudiera causarle una úlcera de estrés al niño, pero no se lograría mucho y podría crear antagonismo, así que en su lugar dijimos lo siguiente:

“No aseguro ser un psiquiatra de niños, pero sí sé cómo ayudar a niños que empiezan a tartamudear, hablar es algo difícil para algunos de ellos. Muchos de nosotros no nos damos cuenta de esto, a menos que tratemos de aprender un nuevo idioma, y su niño nos está demostrando que tiene problemas al decir las palabras con fluidez. Además, en este momento de su vida está adquiriendo muchas otras habilidades, así que les recomendaría que trataran de hacer su vida lo más simple posible y sin complicaciones.

Disminuyan la disciplina y denle tanta libertad como sea posible, ustedes acaban de descubrir esto, justo ahora que empezaron a hablar de muchas actividades de su hijo, mientras las describían comenzaron a ponerse molestos, empezaron a darse cuenta que, poco a poco, con el pasar del tiempo sus actividades semanales aumentaban hasta que hoy en día tiene poco o nada de tiempo libre.

Pero, por favor, no piensen que esto significa que son malos padres, lo más probable es que sea lo contrario, lo aman tanto que quieren darle todas las oportunidades de aprendizaje posibles. Sin embargo, durante este tiempo que está tratando de aprender tanto, sería beneficioso que dejara algunas de estas actividades planeadas y le dieran una oportunidad de superar su tartamudez.

Mientras menos compliquemos su vida, mejores son las oportunidades para que él siga adelante. Cuando, en realidad, haya superado la tartamudez, gradualmente pueden retomar el tipo de disciplina y las actividades extracurriculares que ustedes piensen que son apropiadas. Por lo tanto, recomendaríamos que intenten hacer algo diferente por unos meses para ver si esto ayuda a mejorar su habla. Con nuestra experiencia podemos decir que este tipo de cambios en la vida de un niño, a menudo, trae de regreso el habla fluente normal”.

Después de esto intentamos enfocar la conversación en las alegrías de ser niño, en lo divertido que es ser libre y no tener responsabilidades. Creemos que llegamos al punto sin herir sus sentimientos, ellos sintieron que fueron quienes descubrieron su error y no se sintieron condenados o en ridículo.

Como un epílogo de este episodio, después descubrimos que le habían comentado al pediatra lo que les habíamos recomendado y él había acordado lo mismo, y solo así decidieron aceptar nuestro consejo. A veces nos hiere darnos cuenta de la diferencia en credibilidad, entre las terapeutas de lenguaje y los miembros de la profesión médica, pero, lo importante es que los padres sí realizaron cambios drásticos y con ellos, el niño alcanzó

su plenitud. Su profesora de lenguaje quedó maravillada con el cambio notable y el niño superó el problema de tartamudez ligera en un corto tiempo.

Además de buscar información que nos ayude a conocer mejor al niño, siempre debemos intentar aliviar los sentimientos de culpa que los padres puedan tener; aunque algunos padres se sientan calmados y relajados cuando hablan de la tartamudez del niño, la mayoría tienen sentimientos profundos de culpa. La sociedad todavía piensa que los padres son culpables de la tartamudez de un niño y los padres creen, perfectamente, no solo las acusaciones de la sociedad sino su misma condena, todo padre comete errores.

Algunas personas no estarán de acuerdo con nuestro deseo de acabar con la culpabilidad que sienten los padres porque en muchos de los casos de hecho los padres son culpables de hacer cosas dañinas para la fluidez del niño. Nuestra respuesta es que los eventos que hayan sido dañinos para el niño ya sucedieron, son historia; debemos preocuparnos del presente y del futuro si queremos ayudar al niño con su tartamudez. Si están escuchando sus sentimientos de culpa, no pueden escuchar nuestras recomendaciones. Además, los padres siempre estarán más dispuestos a contarnos las historias completas de sus relaciones con el niño si se sienten menos culpables. Finalmente, un padre culpable no puede hacer nada bueno por el niño ni por nosotros en términos de futuro.

La culpa de los padres también puede afectar al niño, a menudo, él puede sentir que es el culpable de su angustia y, a su vez, puede sentirse avergonzado por defraudarlos. Hay muchas repercusiones negativas, con respecto a la culpa, con la que tenemos que lidiar con eficiencia.

¿Cómo podemos ayudar a reducir los sentimientos de culpa de los padres? Una forma importante, que ya se ha mencionado, es a través del tipo de atmósfera que creamos durante la entrevista, un ambiente de objetividad y exploración es de gran ayuda para los padres. Muchos de ellos, vienen donde nosotros preocupados de lo que les podamos decir, cuando se dan cuenta que somos amigables, objetivos y que no los condenamos, gran parte de su culpa comenzará a desvanecerse.

Otra manera es identificarse con los padres por algunos de los sentimientos guardados. Cuando hable sobre la tartamudez, puede pedirles que le digan lo que hacen cuando el niño tartamudea. La mayoría contestará que ignoran la tartamudez o que le dan un pequeño consejo. No haga comentarios enseguida acerca de lo apropiado de su respuesta, en lugar de ello trate de verbalizar algunos de sus sentimientos negativos. Podría decir algo así:

“Debe ser muy difícil para usted escucharlo hablar de esa manera, se siente impotente, todos queremos que nuestros hijos no tengan problemas al crecer y hablar parece algo muy simple para nosotros, ¿Por qué tiene dificultad? Algunos padres nos han dicho que se sienten muy frustrados porque no pueden detener la tartamudez a pesar de todo lo que hacen. A veces, la tartamudez es tan intensa que uno solo quiere taparse los oídos”.

Muchos padres nos interrumpen en este punto (si no lo hacen, hacemos una pausa larga para que tengan tiempo de responder) y se echan a llorar o empiezan a hablar con rapidez dando rienda suelta a su frustración, otros sienten alivio, al final alguien entiende. Nadie les ha hablado antes sobre lo mucho que les lastima escuchar a la “fea” tartamudez.

La gente les ha culpado pero nadie les ha hablado sobre su sufrimiento. Muchos han conversado con nosotros sobre la manera injusta en la que les juzgan quienes los rodean y otros han confesado odiar tanto la tartamudez de sus hijos que solo quieren gritarles que se callen.

A todas las respuestas debemos dar mucha comprensión. Los padres deben entender que tienen sentimientos humanos normales, sentimientos naturales de los cuales no deberían sentirse avergonzados. Lo que intentamos hacer es ver si podemos ayudarles para que acepten y entiendan sus sentimientos y enseñarles todo acerca de lo que pueden hacer para aliviar el problema del niño. No obstante, solo nuestra aceptación ayudará en gran porcentaje tanto a los padres como al niño porque si los padres sienten dichas emociones negativas, el niño también.

Las terapeutas del lenguaje deben darse cuenta que la mayoría de los padres van a la entrevista para obtener información, en lugar de darla. Anímeles a hacer preguntas puesto que sus inquietudes, con frecuencia, nos revelarán más acerca del niño y su familia que con un interrogatorio.

Lo primero que podemos hacer es acabar con el misterio que rodea a la tartamudez. Si podemos demostrar diferentes variedades de tartamudez a los padres, ellos pueden comenzar a entender lo que le está sucediendo al niño. Pocos padres pueden describir la tartamudez de sus hijos, algunos de ellos dan una descripción general como: repite palabras o se atasca en las palabras, pero, por lo general, no pueden describir la tartamudez de sus hijos con detalle. Tenemos que mostrarles diferentes tipos de tartamudez y pedirles que nos digan si el niño ha tenido alguno similar.

Al demostrar los diferentes tipos de tartamudez, les explicamos lo que pasa. Luego podemos imitar algunas instancias de la tartamudez del niño y explicar lo que sucede. Rara vez hemos pedido a los padres que traten de imitar la tartamudez siguiendo nuestras instrucciones. Cuando lo hacen, se reduce en gran proporción el miedo y la ignorancia que ha rodeado a la tartamudez, nos llevará tiempo ayudarlos a escuchar la tartamudez de su propio hijo dejando de lado las emociones. Sin embargo, muchos padres no pueden o no quieren imitar la seudo-tartamudez. Nunca los forzamos y siempre estamos alertas a cualquier signo que nos pueda indicar que aún no están listos para producir por sí solos la seudo-tartamudez.

Cómo hablar sobre la causa de la tartamudez

Ya que una de las primeras preguntas que nos harán es acerca de la causa de la tartamudez, tratamos de ser los primeros en hacer esta pregunta, debemos saber lo que ellos piensan. Sus respuestas son importantes ya que nos revelan mucho acerca de la clase de padres con los que estamos tratando. Hemos escuchado a padres usar muchas razones diferentes para la tartamudez de su hijo, “empezó a tartamudear después de que su tío lo lanzo al aire y se cayó de cabeza”, “comenzó después de que le dio una fuerte gripe”, “comenzó porque no quería ir a la escuela”, o la relacionan con la muerte de alguna persona en la familia o de una mascota. En ocasiones, culpan al nacimiento de un hermano o algún hecho que haya alterado la unidad familiar, también nos pueden decir que “la transmitió” un niño mayor que vive en el vecindario.

Las respuestas de los padres por lo general caen dentro de tres categorías. Culpan a un evento externo, a sí mismos, o simplemente no pueden responder a la pregunta. Aquellos que se encuentran en el último grupo podrían responder algo como:

“Hemos pensado mucho en esto, hemos tratado de recordar si hicimos algo que la provocó o si algo sucedió que haya causado la tartamudez, pero no podemos llegar a una conclusión. Hemos tratado de ser buenos padres, amar mucho a nuestro hijo, y educarlo como a los otros niños, simplemente no podemos entender en qué fallamos”.

Si los padres culpan a un evento externo, aceptamos su opinión sin juzgarla. A veces será difícil mantener la seriedad cuando un padre nos diga: “A Juanito le transmitió la enfermedad su pequeña vecina”, pero, cordialmente mostramos respeto por sus opiniones. En segundo lugar, la causa particular de la tartamudez que ellos exponen puede tener varias razones: (1) los puede aliviar de algunos sentimientos profundos de culpa que puedan esconder. (2) ya que la tartamudez es tan misteriosa, una causa, sin importar cuán extraña sea, puede satisfacer la necesidad de reducir el misterio. Algunas personas tienen miedo debido a alguna duda. No queremos ni contrariarlos ni humillarlos, de modo que los escuchamos con aceptación. Por lo tanto, podríamos responder a los padres que culpan a un evento externo por la tartamudez así:

“Es interesante y, de hecho, puede ser una de las causas contribuyentes, por lo general, son varias las razones por las que un niño tartamudea; aún no sabemos mucho acerca de su hijo, pero si él es como los otros niños que tratamos, entonces algunas de estas razones podrían ayudar a explicar por

qué comenzó a tartamudear o si eso empeoró la tartamudez”. (Luego explicamos algunas de las causas de la tartamudez en otros niños)

A los padres que suelen echarse la culpa a sí mismos inmediatamente intentamos aliviarlos de un poco de la carga que soportan. Podría decirles:

“En el pasado la práctica común era culpar a los padres, pero ahora, descubrimos que hay muchas otras razones, tratamos a niños que tartamudean de toda clase social, de hogares amorosos, así como de hogares destrozados, ricos y pobres, de familias grandes y pequeñas. Parece no haber ninguna razón específica para que el niño empiece a tartamudear”.

“Seguramente usted tiene una gran influencia en su vida, y estoy segura de que usted ha cometido errores, todos lo hacemos, pero usted podría educar a otro niño de la misma manera y no tartamudearía, ¿Por qué un niño empieza a tartamudear mientras otros no lo hacen?” (Es entonces cuando hablamos sobre algunas de las causas de la tartamudez que tienden a disminuir la vergüenza y culpa que ellos sienten. Lo importante es dar inmediata absolución por cualquier pecado de comisión u omisión que haya ocurrido).

Muchos padres que dicen que no conocen la causa de la tartamudez de su hijo se están culpando a sí mismos en secreto. Los padres, con o sin justificación, se hacen responsables o se llevan el crédito por el comportamiento de su hijo. Asumimos que estos

padres sienten un poco de culpa por la tartamudez del niño y nosotros intentamos darles una oportunidad para que compartan dichos sentimientos con nosotros.

Por lo general, los padres quieren saber nuestra opinión con respecto a la causa de la tartamudez, lo que nos pone en una situación delicada. El problema es que nadie conoce a ciencia cierta la causa de la tartamudez. Sin embargo, los padres esperan que nosotros les demos una respuesta y estas respuestas son importantes para su juicio sobre nuestra competencia. Si intentamos evadir el tema o hablamos de forma general, ellos pensarán que no tenemos conocimientos en la materia.

Después de escuchar hablar a los padres acerca de sus puntos de vista sobre lo que causa la tartamudez podemos decir algo como:

“Desearía poder decirles la causa exacta de la tartamudez, desafortunadamente, no hemos podido identificar una sola causa para la tartamudez. No obstante, los especialistas en problemas del lenguaje, entre otras personas, han realizado nuevas e interesantes investigaciones en las áreas de la genética, neurofisiología, la dinámica de la familia, y el desarrollo del niño, dichas investigaciones pretenden identificar muchos de los factores que están relacionados con el comienzo de la tartamudez en el niño”.

“Un hecho que, es importante conocer, es que el habla requiere de un conjunto complicado de habilidades motoras, ¡imagínese qué tarea más difícil debe ser para un niño solamente aprender! Los científicos dicen que hablar es el acto más difícil de la coordinación motriz fina que el hombre

puede aprender. Tomemos la oración: “fui a la tienda”, la mandíbula, lengua y labios se mueven a una velocidad rápida y cada movimiento se debe sincronizar perfectamente. Toda esta coordinación rápida también se debe sincronizar con el aire que sale de nuestros pulmones”.

“Otra habilidad complicada que el niño debe aprender es escoger las palabras correctas, ponerlas en el orden apropiado y pronunciarlas claramente. Lo que en realidad nos asombra es que muchos niños no tengan problemas al aprender a hablar. Muchos padres nos han dicho que nunca han visto al habla de esta forma, hablar parece tan fácil y resulta algo natural para ellos. Tienen una idea en sus mentes, abren su boca y las palabras correctas salen sin ningún esfuerzo, pero, para un niño que recién está aprendiendo, el proceso es mucho más complicado”.

“Ahora, veamos las razones por las que algunos niños parecen hablar sin problema y con mayor facilidad que otros. Si lleváramos a cinco niños al patio, quienes nunca antes han intentado saltar la cuerda y a cada uno les diéramos una cuerda y les dijéramos que nos vieran para que puedan aprender, uno o dos probablemente aprenderán la técnica enseñada, otros tendrán dificultad, pero, después de un tiempo, empezarán a tener éxito, pero, seguramente habrá uno o dos que simplemente no podrán dominar la coordinación necesaria. Esto no significa que los otros niños sean más inteligentes o que aprenden más rápido, lo que significa es que todos tenemos diferentes talentos y habilidades, lo que para uno es fácil para otro es difícil y viceversa, y así mismo sucede con el habla. Algunos niños

aprenden la coordinación de hablar más rápido y con mayor facilidad que otros”.

“Ahora, volvamos a hablar del niño que no podía saltar la cuerda, si él realmente hubiera querido aprender, habría llevado la cuerda a casa y habría practicado solo en el patio. Pudo haber tenido dificultades, pero al menos habría tenido la idea de cómo hacerlo en ciertos momentos. Si hubiera seguido practicando, habría mejorado gradualmente hasta cuando termine la semana y habría terminado saltando al igual que los otros niños. ¿Qué habría sucedido si nosotros hubiéramos estado pendientes de él, tratando de corregirlo después de cada intento? Probablemente se habría esforzado mucho y habría empezado a poner tensos los músculos, y mientras más practicaba lo habría hecho peor hasta que en algún momento se habría rendido enojado”.

“Lo mismo sucede al hablar, todos los padres quieren ayudar a sus hijos para que aprendan a hablar lo más fluido posible, sus equivocaciones los molestan y hacen cosas que los hace esforzarse más, hacen esto no porque sean malos padres sino porque lo aman y quieren lo mejor para su hijo. No solo los padres, sino sus abuelas, familiares e incluso los vecinos quieren ayudar al niño a aprender a hablar lo más perfecto y rápido posible, así como con la cuerda de saltar, el niño se pondrá tenso a menudo y frustrado y por lo tanto, tendrá dificultad para aprender”.

“No obstante, el niño puede provocar esta frustración y tensión que es tan perjudicial para el aprendizaje. Alguna que otra vez todos tenemos dificultad para hablar y él puede decir, “y-y-y-y-yo quiiiiero un vaso de agua”. Incluso si nunca antes pensó tartamudear, en este preciso momento piensa, “¿por qué no lo dije correctamente? ¿Por qué no puedo hablar como mi mami o papi o como los otros niños? ¡Algo anda mal!” Es entonces cuando empieza a esforzarse mucho. Si aquel niño que no pudo aprender a saltar la cuerda enseguida hubiera respondido de la misma manera esforzándose para ser tan bueno como los otros niños probablemente nunca habría podido aprender a saltar. Lo que sucede es que, mientras más se preocupa de no hacerlo bien, más se esfuerza y lo hace peor”.

“Cualquiera que sea el caso, lo que principalmente nos preocupa no es la causa, sino lo que podamos hacer para ayudarlo, no estamos tan preocupados de lo que originalmente causó la tartamudez, eso ya es historia. Lo que debemos hacer, es buscar maneras de ayudarlo a sentir menos presión de modo que pueda empezar a romper ese círculo vicioso en el que se encuentra. Descubramos lo que hace que hablar sea difícil en ocasiones”.

Lo que hemos intentado hacer es dar a los padres una analogía simplista a la pregunta complicada de lo que causa la tartamudez. El valor real de nuestra respuesta fue que los padres ahora tienen una explicación más lógica, comprensible y objetiva de la causa de la tartamudez. Las personas a menudo necesitan razones concretas de las circunstancias para poder manejar el futuro. Como le dijimos a los padres, tenemos la plena convicción de

que la causa original no es importante en esta etapa del desarrollo del niño debido a que ya está tartamudeando. Nada de lo que hagamos permitirá al niño regresar al tiempo en el que empezó la tartamudez. Nuestra preocupación yace en las tensiones del presente y en las maneras de aliviarlas.

Un último comentario acerca de nuestra respuesta a las preguntas de los padres, con respecto a la causa de la tartamudez, nunca hemos dado la respuesta anterior a nadie, fue simplemente un ejemplo ilustrativo, con algunos padres habrá la necesidad de hablar en términos más técnicos, con otros responderemos a la pregunta con unas cuantas oraciones simples. Según la situación que se presente, responda a cada uno según sus necesidades y habilidades.

Lo que pueden hacer los padres

Si nuestro contacto con los padres va a ser algo productivo, debemos darnos cuenta de que ellos no vienen solamente a darnos o pedir información sino también para aprender lo que pueden hacer en casa para ayudar al niño. Es fundamental que ellos lleven consigo al menos una o dos recomendaciones muy concretas o se sentirán defraudados. Ellos tienen muchas ganas de contribuir con algo, para que su hijo mejore, pero no saben cómo hacerlo y no hay mejor forma de aliviar la culpa que involucrar a los padres en el proceso de lograr el habla fluente.

Una de las formas en las que los padres podrían ayudar es el uso ocasional de la re-estimulación. Cuando el niño tenga dificultad al decir un mensaje, reflejen con fluidez el contenido de la oración. Este es el mismo proceso de reflejo o eco del habla del que

hablamos con el niño con tartamudez incipiente. Dicho proceso tenderá a reducir la memoria de la tartamudez y ayudará a los padres a escuchar las palabras en lugar de concentrarse en cómo las dicen. Conjuntamente con estas habilidades para escuchar mejor, pueden intentar mirar al niño cuando habla incluso si tartamudea, esto le demuestra que tienen interés en lo que dice en lugar de darle señales de que se sienten alarmados por su tartamudez.

Además, podemos recomendar un corto periodo de juego durante el día en el que se le permita al niño dirigir la actividad. Intentamos dar una oportunidad para que los padres nos vean trabajar con el niño, de modo que podamos mostrarles cómo conducir este periodo de juego. Las posibilidades para el aprendizaje real son mayores cuando los padres tienen la oportunidad de vernos poner en práctica nuestras palabras y nosotros tenemos la oportunidad de demostrar que el juego es permisivo, dirigido al niño y la forma relajada en la que respondemos a su tartamudez. Los padres pueden ver cómo hablamos de forma lenta y simple (aunque recordando mantenerlo natural) para dar mejores modelos de habla. Somos buenos oyentes y permitimos que el niño sea el que más hable, sin juzgarlo. Si el niño tiene carros que vuelan, no comentamos sobre sus fantasías; no debemos corregir al niño y decirle que los carros no vuelan. El tiempo de juego no debe ser muy largo, lo importante es realizar cada día un poco de este juego lento y tranquilo.

Con niños mayores, este periodo de juego puede ser un momento tranquilo para tomar leche con galletas, un tiempo para que los padres escuchen en lugar de interrogar. Si el niño no se siente cómodo como para decir algo, es su derecho, otros días sentirá la necesidad de hablar. Si los padres crean este tipo de ambiente durante este corto tiempo, el

niño comprenderá que este es su tiempo, querrá hablar porque no se apresurará, no le criticaran o corregirán.

La mayoría de nuestros niños, tienen dificultad cuando están emocionados y muchos padres se quejan y se preguntan qué pueden hacer para ayudar al niño en estos momentos.

En primer lugar, damos un ejemplo de un niño que no tiene problemas de habla e intenta hablar mientras está bajo estrés emocional. En ocasiones, usamos la siguiente ilustración cuando hablamos con ciertos padres:

“Permítame contarle una experiencia que sucedió el otro día. Mi pequeña hija, Sara, quien nunca ha tenido problemas al hablar, se cayó de la bicicleta y corrió hacia mí para contarme sobre el accidente, estaba muy nerviosa, sin aliento, y sollozaba un poco cuando dijo algo así como: “Pa-pa-pa-papi me-me-me-me ca-ca-cai” luego respiro entrecortadamente”.

“Esta es un niña que nunca tuvo problemas antes, ahora hablaba “tartamudeando” por todo lado. ¡Ahora solo piense cuán difícil debe ser para un niño hablar cuando está emocionado o bajo estrés emocional!”

“Cuando vi que tenía problemas al hablar, le dije que iríamos a la cocina y tomaríamos un vaso de leche y luego podría contarme lo que sucedió. Una vez que llegamos a la cocina y tomó su leche, tuvo oportunidad de respirar y relajarse un poco, luego, cuando empezó a hablar, solamente confundió una o dos palabras, no la interrumpí ni le hice preguntas acerca del incidente. Fue difícil porque quería

saber todos los detalles, pero la deje contarme su historia a su modo y en su tiempo”.

“En otras ocasiones cometí el error de dejarle que enseguida me contara lo sucedido y, a veces, también la interrumpía preguntándole detalles porque yo también estaba nerviosa, pero esto parece que le dificulta más el habla porque se confunde y se molesta aun más. Tratemos de no decirle al niño que hable cuando esté emocionado.”

“Creo que su hijo se beneficiará de esta nueva estrategia, durante los momentos en los que el habla es difícil para todos, debemos ser especialmente cuidadosos con el niño que tartamudea. He aprendido a pensar de esta manera, si Sara puede caminar hacia la casa por sí sola entonces es posible que no requiera atención médica inmediata, de modo que tengo que sentarme y escuchar en silencio”.

“Por supuesto, no deberá hacer esto cada vez que su hijo tartamudee, es solamente para aquellos momentos durante la semana cuando está tan nervioso que no puede decir nada”.

Esta pequeña historia sirve para entender bien lo que debemos decir, si podemos dar a los padres algo para ayudarlos a arreglárselas con estas situaciones complicadas, habremos ayudado tanto a ellos como al niño. Este tipo de respuesta también los ayuda a tener una idea de cómo acabar con el estrés del habla. Muchos descubrirán que al seguir algunas de estas recomendaciones habrá un cambio gradual en el manejo global del niño en general, así como también en el habla.

Muchas terapeutas han entrenado a los padres para que sean más observadores en el hogar. Les piden que mantengan una agenda del niño y luego reporten los resultados a la terapeuta, que descubran lo que le presiona o situaciones que parecen aumentar la tartamudez. Cuando lo hayan notado, se les solicita que llamen a la terapeuta, de modo que puedan idear un plan para reducir estas conductas disruptivas de la fluidez.

En dicha agenda, también pueden anotar las situaciones en las que no se nota la tartamudez, es así como se motiva a los padres para que permitan al niño tener el mayor tiempo posible en estas actividades.

Cuando los padres comienzan a ser mejores observadores, notarán que el habla del niño será por ciclos. En los días en los que habla con más fluidez, deberán intentar fomentar más el lenguaje articulado, mientras que en los días en los que no lo hace deberán disminuir las oportunidades de habla sin que el niño se dé cuenta. Una madre, por ejemplo, recordó que el niño nunca hablaba mucho cuando jugaban juntos con el juego de construcciones. El niño siempre parecía concentrado en su trabajo que no tenía tiempo de hablar. Esta se volvió una buena actividad para aquellos días en los que no hablaba con fluidez; al jugar con el niño, la madre le demostraba amor y la actividad era una buena forma de reducir su cantidad de habla. Otros padres han realizado ciclismo ya que dicha actividad reduce a menudo la cantidad de habla.

Los padres también deben saber que la tartamudez es un trastorno progresivo que puede empeorar con el tiempo. Principalmente, alertamos a los padres para que reconozcan las señales de forcejeo y tensión. Estas pueden ser bloqueos del aire, temblores faciales o movimientos corporales. Además, les pedimos que se fijen especialmente si el niño evita

ciertas palabras o situaciones; cuando el niño comienza a hacerlo, ha aprendido a tener miedo y vergüenza de su tartamudez. Las evidencias de miedo son una advertencia para nosotros de que la tartamudez probablemente empeorará. En relación con este problema, la Fundación Americana de la Tartamudez (un grupo dedicado al tratamiento y prevención de la tartamudez) tiene un libro muy útil titulado *If your child stutters: a guide for parents* (Si su hijo tartamudea: una guía para padres)^{3*}. Enseña a los padres acerca de las señales peligrosas de las que se deben dar cuenta, si las notan o ven algo nuevo en la tartamudez del niño, deben llamar a la Fundación al 1-800-992-9392.

Algunos padres han realizado cambios significativos, en el ambiente comunicativo del niño que tartamudea debido a las observaciones. Mientras comienzan a ver los tipos de situaciones y fuerzas que causan la tartamudez en el niño, harán los cambios necesarios tan esenciales para la fluidez. Al mismo tiempo, a través de su meticulosa observación, verán las acciones y situaciones que estimulan la fluidez y tratarán de aumentar el uso de estas actividades. Por lo tanto, los padres con estas características tienen la posibilidad de cambiar su estilo de vida lo suficiente como para incentivar el fin de la tartamudez del niño.

Sin duda alguna, se podría escribir más acerca de las interacciones de las terapeutas con los padres, no hemos elegido hacerlo porque la bibliografía en el tema de orientación de padres es extensa y este capítulo podría desarrollarse en el tema de otro libro. Afortunadamente el lector ha tenido una impresión de la forma en la que interactuamos con los padres. Los aspectos concretos de la entrevista son secundarios a la filosofía global de respeto y entendimiento que hemos tratado de crear.

³ *Para obtener una copia del libro, escriba a The Stuttering Foundation, P.O. Box 11749, Memphis, Tennessee 38111, USA y remita adjunto dos dólares por los gastos de envío y de manejo u ordene en www.stutteringhelp.org y busque el libro No. 0011.

Cómo trabajar con los profesores

Los maestros deben jugar un papel importante en el proceso terapéutico, ya que tienen una gran influencia en nuestro cliente, debemos hacer todo esfuerzo posible para trabajar de cerca con ellos. Desafortunadamente, así como con los padres, no podemos ver a los profesores tan a menudo como quisiéramos, pero, intentamos verlos el tiempo que podamos. Mientras más amistosos seamos con los maestros más llegaremos a conocerlos, y mejor dispuestos estarán para seguir nuestras recomendaciones.

Aunque no siempre es posible, hemos tratado de organizar una reunión de media hora con la profesora. Encontramos que es más productivo que tratar de verlos durante el recreo en el salón de profesores, donde hay muchas distracciones que no permiten la buena comunicación, de modo que, tratamos de organizar una reunión donde podamos tener privacidad. Después de esta reunión inicial, descubrimos que podemos comunicarnos con los profesores durante el recreo porque ya hemos pasado un tiempo juntos y sin distracciones.

Muchas de nuestras técnicas de orientación con los profesores son similares a aquellas que usamos con los padres. Comenzamos la sesión corta y privada dejándolo hablar acerca del niño que tartamudea, le pedimos que lo describa. Nuestro objetivo es hacer preguntas generales para que el maestro hable. La profesora debe darse cuenta de que nuestro tiempo con el niño es corto y que ella nos puede ayudar brindándonos un panorama más amplio de toda su conducta. Tratamos al profesor con respeto y tratamos de indicarle que sus opiniones y observaciones son importantes para nosotros, nuestro respeto hará que el maestro hable.

Conjuntamente con el comportamiento básico del niño, debemos tener información acerca de su tartamudez. Una vez más, comenzamos con la pregunta general dejándola que hable libremente acerca de la tartamudez del niño.

Por supuesto, si conducimos la entrevista de forma abierta, la profesora hará preguntas. Una de las preguntas que a menudo hace tiene que ver con la causa de la tartamudez, “¿hicieron algo los padres de Juanito para provocar la tartamudez?” “¿No es la tartamudez un problema psicológico o emocional?”

A estas preguntas podríamos responder: “hasta este momento no estoy segura cuál es la situación de Juanito en su hogar, pero con nuestra experiencia podemos decir que los niños con tartamudez pueden venir de casi cualquier tipo de ambiente familiar. Normalmente no culpamos a los padres y no nos sentimos a gusto llamando a la tartamudez simplemente un problema emocional. Algunos niños, indudablemente, parecen tener una base emocional fuerte, ligada a su problema. La tartamudez realmente es una forma de demostrarnos que no están felices y que no todo está bien dentro de su ambiente.

No obstante, muchos otros parecen estar equilibrados emocionalmente y la tartamudez parece ser más un problema evolutivo, o de aprendizaje. Algunos niños tienen problemas con la motricidad fina y el habla es la habilidad motora fina más difícil. Estos niños desarrollan problemas cuando hablan con fluidez, se preocupan más acerca de su tartamudez, o tal vez sus padres reaccionan negativamente a ella. Cualquiera que sea el caso, el niño empieza a esforzarse mucho en hablar con fluidez y como resultado de ello, empieza a tener más problemas. Esa es una de las razones para tener esta reunión, tratamos de descubrir algunas de las causas de la tartamudez de Juanito”.

Este tipo de respuesta muestra a la profesora que su aporte es importante, ella debe sentirse parte del proceso terapéutico. Como resultado, esperaremos una mayor colaboración de su parte en el futuro, estará más dispuesta a darnos parte de su tiempo de descanso para ayudarnos con nuestro cliente.

Los profesores también querrán consejos sobre cómo reaccionar con el niño en la clase. “A veces los otros niños se ríen cuando Juanito tartamudea, siento que debo hacer algo, pero la tartamudez también me incómoda un poco”.

A esto podemos responder: “Y ese es el problema con la tartamudez. Muchos de nosotros nos avergonzamos de la tartamudez, que el pequeño Juanito también empieza a sentir dichas emociones negativas. ¿Qué hace usted cuando uno de los niños comete un error en un problema de matemáticas y todos se ríen? Es posible que tome la situación de manera informal y con total naturalidad de modo que el niño no sienta tanto dolor y esté dispuesto a intentarlo una vez más en otra ocasión, lo mismo sucede con la tartamudez. Trate el incidente de forma objetiva, podría decir algo como: “A veces se le hace difícil a Juanito decir algunas palabras, pero siempre escucharemos lo que tiene que decir”.

Hablar de forma directa y clara ayudará no solo a Juanito sino también a los otros niños, se sentirán menos inclinados a reírse la próxima vez, sé que es difícil hacerlo a veces. Tener a un niño que tartamudea en la clase no es la experiencia más fácil pero Juanito realmente se puede beneficiar de su comprensión”.

También pueden preguntar algo como: “¿Por qué algunos días puede hablar con mucha fluidez y otros apenas puede hablar?”

A esta pregunta popular, nuestra respuesta puede incluir una sugerencia que ayude a manejar la tartamudez del niño. “La tartamudez parece ser cíclica por naturaleza, tal vez, no es diferente al resto de nosotros cuando hablamos de nuestros días buenos y malos. Podemos hacer mucho para ayudar a Juanito si usted puede reconocer estos cambios en su tartamudez. En sus días de fluidez puede fomentar su participación en clase, haciéndole preguntas más de lo habitual. Una de las mejores maneras de ayudarlo a hablar con mayor fluidez es proporcionarle buenas experiencias de fluidez, de modo que, en los buenos momentos dele muchas oportunidades de hablar para que sienta el gozo y la satisfacción de hablar con fluidez.

Con respecto a los padres, procuramos tener más cuidado de no decirle mucho lo que no puede hacer, pero, en ocasiones, debemos cambiar ciertos aspectos de su conducta, así como esta pregunta frecuente lo ilustra: “Bueno, como usted sabe, a veces tartamudea mucho en una palabra que yo termino diciéndola por él, ¿Es correcto hacerlo? A él parece no molestarle”.

Debemos tener cuidado con nuestra respuesta para no condenar o criticar al profesor, “a veces de verdad quiere ayudar a Juanito, ¿no es cierto? Él forcejea, los otros niños se ponen nerviosos y usted quiere librarlo de la vergüenza, sin embargo, lo que debemos considerar es cómo nuestras reacciones influirán en el niño.

Si le ayudamos con una palabra, es posible que comience a perder confianza en su habilidad para hablar, qué vergonzoso tener a alguien que nos ayude con las palabras. Los niños pueden comenzar a perder el amor propio y sentirse debilitados por esta situación, o pueden sentir que su tartamudez no es buena ya que las personas no pueden soportar que él

termine de hablar, lo que provoca que el niño se esfuerce más en hablar perfectamente y como resultado, tartamudea más. Aunque nuestras intenciones hayan sido honorables y amorosas, pudieron haber tenido un efecto negativo en el niño”.

Los profesores, a menudo, nos preguntan acerca de cuánta actividad verbal exigir del niño que tartamudea. “¿Debo dejarle recitar la reseña del libro en frente de toda la clase, como a los otros niños, o puede dárme la escrita? Me desagrada obligarlo a hablar si se siente muy avergonzado pero ¿qué puedo decirles a los otros niños?”

Esta es una pregunta difícil y sin una solución clara. Por un lado, obligar al niño a sentirse avergonzado y humillado parece algo incorrecto, pero al mismo tiempo, si le damos un privilegio especial, algunos de sus compañeros lo aislarán y podría perder mucha confianza y amor propio. Intentamos compartir este dilema con la profesora, ella debe saber lo difícil que es esta pregunta y ayudarnos a tomar las decisiones del día a día. Después de discutir los pros y contra del problema, podemos decir:

“Solemos recomendar que al niño se lo trate con la mayor normalidad posible. Después de todo, la escuela está destinada para entrenar a los niños para la vida adulta y a Juanito no le darán privilegios especiales cuando sea adulto. El mundo es cruel a menudo y los niños tienen que enfrentar sus realidades. No obstante, si usted cree que Juanito fracasará rotundamente, no tiene sentido obligarlo a dar la reseña. Tal vez, la mejor solución es pedirle que se quede un minuto después de clases.

“Puede decir algo como: “Quería hablar contigo acerca de la reseña oral del libro, has tenido muchos problemas al hablar y quiero saber si quieres dar la

reseña; no será fácil y no te culparé por no querer hacerlo, pero me gustaría que lo hicieras. ¿Por qué no me dices en la mañana lo que decidiste?, así podrás decirme si quieres ser el primero, a veces es mejor terminarlo pronto, o tal vez podrías levantar la mano cuando te sientas listo”. Esta pequeña conversación realmente puede ayudarla a saber y entender los sentimientos de Juanito y él sentirá que verdaderamente se preocupa por él.”

Esa será una manera de aproximarse al problema de un informe oral. Otra forma de tratar esta pregunta es organizando una reunión con el niño y el profesor. Cada situación es tan única que si es posible debemos sentarnos con todos los participantes y planear una solución aceptable. También animaríamos a los padres para que asistan, todos no deben solamente ser informados sino también sentir que están influyendo en las decisiones. No hay respuestas simples a este problema de participación en clase, por esta razón, es aconsejable obtener la mayor aportación posible en la toma de decisiones.

Otros profesores han descrito un problema totalmente distinto. “Me dijeron que debo dejar que Juanito hable tanto como sea posible porque no queremos que sienta que lo estamos discriminando, pero siempre ha levantado su mano y cuando empieza a hablar no puedes callarlo”.

Esta es una queja común con niños en los primeros grados, podemos decir algo como:

“Ese es un problema del cual otros profesores han hablado, el niño parece tener miedo de detenerse y no poder volver a empezar otra vez, o puede tener la necesidad de hablar para probarse a sí mismo que no tiene miedo. Posiblemente no

tiene muchas oportunidades en casa, por eso las consigue en la escuela; cualquiera que sea el motivo, una vez más pensamos que es importante tratar a Juanito con la mayor normalidad posible.

Si los otros niños no hablan muy a menudo entonces su participación debe ser limitada. Sin duda alguna, usted querrá adaptar las normas en beneficio de Juanito, pero no se le debe permitir dominar. Después de que él ha expuesto su punto de vista y empieza a exponer otro, puede detenerlo y reafirmar su contribución en sus propias palabras. Esto le demuestra que ha captado el mensaje y que pensó que era lo suficientemente importante como para repetirlo a la clase. Después de repetir su contribución, puede pedir a otros que comenten o añadan algo a lo que él dijo. De esta manera, puede detenerlo y, a la vez, él siente que ha hecho una contribución importante, pero si intenta continuar puede decirle que aprecia sus comentarios pero ahora es el turno de alguien más”.

En general, hemos descubierto que la mejor política con los profesores es ayudarlos a entender el problema de la tartamudez, esta comprensión a menudo trae consigo los cambios que ayudarán a nuestro cliente. Además, de esta información acerca de la tartamudez, intentamos que vean sus acciones a través de los ojos de la persona que tartamudea. Si ellos estuvieran en sus zapatos, ¿cómo se sentirían? Para algunos profesores, este tipo de identificación es valiosa en sus relaciones con el niño, intentamos mostrarles cómo se siente la persona con tartamudez cuando le tienen lástima o la tratan como a un bebé, o cuán difícil es para él la clase cuando el profesor es muy exigente y muy inflexible.

Vemos a través de sus ojos la falsedad del profesor que ignora completamente su tartamudez. Se siente alguien intocable que está cometiendo lo innombrable. Se crea una situación muy tensa cuando el profesor ignora o se reúsa a enfrentar la realidad.

Lo que la maestra debe hacer es hablar con total naturalidad con el niño acerca de su tartamudez, tiene que hacerle saber que ella está consciente de la tartamudez y dispuesta a ayudarlo a hacer la clase lo más agradable posible para él. La terapeuta, el niño y la profesora se reunirán y trabajarán como un equipo. Esta confrontación directa ayuda a aclarar el aire de intenciones incomprensibles. La comprensión es la base de nuestro consejo para los profesores, padres y, en última instancia, para todo el proceso de terapia para las personas con tartamudez. Estamos convencidos que, al igual que el iceberg, la porción más peligrosa del problema de la tartamudez radica bajo la superficie. Mientras más lo exponemos a la luz de la razón y comprensión, mejor la oportunidad que tiene el niño de superarse. Este es el centro de nuestra creencia y la razón de nuestro éxito.

Nota del editor: La Fundación Americana de la Tartamudez tiene un video excelente de 20 minutos, Stuttering: Straight Talk for Teachers (Tartamudez: una charla directa para profesores, video #0126. Para mayor información llame al 1-800-9392 o cómprelo en línea en www.stutteringhelp.org. El video incluye un manual gratis de 40 páginas.

Observaciones finales

Las ideas descritas en este libro han sido el resultado del trabajo de cinco años con niños de escuelas públicas. Durante este tiempo, hemos visto cientos de niños en nuestro programa para todo el condado. Aunque no los hemos ayudado a todos, como hubiéramos querido, hasta donde sabemos no hemos causado nunca que el niño empeore.

Al recordar estos cinco años, hemos aprendido mucho y ganado una valiosa experiencia, nuestra terapia cambia conforme aprendemos más acerca de las necesidades de nuestros clientes.

Al finalizar cada año, hemos mirado hacia atrás para evaluar nuestro programa y hemos hecho una lista de las principales áreas de énfasis que pensamos eran más importantes. En la parte superior de la lista se encuentra cada año una recomendación para que estos niños reciban terapia a una edad temprana. Estamos convencidos que es mejor identificar al niño con tartamudez a temprana edad. Si los podemos tratar mientras tenga tartamudez ligera y estén relativamente ilesos de su tartamudez, entonces nuestra intervención no tiene que ser importante en términos de tiempo y esfuerzo, y el pronóstico para estos niños es excelente.

Qué diferencia cuando se compara con el compromiso de terapia a largo plazo de un niño con tartamudez severa que en el mejor de los casos tiene un pronóstico confuso de tartamudez futura. Estamos seguros de que se pudo haber trabajado de manera exitosa y con menos esfuerzo con la inmensa mayoría de personas con tartamudez en el tercer grado o mayores a una edad más temprana.

Desafortunadamente, a muchos de nosotros nos han enseñado a esperar hasta que la tartamudez tenga un pie firme antes de empezar la terapia, esto parece tan ilógico. A otros trastornos del habla no se los trata de esta forma, tampoco, en realidad, a los problemas físicos o emocionales de los niños. Sin duda alguna, el sentido común nos dice que es más fácil enfrentar el problema en su inicio.

¡Suficiente! Nos sentimos incómodos en el papel de evangelizadores ya que nuestro gozo ha sido por el desafío y emoción del proceso de terapia. No tenemos mucho interés en discutir los méritos de ciertas metodologías, ya que estamos seguros de que otros han tenido éxito con niños al usar una variedad de métodos. ¡Bien! Juntemos nuestra información y veamos si podemos realizar una mejoría en nuestro tratamiento de los niños que tartamudean.

Stuttering:

Para niños, por niños

¡Conoce a Swish y a sus pequeños amigos! Ellos hablan sobre la tartamudez, cómo tratar con las burlas, qué ayuda, y cómo enseñar a otros acerca de la tartamudez. Los dibujos animados y niños reales se reúnen para ayudar a otros niños que tartamudean en este video atractivo y alegre.

La escuela y el patio pueden ser lugares solitarios para los niños con tartamudez. El tener un amigo comprensivo como Swish, con quien hablar acerca del habla, alivia los sentimientos de estar solo y ser diferente, de ser el único que tartamudea.

En fin, no todos los niños sienten lo mismo acerca de su tartamudez y cuando Swish hace preguntas como, “¿Te molesta tu tartamudez?”, puede estar seguro que hay una respuesta diferente para cada niño.

¡Estos son solo algunos de los mensajes que incluye este video solo para niños! Para más información de cómo ordenar este video/DVD, llame al 800-992-9392 o visite la página web: www.stutteringhelp.org

Tartamudez:

Habilidades clínicas básicas

Más de tres años en la producción, este nuevo y emocionante DVD de dos horas demuestra las estrategias del manejo del habla para ayudarlo a trabajar eficazmente con niños y adultos que tartamudean.

Demostración dinámica de técnicas de terapia de tartamudez por expertos de alrededor del mundo:

- **Frances Cook**, MSc, Cert. Ct (Oxford), Reg UKCP (PCT), Cert, MRCSLT (Hons)
- **Willie Botterill**, MSc (Psych. Couns) Reg UKCP (PCT), Cert, MRCSLT
- **Ali Biggart**, MSc, BA (Hons) Dip. CT (Oxford), Cert, MRCSLT
- **Alison Nicholas**, MSc, , BA (Hons) Cert, MRCSLT
- **Jane Bligh**, BSc (Hons), Cert, MRCSLT

Del Centro Michael Palin de Niños Tartamudos, Londres

- **Barry Guitar**, PhD, Universidad de Vermont
- **Peter Ramig**, PhD, Universidad de Boulder, Colorado
- **Patricia Zabrowski**, PhD, Universidad de Iowa
- **June Campbell**, M.A., Práctica privada, Carmel, CA, dio datos adicionales.

La Fundación Americana de la Tartamudez es una organización libre de impuestos bajo la sección 501(c) (3) del Código de Rentas Públicas y está clasificada como una fundación de operaciones privada como se la definió en la sección 4942(i) (3). Las contribuciones

caritativas y legados a la fundación son deducibles de impuestos, sujetos a limitaciones bajo el código.

Si usted cree que este libro le ha ayudado o usted desea ayudar con esta causa que vale la pena, por favor envíe una donación a:

THE STUTTERING FOUNDATION

Una organización sin fines de lucro

Desde 1947, brindando ayuda a personas con tartamudez

P.O. Box 11749 Memphis, TN 38111-0749,

USA

800-992-9392

www.stutteringhelp.org

www.tartamudez.org

7 consejos para hablar con su hijo

1. **Hable con su hijo de forma relajada, con pausas frecuentes.** Espere unos segundos después de que su hijo termine de hablar, antes de que usted empiece a hablar. Su propia forma de habla relajada y lenta será más efectiva que cualquier crítica o consejo como “despacio” o “inténtalo otra vez más lento”.
2. **Reduzca el número de preguntas que le hace a su hijo.** En lugar de hacerle preguntas, simplemente comente lo que su hijo ha dicho.
3. **Use sus expresiones faciales y otro tipo de lenguaje corporal para expresarle a su hijo** que está escuchando el contenido de su mensaje y no la forma en la que está hablando.
4. **Dedique unos minutos de su tiempo cada día en el cual pueda prestar toda su atención a su hijo.** Este tiempo calmado y silencioso puede servir para crear confianza en el niño.
5. **Ayude a todos los miembros de la familia a aprender a hablar por turnos y escuchar.** Los niños, especialmente aquellos que tartamudean, encuentran mucho más fácil hablar cuando hay pocas interrupciones.
6. **Observe la manera en la que interactúa con su hijo.** Trate de aumentar los momentos que le dan a su hijo el mensaje de que lo está escuchando y que tiene mucho tiempo para hablar.
7. **Sobre todo, exprésele a su hijo que lo acepta tal y como es.** La fuerza más poderosa será su apoyo, ya sea que tartamudee o no.

Derechos de copia©, Stuttering Foundation of America. All rights reserved.

800-992-9392/www.stutteringhelp.org

Compilado por Barry Guitar, Ph.D., University of Vermont y Edward G. Conture,

Ph.D., Vanderbilt University

ANEXO 2

TREATING THE SCHOOL-AGE CHILD WHO STUTTERS: A GUIDE FOR CLINICIANS”

S E C O N D E D I T I O N

treating the school-age child who stutters: a guide for clinicians



by CARL W. DELL, JR.

Inside:
Tips for parents
and teachers

 THE
STUTTERING
FOUNDATION®
PUBLICATION NO. 0014

treating the school-age child who stutters: a guide for clinicians

Second Edition

SFA Publication No. 0014



 THE
STUTTERING
FOUNDATION®

A Nonprofit Organization
Since 1947—Helping Those Who Stutter

P.O. Box 11749 • Memphis, TN 38111-0749

800-992-9392

www.stutteringhelp.org

www.tartamudez.org

ISBN 0-933388-46-2

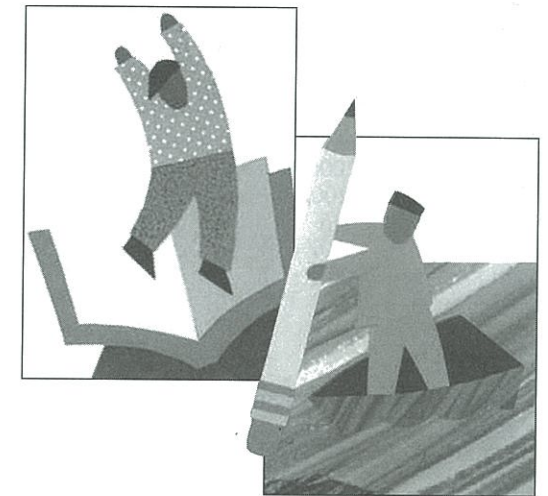


ISBN 0-933388-46-2

treating the school-age child who stutters: a guide for clinicians

8 tips for teachers

- 1 Don't tell the child to "slow down" or "just relax."
- 2 Don't complete words for the child or talk for him or her.
- 3 Help all members of the class learn to take turns talking and listening. All children — and especially those who stutter — find it much easier to talk when there are few interruptions and they have the listener's attention.
- 4 Expect the same quality and quantity of work from the student who stutters as the one who doesn't.
- 5 Speak with the student in an unhurried way, pausing frequently.
- 6 Convey that you are listening to the content of the message, not how it is said.
- 7 Have a one-on-one conversation with the student who stutters about needed accommodations in the classroom. Respect the student's needs, but do not be enabling.
- 8 Don't make stuttering something to be ashamed of. Talk about stuttering just like any other matter.



by CARL W. DELL, JR.



THE
STUTTERING
FOUNDATION®

PUBLICATION NO. 0014

*treating the school-age child who stutters:
a guide for clinicians*

Publication No. 0014

Second Edition—2000
Second Printing—2002
Third Printing—2005
Fourth Printing—2007
Fifth Printing—2008
Sixth Printing—2010

Published by

Stuttering Foundation of America
P. O. Box 11749
Memphis, Tennessee 38111-0749

Library of Congress Catalog No. 00-133510
ISBN-0-933388-46-2

Copyright © 2000–2010 by Stuttering Foundation of America

The Stuttering Foundation of America is a nonprofit charitable organization dedicated to the prevention and treatment of stuttering. Contributions are tax-deductible and help us continue our work.

Printed in the United States of America

To the Public School Clinician

This book describes how you can work effectively with school-age children who stutter. This information was obtained through an extensive program of study, testing and research carried on for many years. The author, Dr. Carl Dell, participated in this program after special training with Dr. Charles Van Riper, one of the world's foremost authorities on stuttering.

Originally funded by The Stuttering Foundation, the author worked as a stuttering specialist cooperating with the school clinicians in the Grand Rapids, Michigan, metropolitan area with a school population of around 120,000. Special thanks for the results still being achieved in this program are due the clinicians in Kent County with whom he worked and for the cooperation of Joe Noorthoek, the assistant superintendent for special education in that district.

We believe that this information will make your efforts on behalf of youngsters who stutter more effective and rewarding.

Jane Fraser, President

Contents

Introduction	7
Borderline Stuttering	13
The Child with Mild Stuttering	43
The Child with Confirmed Stuttering	63
Working with Parents	87
Working with Teachers	101



photo credit: paul diamond

Introduction

Several attempts have been made to make stuttering therapy easier for the school clinician, and some of us have found success using these easier methods. If you are one of the latter, you are truly blessed because many others have found only failure and frustration. Some of us have used a new method successfully on one stuttering child only to find that when we try it on another we fail miserably. And there are those of us who have come to mistrust anything that tries to simplify the problem of treating the school-age child. Stuttering seems so complex that easy ways somehow seem fraudulent and sometimes they are.

Solving complex problems with simple solutions has rarely been effective. Take the subject of weight loss for example. How many books have claimed to provide a quick and easy way to lose weight! While there always are a few ardent followers who have had success by using the new, easy diets or methods, most end in failure. Then they reach out to grab another fad diet and the cycle begins again. Only consistent work and great determination seems to create any real success. So too with stuttering.

Most children who stutter will have to endure some frustration and effort to overcome their stuttering. Perhaps this is not as bad as it sounds. All of us grow through adversity, and we usually discover that the hard fought battles are those which bring the greatest reward. No, the treatment of stuttering is rarely easy, so it is understandable that many public school clinicians dread working with children who possess the problem.

Some are reluctant to work with those who stutter because they feel they cannot really understand the disorder. School clinicians often ask if any normal speaking clinician can ever truly identify with a stuttering child. We would reply that all of us have known frustration, anxiety and embarrassment, and since all of us share some measure of human frailty, we can empathize with the stutterer's feelings well enough to establish the necessary working relationship.

Another way to get better understanding is to learn *how* the young client stutters. By using a tape recorder you can get some recorded samples of the abnormal speech; and then, after the child leaves, you can try to imitate the stuttering, using a large mirror to mimic the facial and body gestures he has shown. This along with your clinical training and academic knowledge about the nature of stuttering should enable you to identify enough with the young person who stutters to help him.

But it is often difficult to work with a stuttering child in the schools. The author knows personally the kind of conditions in which most of you must work. We public school clinicians live different professional lives than the rest of our colleagues. We may not find a room available and must use a storage room or the hallway. Or we may have trouble even getting the child out of his classroom, for often it seems that teachers are always doing special projects when we need to see a particular child.

But the major difficulty we have in working with stutterers is our lack of time, experience and faith. This is what one school clinician told us: "When there are 75 other children to see twice a week, plus the increasing amount of paper work that I am now being forced to handle, it is difficult to give any one child enough of my time. And the child who stutters takes a lot of time and work. Also I don't see many of them in any one year since articulation and language problems are my major concern."

During a recent state convention a group of school clinicians were pouring out their frustrations nearly as fast as they were pouring down an assorted array of beverages at a nearby watering hole. The subject turned to stuttering: "You know," said one young clinician, "They make it sound so easy but I really dread having a child who stutters. I feel so fraudulent. The parents, teacher and the child himself are always coming to me for help thinking I have all the answers to the stuttering problem. It's hard to pretend I'm confident when I'm really not."

"Yes, I know the feeling," said an older clinician, "I have seen quite a few stutterers over the years but still I don't feel very competent. I have had several dramatically unsuccessful cases. Sometimes I dread getting another one."

Certainly these clinicians are not alone. Most of our public school colleagues could make similar confessions and so could our fellow workers in clinical settings.

It is natural for clinicians to have these fears about their stuttering clients. Stuttering is a complicated and perplexing disorder. Our speech libraries are full of books about it, but still we know so little. Although the clinician may have been trained in one of our best institutions, she or he still feels inadequate in trying to help a youngster who stutters. A colleague summed it up this way: "I know quite a lot about stuttering but little about working with a stuttering client."

We could list other reasons why working with this population is difficult, but we must remember that we know more about stuttering than anyone else associated with the child. Who else can help him? Who else has the background we have—even if it isn't enough? In trying to be honest and truthful, we are quick to point out our inadequacies and feelings of failure; but seldom do we mention or are we praised for the skillful way we interact with troubled children. We know how to give these children a feeling of worth and dignity. They can find acceptance, warmth and understanding in our room. In us they will find someone who listens even if they stutter, someone who won't wince or reject, someone who wants to help.

So let us take pride in our professional abilities for we have much to offer a child that he cannot get elsewhere. These children need all the help we can provide, and we may give them more than we think. Certainly the only way we can gain experience and improve our skills is by working with them, not by avoiding them.

Let me tell you about some of my own personal feelings as a young stutterer going to speech class, for I have been on both sides of the therapy room table. Although my stuttering was not cured during my school years, the school clinician did accomplish several very important things. They provided a place where I could come and talk, where no one would laugh at me or scorn me, where I felt free to communicate even if I did stutter. What a great feeling that was! My dog was the only other living creature with whom I felt that way.

Here was a place where I could learn something about my stuttering, that mysterious thing that no one else ever mentioned. I needed a safe place where I could touch it and confront it. All of this benefited me a great deal as a young boy. My public school clinicians

didn't cure me, but they were sorely needed and I believe these experiences laid the foundation for my eventual success. Indeed, I'm certain that, without this early therapy background, my therapy as an adult would have been much more difficult.

But most valuable of all was the gift of caring. They cared! I was made to feel some worth as a human being despite my stuttering. Because of this experience, stuttering did not destroy my self-concept the way it does in many young people. The caring and warmth I received from my school clinician helped me stay together as a person.

Although I remain grateful to all the public school clinicians who helped me, I believe that much more can be done than they were able to do. Most importantly, they should have tried to reverse the progressive course of stuttering. Unfortunately, too many children with borderline and mild stuttering become severe, and we feel that the public school clinician can prevent this.

There seem to be at least two reasons why so many stutterers get worse during their school years. The first is that they get no professional help in the early stages of their stuttering, and the second is that the clinician hasn't been trained to provide the necessary methods for preventing its abnormal growth. It is our belief that the key to the problem of stuttering is early intervention so that the progressive growth of the disorder can be reversed. It is our experience that if this can be done early enough, stuttering can be cured.

The major purpose of this book will be to present some practical ways in which the public school clinician might intervene with young stutterers to accomplish this goal. Although we have successfully been able to achieve it, we are sure that others have found some success using other approaches. It is not our purpose to debate the effectiveness of different methods. Our present goal is simply to convince clinicians of the importance of scheduling these young stutterers rather than putting them on hold. The treatment of any human ailment is easier and more effective when it is begun during the onset of the disorder. We are convinced that this is true of stuttering.

For organizational purposes, the author has reluctantly divided children who stutter into three groups: Borderline, Mild and Confirmed. Although this has helped to organize the material, it may give the impression that we group them. We do not! All youngsters

fall somewhere along a severity scale and fluctuate within it, and in practice we make no attempt to categorize them. A child's severity is simply one of several dimensions we use in designing his individual therapy. It, along with the child's basic intelligence, his social maturity and age, will tell us how direct we will attack his stuttering.

The author also feels a need to explain our use of the term "clinician." Those of us in the public schools have labored under a variety of titles. We have been called "speech teacher," "speech therapist," "speech pathologist," and now "speech and language pathologists." However, we will use the term "clinician" hereafter because of its general acceptance in our field. This is done merely to provide uniformity in our presentation and not to take a stand on the issue of professional titles.





photo credit: paul diamond

Borderline Stuttering

One of the questions school clinicians often ask is when should they start working with a youngster? They don't want to begin too soon because they think the child might outgrow it in a year or two. Some of this reluctance comes from feeling professionally inadequate, but some clinicians are truly afraid of making the child worse. As one put it: "If I draw attention to the problem, isn't it possible the child might become morbid and develop more advanced forms of stuttering?"

Theoretically it seems possible that a child might get worse because he has been taken out of his room for speech. He may consider this as being an indication that he is inferior or abnormal. If then he tries harder to speak perfectly, his disfluencies may increase and he may become frustrated and fearful. Although this seems logical, we have never seen it happen in reality, never once! Perhaps if the clinician's attitude toward the child were negative or if she showed an aversion to stuttering when it occurred, then the stuttering might get worse, but our experience has been that most clinicians are loving, gentle people who accept and understand the child's stuttering. Such attitudes will not make the stuttering worse.

Also, we must remember that many people have already been critical of the child's stuttering. People often claim that the child is completely unaware of his stuttering, but they are usually wrong. In our first meeting he usually tells us he stutters. It may be something as innocent as this: "I know my Mom doesn't like it because she often looks down when I do it." Usually, when the child is taken out of class, it isn't the first time that attention has been drawn to his stuttering.

Another thing that school clinicians worry about is doing something wrong during therapy that will cause the child to get worse. Certainly we all make mistakes, but this is no reason to avoid seeing the child. Because of their resiliency, children are rarely affected for very long. If the clinician is alert to changes in the client's behavior, she can always adjust her therapy accordingly. With each client our goals can be reached not only by following different routes but also by moving at different speeds. So let us have confidence in our abilities. Any good clinician will make a mistake occasionally, but she is quick to recognize it and make appropriate adjustments.

It is also true a child in therapy may get worse for reasons that have nothing to do with you. He may be having difficulties at home, e.g., his parents may be having trouble getting along, or they may have made some decisions that the child resents, or he may be having trouble with his siblings. A colleague told of calling the home of a child just beginning to stutter after she noticed a drastic increase in his stuttering. "Yesterday," the mother told her, "Billy got terribly excited when I bought him that Spiderman costume for Halloween and he stuttered a lot. Then his dad wouldn't allow him to go out Halloween night because he had left his bike out the night before. And he had a fight with his brother that he lost. All in all he had a tough day."

All sorts of experiences can provoke an increase in stuttering. The child may be having trouble with his peers. The children in school or in the neighborhood may be giving him a hard time. Children often live through one crisis after another but fortunately they rebound quickly. So there's no need for the clinician to blame herself for any temporary increase in disfluency. Any particular child may be affected enough by any of these outside conflicts to cause his speech to get worse.

Another question clinicians ask is how to decide when a child is merely normally disfluent and when he is stuttering badly enough to require our services. Clinicians who take only the severe stutterers may never need to make this distinction, but if we are to prevent stuttering, we must serve the borderline children too. We do not believe that any danger exists of turning a normally disfluent child into a stutterer if the clinician works with him appropriately. The indirect form of therapy that we advocate can be beneficial for both the child who stutters or the normally disfluent child. If your therapy sessions are relaxed and nonthreatening, you should have little fear of any unfortunate consequences.

Indeed, we have often had a teacher ask us to take other students for therapy after we were fortunate enough to have some success with one of their stuttering pupils. When we asked if the child stuttered, the teacher said, "No, but you helped little Johnny so much, in more ways than just his stuttering, that I'm sure that this troubled child would profit too." Any child will benefit from your warm attention and understanding. Few children get enough friendly attention in their lives, and certainly some of them need more of it.

So we need have no fears about enrolling a child in therapy who may or may not have a real stuttering problem. Instead of ignoring these disfluent children or putting them on hold, it is often wise to

enroll them if only to provide time for further evaluation. We need this time and contact. All of us have been fooled by children whom we thought were normally disfluent only to find, after a few sessions of some indirect therapy, that they were genuinely stuttering. Some have the ability to hide their problem with great skill. They have practiced hiding the stuttering from their parents and classmates and know therefore that the speech teacher is an exposure threat to them. Moreover, some don't want to admit even to themselves that they stutter. They reason that if the speech teacher finds out they stutter, then all the other kids will know about it too, and then they will be teased unmercifully.

These and other fears will often make them generate that extra bit of adrenalin to enable them for the moment to speak very well. Even adults with severe stuttering can occasionally be fluent at times of great stress. We have found some youngsters who have learned how to avoid and substitute with such skill that they are able to fool even an experienced clinician. But if we see a child for two to four sessions, the child's defenses will usually break down and he simply cannot keep up the pretense of being fluent for that long. One of our colleagues related this story:

She had recently been assigned to a new school district which had had a high turnover of speech clinicians in recent years. Late in the fall she received a call from a mother who insisted that her seventh grade boy was stuttering worse than ever and would she do something about it. The mother told of her frustrations with other clinicians in the past. "They always refused to help Mike because they said he didn't stutter. I just wish they could hear him at home sometime."

The clinician saw the boy and although he seemed somewhat shy and nervous he talked without any stuttering at all. She asked Mike's teachers and they said they hadn't noticed any stuttering. Reluctantly, she called the home and told the mother that the boy seemed to be doing fine at school. The mother was angry and seemed desperate. The clinician was curious. Perhaps a parent conference would yield some answers. Perhaps the parents were being unduly perfectionistic.

When the parents came, the clinician was again impressed by their earnestness and concern. Their descriptions of Mike's stuttering gave a picture of a severe, confirmed stutterer so she agreed to see Mike once a week.

During the first two sessions Mike was as fluent as ever and, as he came to like his clinician, he began talking more. It was during the next session that Mike's protective wall began to crumble. The clinician noticed some mild stuttering although of course she didn't react to it. Soon Mike began stuttering enough so that the clinician brought it to his attention. They began to discuss his speech. When Mike saw that she was interested rather than corrective, he seemed to breathe a sigh of relief. What followed was more stuttering than the clinician had ever heard.

Mike had spent a lifetime in fear and hiding, always trying to protect his stuttering from the world. Trying to hide it from his parents was just too much work, but he could hide it from others although not without a great expense of effort and strain. He truly needed help.

It is wise also to spread your diagnostic sessions with a disfluent child over a period of time such as once a week for several weeks because many have cycles in which they alternate between fluency and stuttering. Perhaps your one session with him occurred during his fluent cycle. If so, once again, you may have seen a false picture. Missing real stuttering can be professionally more embarrassing than working with a normally disfluent child will ever be.

Generally if you see a child for three or four sessions and no real stuttering occurs, it is wise to tell the teacher that the child does seem to be slow in developing normal fluency but that in your opinion there is no real reason for concern. But you should also tell her that you are therefore not going to continue working with him; but that if she, the teacher, notices any change for the worse in his speech, she should let you know and you will be glad to see him immediately.

By following this policy, the teacher will feel that you have shown an interest in her problems. You have taken the time to see one of her children and to study him intensively. This can only add to your professional credibility in her eyes and in the opinion of her colleagues. Conversely, if you see a child only once and report that he is just normally disfluent or that you feel he will outgrow any disfluencies and that child continues to stutter in the classroom under stress you will have lost the respect of that teacher. She will feel that you have not taken the necessary time with the child she has referred. So it is wise to conduct a thorough evaluation when these children are placed in your hands.

Group Placement for Further Evaluation

Many clinicians have occasionally put these borderline children in articulation or language groups, using their normal articulation and language as models for the others. This gives the clinician a good chance to observe the child over a period of time. Since the sessions are casual and low key, the borderline child is made to feel comfortable and under no threat. Often, if he is quite advanced in articulation or language and therefore able to excel in the group, this experience may actually help him be more fluent. Clinicians have found that such a group encounter is an excellent vehicle for determining if the child is really stuttering, and sometimes this group therapy has actually helped him overcome his mild stuttering.

For other children, this placement in articulation and language groups may show the clinician that real stuttering is developing. If so, and if you need to take him out of the group for individual sessions, the prior placement in the articulation or language group may make the transition easier.

Another problem arises, however, when the disfluent child also has a **real articulation problem**. Putting too much pressure on his articulation errors may bring on more stuttering by creating fears of certain sounds. While you can still enroll him in the group, you should watch him closely so that you can quickly determine whether your work on his articulation is causing him more difficulty. If so, **he should be taken out of the group and seen individually** unless you can find ways to keep the stuttering from increasing. Sometimes you can do this by reducing your demands or by working on an easier sound.

Another question that some have raised is how one explains to the other children the disfluent child's membership in the articulation or language group. This is another theoretical problem which rarely causes our clinicians much trouble in practice. Children in an articulation or language group just don't seem to notice that our disfluent child is any different. If the clinician makes a simple statement like: "Johnny sometimes has trouble when he says his words. He may get stuck on a word sometimes like this, 'I-I-I.'" We find children to be very accepting. They seem to realize that mastering disfluency errors, like conquering their articulation, is just a part of learning to talk better.

Some clinicians may fear to do this outward imitation of the child's disfluencies. However, since clinicians often demonstrate errors in articulation therapy while teaching phonemic discrimination, why avoid the practice with stuttering? Children seem to accept our casual

imitation and identification of stuttering behavior without any reaction at all. If occasionally they laugh, it is no different from the laugh that comes when we imitate a defective "s" sound in front of other children. Why can't we do the same with a disfluency? The reason that stuttering has such a stigma attached to it, because many of us are reluctant to confront the child with his stuttering. Most of the adults in the child's life have tried to either correct the child or to ignore the disfluency. The little child often needs straight-forward talk if he is to accept his problem as a problem. The other children tease him about it on the playground, but no one has ever explained to him what he is doing. No wonder stuttering is so unpleasant to a child.

There are two important things that we need to remember when talking with the child about his stuttering behaviors or disfluencies. One is to be *casual* in our approach, to show that we are not shocked by stuttering, and to indicate that we have seen such things before. Talking for some of us is difficult, and some of us have a harder time than others in learning how to do it well.

Second, it is important for the clinician to be able occasionally to demonstrate the child's disfluency, to put it into her own mouth without being upset. This does many positive things for the child. It shows him that he is not the only one who can talk like he does. It shows him that others can stutter at will, that it need not be involuntary, that stuttering isn't some kind of curse or disease.

In the context of such clinician calmness and honesty, he gradually comes to the realization that stuttering need not be feared, that it isn't a shameful thing. Up to this time he has often felt that talking well or poorly is governed purely by luck or chance, that stuttering is mysterious and unacceptable. Moreover the clinician's confrontation and acceptance of the problem through sharing the



behaviors often opens the door to feelings that may have been previously repressed.

How quickly shame and guilt begin in the young stutterer when stuttering is unmentionable. Like wetting the bed, it is something no one discusses in public. If the child has begun to feel some shame and guilt, occasionally putting his stuttering calmly into your own mouth will surely help to change those dangerous feelings.

Obtaining a Differential Diagnosis

Even after enrolling a student for therapy we always continue to evaluate him for we are still not sure whether he needs our help. What is it that we are looking for to help us determine whether the child is stuttering or is normally disfluent, or getting better or getting worse? What are some of the cues that should help you decide whether to work with him intensively on a regular schedule? There are many references in the literature that can help you make this decision but each clinician, over a period of time begins to develop her own set of criteria. We have found that the following list has been useful to us:

Guidelines for Differentiating True Stuttering from Normal Disfluencies

Speech Behavior Indicating Risk

1. Facial tremors caused by excessive tension.
2. Speaks cautiously.
3. Speaks very rapidly, almost compulsively.
4. Speaks too loudly or softly.
5. Evidences of struggle and tension while speaking.
6. Blocks the airflow.
7. Raises the pitch or volume during disfluencies.
8. Accompanying body movements during disfluencies.
9. Signs of embarrassment while speaking.
10. Uneven repetitions.
11. Use of the schwa vowel on his repetitions.
12. Many repetitions (5 or more) during a word.
13. Stops in the middle of a word, backs up and starts over.
14. Evidence of avoiding certain words.
15. More than one disfluency during a sentence.

Non-Speech Behavior Indicating Risk

1. Shyness, looks away especially when he is disfluent.
2. Low self concept.
3. Other nervous habits, e.g., nail biting, bed wetting, hyperactivity.
4. Poor socialization skills.
5. Evidences of depression and sadness.
6. Worry.

This of course does not mean that all shy, disfluent children are stutterers, but when a child shows a large number of these behaviors, we should be concerned. These lists are just some of the tools to help us make our diagnostic judgments. Unlike the adult, it is very difficult to categorize children because their stuttering is so variable and inconsistent. Criteria are hard to define and most of us have learned to rely on our subjective impressions. The experienced clinician depends on her past experiences in making a differential diagnosis. Let it be said here that we are not against objective facts and close observation, but it is hard at times to make these judgments solely on the basis of textbook criteria. A good clinician should trust her feelings as well as her objective observations. Naturally any decision arrived at through subjective means should always be questioned and tested, and every decision should be subject to reappraisal and change.

Observe a Variety of Speaking Situations

Before deciding whether a child is showing stuttering behaviors, it is also wise to observe the child in as many different speaking situations as possible. We have listened at the door or from a corner of the room while our client has participated in the "show and tell" activities of his classroom, and we have learned much while observing him at play during recess. Although it is important to visit with teachers during recess, it is also good to spend some time watching our client on the playground. This can even be done at times from the window of the school building as we drink that well earned cup of coffee. Although we can't hear the child, we can watch him interacting with the others. Is he a leader or a follower? Is he a real part of a group or does he seem to be hanging around the fringes? Does he stay around the supervising teacher or play with younger children? What are the personalities of his closest playmates?

To gather more specific speech information, we have ventured directly onto the playground, accompanying the supervising teacher or wandering near enough to our client's classmates to hear them

talking. Most of the time the children seem oblivious to our presence. If they should question us about being there, we tell them that we wanted to watch them play and needed some fresh air too. They don't question this and quickly return to their play. At times we have felt almost invisible for children play with such intensity and concentration they soon forget we are there. Thus we have often been able to get a good idea of our client's speech while playing with his peers.

Again, it is useful to observe the child when he is talking with his teacher. After sharing our desire with the teacher beforehand, we walk around the room talking to the other children, finding out what projects they are working on. Then, when we get close enough to be able to hear our client, the teacher goes over and talks with him. She may, for example, question him about a picture he is drawing. Although we may seem to be talking with another youngster, we can also be listening with the other ear to our client. At times we have made such arrangements to hear our client talking with the janitor, principal or his parents. These and other observations can be arranged occasionally without much trouble. Too often only the client's speech in the therapy room is considered in evaluating his fluency, and this may be quite different from his speech in other situations. The more situations we can observe, the better we will be able to understand and help him.

Also, we need to find out his ability to speak while using different types of communication. Too often we tend only to converse with our client. While this occasionally can be adequate, it often doesn't give us enough information about the child's speech. He may be fluent in one type of communication but have trouble in others. We may, for instance, have him describe in detail all of the things he sees in our room (description). We can have him explain how his favorite game is played (explanation). We can play the "Simon Says" game where he is to order us around the room (command speech). He can tell us about what his peers or family do that make him mad or afraid (emotional utterance). By asking him if he had three wishes what he would wish for, we can observe his speech in the formulation of thought.

These types of communication and others will help us not only to more fully evaluate the child's speech but to design our therapy. For example, if there is a certain type of communication that gives him a lot of trouble, we can plan a desensitization program to help him with it. During every session we will try to have him use the type of speech that causes the increase in disfluencies even though we may spend only a short time with it each day. Of course in this desensitization we don't

want him to feel too much frustration. If he begins breaking down and stuttering increases, we can change and have him use the kind of communication in which he has little trouble. Gradually we can condition him so that he can also master the type of speaking that formerly was difficult.

Some may feel that we are spending too much time in evaluation. We don't agree. If we can locate more of these children just beginning to stutter and treat them before they develop advanced symptoms, our jobs will be easier and more successful.

We will also need to observe the child reacting to communicative stress. By simply pretending not to understand the child, as much stress as you wish can be programmed into the situation. The encounter between speech language pathologist or clinician (SLP) and child who stutters (C) might go something like this:

SLP: **"Let's pretend that I don't know anything about baseball. It will be your job to teach me."**

C: "What do you want to know about it?"

SLP: **"Tell me about the batter."**

C: "Well, he stands up to the plate and..."

SLP: **"You mean there's a plate like when you eat supper?"**

C: "No, no, it's home plate. It's a base."

SLP: **"Well, what's a base?"**

C: "It's a thing you stand on to be safe."

SLP: **"Oh, I see, you go up to home and stand on it?"**

C: "No, you stand beside it with a bat."

SLP: **"What's a bat?"**

C: "It's made of wood."

SLP: **"Oh, like a tennis racket."**

C: "No, no it's round."

SLP: **"Well, a tennis racket is round."**

C: "But it's long like a stick."

Such a confrontation would be difficult for any child and most of them will soon become frustrated by such demands, but what we are interested in studying are the types of disfluencies that arise under this stress. Do they change? Do we see struggle and tension that we hadn't noticed before? Or does the frequency of disfluency but not the severity increase? If this is the case, the child may not have a true stuttering problem.

A word of caution. We must of course be careful that we do not overstress the child or spoil our relationship, for some children are very easily frustrated and have little tolerance for failure. We must be alert to both their body language and their voice quality as well as their fluency, but a good clinician tries to be continually alert to any changes in the feelings of her client and will know when to quit.

Role playing provides another good way of manufacturing communicative stress. Children like role playing. For example, we might play the role of an impatient McDonald's waiter wanting our client to order quickly, or that of a gruff principal or policeman. And we can switch roles too. There are many ways to put communicative pressure on the child. Our intentions are honorable and we never let a child get too frustrated. The important thing is that somehow we get the necessary information. Once we have an idea of his speech under pressure there is no need to continue our stress interviews although later on in therapy we can use similar activities to help us desensitize the child to the communicative stresses to which he is vulnerable.

Direct Confrontation As a Diagnostic Aid

Sometimes in making our diagnosis we confront the child directly: "I'm the speech teacher here at school and I help children who sometimes have trouble talking. How about you? Do you ever have trouble talking?" When doing this, it is good to show the child examples of an articulation error, a language error and some mild stuttering samples. In showing him the mild samples we might say:

SLP: **"All right, how about one like *thi-thi-this*. Ever have one like that? It's kind of like a *bou-bou-bouncing* ball. Do you have any that sound like that?"**

C: "Yeah, sometimes I make a word like that."

Surprisingly often you will get the answer, "Yeah, I stutter when I talk." This, however, doesn't mean that the child is really a stutterer. He may simply have had some normal disfluencies that someone had once criticized. But in any case we must explore further. (If we find he has been overcriticized, we need to help both the child and his parents understand that this is not abnormal behavior and should disappear with time.) We might show him some simple repetitions, prolongations and airflow blockages and ask if he ever does anything that sounds like that. Or we might say, "OK Johnny, I'm going to stutter on some words and you tell me if you have ever said a word like that." We then show him some samples of stuttering that increase in severity. Even if the child has a real stuttering problem, he will see that he is not as bad as the severe samples would indicate, and if he isn't, he will tell you.

After seeing such a child for several sessions and talking with his parents and teacher, we should have a fair picture of both his overt and the hidden portion of the child's disfluency problem. If we have a fairly well adjusted child with only some mild disfluencies, we probably would not enroll him for therapy.

These are some of the techniques you can use in obtaining a more reliable differential diagnosis. The important thing is not the activities themselves but the rationale behind them. They are all designed to help us gather information about the disfluent child sitting beside us. Our goal is to determine with some efficiency whether to enroll the child for therapy. We are all forced to make these decisions too quickly and with too little knowledge, particularly when we have decided not to enroll a child. Often we have kept in touch with the child's teacher throughout the year in order to check on the child's fluency. Also if you have an unexpected free period, take a few minutes to see that child or call his mother. The more we can do to insure the validity of our diagnosis, the better. This extra caution will be rewarded in the long run for early detection of stuttering makes for a brighter prognosis.

Indirect Therapy for Borderline Stuttering

First of all we are going to talk about the child who has little or no struggle or tension and who has neither shame, guilt nor embarrassment associated with his disfluencies. His only problem seems to be that he has too many of these fluency errors. He would have the mildest stuttering we would accept for therapy, and he is the child that most speech clinicians never work with. Clinicians often say, "Well, you know he is so young and has such mild stuttering. Perhaps if we wait a year or two he will outgrow it." **We don't feel we should wait.** Not only are these mild, borderline cases a real joy to work with, but their stuttering responds quickly if you can get it soon enough. We must prevent its growth, not ignore it. If we avoid working with these borderline children, they will often come back to us in later years, severely handicapped and with much greater needs that require more difficult therapy. Let's get them early!

Once you accept one of these borderline children for therapy, the important thing to remember is to keep the sessions casual and indirect. If you do, there is little chance of making the child worse. If he is a kindergartner or even younger, it usually means that you will need to get out your toys and let the child play during most of the session,

with all communication revolving about the play. During this play activity, you will learn many things about the child by seeing how he functions in his own world.

Most children when talking directly to adults use a conforming kind of communication and behavior which does not appear in their commentary when playing. Their speech to adults is often artificial and contrived, even stilted, but in play the child feels confident and free and tends to speak that way. The world of play is his world. He will talk to himself and to you in connected phrases rather than offer the usual single-word responses to your questions. All that many of these disfluent children need is a bath of this communicative freedom to heal themselves.

One of the problems of itinerant teachers is that we cannot carry all the toys we might like to use unless we have a bus, but it is wise at least to carry a few books for different ages, some farm or zoo animals and some little cars and trucks. All public school clinicians have carrying bags full of interesting junk, but the toys selected should be those that evoke speech.

How might we start working with this borderline stutterer, the one who is at a lower rung on the severity continuum? Let us now consider some of the things that might happen in that first session.

SLP: **"Well, hi Johnny, remember me? I'm the person who came to talk with you the other day.**

(The child nods his head in recognition.)

Today we are going to look at some things in my suitcase. It's this one here."

(The clinician then puts the briefcase on the floor or table.)

If we use a table, then we need to be careful about our selection of the chairs. It is better to give the child the bigger chair as we take a small one, if the two sizes are available. This puts him in a better position to handle things on the table and it keeps us from being above him. It is good for a child to have his eyes on an equal level with ours. Too often they are forced to look up at us. We have often wondered why more children don't grow up with a permanent crook in their necks.

SLP: **"Do you know how to open it?"**

(The child begins to push the buttons, trying to open the briefcase. At times we may need to help him, but we don't do it for him. We want him to feel some sense of accomplishment immediately.)

SLP: **"Good! You figured it out! I have to help some of the other kids do it, older ones than you too! Now look in there and see what you would like to play with today."**

C: "Hey, what are these? Can I look at these?"

SLP: **"OK. Let's see, what do you want?"**

(The child dumps the bag of animals and cars on the table.)

C: "I've got a car like this *wa-wa-one* at home."

SLP: **"You've got one like that green one at home?"**

C: "And-And-And look here's a *lllion*."

SLP: **"That's right, a lion. What else have we got here?"**

(The clinician touches some of the toys.) **"What about this one?"**

C: "A-A-A tiger."

SLP: **"A tiger. That's right."**

(The child will then often start naming many of the animals.)

In this simple interchange we are trying to do several things at once. We want to convey our warmth and genuine interest and to begin to establish the permissive bond that is so important with the beginning stutterer. The clinician's tone at this time is casual, warm and relaxed, seeking to create an atmosphere of calmness. Because we want to let the child have as much freedom as possible, we let him set the course of the session. He can choose what and how he wants to play. We are there just to keep the activity within certain limits. We are trying to make talking pleasant while at the same time providing him good speech models. Therefore, try to speak simply and slowly but naturally, for we know that if our speech models are too advanced they will have little impact.

Occasionally, it is wise to insert little repetitions or other mild fluency errors into our own speech. This, of course, doesn't mean that the clinician should talk like a child for they will immediately recognize the fraudulence. No, we always talk like the adults we are but we can talk a bit more simply and without hurry. The session continues:

C: "Oh, look here's an *a-a-a-alligator*."

SLP: **"That's right, an *a-alligator*. Where does he live?"**

C: "*By-By-By* the water."

SLP: **"That's right, he likes to be by the water just like we do."**

It is important that the clinician at times echoes back some of the child's speech as well as presenting better models. This does many

positive things. It shows him that you have received his message, that you are interested in what he is saying, and that you are not concerned about any stuttering he might have had. This doesn't mean that you should parrot mechanically everything the child says. That would be foolish and the child would soon catch on. Instead we try to reflect in our own words the basic idea of what the child is saying just as we often do in talking to our adult friends. How often we hear this same type of exchange in our everyday life. "I saw a good movie last night." "You saw a movie?" "Yeah, we saw Star Wars." "Star Wars, I've heard about it. Is it as good as they say?" "It was crazy." "Really crazy huh?" etc. etc. This reflecting is just a friendly way of talking with one another. Another benefit of this form of echo talking or reflecting is that it encourages the child to talk further. Not only will the child be talking willingly but usually he will be leading the conversation. This is much better than having him continually answering our questions. Any child is much freer and more spontaneous when he doesn't have to endure a cross examination. Most questions involve too much demand. We use them sparingly.

Modeling Milder Forms of Stuttering

In this echo speaking or reflecting, we occasionally provide the child with a better model of stuttering than the kind he shows. If possible, we want to erase the memory of the abnormality of his stuttered words. When a child says "*a-a-a-alligator*," some trace of that disfluency is being recorded in his brain and we should try to reduce the impact of that recording. If he hears us say it fluently or less abnormally soon after he has stuttered, it should help to minimize some of the ill effects of that particular moment of stuttering. Thus, the child is being corrected without his being aware of it, and in fact the interchange seems pleasant to him. How different this is from the kind of correction that he gets from his parents and classmates. Most little children fear and hate the constant correction that they must endure. Say it again! Say it again! Slow down! Don't stutter!

Moreover, when most people correct a stuttering child, they merely demand that he say the word as they do, completely fluently. Sometimes he just can't and then he tends to become aware of his trouble. Instead, we might use a mild and easy repetition or two on one of the words on which he has stuttered much more severely. The reason for this procedure is that we should immediately begin to **provide models of less abnormal stuttering**. Stuttering can reverse its course, and it is vitally important that the child learns early that there is no need to force or struggle. We are not asking him or attempting

to teach him to be entirely fluent immediately. We know this is unreasonable. Instead, our basic goal is to make the stuttering milder for we have found, over and over again, that once the stuttering begins to get less severe, it will eventually disappear.

Reducing the severity of a stuttered word is more important than reducing the frequency of stuttering. One moment of severe stuttering can be much more traumatic than many little disfluencies. If the child feels "stuck" and unable to move forward, how quickly the emotions of fear, helplessness, and embarrassment can overwhelm him. We must do all we can to reduce these moments of severity so that those negative feelings do not get a chance to grow. If we reduce the severity, we also reduce the emotions of fear and frustration that breed more stuttering. Let us break the vicious circle as soon as possible and reverse it.

What we are doing then is to show the child with borderline stuttering a better way of responding to the interruptions in his speech by modeling our own casual acceptance of our mild disfluencies. We show him that we can put them into our own mouth without getting upset. We don't overdo this of course. Often, in a session, we might insert some mild stutterings into our own speech only once or twice and, of course, at other times it is wise just to say his stuttered word fluently. We keep it natural!

The Compulsive Talker

Another reason for reflecting the child's speech is that it keeps him from running away with the conversation. We have seen children who once they began talking would not stop, compulsively piling up one moment of stuttering after another into a torrent of broken speech. There are many possible explanations for this compulsivity. Possibly the child has a real fear of being interrupted, and so he tries to keep talking for as long as possible. Perhaps he uses his constant verbalization as a strategy for dominating those around him, in particular the speech teacher. Or it may be due to the fear of having trouble starting again or to convince himself that he really can be fluent.

For most of these children starting a sentence is where his stuttering most often occurs and so they speak without period or pause. This compulsive speech as a reaction to disfluency is dangerous. **By reflecting what he has just said, we can break it up without frustrating him.**

Again there are other children who, because of communicative deprivation at home or at school, just hunger for a chance to talk and the clinician may be the only one they can talk to. Such a child often

comes from a family with older brothers and sisters who rarely let him get a word in edgewise or who constantly interrupt or correct him. With these speech-hungry children, we give them as much opportunity to talk as possible; but even with these children, we can use this reflecting kind of speech to help guide the conversation, to show that we are listening and to provide better models of easier stuttering and normal speech.

Often when a child is also a compulsively fast talker, we ask him to dictate. He soon realizes that we cannot write fast enough, so this helps him slow down. Such an activity also provides a good opportunity for repeating back the child's speech to him since we must continually tell him what we have written. Children love this dictating to adults. It makes them feel important.

The Ongoing Diagnosis

During the first few sessions, this reflecting may be the only outward thing you do. However, indirectly it creates an opportunity for making the observations you need to understand the child and to establish the kind of warm relationship required for all good therapy. In these observations, we should be looking for many things, both emotional and physical. We will not attempt to cover all of them since each clinician has her own set of questions concerning the children she sees but some to consider are:

1. How strong is his self concept?
2. How does she view her role in the family?
3. How does he relate to other children?
4. Is she aggressive or withdrawn?
5. Is he determined to talk in spite of his stuttering?
6. How aware does she seem to be of her stuttering?
7. Does he ever try to avoid or substitute a non-feared word?
8. Does she ever try to cover her mouth when she stutters?
9. Does he ever use a timing gesture to help get a word out?
10. Are there some sounds or words that continually seem to give her trouble?
11. Is his stuttering usually on the first word of utterances?
12. Does her stuttering usually occur on the first sound or syllable?
13. How much fear and embarrassment does he feel when talking? And there are many more.

At this time, it is important to make a tape recording of the child because you will use it later to practice the child's kind of stuttering and his overall speech patterns. We need to be able to imitate the child's stuttering with fidelity. Many clinicians fail to do this although it is probably the best way to understand not only stuttering in general but also an individual child's particular difficulty.

There seems to be a special kind of empathic understanding that comes when we feel his stuttering in our own mouth. It's what happens to actors when they put on the costume after memorizing the script and for a brief time seem to become the character they are portraying. One cannot understand the child nor help him find better ways of talking without actually feeling first hand the stuttering he experiences. In addition, we will need the tape recording later on to assess his improvement.

Initiating a More Direct Approach

When should we become more direct in our confrontation of the child's stuttering? There are some important things to scrutinize before deciding on a more direct approach. Is the child comfortable in your presence? Has he begun to accept and trust you? At times, these questions can be answered positively even during the first session, but for most children it takes longer. When he does show us that he is comfortable, we can begin casually and calmly to confront the stuttering itself, but generally be willing to wait. The clinical relationship should never be forced. We move in and touch the stuttering and then move out again, back to our play, then back to confronting it. This excerpt may illustrate how we might do so.

SLP: **"Now I'm going to take this *re-re-rred* car. Hey, I got stuck on that, didn't I? Let me try it again. It's a *re-rred* car. There, that was easier, but let me try it again once more. It's a *rred* car. That's better. I kind of bounced on it the first time."**
(The clinician then returns to the play activity.)

In this little episode the confrontation process has begun. The child has been shown that he is not the only one who can stutter occasionally, that there is at least one adult who can unemotionally stop, describe what happened, correct it and go on. No sweat! No big thing! The casualness with which the comments were made was more important than the words. If the child is really stuttering, he will be relieved to have it come out in the open; and he will then be able to give you more of his trust.

Another byproduct of the clinician's simulation of moments of stuttering is that it gives her an opportunity to observe the child's reaction. Some children's eyes widen dramatically when we do this for the first time; others may laugh nervously. Some may tell you that you stuttered just like they do. Others will even try to help by saying the word for you when you try it again. Such reactions can give us a good clue as to how he or she feels about stuttering. Incidentally, most of the children know what they do is "stuttering," no matter how carefully others have avoided using the label. This is true even for those whose parents claim that the child doesn't have any awareness of his stuttering! The child knows! Let's not pretend that there's nothing wrong with his fluency if he is really having trouble.

Out of such little confrontations the foundation for future exploration of the child's stuttering has been poured. It sometimes even happens that a child may want some immediate information about stuttering and will ask you directly if you stutter too. If he does, you might say calmly, "Well yes, I sometimes bounce on a word like *thi-thi-this* just like you did a little while ago. Most people do and some do it more often than others. You sometimes seem to have more than most kids." Occasionally a child will then tell you that there are times when he stutters or repeats and that his Mom and Dad get mad at him for it and can you help him stop doing it? To such a direct question you might reply, "I see lots of kids everyday who repeat or get stuck on their words or who stutter. As the speech teacher, my job is to help kids learn to talk better." This seems logical to the child and he is left feeling more secure. Of course you should attempt at a later date to go back and get more information from him about his parents' reactions to his stuttering, but for now we have probably done enough, and it is time to play and talk again.

Another important result of such a confrontation episode is that it gives you some indication of how fast you should proceed in therapy. The child's reaction may tell you to move very cautiously or, on the contrary, to push on ahead. By taking advantage of these little encounters and recognizing the implications of the signals the child gives, you should reduce your worry about making the stuttering worse. This should not be new to you. You are already doing this same assessment in your articulation therapy. We are always evaluating how much a child can handle before becoming overloaded.

If the child seems to be embarrassed or upset by your pseudo-stuttering, then you will know that you must go very slowly and work hard to develop more trust and acceptance. Nevertheless, you should

continue on occasion to insert some mild stuttering in your speech without commenting on it. He'll get used to it if you do so calmly and casually. Eventually, there will come a time when he will not respond emotionally. When the child is able to react to our stuttering with little concern, then we can move forward. After all, one of the goals with all children who stutter is to reduce the emotionality surrounding the disorder. For young children this approach seems to be most suitable.

One of our colleagues told of having a difficult time putting this mild, pseudo-stuttering into her own speech. It had always made her feel uncomfortable and somehow fraudulent. One day, however, while using a hand puppet she made a discovery. She could make "Charley" the puppet stutter! Soon she learned how to move "Charley's" mouth so that it looked like stuttering. Her little stuttering client was so fascinated by "Charley" that she was successfully able to use the puppet not only for desensitization purposes but also to help demonstrate a milder form of stuttering.

After he has become familiar with our occasional mild stutters, we then try to get him more actively involved in our demonstrations. We might proceed as follows:

SLP: **"I'm going to drive my-my-mmmmy...Oops! There I did it again. Did you hear that?"**

C: "Yes, you stuttered a little."

SLP: **"On what?"**

C: "You stuttered on my."

SLP: **"I said that word my kind of funny, didn't I? I think it sounded like this, my-my-mmmmy, didn't it? It's like bouncing a ball isn't it?"**

(The clinician pretends to be bouncing a ball as she stutters on the word ball.)

"Do you ever have words come out like that, like the bou-bou-bouncing ball? Or hang on to a sound like mmmmm-my on the word my?"

C: "Yes, I do it sometimes. My mom says it's because I try to talk too fast."

Most stutterers, no matter how young they are, will usually admit having this type of easy stuttering; and when they do, the door to the child's problem has been opened. Dealing with the stuttering in this relaxed but straightforward manner may seem too direct an approach for some clinicians. They may feel that all confrontation should be avoided since it will only confirm in the child's mind that he is a

"stutterer." **We have not found this to be true.** Children usually breathe a sigh of relief, when at last someone is willing to talk to them about their stuttering. This careful confrontation just makes it easier for them to objectify their stuttering as a problem and not a mysterious curse.

Once again, we don't pursue the matter too strongly. It is enough that the ice has been broken and the impact made. A seemingly insignificant event has cleared a path for future advances in therapy.

Use Descriptive Terms for Stuttering

As we have said, most children, even the young ones, already refer to their disfluencies as stuttering, sometimes even to disfluencies which are not. Although we should not flinch from their use of the word stuttering, this label, of course, does little to objectively describe the behavior. To many children the word stuttering is a term colored by emotionality and threat, and so we therefore prefer to talk about the child's disfluencies in terms of what actually is happening. If he is repeating, then let's refer to it as bouncing because that is what it sounds like and the children understand what bouncing means. If he is prolonging, then we refer to it as stretching out a sound or holding onto a sound. If the child is blocking the airflow, then we refer to it as being stuck. These are fairly objective terms that the child understands and so when we use them we are doing much to lessen the emotional stigma that surrounds stuttering. Let's talk about what he does.

Should the clinician only use the words disfluency or nonfluency with stuttering children? To most children these terms are **meaningless**. They are not in his vocabulary. Moreover, they have no more objectivity than the word stuttering. If you use them you run some risk that the child will suspect you of trying to cover up his problem, that you too are flinching from its confrontation. He doesn't want you to protect him; he wants you to help him! Many other adults in his life have beaten around the verbal bush using some terms as hesitation, speech problem, fluency problem or "It."

To him "non-fluency" or "disfluency" are cop-out words. The child has that sick feeling that the real word, the right word is *stuttering* and that it is so awful that people don't even dare mention it. Every child in the "bluebird" reading group knows well that being a "bluebird" means that he is a poor reader.

Now let us return for a moment to our previous encounter and see what might happen if the child had responded like this:

SLP: **"Do you ever make words come out like that, like the bou-bou-bouncing ball?"**

C: "No, my baby brother does sometimes but I never stutter."
(This reaction is unusual but if there is one thing that we learn from stutterers it is to expect the unexpected. An appropriate response to his denial might sound like this:)

SLP: **"So your baby brother sometimes bounces on his words. So do I and so do most people sometimes."**

Nothing is accomplished by arguing with the child. Just go along with him acceptingly. He either is really not aware of his disfluencies or else (which is probably more often the case) he is ashamed and not yet ready to admit having them. And even if he does not actually have a younger sibling who stutters, we can ask him to tell us how he sounds when he does stutter and what his mom and dad tell this real or imaginary brother to do about it. However, it may be wise to point out calmly one of his own repetitions to him soon after this complete denial. If he is ever to trust us, he must recognize that we are honest. For example, as we return to our verbal and nonverbal play, he might say:

C: "Give me the *ti-ti-tiger*."

SLP: **"Seems to me I just heard you bounce on the word *tiger*. Didn't you say *ti-ti-tiger*? Sometimes you bounce on your words *ju-just* like I do."**

C: "Yeah, sometimes I do but not very much."
(We then go back to our play.)

And so even in the case of the child who denies his stuttering, the confrontation has been accomplished in a casual, nonthreatening way. We will now be able to talk **descriptively** about the child's speech behaviors, feeling sure that he knows what we are talking about. Moreover, we can hope now that he is also beginning to understand that with us, stuttering is not evil, not unmentionable, that it carries no threat.

Strengthening the Fluency

Another goal for these borderline children is to show them how fluent they are most of the time. Why should we dwell only on just the child's stuttering? He also has substantial amounts of fluency and surely we should try to reinforce that. If we have been able to help relieve

the child's fear and shame and can make the fluency strong enough, it will tend eventually to overwhelm the stuttering. But how do we encourage a child's fluency without making him feel that fluency is good and disfluency is bad? Our answer is that it is quite possible to reinforce fluency strongly without praising it or condemning stuttering.

First, we must make the child aware of his fluency. In much the same way that we focused some attention on his disfluencies, we now want to focus on his fluency. For example, we might do something like this:

SLP: **"OK, now let's do some work. Let me have all the toys over here."**

(The clinician gathers all the toys in a pile beside her.)

"Now see if you can say just what I say. 'The car is red.'"

C: "It's red."

SLP: **"That's not what I said. Listen again. 'The car is red.' Can you say that?"**

C: "The car is red."

SLP: **"That's right. The car is red. Did you bounce on any of those words?"**

C: "No." (The clinician puts the red car over beside the child.)

SLP: **"Now say this; 'The kangaroo has a long tail.'"**

C: "The kangaroo has a long tail."

SLP: **"Say it again but put your hand over your mouth so you can feel how you said it. Feel your lips moving, and your jaw and tongue."** (The child does so and the clinician puts the kangaroo over beside him.) "Now how about this one? Say: 'The elephant has a trunk,' but this time shut your eyes and listen to how you say it."

C: "*Th-th-the* elephant has a trunk."

SLP: **"Did you bounce on any of those words?"**

C: "Yeah. I said *th-th-the*."

SLP: **"Yes, I thought I heard you say *th-th-the* elephant too. If you say it without bouncing, how would it sound?"**

C: "The elephant has a trunk."

SLP: **"Yes. That probably felt and sounded smoother."**

After several of these interchanges, most children are usually able to accurately assess their own fluency, and of course the child's pile of toys always grows far bigger than the clinician's. We can always schedule our mild penalties, withholdings and rewards so the child is going to succeed more than he fails.

Another similar game is one called, "Catch Me." First, we will give him a phrase to repeat after us, then have him give us one. It is the child's job to catch the clinician when she shows some disfluency. Children love this for nothing is more delightful for a child than to be able to correct an adult.

The game might proceed something like this:

SLP: **"Now this time we are both going to take turns talking."**
(The clinician sweeps up all the toys and puts them in a pile beside her.)

"Now tell me something about the elephant."

C: "The elephant has a trunk."

SLP: **"Did you bounce on any of the words?"**

C: "No."

(The clinician puts the elephant over beside the child.)

SLP: **"Now it's my turn. This kangaroo has big feet. Did I bounce on any of those words?"**

C: "No." (The clinician puts the kangaroo next to her.)

SLP: **"How about this one?"**

C: "The alligator has sharp teeth."

SLP: **"No bounces there. My turn. The car *i-i-is* green. Did I have any bounces?"**

C: "No."

SLP: **"Oh, I sure fooled you that time. I went the car *i-i-is* green and you didn't catch me."**

(The clinician puts the car on her own pile. The child says another fluent sentence and it is the clinician's turn again.)

"The giraffe has a *bi-bi-big* neck."

C: "Hey, you stuttered on that."

SLP: **"What word did I bounce on?"**

C: "You bounced on *big neck*."

SLP: **"That's right, you caught me that time. You get to have the giraffe in your pile."**

(The child is laughing with glee at this point.)

C: "Hey, you know what? I've got more than you now."

SLP: **"Well, how many do you have?"**

(The child counts proudly and they continue.)

C: "The lion has *a-a-a* long tail."

SLP: **"I caught you that time. You went the lion has *a-a-a* long tail. I heard you bounce on that. So I get the lion in my pile."**

Now let us provide a word of caution about the pseudo-stuttering that the clinician uses in these desensitization encounters. First of all, she should try to keep out the use of the schwa vowel "uh" when repeating a syllable. For instance, make sure that in your repetitions you say *reh-reh-red car* rather than *ruh-ruh-red*. At first this may take some conscious effort since the schwa vowel tends to creep in. Also make sure that the repetitions are evenly paced and tension free. You should not be demonstrating stuttering with struggle but rather an **easier relaxed form of stuttering**. We must create models of easier stuttering not more severe ones.

The above activities may have helped us in several ways; (1) We have concretely demonstrated to the child that he has good fluency and that he can feel it. (2) He has confronted his stuttering with a clinician who is both understanding and forgiving. (3) The emotionality of stuttering has been reduced through our fun activities. (4) And he has had a chance to get back at the world by being able to correct an adult who occasionally pretends to stutter.

We not only want children to speak fluently; we also want them to experience the feel of fluency through their senses. We have had children talk while having their fingers over their lips so that they can better feel their lips moving fluently. Resting their chin on their hand helps them feel the jaw movements. A magnifying mirror aimed at their lips will give them visual feedback of fluency.

Clinicians have been leery of such an activity because they wonder what happens if the child should stutter and is forced to see his magnified lips jammed up on a sound. This happens rarely because the visual feedback seems to promote fluency, but if it did we should treat it with casual curiosity asking the child to describe what he saw. We may have him imitate the moment of stuttering again so that we can study it and objectify the experience thus removing much of the fear and mystery which surrounds stuttering. Take the mirror yourself and imitate his stuttering and both of you can examine your lips and describe what is happening.

Others have used a cardboard sheet and cut out two eyeholes and a big hole for the mouth. The child holds this up to his face and looks into a mirror. His vision is focused onto his mouth thus making use of the visual feedback.

Another easy way of reinforcing a child's fluency is to let him monopolize the session verbally when he is having a good speech day. Early in the session we try to assess the child's fluency, for his

speech may vary a great deal from day to day. We have seen children enter a session on Monday in a bad mood and stuttering quite frequently and then on Tuesday come in happy and with no observable stuttering. We use these mood swings to our advantage. Often a child will come in happy and speaking fluently. All is well with his world. During these times we encourage him to speak as much as he can, letting him flood his system with fluency. Fluency seems to breed more fluency. Usually the child doesn't need much encouragement. He wants to talk. In any case, it is our job on these good days to get out of the way and let him go.

If, however, the child is having much trouble on a certain day, we use a lot of nonverbal activities. Perhaps we spend the time on the floor playing with toys while keeping the session unstructured and relaxed. We may play a game that he enjoys, one which doesn't require any complicated speech. For twenty minutes we try to bring some pleasantness into his life. Possibly this brief oasis will be enough to change his whole day. All of us have bad days, and it's good when someone shows us some extra kindness or thoughtfulness during such a time. Although we usually keep the majority of our sessions unstructured, we often try to spend at least five minutes on some fluency producing exercise. Even on his bad days, we want him to experience some fluency and so may provide even more opportunity when he is having difficulty.

Of course, much of the time he will be on some middle ground, neither very fluent nor disfluent. Only occasionally have we seen children who might change radically during a session and realize that he's stuttering a lot more, or that he has stopped stuttering completely. If these mid-session changes occur, we adjust accordingly.

Unfortunately, too many of us ignore or don't recognize these signs of change and continue with our original therapy plans. By being alert to the child's condition when he enters our room, we can better meet his current needs.

Prosody and rhythm are often not adequately developed in these young disfluent children. So we may have them tap out syllables on the table as they make up phrases. Once they get the idea, they become very fluent and their prosody improves. It may sound mechanical at first but they soon learn to tap the proper rhythm. With some, however, you will need to talk and tap in unison until they get the idea. Some have accused us of teaching "tricks" and using the hackneyed methods of the old "stuttering institutes."



But we are not teaching them tricks or bad habits. The tapping out of syllables may last for only five minutes during a session. We are not teaching the tapping as a method to maintain fluency but rather to help a child feel the prosody and rhythm of speech. In the unlikely event that a child did start to tap out all of his words, we could quickly phase out the activity by having him vary the tapping and then to simply have him imagine he was tapping. Tapping is burdensome and no child wants extra labor when speaking.

As we become familiar with our client, we learn the types of speaking activities that he can do fluently. The descriptive type of speech will often yield good fluency. Children find it easy to talk about a picture or go through a familiar book telling us a story from the pictures. Having the pictures to look at helps the child in the formulation of language. For example, we can give the child one point everytime he says a phrase fluently; and we get a point whenever he stutters on a word. Always his point total will be much larger than ours. When he begins to have 90% fluency in this activity, we can then program some mild fluency disruptors in order to desensitize him to them. Turning our back to the child will often cause some mild stuttering, but first we tell him that we are trying to make it harder for him to talk. As he becomes accustomed to this challenge, we may get up and look out the window as he says his phrases. Once again, we tell him that we are trying to trick him, to make it harder for him so that we can score some points. Or we may talk at the same time he is talking or try to interrupt him. We have used a little transistor radio and told him to make up phrases while it is playing. Or, while saying a phrase in unison, we may do some pseudo-stuttering on one of the words, asking him to resist us and not to let us make him stutter.

We have also used role playing effectively in this desensitization to fluency disruption. In the fall during our diagnostic exam, we used the technique to assess his problem but now we try to condition him to remain fluent while playing these roles. We might play an impatient

waitress or a gruff policeman or principal, and it is his job to resist us and to keep talking fluently. At first, we will make it quite easy for him to succeed; later we will apply more pressure. We always try to program only enough pressure so that he will succeed more than he breaks down. We build on success rather than failure. The more he succeeds, the harder we pressure him, but make sure he always wins in the end.

Many times we leave the therapy room for these desensitization activities. Talking while walking is sometimes more difficult for some children. In an empty gym, we may stand on opposite sides of the room while he is making up phrases. (It is often harder for the stutterer to talk when his listener is far away.) We may explore what happens when he gets up on stage. Perhaps the child can pretend to give a brief report to an imaginary audience. Or we have gone out on the playground where we need to shout to each other. Throughout all of these activities, we are giving him points or some acknowledgement for remaining fluent while losing points for stuttering, but it is all done in the spirit of a game or challenge, and **we never continue an activity that produces more failure than success.** If he is failing to maintain fluency in one activity, we try to decrease the stress during the activity so that he can succeed or shift to another. We keep the encounter fun and rewarding although often we may give him a taste of failure so he knows we aren't babying him. We want him to feel challenged and under some threat of failure for otherwise the activities have little value.

We need to find ways of showing the child how fluent he is most of the time. Too many of these children think only about their stuttering. The only words they remember are those they stutter upon. We want them to shift their attention to their abundant fluency. We need to increase the amount of the child's fluency while at the same time helping him build up a tolerance for and a defense against those fluency disruptors that face him everyday. If we can design our therapy to accomplish these goals, we will not need to worry much about the child's occasional mild disfluencies.

Often with these mild stuttering children, the fluency training consumes the major portion of our therapy time. There is little need of working continually on only the stuttering when in reality very little stuttering remains. Nevertheless we do not neglect the stuttering entirely. Every child needs some basic information about stuttering, and we give it to him even though we spend most of our time increasing and strengthening the child's fluency. He needs to know that he is not alone in his stuttering and that we understand and are not afraid of it. He needs some understanding of what stuttering is and why it is happening to him.

This understanding will help to remove any of the mystery that often surrounds his stuttering. If he has received any emotional hurts because of his stuttering, these will need our empathetic understanding. So we do not believe that it is wise to work entirely or solely on either the fluency or the stuttering. We devote time to each one appropriately.

Conclusion

These then are the kinds of things we might do with the child whose stuttering we can perhaps call borderline. Our therapy time is used primarily to get us acquainted with him and his possible stuttering. We want to make sure that he is not hiding any real stuttering. We help him become more fluent. We provide models. Our sessions are casual, indirect and nonthreatening. We provide an opportunity for free, pleasant communication. Once we feel reasonably certain that the child is just going through a period of disfluency, we can dismiss him from our caseload.

Some may criticize us for having been either overcautious or overzealous. Many of these children would have become normally fluent without our intervention. However, we feel that we have invested our time wisely. First of all, we have shown that teacher who referred him that we appreciate her concerns and are responding to them. Secondly, we have had a chance to deal with any of the fears and questions that the parents may have. Thirdly, we have become familiar with the child so that if he does at any time have some real stuttering, we can step into the situation with a better start. Fourthly, if the child is a real stutterer who can hide his stuttering, we will be able to diagnose it during this period of observation and put him on our regular therapy schedule. On the other hand, were his stuttering left untreated for a year or two, then we would probably have a more serious problem on our hands in the future. Finally, both the clinician and the child have benefited from the time together. If the communicative sessions are interesting, casual and relaxed, any child will benefit from this extra attention and stimulation. This kind of therapy could be used with every child in a classroom and all of them would communicate better.

The clinician will also gain personal benefit from these sessions. She will learn something of what beginning stuttering looks like in all its variations and will become more familiar with the range of normal disfluencies. This will help overcome her fears of working with stutterers because these children are so mild she will not feel threatened. They have not been hurt or damaged by the reactions of others as has the advanced stutterer. They are free spirits and truly joys to work with.



The Child with Mild Stuttering

Description of the Child with Mild Stuttering as Distinguished from the Child with Borderline Stuttering

Now let us move along the continuum to the child who is showing signs of more advanced stuttering. He may show some struggle or tension when speaking. He might be using the schwa vowel in his repetitions or they may be uneven or forced or be accompanied by a pitch rise. As he attempts certain words, the airflow may occasionally be blocked. He may even show some of the secondary danger signals such as shyness or nervousness when speaking. Any one of these danger signs or a combination of them tends to indicate that this particular child may be beginning to stutter more severely.

This picture is quite different from that shown by the children we have previously discussed. Although still fairly mild, these children definitely stutter. Unfortunately, they too are often not worked with by public school clinicians. Although they recognize that the child is stuttering, since the disorder is still mild, they are afraid that any therapy might make him worse. Besides, they always have the hope that he may outgrow it on his own. Their caseloads are already full and it is often difficult to find a place for such a child on their schedule.

There are always reasons, good reasons, but if we are really honest with ourselves, we must admit that our fear of making him worse and our own feelings of inadequacy are the major reasons for telling the parents and teacher that he will probably outgrow it with time. But usually this mild stutterer can benefit from our help and should get it. If we keep in mind the casual and relaxed sessions described in connection with the borderline stutterer, then there is no reason to expect that this child will get worse if a similar approach is used.

We must realize that stuttering is a progressive disorder, and that an occasional child may get worse despite our efforts. This, however, should not imply that we have been at fault. There are many forces in the school, home or playground over which we may have little control that can worsen the stuttering. While it is possible that some of these children may attain normal fluency without your help, it is also possible (even

probable) that they are in danger of becoming confirmed severe stutterers. All we can say is that when a child is in danger, the clinician should step in and not wash her hands of the responsibility.

Many of the therapy activities we used with the child with borderline stuttering can also be used with the mild stutterer. We don't suddenly use a new set of techniques simply because we have a child with more advanced stuttering on our hands. What changes is the directness of the approach. Once again we should keep the sessions warm and friendly. We want to provide a permissive communicative atmosphere in which the child can feel free to talk despite any stuttering that may occur.

The Outline of Treatment: Gradual but Direct Confrontation

The basic aim of treatment is to prevent the child from reacting to the stuttering experience by avoidance or struggle. The clinician must understand how traumatic it can be to find yourself repeating interminably, or to find yourself prolonging a sound you have already produced, or to experience the greater trauma of not being able to move your mouth or tongue and being incapable of producing voice. These are frightening experiences for a little child, and we've got to take the mystery and fear out of them as soon as possible before he begins to react to them by struggle or avoidance. Most of the handicap of stuttering arises from the child's reactions to these stuttering experiences. If we can make them benign, he'll heal himself.

Some children, however, show these danger symptoms but apparently do not react to them. Don't let their lack of outward reaction fool you into thinking that no danger exists. We have heard many clinicians say: "Well he is doing some obvious mild stuttering, but he doesn't seem to react to it. Besides he's such a happy child." The "happy child," who doesn't seem to react to his stuttering probably falls into one of two categories. He has either learned how to hide his emotions, or he is trying to ignore his stuttering.

Both problems need our help. The children who hide their emotions have an obvious need to talk with someone who will understand. The needs of the "happy child," on the other hand, are not so obvious, but we must recognize that this child is walking a narrow path. Society is cruel to all who stray from the norm. Sooner or later he will feel the pain of being different. How nice it would be if a warm, gentle clinician can help him face his stuttering before others force that recognition traumatically.

Shall we leave him defenseless? If a child can learn about stuttering in a happy way, he will not be so vulnerable. He won't have to struggle or avoid or build up the negative emotional reactions that will make his stuttering more severe.

Once again, we will be in no rush to confront the child with his disfluencies. Our pace in therapy is relaxed, but we must be ready to seize any opportunity the child may give us to discuss the problem calmly. That is why a detailed therapy plan for each session is often counterproductive, although this does not mean that we should have no idea of what we plan to accomplish. However, the plan should be a general one which will enable us at any moment to make adjustments. Often there may be something we hadn't planned to introduce for several sessions, but if the opportunity is there, we must take advantage of it. **The child must be ready** for our new ideas and concepts if he is to profit from them. The key here is not only to be ready when the opportunity for a peak experience presents itself but also to guide the sessions so that more of these opportunities have a chance to happen.

The First Confrontation

A good way to begin the confrontation of the child's stuttering is by first using some of our own pseudo-stuttering as an example, and then talking about it. Then we can discuss his stuttering. This approach is much easier for the child. He feels less self-conscious and has more understanding when it is done this way. If we immediately demand that he face his stuttering, there is a good chance that he will become too embarrassed, resentful or confused to be able to follow our suggestions.

SLP: **"Give me that re-re-red...Oops. I got stuck on that one. Let me try it again...Re-re-red car. There that was better."**

With a shy child or one whose strength is doubtful, this might be all we need do at any one time. In fact we might do it several times over a period of two or three sessions before trying anything further. But with most children you can see by the reaction on their faces that they are interested. In fact some have even volunteered the words, "Hey, you stuttered on that." Or they may say, "Sometimes I stutter on my words like that too." Children who respond in this way are giving us an opportunity to make further progress during the session. And so we would further explore the child's stuttering and his feelings about it. Eventually we would do the same exploration with the shy and withdrawn child. The only difference is that we would greatly slow down the pace of confrontation for the shy child. What you might cover in one or two sessions

with one child might take several weeks with another. This of course, is where your skills as a clinician come in. The experienced clinician seems to know when to move ahead and when to hold back. But if you feel that you might have trouble with this, don't become alarmed or use your uncertainty as an excuse for not working with the child.

Actually, it is quite easy to judge when you are progressing too rapidly. The child may look away or become restless or he may pretend to ignore you or try to change the subject. Through many signs and signals, the child will show you that you are going too fast, are being too direct. We really shouldn't worry too much about making mistakes in pacing our therapy. All of us make them, and most children are quick to let us know when we do, so we can slow down until he is ready to move on. This is why it is so important not to be tied down to a strict therapy timetable. We must be able to move fast or slow at a moments notice.

Let us return again to our therapy session:

SLP: **"I kind of bounced on that word didn't I? It's kind of like bou-bou-bouncing a ball.**

(The clinician bounces an imaginary ball as she makes the repetition.)

Do you ever bounce on your words like that?"

C: "Yeah, sometimes."

SLP: **"Some kids who come to see me get stuck on their words like this.**

(The clinician demonstrates blocking the airflow on a word.)

Do you ever do that?"

C: "Sometimes."

SLP: **"Or sometimes they might hold on to a sound too long like th---is. Do you ever make one sound like that?"**

C: "Sometimes."

With most children this is all we may need to do in one session. However, some children seem to be able to handle more confrontation; and if they can, we might continue with some general probing of their emotional responses to their stuttering.

SLP: **"Does it make you mad when you bou-bou-bounce on a word like that?"**

C: "No, but sometimes I try to talk slow and that makes the words come out better."

SLP: **"Well who told you that talking slower might help?"**

C: "Oh, my dad told me that."

SLP: **"What other things have your mom and dad told you to help with some of those words?"**

C: "Oh, just to talk slower and to try not to make so many mistakes."

SLP: **"The trouble is that sometimes it's hard to talk slow, isn't it? And sometimes even when you do talk slower you still might have trouble with a word. How about the kids in your room, do they ever try to make fun of you when you bounce or get stuck?"**

C: "No...Well sometimes *Ji-Ji-Jimmy* Jones does it, but my teacher tells him to shut up because it's not nice to laugh at other kids. Sometimes my sssssister teases me too and my mom tells her not to do it. Sometimes I punch her right in the stomach."

SLP: **"So you're pretty tough are you?"**

C: "Yeah, and I punched that Jimmy Jones this morning, too."

SLP: **"So you punched old Jimmy. Is that the kid who sometimes teases you?"**

C: "Yeah, I'm not afraid of him."

We would probably not try to turn the subject back to stuttering immediately. We can continue our exploration of his stuttering in our next session. If the flow of his conversation leads us to feel that he really wants to talk further about his stuttering, of course we would help him do so. But usually we just let him talk freely. He needs a permissive listener he can trust.

One of the questions that we need to answer concerns the child's reaction to his stuttering. Although we cannot accept his reply as the whole truth, it may at least begin to answer the question. In the example just cited, the child denied any anger when stuttering although most of the rest that he said indicated some hostile feelings directed elsewhere. The clinician wouldn't interpret these to the child, but she would certainly note the context. And she would note that the boy had already begun to react to penalty by aggression.

We have found that although most mild stutterers show little hostility concerning their stuttering, it is not unusual to have a child tell us that his stuttering indeed makes him angry. With these children, we would try to empathize with their feelings and give them a chance to vent these hostilities over several therapy sessions. With one of our clients, his verbalizing of this hatred of stuttering was the most important single factor in his recovery.

In our example, the clinician also gathered some important information about the parents' reactions to the child's stuttering. This information would, of course, not be used to condemn the parents but rather to help us understand the client. In talking with the child, we should always be careful not to criticize the suggestions of his parents no matter how unwise they may be. No child should be forced to choose between his parents and his clinician. Instead it is our job to have all of us work together as a team. In the example, the clinician didn't criticize the parents but rather she merely tried to show the child she understood that the advice didn't always work, thereby relieving him of any guilt feelings. Some children, because their parents' advice has been unsuccessful, feel that they are to blame for not having tried hard enough to follow their parents' impossible demands such as "always think before you speak."

In our example, you will note that the child also began telling the clinician about the reactions of his classmates and how he dealt with them. This particular child appeared to be able to cope with the reactions of his peers. Although some might disapprove of his coping behavior, it appears, at least on the surface, to have satisfied him. We should always be concerned when a child has not learned ways of handling mockery and teasing, for this impotence often begins a vicious circle with evil consequences. The child begins to hide his stuttering and to avoid social contacts. If he retreats into a lonely world of isolation and shame, the seeds of severe stuttering will grow quickly in such fertile soil.

Therefore, instead of feeling a need to condemn him for his aggression, we would be relieved to find that he is open and straightforward concerning the reactions of others to his stuttering. This aggression is not at all pathological. In fact, it is a perfectly logical and normal way for a six year old boy to handle such a situation. Also the withholding of moral judgment has probably helped the clinician gain the child's acceptance. Adults are forever inflicting moral judgments on their children. How nice to meet one adult who is different, one who understands. During his account of his aggression, the child will often scrutinize you carefully, for he needs to know if he can trust you. We are not the only ones doing a diagnostic examination in such encounters.

We should realize that much of the time the child will be fantasizing in this free uninhibited talking and that what he tells us may not be the truth. He might be afraid of Jimmy Jones, and that punch he told us about was just a mythical one. It doesn't matter. Whatever he tells us helps us know him and his stuttering better, and he needs to relieve his tension. In such a monologue, we would merely reflect back to him his feelings

acceptingly. At the same time, this echoing or reflecting can give us another opportunity to model a better way of stuttering. It also lets him know that we are following him and are interested in his message.

Sooner or later there will come an opportunity to confront him with some of his own stuttering.

C: "I-I-I like this red car best."

SLP: **"Say I think I heard you bounce on a word there. Do you remember which one it was?"**

C: "No."

SLP: **"Well I thought I heard you go, I-I-I like the red car."**

C: "Yeah, I did. I do that a lot sometimes."

Perhaps this is as far as we would pursue this. If he has another moment of stuttering, then we can again ask him to tell us the word that gave him trouble. Of course, we wouldn't do this on every stuttered word. Far from it. We never nag. **It makes no sense to teach the child to become highly aware of every little moment of stuttering**, but ask him after he has had some obvious stuttering. We are talking here about a repetition of at least three beats or a prolongation or an airflow blockage with some indication that he knows he is not moving forward. You will soon find that after only a few trials he will be able to tell you the word on which he stuttered.

As we continue, we may wish to go deeper into this identification of stuttering.

SLP: **"I-I-I-I. Hey what did I do?"**

C: "You stuttered."

SLP: **"Do you remember what the word was?"**

C: "It was I, I think."

SLP: **"Yes that's right. But tell me more. What did it sound like?"**

C: "Well you kinda bounced on it like we talked about."

SLP: **"That's right I did. Could you do it like I did? Could you make it sound like mine did?"**

C: "I think it was kind of like I-I-I wasn't it?"

SLP: **"That's right, I went like this, I-I-I-I. That's very good. You are a good watcher and listener."**

At this point the child is usually beaming from ear to ear. It is so much fun to be able to correct an adult.

This interchange might seem quite insignificant to most of us, but yet much learning has taken place. The child has been able to see that someone else can stutter without becoming emotionally upset. He has seen somebody stutter and then casually talk about it. Stuttering has not been condemned as bad; rather, it has been shown to be interesting. For a change, the child has had a chance to correct someone else instead of always being corrected himself.

Great strides have now been made in our attempt to objectify stuttering. We have confronted some stuttering both with an objective attitude and without the shame, fear and embarrassment that usually accompanies it. The child has even been able to put some pseudo-stuttering into his own mouth. Until now, stuttering has been a very unpleasant experience. But here, in one short moment, he has been able to produce stuttering at will and without any harmful side effects.

One other thing that clinicians might be concerned about is the child's continued use of the word stuttering. In these interchanges we made no attempt to correct him, because we have found that very soon now, he will probably start using more objective terms like, "bouncing" or "stuck" if these are the words we use. The more we talk about "bouncing" and being "stuck," the more he will tend to use those terms. As we have said before, stuttering is not an unmentionable word with us. We treat it like the word disfluency. Both are too general and vague for most children. Our aim should be to remove the mysteries and speak in more objective and descriptive terms.

Making Stuttering More Voluntary

Now that he has done some pseudo-stuttering, we can make a little game out of this activity.

SLP: "Now let's see just how good a watcher and listener you are. I am going to do some talking and I am going to pretend to get stuck on some of my words. When you hear me getting stuck your job is to ring this buzzer and stop me. Then you must show me what it sounded like. For example to win a point you must ring the buzzer and say, 'you kind of bounced on it *li-li-like* this.' Now, if you don't catch me, then I get a point. Here's a red car and it has four *ti-ti-ti-tires* and it has...Hey, you didn't catch me that time. I said *ti-ti-ti-tires*. So I get a point. Here we go again. This elephant has a *bi-bi-bi...*"

(The child rings the buzzer.)

C: "I caught you on *big*."

SLP: "That's right you did. But now you must tell me what it sounded like."

C: "Well you kinda bounced like, *bi-bi-big trunk*."

SLP: "That's right so we will give you a point for catching me and for being able to show me what it sounded like."

When he is able to "catch" us and imitate our repetitions, we then can move on to other types of stuttering. One of the reasons we do this is to give him a chance to stutter in many different ways. This helps him to learn that stuttering need not be completely involuntary. Most people who stutter feel that something happens to them which causes them to stutter, and they do not feel responsible for it. We must remove this feeling of helplessness.

Also, imitating different forms of stuttering helps them overcome the fear of the actual sound of stuttering; but the main benefit is that the child learns that he can exert some measure of control over his behavior, that he really is not helpless. For the first time, he feels that he is controlling the stuttering rather than the other way around. Moreover, since he must consciously manipulate his mouth in order to imitate these different types of stuttering, he will be better able to tolerate some of his own stuttering when we get to that stage of therapy.

Often, in certain children, we can immediately let them do some pseudo-stuttering in the game of "catch me," described above. Taking turns, we may then ring the buzzer and imitate them when they stutter. Surprisingly perhaps, many children enjoy this activity, and certainly it will help them to reduce any fear, shame or embarrassment that may have begun to occur. What we are seeking is merely to make a beginning impact, to change some of their thoughts and feelings about stuttering.

Exploring the Emotional Nature of the Child

Let's pause here to point out that many other things are happening in the therapy session besides the above activities. We are still spending much of our time in play and conversation. We are also continuing to probe his concerns. Every child has other sources of stress besides stuttering; and it is very difficult to treat a child's stuttering successfully if he is having serious trouble with other aspects of his life. So let us find out what these are. Although we are not psychiatrists, often there is much we can do to alleviate some of the child's suffering. Often, if we can just identify and talk about some of the other problems children have, we will be helping them solve them. Perhaps we can help by having a parent or teacher make

some adjustments after we discover what is bothering them. We have witnessed surprising decreases in stuttering by such intervention.

Nevertheless, our main concern is to learn more about the emotional aspect of the child's stuttering. What are his real feelings about stuttering? What are the reactions of others to the stuttering? Of course, we wouldn't just sit down with a child and begin firing questions at him. The probing can be very **indirect**, but in every session, we try to find out something new about how he feels about his problem. We can blend our comments quite naturally into the flow of the play or conversation, phrasing them in such a relaxed and casual manner that the child is hardly aware that he is being questioned. Also, when doing this, we would be watching him very intently for any signs of discomfort. Is he trying to change the subject or ignore us? Is he showing signs of restlessness? Perhaps his body language tells us that the subject is still too painful to explore. Whenever we recognize any of these signals, we usually back off and resume our playing. We never force him to discuss unpleasant material. Another day will come when the child has more confidence in us and can confide.

Here is an example of how we might proceed with a child in order to find out his family's reaction to his stuttering. (Again this might not take place during one session but be spread over a number of sessions.)

SLP: **"How about a few peanuts? I'm kind of hungry.**

(Some long silent pauses here while we eat peanuts.) **A boy told me yesterday that sometimes when he got stuck on a word at home his mother would make him stop and try it again. What does your mom say when you have trouble on a word?"**

C: "Oh, she just tells me to talk slower."

SLP: **"How about your dad, does he ever say anything?"**

C: "Sometimes he makes me keep saying the word over and over until I-I-I get it right."

SLP: **"Maybe he gets upset when you get stuck?"**

C: "I heard him say a bad word once when I got stuck. We were both in the garage and mom wasn't there. She would have been mad at him if she had heard him. She doesn't like him to swear."

SLP: **"You know, the trouble is, parents are older and they forget how hard it is for some kids to learn to talk. Sometimes they forget that we are trying our best to talk good."**

In later sessions, we might ask again about his parents' reactions to his stuttering and he may then have much more to say about it. Also we can

explore the reactions of siblings, teachers, classmates and the children in the neighborhood to his stuttering. Often a child experiences great relief when these experiences are shared with a clinician who cares.

Again, let us repeat that the information we get from children may not necessarily be correct. Many children will fantasize and give us completely false stories about what has happened to them at home, in school or on the playground. It would be folly to confront parents or teachers with things the child has said as if they were complete truths until we have checked carefully and perhaps not even then! Nevertheless, it is important that the clinician realizes that the wild untrue tales she hears, even if completely false, are reflections of the inner turmoil in the child, and so may be of extreme significance.

The following example illustrates why we need to be careful not to condemn parents even in our own minds. A fellow clinician related this story:

It seems that one of her youngsters told her about being, "slapped in the mouth by my dad everytime I stutter." The clinician was understandably shaken that such behavior still existed. She knew that something had to be done or else the child could get worse.

When she called the home and was telling the mother as diplomatically as possible the ill effects of such punishment on the child's stuttering the mother became outraged. "My husband never has nor ever would do such a thing. How could you accuse him of such a terrible thing?"

After some fast talking on her part the clinician was finally able to calm the mother down enough to discover the cause of the child's fantasy. It seemed that the father had a habit of looking away everytime the child stuttered. The child had understandably taken this as a sign of rejection and had distorted the reality.

Yes, we must be careful in our judgments of condemnation. One of the ways we can be objective is to show interest in the positive side of the child's perceptions. How do people show their love and acceptance of him? What good things happened to him yesterday? And so on. His responses to this line of investigation may show that he has loving people who indeed care for him. Then we can help him understand his negative feelings and thus erase some of his distortions of reality. Unfortunately not all such children are fantasizing. Some parents are indeed guilty of wrongdoing and cruelty. A few children are still being slapped and spanked because of their stuttering by well meaning but ignorant parents. A competent clinician can do much to help them understand that such behavior is unwise.

Exploring Struggle and Tension

Once the child learns to imitate your pseudo-stuttering, we can proceed to teach him to locate and identify more precisely some of the things he does when he stutters. For instance, he can come to recognize the different places in his mouth where he blocks the airflow. When a child begins to have these airflow blockages, he usually will begin to show some real concern. They can be a devastating experience for a young child. He begins to have that helpless feeling of being stuck, that he is paralyzed and cannot move. For a moment time stands still. These blockages are frightening, and we need to help the child understand what is going on. We must desensitize him to these traumas and help him learn to open his "speech doors" rather than shutting them tight.

We might introduce the subject like this:

SLP: **"Now I am going to pretend to get stuck on some words and it will be your job to tell me where in my mouth I got stuck. OK, here's the first one. The elephant has a long...**

(The clinician blocks the airflow on the *t* sound.) **trunk. Now where did I get stuck on that word?"**

C: "You got stuck on the word *trunk*."

SLP: **"That's right but can you tell me where in my mouth I got stuck?"**

(The child shrugs his shoulders.) **Did I squeeze my lips together too hard like on the word...**

(The clinician blocks on the *p* sound.) ***paper*?"**

C: "No, it wasn't like that."

SLP: **"Did I get stuck down in my throat like on..."**

(The clinician blocks on the *k* sound.) ***candy*?"**

C: "No, not like that either."

SLP: **"Did my tongue get stuck up behind my teeth like on..."**

(The clinician blocks on the *t* sound.) ***table*?"**

C: "Yeah, that's how it sounded."

SLP: **"That's right my tongue did get stuck up behind my teeth on the word *table* just like on the word *trunk*."**

Often, at this point, you can have the child begin to do some experimental blocking in his mouth. If the child is still quite shy and defensive, we would of course wait for a better time.

SLP: **"Here's another one. I have a yellow..."**

(The clinician blocks on the *p* sound.) ***pencil*."**

C: "It was on *pencil* and you jammed your lips together."

SLP: **"That's right. Now why don't you try it just like I did on that word *pencil*?"**

C: (The child blocks on the *p* sound.) "Pencil."

SLP: **"Right. Did you feel your lips getting jammed together? It's like trying to drink from a bottle with the cap still on. Nothing comes out. So unscrew the cap and let the word come out. Do it again on *pencil* and this time feel your lips getting really jammed up then letting go."**

(The child does this and practices doing it on many other words beginning with different sounds.) **"Say, that's hard work. Let's rest a minute. It's kind of scary when we get stuck and the word doesn't come out, even when we're just pretending. But we need to learn what it feels like so that we can make some of our words come out easier. It's no fun to be stuck and not be able to say a word."**

We need to point out here that we haven't made any attempt to have him identify his own word or sound fears. Most children with mild stuttering are rarely aware of any sound or word fears, and certainly no clinician wants to start him thinking about them. But aren't we making him more concerned about his stuttering by pointing out the different areas of the mouth where he may be blocking the airflow? The answer is no. Knowing where in the mouth he blocks doesn't cause anticipatory fears. It does, however, reduce the mystery and fear of stuttering when it occurs. We want the child to know what happens and what it feels like when he has these blocks and to recognize that he can do something about them.

Now that the child has learned to locate the site of the tension in his mouth, we may move on to having him feel the differences between proper and improper tension:

SLP: **"Watch me say this word *pencil*."**

(The clinician blocks the airflow on the *p* sound.) **What happened that time?"**

C: "You jammed your lips together."

SLP: **"That's right and then I squeezed them tighter. Can you show me how to put my lips together just right so that the word comes out easy?"**

(The child says the word *pencil* fluently.)

Good job. Let me try...*pencil*. There I brought my lips together loosely and the word came out easy. How about pretending to get stuck on the word *paper*? Don't say the whole word. Just get stuck on the first part.

(The child blocks on the *p* sound.)

OK, that's enough. Now put your lips together nice and loose but don't say the word until I tell you.

(The child puts his lips together without excessive tension.)

Are your lips together just right?

(The child nods his head.)

All right now say the word.

(The child says the word *paper* fluently.)

Now get jammed up on the word *bear*.

(The child jams his lips together.)

Put your hand up on your mouth and feel your lips squeezing tight. That's enough. Now put your hand up there again but this time put your lips together just right. OK, now say the word.

(The child says the word fluently.)

Fine! That's the way to do it. Now this time close your eyes and jam up your tongue on the word *table*. Don't say the word—just jam up your tongue. Feel that?

(The child nods his head.)

Now keep your eyes closed but this time put your tongue up there loosely. Feel that?

(The child nods his head.)

OK, that's enough for today."

We would do this on many different sounds until the child becomes familiar with the proprioceptive feeling of both the proper and improper tensions.

These then are just a few of the procedures we would use if the child were having airflow blockages. Our aim has been to reduce his fear and remove some of the mystery which surrounds this traumatic kind of stuttering behavior. The child has learned the feel of both stuttering and fluency. We have not attempted to teach any modification but have only made him aware of the differences between stuttering and fluency. From past experience, we have learned that the child with mild stuttering will choose the easier form of talking once he realizes he has a choice.

Reducing the Severity of Repetitions and Prolongations

Although the child has learned in our beginning sessions to identify and imitate some easy repetitions, it is often necessary to go further. As with the techniques we discussed earlier concerning airflow blockages, we need to make him more aware of both his severe stuttering behaviors and the milder, more fluent forms.

A case study in our district provides an example of how another clinician successfully treated a child simply by increasing the child's awareness of his numerous repetitions. This is what she told us:

Billy was five years old and had just entered kindergarten. The teacher, after a few weeks with Billy, was nearly frantic. She reported that his stuttering was so bad that it took him fifteen minutes to ask her permission to use the bathroom. After seeing Billy every day for a week, the clinician understood what the teacher meant.

Billy's stuttering consisted exclusively of mild repetitions which showed neither tension nor struggle. His attitude was also completely carefree. But what repetitions they were! When counting them the clinician found that there could often be anywhere from five to twelve repetitions per word and he stuttered on well over fifty percent of his words. So what was she to do? She didn't want to do anything that would cause him to change his carefree attitude nor the mild form of his repetitions but she knew sooner or later he would get penalized or frustrated by them.

At first, the clinician was cautious and tried to develop Billy's trust through play but later she realized that this wasn't enough. His stuttering persisted and the other children were understandably beginning to react negatively to it. Their reactions would soon make his stuttering worse. So she gambled:

We will attempt to condense several days of therapy with Billy.

SLP: "We have talked before about bouncing on words. Now let's count the times we bounce. First I will pretend to bounce and you count on your fingers how many times I bounced. The car is re-re-re-red. How many times did I bounce?"

Billy: "You bounced on red."

SLP: "That's right. But how many times did I do it?"

(They played this counting game for awhile, taking turns doing the pseudo-stuttering.)

"Now let's change the game. I am going to bounce four times.

(The clinician holds up four fingers.)

The tiger has a ta-ta-ta-tail.

(The clinician counted on her fingers as she repeated.)

See I did it four times. You try it four times.

(The clinician holds up her fingers and points to each one as Billy has a pseudo repetition.)

That's fine. Now you hold up as many fingers as you want and I will bounce that many times.

(The child holds both hands up.)

Ten. Oh, that's a lot! OK, here goes."

(The clinician repeats ten times as Billy laughs with glee. They take turns at this game.)

As Billy began to succeed, the clinician would occasionally ask for zero repetitions. Although Billy continued to ask her for large numbers of repetitions, she was asking him for fewer and fewer and was amazed to find that he was even starting to speak fluently on demand.

The clinician would then occasionally stop Billy during their play and tell him that she had heard eight bounces on that word. Could he do it again with only two? This was done sparingly because she didn't want Billy to think that she was being overly critical and non-accepting of his stuttering.

The clinician was then taken ill and so was forced to stay home for several weeks. This upset her because she was afraid that all of their progress might be wiped out but she received a call one day that revived her spirits.

Billy's mother called and tearfully told her a miracle had happened. "He doesn't stutter anymore." The clinician tried to warn her that this was probably just temporary and that his stuttering might return but upon her return to work the clinician found that Billy was indeed talking fluently. In fact, she couldn't get him to stutter. At first she was gentle with him fearing a relapse but later she put him in pressure situations and found that he just didn't stutter no matter what she did. Everyone at school was amazed. He has never stuttered since.

We do not agree with the mother that a miracle had taken place. There were several important factors that resulted in Billy's dramatic change.

The clinician had built a good foundation by establishing a warm and friendly relationship right from the beginning. Stuttering had been discussed openly, objectively and in a relaxed manner. Because Billy's problem was severe, the clinician had to make him more aware of his stuttering than she might have done with a milder case, but she did this in a nonthreatening way. Once Billy became more aware of his stuttering and was able to make voluntary variations of those long repetitions, he realized that he could change the way he stuttered, that he could control it. This we feel was the crucial lesson he needed to learn.

His stuttering had been compulsive. He spoke a stuttering language. He felt that he had no choice but to speak repetitively and had resigned himself to talking this way. This was why he showed no signs of struggle.

He never tried to change his speech patterns because he did not know he could change.

The clinician might have had trouble had she immediately tried forcing him to speak fluently. The child would probably have begun struggling and gotten worse. But her use of counting and varying the repetitions was done without threat. It was a fun game that the two of them played.

As with many of these young stutterers we have known, once Billy realized he could choose and control the way he stuttered, that he was not helpless, he stopped stuttering. Extensive drill and long hours of therapy were not required. The impact of having a **choice** was the critical factor. He no longer felt helpless.

We would recommend the same kind of therapy with a child whose stuttering consisted of long prolongations. Again, we would do some pseudo-stuttering in which the sound or its silent posture was held for varying lengths of time. Let us illustrate:

SLP: **"Watch me a minute. I am going to hold a sound until my fingers touch.**

(The clinician raises one finger from each hand and holds them about five inches apart.) I have a s-----ister.

(As the clinician stutters on sister she moves her fingers together at a slow speed. When they finally touch she says the word.)

What happened to my fingers when I said the word sister?"

C: "They started to move."

SLP: **"That's right. And what happened when they touched?"**

C: "Then you said the word."

SLP: **"Right. Now let's play a game. You hold your two fingers up just like I did and, when I start holding onto a sound, you slowly move your fingers together. I must hold that sound until your fingers touch. When they touch I will say the word. Let's try it. The elephant has a l-----ong trunk.**

(The child moves his fingers slowly together.) Now it's my turn. I will hold them this far apart and you pretend to get stuck on the word watch. Remember you can't say it until you see my fingers touch."

C: "W----atch."

SLP: **"Hey, you didn't hold it long enough. You didn't wait until my fingers touched. Try it again.**

(The child succeeds this time.) Now it's your turn. Hold your fingers as far apart as you want and I will hold the word shoe.

(The child holds his fingers as far apart as possible.) **That long!**
All right. Don't forget to move your fingers. Sh-----oe.
Wow! That was a long one!"

These then are some of the activities we would use with a child who is prolonging. We attempt to lower his anxiety and fear through the use of the fingers and pseudo-stuttering. Then we attempt to vary the length of the prolongations. Once we teach the child to vary his stuttering, we can gradually reduce its length. When the child discovers he can change his stuttering patterns, the stuttering will usually begin to recede. We have reversed the morbid growth of the disorder, and when this occurs, fluency returns.

Conclusion

Quite often with these children with mild stuttering this is as far as we will need to go. These few simple activities, the fluency builders we talked about in the preceding chapter, the parent and teacher contact, the warm and relaxed attitude on the part of the clinician and the desensitizing work on his emotional experiences are often all that is necessary to reverse the course of the child's stuttering and make him fluent.

Again, let us emphasize that the speech activities are not as important as the attitudes that we have helped to change. If we remove some of the mystery, help him to understand some of the basic features of his stuttering, and build up his fluency, he will heal himself.

Because stuttering is not yet a fully developed problem requiring great effort to eradicate, such an approach is remarkably effective. Over and over again, we have been amazed at the ease with which this change occurs in a young child. Our job is simply to find the key which makes his stuttering understandable and nonthreatening.

Of course, each child is different and one never really knows in advance exactly what key each stuttering child needs to discover. It seems that at some point he understands what is happening and stops struggling. We have had children go home and tell their mothers, "You know why I stutter sometimes? It's because I bounce on my words." Or they may say, "I squeeze up my lips too hard and don't let the word come out. That's why I stutter." Once this insight has occurred, the stuttering begins to disappear. The understanding of what he is doing and the realization that he doesn't have to do it as he has always done it seems to be enough. Recovery rarely comes overnight, but there seems to be little doubt that progress is being made.

The more experiences we have with these mild stutterers, the more we come to realize the importance of our intervention. We greatly aid them in their understanding and in their ability to do something about their stuttering. Perhaps they might have attained normal fluency on their own without our help, but certainly we made it easier. We also know that without our help many of them may not make the transition to normal speech but instead will become severely handicapped and serve as a lifelong reproach to our competence.



photo credit: paul diamond



The Child with Confirmed Stuttering

Now let us move further along the continuum to consider the child whose stuttering is a definite handicap. Obviously he shows a large quantity of stuttering, some of which can at times become quite severe. This is the child whom you dread seeing if you have any doubts about your ability to work with stuttering. He certainly needs help, and people will be expecting you to treat him.

Most clinicians seem to equate confirmed stuttering with the coming of maturity, that somehow no one becomes a true stutterer until he reaches adolescence. In our experience, this is just not true. We have worked with many children as young as four years old whose stuttering we would classify as confirmed. Since it is not our intention to get into any theoretical or semantic arguments, let us explain what we mean.

Such a child has speech that is characterized by repetitions that often last for more than five beats. These repetitions sometimes rise in pitch or loudness. They are frequent and come at different places in the sentence, not just on the first word. The person with confirmed stuttering of any age tends to show signs of struggle and tension when he speaks. There may be facial contortions or other secondary characteristics resulting from his struggling. Often he will show some hurt or fear or shame, although this is not always the case, for some of our youngsters seem to show little concern about their stuttering. He often blocks the airflow on many of his utterances, and these blockages may become so intense that he gets red in the face, blinks his eyes or jerks his body around.

Another child may have very little overt stuttering because he has already learned how to hide it by postponing or avoiding words on which he feels he may have trouble. Or he may simply back up and start over like this: "I want the *rrr...ah ah...* I want *ah ahm...* well I *ah* want the car the red car." We hate to see this behavior occurring because it will be hard to help him face his stuttering. We will need to spend a lot of time helping him touch his stuttering before beginning to modify it.

But let us not spend any more time on these characteristics. It has been our experience that most speech clinicians know when they are faced with such a child. The problem is not in the diagnosis but in the treatment.

We begin therapy with this child much as we did with the mild stutterer. Beginning slowly and indirectly, we gradually move to a more direct confrontation of the stuttering. Once again the speed with which you proceed should depend entirely on the child's readiness. If you are proceeding too fast, his behavior will soon tip you off. With some reservations, we feel that proceeding slowly is usually wiser.

Remember that this child needs time to get acquainted since both of you will be exploring his stuttering together. He will need time to develop trust if he is to reveal his stuttering or his feelings about it to you. Nevertheless, don't proceed so slowly that both of you get bored or lose track of the fact that there is a job to be done, not merely to play and have fun. We must always be ready to move swiftly when a child gives us the opportunity but also be willing to slow down or wait when the child's reaction so indicates.

As we did with the child with mild stuttering, we usually begin by commenting on some of our own little pseudo-stutterings, then his. Later, we discuss some of his moments of real stuttering objectively, exploring together some of its general characteristics. This is often all we needed to do, but with the confirmed stutterer, we must go further.

The Three Ways of Saying Words

After some general exploration of stuttering, we usually start talking about the three ways that one can say a word, the fluent way, the hard stuttering way, and the easy stuttered way. Here is an example which will demonstrate the use of these three ways:

SLP: "Now John, let me talk for awhile. We are going to learn about the three different ways of saying our words. One way is the regular way. If I was to say a word in the regular way it would sound like this, 'watch'

(The clinician points to her watch.) Now there is another way I can say that word, 'wa...

(The clinician blocks the airflow and struggles a little.) wawawatch.' Whew, that was hard. That is called the hard way of saying a word. This is the third way, 'wwwatch'

(The clinician makes an easy effortless prolongation or repetition.) and that was the easy way."

"Right now you try to say all your words in the regular way but sometimes you get stuck. Saying words in that easy way isn't so bad. Whenever we get stuck on a word instead of

saying it in the hard way, we are going to learn to do it in that new easy way. Kids that learn to stutter in that easy way don't get stuck so much, and later they tell me that more and more of their words start coming out in the regular way. All that is hard to understand right now, but we will practice it."

"Now let's play a little game. I will say some words and it will be your job to tell me if I said the word in the regular way, the hard way, or the easy way. 'Watch.' Was that the regular way, the easy way or the hard way? I'll do it again. 'Watch.'"

C: "Regular."

SLP: "That's right. How about this one? 'Ta...(blocks airflow) TABLE.' Which way was that?"

C: "The hard way?"

SLP: "That's right. I really got stuck hard on that one, didn't I?" (We usually do more examples of these two ways so that he can get them straight before trying a word in the easy way.) "How about this one? 'YYYellow.'"

C: "Hard way."

SLP: "Oh, I tricked you on that one. Listen again, was it in the hard way? 'YYYellow.'"

C: "Well, you sure stuttered on it."

SLP: "It wasn't the regular way was it? But was it the hard way like this, 'Y...

(The clinician has a hard block on 'yellow.') 'YaYaYellow?'"

C: "No, it wasn't that bad but you still stuttered on it."

SLP: "That's right, but remember about that easy way we talked about. Listen again. 'YYYellow.'"

C: "Yeah, that was more easy."

SLP: "That's right, I didn't get all squeezed up did I? I just kind of llet it out easy just like I did there on 'llet.' Did you hear that one?"

C: "Yeah, you didn't hold your breath or anything."

We use this little activity for a few minutes every session until he is able to identify all three ways correctly.

(Let us mention a couple of things here before we go on. It is important that the clinician is the one doing the stuttering in this activity, **not the child**. First, it shows the child that you are not ashamed of stuttering and so sets the tone of learning to be objective about stuttering. In the beginning, children are sometimes quite unwilling to confront their own

stuttering. It is much easier for them to look at and evaluate the clinician's stuttering. If you do some first, he will be more willing to show his stuttering after seeing you. We have a private rule in our therapy: **we never make a child do anything that we haven't done first.**

An interesting note about the above therapy excerpt was the child's determination to call any little disfluency stuttering. After the clinician's pseudo-prolongation on the word "yellow" the child said, "Well, you sure stuttered on it." That particular moment of stuttering was no more severe than what any normal speaker has on occasion, but to this child it was stuttering. Perhaps this is partly why he didn't outgrow his disfluency. Or, possibly, since becoming a confirmed stutterer, he has acquired an almost fanatical interest in perfect speech. What a shame he didn't get some therapy when he was younger. Early therapy is so important. Who knows, perhaps we could have straightened up some of his misconceptions at an early age, and he wouldn't have progressed to this more advanced stage of stuttering.

The next step in using the three ways of talking is to get the child to do the three kinds of utterances deliberately, to say a word fluently, to stutter hard, and to stutter easily on it. This teaches him to evaluate his speech behaviors. And of course, it helps him become desensitized to his stuttering. Now let's return to another example a couple sessions later.

SLP: **"Well, I can't trick you any more, I guess. You can always tell me which one of the three ways I am using. So now we are going to do something different. It is your turn to say some words and it will be my job to guess if you said them in the easy way, the hard way, or the regular way. Ready? How about this one?"**

(The clinician holds up an elephant.)

C: "That's an elephant."

SLP: **"That was the regular way."**

C: "Right."

SLP: **"How about this one?"**

C: "That's a kangaroo."

SLP: **"Regular."**

C: "That's a car."

SLP: **"Regular. Hey you are doing all regulars. How about some other kinds? Like can you do this word 'table' in the hard way?"**

C: "Ta...(He puffs out his cheeks, blocks the airflow and gets red in the face.) **TABLE.** (He finally blasts the word out.)"

SLP: **"Whew. You sure got stuck!"**

(They both laugh.)

C: "Yeah, I really got that one stuck."

SLP: **"Was that a real one?"**

C: "No, I just pretended like you told me to." (The clinician realizes that the original task was too difficult so she changes her plan and tries to get him to imitate her use of the three ways.)

SLP: **"All right now, let's do it a different way. I will say a word in one of those three ways and it will be your job to say the word just like I did. If I do it in the hard way, you make one in the hard way, just like me. I see the ca..."**

(blocks the airflow) **ca-ca-car. Let's hear you do that."**

C: "I see the ca...ca-ca-car."

SLP: **"Did I say it in the hard way?"**

C: "Yes."

SLP: **"Did you say the word in the hard way?"**

C: "Yes."

SLP: **"That's right. ThThThThe**

(very easy, short prolongation) **alligator is green."**

C: "The alligator is green."

SLP: **"Listen again. I made a word in the easy way and you didn't that time. ThThThThe alligator is green. What was my easy word?"**

C: "The."

SLP: **"All right see if you can say the word 'the' like I did."**

C: "I don't know how."

SLP: **"Like this.**

(The clinician holds two fingers about four inches apart and as she makes the prolongation she moves them together slowly.)

What happened when my fingers touched?"

C: "You said the word."

SLP: **"That's right. Now you try it. Watch my fingers."**

(They both prolong 'the' as her fingers move together. When the fingers touch they both say the word.) **"Now let's see if you**

can do one by yourself. Watch my fingers."

The clinician now goes through a series of words using the three different ways. On the easy words, she sometimes uses a little prolongation; on others a short repetition. Now that he is learning to imitate her properly, she can begin again to let him do them on his own.

SLP: "Now how about making the word 'watch' in the easy way?"

C: "WWWWatch."

SLP: "Good, that was nice and loose. Now you give me a word and tell me whether to say it in the hard or easy way."

They go back and forth giving each other words and telling how they should say them. **As you can see, she had to change her plan with him.** He wasn't able to start doing these easy words right away as some of our clients do. She had to proceed more slowly with him. The clinician had to first show him how to make those easy words by using her fingers to demonstrate a prolongation. (Any other physical way that you can use to demonstrate what you want his mouth to do helps a great deal.) Then she was able to give him some commands to say words in one of the three ways. Often she had to help him on some of these until he began to get the idea.

It was only then that she was able to go back to her original plan and have him say words using the three ways.

Now that you have taught him to identify and produce the three ways of saying words, you will be able to use this knowledge in the future. Whenever you talk to him about a stuttered word, you have some common ground for understanding each other. Since all stutterers have the cure to their malady already in their own mouths, you can point out some of the easy stuttered words that he has in his speech that up till now he has not recognized. It is a rare stutterer who doesn't have some easy stuttering in his speech, but these are usually ignored, and the stutterer doesn't realize that they occur. All that he notices is the hard stutterings. An example might sound something like this:

SLP: "Hey, stop for a minute. Did you know that you just had one of those easy words? You said, 'I *ll*ike the red car.' You made that word 'like' in that easy way that we talked about. Did you know that?"

C: "No."

SLP: "You see, you are already starting to make some of those hard words come out easy and you didn't even know it. Anyway, I might interrupt you again when I hear some more of those."

We draw his attention to these easy words for several reasons. First, this will help him to be more aware of the positive things he is already doing, and it might encourage him to do more easy stuttering words. Secondly, you thereby give him some hope. Perhaps things are getting better and this speech teacher can help me! Thirdly, we are making progress in the area of desensitization.

Locating Tension

In addition to practicing the three ways of uttering words, we also work on identifying his actual stuttering behaviors. We want him to know what is happening when he is stuttering. We did this same procedure with the child with mild stuttering, and we do it also with the more confirmed stuttering.

Once again, we don't over-analyze, but we do want him to know where in his mouth he got stuck. The clinician can best teach this new knowledge by doing some pseudo-stuttering on a number of different words. Both she and the child will then attempt to discover the location of the tension. Perhaps the tension will be bi-labial as in "paper" or lingua-alveolar as in "table." Remember to demonstrate words beginning with different sounds so that many areas of tension will be explored. Usually the child will have trouble locating the point of tension unless he also makes a pseudo-stuttering on the word. Encourage him to do this if he isn't able to locate the tension of your stuttered word. Later you will have him do the pseudo-stuttering and then tell you where in his mouth he stuttered.

SLP: "How about pretending to stutter on the word 'table'?"

C: "Ta...TaTaTable."

SLP: "Where in your mouth did you feel something get jammed up?"

C: "My tongue got stuck on the 't' sound."

SLP: "Yes, that's right. Where was your tongue when it got stuck?"

C: "I don't remember."

SLP: "All right try it again and see if you can feel where your tongue gets stuck." (The child stutters again on "table.")

C: "My tongue got stuck up behind my teeth."

Once the child is able to identify the tension during pseudo-stuttering, then we can begin to ask him to go through the same process on a real stuttered word. Often after a particularly hard moment of stuttering, we may interrupt him and have him go back and explore what happened that caused him to stutter. When we begin interrupting a child like this, we are careful not to do so if he is talking about something important or emotional. At other times, when we do interrupt him, we need to empathize with him about being interrupted.

SLP: "For the next few minutes, I will occasionally interrupt you after you get stuck on a word. Being interrupted is no fun, but if we are going to make talking easier, we must learn what is happening to you when you stutter."

This is a most important phase in our therapy. The child is learning to reach out and touch his stuttering. This enables him to see that stuttering is a physical event that can be felt and experienced without fear or pain. The negative emotions that foster stuttering grow in the darkness of ignorance and irrationality, and they cannot tolerate the light of observation and confrontation. When the child can confront and examine his stuttering, he begins to break the grip that stuttering has on him.

Cancellation

Now that he has learned about hard and easy stuttering, we can help him learn a new and better way of stuttering on words that he has just stuttered on. All of his life people have told him to say a stuttered word over again, but they always made him do it fluently. For the confirmed stuturer, this is too big a jump. Besides, he knows how to say the word fluently. What he doesn't know is how to stutter without abnormality.

Our way is to teach him a better way of stuttering, an easier way, one that won't trouble him or others. Fluency will come when he learns he need not be helpless, when he finds he doesn't have to struggle or avoid. The reader should recognize that as with all our stutterers, we are trying here to return the stuttering to an earlier, milder form. We want to turn the calendar back to the time when his stuttering consisted of mild repetitions and prolongations. Here is an example of how we might proceed:

SLP: **"Now I am going to get stuck on some words in that hard way. You pretend to be the speech teacher and stop me whenever you hear me getting stuck in that hard way and then show me how to make it come out easier. Now be careful not to stop me when I make one come out in the easy way. Only stop me when I get stuck in that hard way. OK. You're the teacher now."**

"Well teacher, yesterday after school I...

(The clinician blocks the airflow.) **I went...Hey, why didn't you stop me? Didn't you hear me get stuck on that word 'I'?"**

C: **"Well, yes, but I forgot."**

SLP: **"Now remember you stop me and show me how to do it in that easy way so that I can learn a better way. I went home and changed into mm...mmy old..."**

C: **"Hey, you got stuck hard on that word 'my.'"**

SLP: **"Well, teacher, I didn't mean to. How can I say it better?"**

C: **"Say 'my.' My old clothes.'"**

SLP: **"Yeah, but sometimes when I try to say it perfect like that I get stuck hard."**

C: **"Oh yeah, say 'mmy' like this kind of slow and smooth like that."**

SLP: **"Well, let me try that... 'my.'"**

(The clinician says the word fluently.)

C: **"No, make it easy like this 'mmy.' See you just kind of stutter on it like that but it's not bad stuttering, see?"**

SLP: **"OK. MMYMM..."**

(The clinician has another hard block.)

C: **"No make it more easily. Don't squeeze it so hard. Like 'mmy,' see?"**

Then we will take turns being teacher; children like this and it really helps them learn. Often we have found that children can learn a concept better when they try to teach it to us.

So we have another good activity to help us return the stuttering behaviors back to an earlier, milder form. Also, it helps them understand what they must aim for in the future. We are not after fluency right now. That will come later. Instead we are interested in creating an easier form of stuttering.

But you can also see in this example the pressures most children have to be perfectly fluent. When he corrected the clinician the first time, he showed her how to say the word fluently instead of the desired easier way. It takes a lot of work to get these children to see that first we will make our stuttering easier, and then the fluency will come. Children are no different than adults in this respect. They want fluency now, even though it is obvious that the step from stuttering to fluency is too great.

Changing Stuttering to a Milder Form

Now we are ready to move forward again. This involves taking a moment of hard stuttering and turning it into the easier form. What we are attempting to do is to modify a moment of stuttering right while it is happening. This isn't easy, but it can be taught and learned. It means that the child must confront his stuttering behavior head on and then make a conscious effort to manipulate his mouth in the direction of easier utterance. This is why we stressed earlier the learning of the three ways of uttering words. That is why all of the work we have just outlined is so important. We need to provide a good foundation so that this new task can be learned with less difficulty.

We might introduce this step as follows:

SLP: **"Let me show you something. See this pencil? Watch what happens to it.**

(The clinician closes her hand around the pencil and tries unsuccessfully to push it up through her clenched fist.) **Why can't I push the pencil out?"**

C: "Because you have your fist too tight."

SLP: **"That's right. I am squeezing my fist so hard that I cannot push the pencil through. That is very much like a word that you get stuck on. The word is like the pencil and your mouth is like the fist. Sometimes when you squeeze up your mouth too hard the word just cannot come out. Now watch what happens to my fist when I try to say a word. This is my wa...**

(The clinician tries to push the pencil through her clenched fist as she is having some hard stuttering. As she gradually begins to loosen both her mouth and fist the pencil and word come out slow.) **'WaWaWatch.' Can you tell me what happened?"**

C: "Well, when you loosened your fist the pencil could come through."

SLP: **"And what about the word 'watch' that I was stuck on?"**

C: "Well, it started to come out when you loosened your fist too."

SLP: **"That's right, it was like my mouth was doing what my fist was doing. Watch again. When I squeeze up my fist I am going to squeeze up my mouth, and then when I start to slowly loosen up my fist, I will loosen my mouth at the same time. See the 'wa...**

(The clinician blocks the airflow and clenches her fist.) **wawawatch.'** (As her fist loosened so did her mouth and the word started to come out slow and easy. She continues to do this for several words until he is getting the idea.) **"Now this time I am going to squeeze up my mouth and start doing some hard stuttering. When I do, you make a fist. Then when you loosen your fist, I will loosen my mouth and let the word come out nice and easy. Are you ready? Let's try it."**

"Here's an elephant and it has a long tr...

(blocks the airflow). **Hey, you are forgetting to clench your fist. Let's try it again. Here's a ka...KANGAROO.**

(The word explodes out because he has sprung open his fist too quickly.) **You see, you opened your fist too fast and the word really popped out. Now remember to make your fist loosen up slowly so that I can make my mouth loosen up slowly too. Let's try it again."**

"The hippo is bi...bibig. Say, that was more like it. Did you hear how nice the word came out? I got stuck real hard, but I changed it into a nice, slow and easy one. Let's do it some more."

They go through some more words until the child begins to understand. Often, once they realize that we must stutter for as long as they want, they sometimes hold their fist closed for an eternity. But we grin and go along with them. It is great fun to torture the speech teacher in this way. A child has little opportunity to get back at all the adults in his world. But when they do hold us in a block for a long time, we should come out of it laughing and out of breath. They should see that the experience of stuttering for so long did not frighten us. We could laugh about it. Laughter and fear cannot abide one another. So besides teaching him new ways of stuttering, we are also helping to relieve some of his emotional distress.

Easy Stuttering for Clinicians

This process of loosening the mouth and letting the word out slow and easy is relatively simple on a word like 'watch' which begins with a continuant sound. The clinician gradually loosens up her mouth and then begins letting the 'wa' sound come out gradually and smoothly. Some refer to this as a prolongation or 'sliding' the word out. But what about a word beginning with a plosive sound like 'table.' This is a bit more complicated and will require you to do some practice at home. Through using the word 'table' as an example, we will demonstrate how it should feel when you change it from a hard to an easy stuttered word.

When you are stuttering hard on it, you will feel your tongue jammed up against the alveolar ridge. You will also feel air pressure building up behind your tongue. The air wants to escape but you are forcing it back with your tongue. Now gradually loosen the pressure on your tongue by reducing the force of the air pressure pushing up against it. Then gradually begin to relax the tension you have purposely placed on your tongue. When you remove some of this lingual pressure, you will probably hear a little burst of air escaping between the tongue and the alveolar ridge. You then need to change these bursts into a small steady stream of air. Once you have this steady stream of air, it is easy to add the voicing necessary and once again 'slide' into the word. But beware of prolonging the vowel. It should be *'tttable,'* not *'taable.'*

Putting the process down on paper makes easy stuttering appear quite complicated; but if you will try it, you will find that it is really quite simple. In fact, your young stutterer will usually start doing it automati-

cally when he tries to make the word come out slow and easy. Returning to our therapy session, the clinician continued to demonstrate this technique on several words until she felt that the child was getting the idea. In this way, we can teach him how to release himself from his hard blockings. Of course, this is only practice for learning a new skill, but this practice is needed if we are ever going to help him learn to change real stuttering into a milder form.

Some problems occur, as they always do, no matter what is done. Just recently a clinician was telling us about the success she was having with a child. He had gotten the idea of making his stuttering easier by slowly loosening his fist at the same time he was relaxing the tension in his mouth; and for the first time, he was learning to change a moment of stuttering. In fact, his classroom teacher told the clinician of the sudden improvement, not only in the severity of his stuttering, but also in his willingness to take a more active part in class activities. "But," said the teacher, "everytime he stutters on a word, he doubles up his fist."

The clinician was upset. Had she made his stuttering worse by creating another secondary characteristic? Although the child probably would have gradually discontinued the use of his fist once he became more proficient in reducing the tension during his stuttering, the clinician was determined to extinguish this behavior immediately. So the next day when he came in, she had him watch her fist while he had some pseudo-stuttering on a word. Then on the next word she had him change the hard stuttering into easy stuttering without watching her fist. To her surprise, he did this with ease. In fact by the end of the week they never talked about or used the fist again. From then on the idea of changing from hard to easy stuttering was understood, and the physical example was no longer needed.

Now that we have learned all of these skills when using pseudo-stuttering during practice sessions, we can begin doing some modification of speech in real situations.

Inserting Easy Stuttering into Real Speech

One of the things that we do is to have him learn to insert some of these easy, mild stutters into his regular speech. This helps the client in many ways. First, he learns to voluntarily manipulate his mouth during speech, thus heightening his awareness of what his mouth is doing. Second, the act of doing something voluntary while speaking tends to reduce his fears of talking. Finally, the new easy stuttering is providing him with a good model of the goal behavior that we are seeking.



There are many ways that you can devise to teach him how to insert the easy stuttering purposefully. You may underline some words on a reading passage. These underlined words should be uttered in that easy stuttering way. (We try to underline only those words we think he will say fluently.) Or you may touch him on the arm to signal that he is to stutter easy on an upcoming word, keeping your hand on his arm until he has easy stuttering on a word. Then remove your hand and wait until he says a couple of sentences before using it again. Sometimes we give him a hand signal and keep signalling until he has an easy stuttering. Of course, we let him teach us first. When he gives us the signal, we do the easy stuttering. Then later, we take turns giving signals to one another. During this activity we are not concerned with any of his hard stuttering that might occur. The only time we would mention it would be if he had a particularly rough time on a word. Then we might stop him and talk about the word. But our main interest at this time is getting him to change words voluntarily during normal communication.

The Use of Physical Contact

We need to make some comment here on the use of touching with our clients. Clinicians must be careful not to infringe on the rights of the client. Some children react unfavorably at first to a clinician's physical contact, and we should be alert to this. Although many clinicians feel that they have the right and should touch every child whenever they wish, it is our belief that children have the right of privacy. We have observed clinicians who (after feeling a client become tense after some physical contact) have asked the child where they might touch them. Some children have asked to be touched on a sleeve or other item of clothing. The clinician should respect the child's wishes in this matter.

This goes far in gaining the child's respect for us. Later as we take turns touching each other during speech activities, we find that the children lose their apprehension about being touched. This gradual change is healthy and part of the client's increasing trust in us.

We saw this demonstrated so well while watching an older white clinician working with a young black child. She was having some problems because the boy held some deep seated resentments concerning race. She had observed some of her white colleagues touching and hugging this boy although she had the feeling that he was despising them for it but being forced to accept it.

During the next few weeks she was careful to respect his privacy but she still kept trying to find ways to initiate more physical contact that might be acceptable.

When playing with some toys she made sure that their hands would touch occasionally. She made it seem casual and accidental. She pretended not to know how to jump rope and had him show her. She didn't get it right until he placed her hands on the rope and jumped with her.

These, along with many other similar actions helped the child to lower his defenses enough to enable them to have a good clinical relationship. It was a lot of work, but his stuttering was reduced as the relationship developed. Later, when evaluating her eventual success, the clinician felt that they would have failed if she had rushed or simply ignored the physical contact.

Now let us return again to our discussion of easy stuttering. After he is able to insert an easy stuttering word on our signal, we have him count the number of easy stutterings he has without getting a signal from us. We might decide on a certain quota before we can quit and go on to something else, or we might try for a certain number in order to win a peanut. The activity might be introduced like this:

SLP: **"For the last few days we have been learning to make some of our words in that easy way. Now today we are going to change that a little. I am not going to give you a signal today, but I am going to keep track of how many of those easy words you can do on this little counter here. So now your job is to tell me how to play baseball and we will see just how many of those easy stutterings you can make."**

(He starts to talk and has an easy stuttering on every word.)

"Hey, wait a minute. Slow down. You're doing it on every word!"

(They both laugh.)

You outsmarted me that time. They were all good, easy words, too, by the way. But that sounds funny when you do it on every word, doesn't it? It sounds like a robot talking. Now let's start over and this time just do one every once in awhile. One every sentence would be just fine."

A few children might not use any easy stutterings at all. If this happens then we simply point out to them, once again, what they are supposed to do. If this doesn't work, then we can go back and do some more signalling until he gets the idea.

There are any number of activities that you can develop from this idea of helping him insert easy stuttering into his speech. You can both have counters. He counts your easy stutterings and you count his. Sometimes you must remind him that he is doing too many, but this isn't much of a problem usually. The important thing is that he is teaching his mouth a better way of stuttering.

When we first started using some of these techniques, we were amazed to find that without our even mentioning it, the children were beginning to make some of their hard stuttering easier. We had planned to teach them how to make a moment of hard stuttering easier at some later date, but they were doing it without our even talking about it. It seems to come naturally. As children begin to learn this easy way of stuttering, they unconsciously begin changing their hard stuttering to the easier form.

Many of our clients who started modifying the stuttering on their own were not aware of it. After questioning them, we became convinced that this was a totally unconscious phenomenon. They were not aware of doing anything different on their hard stuttered words. These were the children who had many easy stutterings in their speech even before therapy. It was as if the body had the cure just waiting for the child to discover it. So when we gave him a little extra training and sensitivity, the body was able to help cure itself as it does with so many other disorders.

Changing Hard Stuttering During Real Speech

Unfortunately, not all children get free speech so easily so we must move on. The next logical step is to teach our client how to change that moment of hard stuttering during live ongoing speech.

This is a difficult assignment for anyone who stutters, and we must realize what we are asking of him. We are requesting him to confront his fear and stuttering behaviors directly and to be able to make some

conscious manipulation of his mouth right at the moment when his difficulty is greatest.

This is why we have postponed this activity. Hopefully, we have developed some trust, and the child has learned not to fear his stuttering quite so much. But the clinician should be prepared to have him fail many times during this assignment. It is not vitally important how many times he can successfully make his stuttering easy. What we seek is the self knowledge that he CAN make his stuttering easy, the realization that this is possible.

The day that he discovers he can voluntarily do something about his stuttering will change his life. That is the day when stuttering loses its powerful hold on him, when he need feel helpless no longer. He has faced his fears and won.

This is how you might begin to teach him how to make his hard stuttering easier during real speech:

SLP: **"The last couple of days we have pretended to get stuck in that hard way; then, before we finished saying the word, we have changed it to the easy way. Now we will try to do that same thing, but this time we're not going to pretend. Sometimes when I hear you getting stuck on a word, I am going to touch your arm like this. Whenever you feel my hand on your arm, your job is to keep jammed up on that word on purpose. Then when I take my hand away, you can start making the word come out slow and easy. So when I touch you, you just keep stuttering hard on the word. When I let go then make it come out easy. Here, watch me. I am going to start talking now and get stuck hard on purpose. When you hear me get stuck you touch my arm. I will stay stuck until you let go."**

(The clinician lets him touch her a few times until she thinks he understands.) **"OK. Now it's your turn. How about telling me about some of the things you see in this picture."**

(Make the conversation something as concrete and as free from emotion as possible. It is better not to have him extemporize at first. This is a harder form of talking and his assignment is tough enough as it is.)

C: "Well, there's a man washing windows and one mowing the lawn..." (The clinician reaches over and touches him.) *llalalawn.*"

SLP: **"Stop a minute. You forgot to hold onto that word until I let go of you. This is really a hard assignment and many times you will forget and make mistakes. You have to be brave because**

it takes a lot of courage to do what you are doing. That old stuttering is pretty scary stuff and it takes a tough guy to fight it. So let's try again."

C: "There's some *ki-ki.*" (The clinician touches him again and he holds the word but it blurts out as soon as she takes her finger away.)

SLP: **"Say, that was better that time. You were able to hold onto that word until I took my finger away. You're a pretty tough kid. But now remember that you are to make it come out slow and easy. That time you popped it out like this.** (The clinician demonstrates.) **So let's try again."**

C: "The kids are swimming in the pool..." (The clinician touches him.)

SLP: **"Now hold that word. Keep stuttering hard on it. Now start to make it come out nice and slow.**

(He is able to make 'pool' come out easy.) **Hey, you did it. You fought that word until you made it give up."**

(They are both happy and laugh together. She puts the picture card away and they sit back. Perhaps she gets out the peanut jar.)

"That's enough of that. Let's have some peanuts."

"You know, I had a kid last year about as old as you at another school. And he stuttered bad, worse than you do. He started to get a whole lot better after he learned to make those hard stuttering words come out in that easy way just like you did a minute ago. He said it was like riding a bucking bronco. You've got to stay on it until you can calm the horse down and make him go where you want him to. Just like with one of those hard words. You have to stay with it and fight it until you can make it come out nice and slow and easy."

Here at last we have come face to face with the stutterer's greatest fear. In the beginning of therapy, we talked about and demonstrated stuttering. Later we confronted the sound and feel of the disorder through the use of pseudo-stuttering. Now we have reached the center or core of the stutterer's fear. The mouth is unwilling to move or if it moves, it does so uncontrollably and spasmodically.

Because of this fear, stutterers develop the secondary characteristics that we associate with the severe stutterer. And the difficult aspect of this confrontation is that we are asking them to not only face the fear head on, but also to remain in that dreaded confrontation until the fear can be reduced enough to enable them to modify the word.

In the past, he has either avoided the word altogether or stuttered on it as quickly as possible. Once he has stuttered, then in effect he has escaped his fear and gotten relief. So we are asking him to change so much more than just the mere stuttered word. We are asking him to change all of his learned responses to his greatest fear. But when he does accomplish this task, there is an automatic reduction in struggle and other secondary characteristics which results in a natural increase in fluency.

We always quit on an activity like this as soon as we get a success. The impact was made and doing more would only diminish the feeling that he has at the moment. Tomorrow there will be time to further develop his skill and insight.

Carryover is another reason we don't drill excessively. The techniques become something associated with the speech teacher and the speech room. We try to keep speech class as much like the outside world as possible. We try to make the class a part of the flow of the child's life.

Now that he is learning to modify some of his real stuttering, we can begin to have him do it voluntarily and without prompting.

SLP: **"During the last few days, you have been learning to change some of those hard words into easier ones. But today I am not going to touch you when you have a hard word. Let's see if you can do it on your own. Now here's your assignment. For the next five minutes, try to talk as well as you can, but when you have some hard stuttering on a word, then try to make it easier. Now I will hold this counter and keep track of every time you do. Do you think you could remember to do it at least one time in five minutes?"**

C: "Oh, I could do it at least ten times."

SLP: **"Now wait a minute. That's a lot of times. Let's see if you could get at least three. All right, begin."**

We like to have him help us in setting the goals. His prediction was probably unrealistic at first, but we made a compromise which will probably be about right. In any case, he will learn that it is harder than he thought and will become more realistic in the future. Having him help set his own goals involves him in the teaching process.

We do many variations of the above activity. You can have him take the counter and check himself. This enables you to see whether he is aware when he does the task successfully. Or we may have a contest to see who can change more hard stuttered words. There are many ways of helping him learn that he doesn't have to surrender when stuttering hits him.

It should be understood that as we do these speech activities, we continue our investigation of the child's emotional and psychological needs. Though we have already discussed these needs in the previous chapters, we would like to point out that the child with confirmed stuttering probably will have experienced more emotional suffering because of his stuttering, and so we must spend more time and effort in this area. (Once again, this may not always be true. Some of these youngsters seem to be little affected by their stuttering. Their struggle and avoidance seem almost automatic and without much accompanying emotion. Usually, however, this changes as they get older because stuttering doesn't go unpunished or unstigmatized for long.)

Getting Parents Involved

It is at this point in therapy that we often use a parent to help us. Before using a parent, you must feel quite sure that he or she will be a reliable helper. Parents, because of their great love, can sometimes become overzealous in their helping activities and can cause great harm to the child and spoil all your efforts.

This reminds us of a tragic story told us by a school clinician. She had a boy with a mild language and articulation disorder. The parents were intelligent and seemed anxious to help in any way they could. So the clinician suggested some little activities that they could do over the summer. The clinician told them that a few minutes a day would be sufficient.

In September she was horrified to find the boy stuttering severely and the parents angry and upset. They had spent as much as two hours a day helping the child talk better only to find that he was beginning to stutter. Then, when he began to stutter, they worked even harder but it just made him worse.

This clinician said she would never again make suggestions of this nature right before summer vacation.

Even after you feel confident about a parent's judgment, you should still quiz the child on the results of his parents' help.

Nevertheless, some parents can be valuable helpers, mainly by being able to remind the child to use the easy speech that we have been practicing. In order to do this, we have the parent come in and teach them about easy stuttering. In this conference, both you and the child should teach the parent how to stutter easy. We do this so that the parents can actually see and feel the difference between the hard and easy forms of

stuttering. **And be sure to explain the need to reverse the growth of the disorder. Tell them that first the child must learn the easy way of stuttering and only then can we begin expecting an increase in his fluency.**

x We have seen many children have fun in these parent sessions. At first, the parents look and feel a bit foolish as they practice stuttering in different ways. For once, the child has a feeling of superiority over the parent. He seems to feel that, "It's not so easy to stutter is it?" It is good for the parents too. They begin to realize that stuttering isn't as simple as they thought.

After we give the parent training on how to stutter, we can then talk about what they can do in the home to help their child's stuttering. Sometimes we work out a signal which will indicate to the child that he is having a lot of hard stuttering that he is disregarding. He can then try to change some of them to the easier kind. With other parents, we just ask them to use the word "easy" whenever the child is having a particularly hard time with his speech.

That is about all that we want them to do except to give the child extra loving and support. We do not ask them to give other commands or advice. The word "easy," spoken softly and without threat is often enough.

We must also make sure that the parents understand that this help is only to be provided **occasionally**. We don't want the parents to encourage the easy stuttering all the time. The child will quickly come to resent both the parents and the clinician if this happens. A reminder now and then from a parent can be a big help in the therapy process.

Building Fluency

In the chapter on borderline stuttering, we mentioned the need to do some fluency building every day. We also need to do a lot of this with confirmed stuttering. We must create opportunities and conditions so he can be given a chance to be fluent everyday. Indeed, while we are attempting to reduce the severity of the stuttering, we should also be building up the fluency he does show and making it stronger. This becomes more important as the disorder becomes milder. When it is apparent that the severity is being reduced through therapy, we can work harder on building up the fluency.

You can also begin to put the child under more stress now that he is talking easier, but we never put more stress on him than he can handle successfully. If we start increasing the communicative stress and he begins to have some bad stuttering, then we stop and talk about it and

see if we can't solve some of his difficulty. If, after returning to the stressful communication, he is still not able to handle it, we drop the task for the moment and return to this activity at a later date. This rarely happens in our experience. After a number of these retrials, he should be desensitized enough to handle the stressful situation.

Many of our little stuttering clients seem to be better able to handle communicative stress after therapy than their normal speaking peers. Children have told us that their friends didn't know how to call up a store and ask for information. This is a new experience for most young children. Very few second graders have ever called up a store to ask how much their skateboards cost. Such an experience makes your client feel more mature, and you are exposing him to speaking situations that he will have in the future.

By this time, your client should be showing marked reductions in both the quantity and severity of his stuttering. He should also be able to talk openly and candidly about his stuttering. So we try to find out about any trouble spots he might have. Is there any person to whom he still has a hard time talking? Are there any situations that have provoked much stuttering during the past week? Are there any words or sounds with which he has had some particular problem? When we find these special problems, we will try to invent ways of being able to work on them in therapy.

Building Independence

Finally there comes a time when you begin to consider dropping the child from active therapy. He is talking very well and needs a chance to go out on his own for awhile. The progressive course of the disorder has been reversed; and although not completely fluent, both the quantity and the quality of the stuttering have been greatly reduced. Although he may still have an occasional hard stuttering, he has a new self confidence in his ability to control the movements of his mouth. Also, he is usually so happy at this point about his speech that further therapy is usually non-productive. His talking is much improved, and he wants a chance to enjoy his new freedom. It is time to give him some time off.

Another reason we recommend releasing him for awhile is so that he can have the chance to take the final step to fluency on his own. The advantage of this speech vacation is that some of our young clients have reached higher levels of fluency on their own and thus have the feeling that they have "cured" themselves. When they say so, we are happy. We have come to have no fear of regression with children who feel that way. A child who thinks that he has "cured" himself is so full of confi-

dence that we doubt whether stuttering would ever have a chance to start up again.

But if it does reappear, usually you can plan to work with the child again at a later date. When you release them for the first time you can consider this just the end of the first phase of therapy. You may go through many phases before you can release the child for good.

Complete change seldom comes from one learning experience. As in most living things, change in stutterers is not a continual or straightforward process. Rather it moves forward cyclically. spurts of progress are followed by temporary lapses into disfluency, but always the general trend is toward fluency. Do not keep these children too long. If you do, they will begin to depend on you for their newfound fluency.

When we first started in this job as a public school specialist in stuttering, we made the mistake of keeping some children too long in therapy. We wanted to make absolutely sure that they were "cured." As a result, they became fluent only when we were still seeing them, and whenever we dropped them, they would have a relapse or when summer vacation came they would start stuttering again. Finally, we realized that we cannot protect them forever. We must send them out with some flaws so that they can gain the strength they need.

Some children need no further therapy at all. A few need booster sessions. Usually, after dismissal we manage to see the child again after about a month. Usually, he will be very glad to see us whether he is having trouble or not. A few are rather depressed, concerned because some of their old stuttering has returned. The stuttering is not as bad as before, but he has again become afraid. Once you reassure him that this is normal and all part of getting better, he calms down and you can talk about his problems. Often he has forgotten some of the things we have taught him. He will tell stories about stuttering badly on some word. We must get him to start being objective again and to analyze what happened. In some pressure situation, he has probably panicked and started to force out his stuttering in his old, hard way. But it is amazing how fast his skills come back.

After a week's booster session, the child is usually talking well again. Moreover he has grown considerably from the experience. He has gone out on his own and has learned something new. He has experienced some success and some failure. He now knows much better the kinds of things that will put pressure on his new found fluency. During our week of booster therapy, he has learned how to be a better problem solver. He will also have more confidence because he has seen his stuttering return again but has been able to do something about it.

Although we have no rule of thumb, we often schedule another therapy session in a couple of weeks to see if the progress he made during the week-long booster session has held. Then we will not see him for another month. So it goes until we are seeing him perhaps once a year. We keep giving him more and more time between visits. He will continue to grow in strength and confidence. We must remember once again that it is not our job to cure him. We just try to change the course of the stuttering, to return it to a milder form. The child ultimately does the rest. And they do!



photo credit: paul diamond

Working with Parents

One of the problems working with stutterers in the schools is that we cannot devote as much time to the parents as we would prefer. Often we are lucky to see the parents even once or twice in person and then keep them appraised of developments via the telephone. This has been our usual method of dealing with parents, although with some of the severe stutterers we have managed to arrange further appointments during the course of therapy. Or if a child tells us of some inappropriate or dangerous parental behaviors, we will try to make more than one appointment. Many might take this to mean that we are advocating minimum parental involvement. This is just not true. The reason is simply a matter of time and necessity. Also in many homes, both parents work, adding to the difficulty of scheduling conferences. Most public school clinicians will understand why this regrettable situation exists. However, we should all avail ourselves of every opportunity to see parents more often. Their influence on the child is so much greater than ours that maximum parental involvement should always be a foremost concern.

We have had some very good experiences with parents during the intensive summer programs that we have offered to a small number of our clients. Since school was not in session, the parents had to bring the children to us. This created an excellent opportunity to work with the parents as well as the child. These programs ran for six weeks, five days a week and we would see each child for thirty minutes. During many of the sessions, we invited the parents to come in and take part in therapy. The first few times we would just have them watch us working with their child. They were able to see how we interacted with the child, that we were nonjudgmental and relaxed in our therapy. They could see that we treated stuttering openly, honestly and objectively. We also wanted them to see how we played with the child, allowing him to direct much of the activity while keeping our questions to a minimum. Hopefully the slow, easy pace of the session would give the parents a good example to follow.

After the parents became more comfortable with us, we gave them a more active role in the sessions. We might ask them to play together with us and found that they often adopted our way of playing and our slow rate of speech. With a few, we had them help us locate the areas of

tension on some stuttered words. Or we would all do some pseudo-stuttering on a word and then locate the point of tension. Sometimes we might produce pseudo-repetitions varying the number of beats.

We found that our children generally progressed much faster during these summer programs, and we must assume that one of the reasons for this was the increased involvement of the parents. So if you have a chance to see parents more often, we would strongly recommend that you do it. But if you cannot see the parents as often as you would like, perhaps some of our experiences here can help accomplish more during your limited time.

One of our goals in the parent conference is to acquire information. We want to know all we can about the child and about his stuttering. There are two ways that you can get this information. One way is by direct questioning; and the other is a more open, indirect approach. In our experience the indirect way is far superior.

If possible we try to ask a general question in the hope that the parent will use this as an opportunity to unburden themselves of some of their pent-up feelings of frustration, guilt or anxiety resulting from their child's stuttering. Asking the parents these large general questions makes for a much better interview. As parents begin talking, they often will tell you things that they hadn't intended to reveal and say things that they had never brought to their own consciousness before. Besides, there are often significant bits of information that parents want to tell us but which will not come out if the situation becomes a question-answer session. Asking questions such as: When did Johnny start to crawl, walk, talk, or stutter. Only elicit short answers. The parents never get a chance to unburden themselves, and as a result we fail to gain any insights about our client. The parents need to talk and talk freely, and we must conduct the interview in such a way as to make this possible.

You might use lead-in phrases such as: "Tell me about Johnny. By that, I mean what what kind of a child is he? What are some of his strengths and weaknesses, his likes and dislikes, etc.?"

Another general question one might use is simply to ask them to tell you about his stuttering. You might begin by saying, "Now how about telling me about his speech development. Go right back to when he first started to say words."

As they are telling you the story of his speech development, you can ask specific questions during their narrative, such as, "When did you first start to notice his stuttering?" "What do you think might have caused it?" You can also ask at this time what they have done to help him get over

his stuttering. "I'll bet you've had lots of advice from relatives and friends? It seems that everyone is an expert on the problem of stuttering, and they all feel that you are not using the right methods to cure his stuttering. People love to give advice to us about our children." Be sure to pause here because sometimes parents have a lot of pent-up hostilities concerning advice from others. Or we might ask: "In what situation does he seem to stutter most severely? Often supper time or right after school seem to be the worst times." Of course, even with this indirect type of interview, we will still be asking and answering questions as we go along; but it is more like a conversation than a cross-examination. It is both friendly and informative. We make sure that the parents understand that we are not condemning or making judgments, that we are simply trying to understand the problem.

Our interview techniques are much like those we use in therapy. We are trying to get the parents to talk and to talk openly. So we often use the reflective type of speech, reflecting back the parent's words. This shows that we have gotten the message, are interested, and it encourages them to talk further. Also, we are continually forcing ourself to tolerate pauses. Too often we tend to fear and avoid these pauses. Perhaps we are afraid it will show others that we have nothing to say or that we lack knowledge. But the pause is an effective way of getting the parent to talk further. After all, they don't like to be interrupted or lectured to anymore than we do. During a pause the parent might be deciding whether to tell us something meaningful. They often need time to build up their courage, and they need to feel that we will give them a chance and not make judgments on their revelations.

For this type of interview to be effective, we must show our respect for the parents. If they are to talk openly with us, they must feel at ease. We try to make it clear that we are exploring, not trying to assess blame. "Please help me to understand so I can better serve your child."

We are also interested in knowing about the child's relationships with his siblings and his neighborhood peers. How have they reacted to his stuttering? Does he have other deviant behavior such as nail biting, bed wetting, etc.? Finding out about the child's daily routine is also important. We have found many instances of a child's time being overly structured. Sometimes the stuttering seems to be a call for help to let him be free to grow in his own way.

We will not soon forget a little boy who showed many other nervous behaviors besides some mild stuttering. Upon asking the parents about his daily routine, we found that his day which began at 6:30 a.m., was almost continually structured until his bedtime at

7 p.m. In addition to his school, he had church catechism several afternoons a week. He had Bible studies and verses to memorize. There were youth meetings and other activities at the church. He had music lessons and the resultant practice during the week. He took swimming lessons and was on a little league team. We were convinced that he had loving parents, parents who were trying to provide every possible activity which would benefit him. But when they began to tell us of his daily activities they began to look more and more upset as they continued. Finally, the father stopped and began talking about actors and other famous people who had nervous breakdowns due to over-work. "I wonder," he said, "if we are hurting our son with all these activities?" Then the mother spoke and said that all of the activities were important and she couldn't see how any of them could be discontinued. Then they asked our opinion.

One is always tempted to shout out something about giving a child ulcers by the age of ten, but this would accomplish little and only antagonize them. So instead we said something like this:

"I don't claim to be a child psychiatrist, but I do know something about how to help children who begin stuttering. Talking is hard work for some children. Most of us don't realize that unless we have tried to learn a foreign language. And your boy is showing us that he is having trouble making some of his words come out fluently. It is also a time in his life when he is learning many other new skills. So I would suggest that you try to make life as simple and uncomplicated as possible for him.

Relax the discipline and give him as much freedom as possible. You discovered this just now as you were talking about your son's many activities. When describing them you began to feel uneasy. You started to realize that slowly over a period of time his weekly activities have been increasing until now he has little or no free time left.

But please don't feel that this means that you are bad parents. Just the opposite is probably true. You love him so much that you want to provide him with all the possible opportunities for learning. But during this time when he is trying to learn so much, it will probably help if you drop some of these planned activities and give him every possible chance to outgrow his stuttering.

The more we uncomplicate his life, the better his chances are of outgrowing it. When he does outgrow his stuttering, then you can gradually return to the kind of discipline and after-school activities that you think are appropriate. We would therefore recommend that

you try something different for a few months to see if it will help him with his talking. It has been our experience that this kind of change in a boy's life will often bring back the normal fluent speech."

After this we tried to steer the conversation around the joys of being a child, the fun of being free and without responsibility. We felt that the point was made without hurting their feelings. They felt that they were the ones who discovered their error and did not feel condemned or made to feel foolish.

Just a postscript to this episode. We found out later that they had told their pediatrician about what we had recommended and that he had agreed with us. And only then did they decide to take our advice. It is a bit ego deflating at times to realize the difference in credibility between speech-language pathologists and members of the medical profession, but the important thing is that the parents did institute drastic changes, and with them, the child just blossomed. His school teacher marveled at the remarkable change and the boy overcame his mild stuttering problem in a short time.

Besides seeking information which helps us to learn about the child, we should always try to alleviate the guilty feelings the parents might have. Although many parents appear calm and cool when talking about their child's stuttering, most have deep feelings of guilt. Society still generally feels that the parents are to blame for the child's stuttering. And parents feel acutely not only society's accusations, but also their own self condemnation. Every parent makes mistakes.

Some will disagree with our desire to remove parental guilt because in many cases the parents are indeed guilty of doing fluency-harmful things to their child. Our response is that the events which might have been harmful to the child have already happened. They are ancient history. We must be concerned with the present and future if we are to help the stuttering child. If they are listening to their guilty feelings, they can't listen to our suggestions. Also, parents will always be more willing to tell us the full story of their dealings with the child if they feel less guilty. And finally, a guilty parent cannot do us or the child any good in terms of the future.

The parent's guilt can also affect the child. Often he may feel that he is the cause of their distress, and so in turn he may feel ashamed for letting his parents down. There are so many evil ramifications concerning guilt that we must deal effectively with it.

How can we help to reduce parental guilt feelings? One important way that has already been mentioned is through the type of atmosphere we

create during the interview, an atmosphere of objectivity and exploration. This is a big help to parents. Many of them come to us worried sick about what we might say to them. When they see that we are friendly, objective and noncondemning, much of their guilt will already start to recede.

Another way is to empathize with the parents about some of their unspoken feelings. When talking about stuttering, you might ask them to tell you what they do when the child stutters. Most will reply that they ignore it or give the child some little piece of advice. Don't comment right away on the appropriateness of their response. Try instead to verbalize some of their negative feelings. You might say something like this:

"It must be really hard for you to hear him talk that way. You feel so helpless. We all want our children to have an easy time growing up and talking seems so simple to us. Why must he struggle so? Some parents have told us that they feel so frustrated because they don't seem to be able to stop the stuttering no matter what they do. The stuttering gets so bad that sometimes you just want to plug your ears!"

Many parents interrupt us at this point (If they don't, we have a long pause in order to give them time to respond.) and either burst into tears or start talking rapidly giving vent to their frustration. Others breathe a sign of relief. At last someone understands. No one has spoken to them before about how much it hurts them to hear that "ugly" stuttering. People have blamed them but no one has spoken of their suffering. Many have talked to us about the unfair way in which they have been judged by those around them. Still others have confessed to hating their child's stuttering so much that they want to scream at him to shut up.

To all responses, we must give as much understanding as possible. Parents must realize that they are having normal human feelings, natural feelings which they shouldn't feel any shame about. What we try to do is to see if we can't help them to accept and understand their feelings and to teach them as much as we can about what they can do to ease the child's problem. But just our accepting will help both parent and child tremendously because if the parent is feeling these negative emotions, the child is too.

Speech clinicians should realize that most parents come to the interview to get information rather than to give it. Encourage their questions for their questions will often tell us more about the child and his family than our cross-examination.

The first thing that we can do is remove some of the mystery surrounding the stuttering. If we can demonstrate different varieties of stuttering to parents, they can begin to understand what is happening to

their child. Few parents can describe their child's stuttering. Some of them will give a general description such as: he repeats words or he gets caught on words, but they are usually completely unable to describe their child's stuttering in any detail. We must demonstrate different kinds of stuttering and ask them to tell us if the child has ever had similar ones.

In demonstrating different kinds of stuttering, we explain what is happening. Then we may imitate some of the child's stuttering and explain what happens then. Rarely we have even had the parent try to do some stuttering following our instructions. When they do this, much of the fear and ignorance that has always surrounded stuttering will be reduced. This will go a long way in being able to help them to listen unemotionally to their own child's stuttering. But many parents can't or won't do this pseudo-stuttering. We never force them and are always alert to any signs that may indicate that they're not yet ready to try any pseudo-stuttering on their own.

Discussing the Cause of Stuttering

Since one of the first questions we will be asked is about the cause of stuttering, we try to be first to ask this question. We need to know what they think. Their answers are important for they tell us much about the kind of parents we are dealing with. We have heard parents use many different reasons for their child's stuttering. "He started stuttering right after his uncle Ernie tossed him up in the air and he came down on his head." "It started after he had the flu real bad." "It started because he didn't want to go to school." Or the parents may point to a death in the family or of a pet. They may blame the stuttering on the birth of a sibling or some other event which altered the family unit. They may tell us that he caught "it" from the older boy down the street.

The responses that parents give usually fall into one of three categories. They may blame an external event, or they tend to blame themselves, or they may not be able to answer the question at all. Those in the last group may respond like this:

"We have thought about this a lot. We have gone back and tried to remember if we did something to trigger it or if some event happened to start his stuttering, but we just cannot come up with anything. We have tried to be good parents and love our child very much. We have tried to bring him up like the other kids. We just can't understand what went wrong."

If the parents blame an external event, we accept their opinion without passing judgment on it. Sometimes it will be difficult to keep a straight face as when a parent tells us that: "Johnny caught the disease from the little neighbor girl." But we try gallantly to show respect for their opinions. Secondly, the particular cause of stuttering which they expound may serve several purposes: (1) It may relieve them of some deep feelings of guilt they harbor. (2) Since stuttering is so mysterious, a cause, no matter how bizarre, may satisfy the need to reduce that mystery. Some people are frightened by any uncertainties. We do not want to antagonize nor humiliate them so we listen acceptingly. Therefore, we might respond to parents who blamed the stuttering upon an external event like this:

"That's interesting, and it might indeed be one of the contributing causes. Usually there are many reasons that cause a child to stutter. We don't know your child that well yet, but if he is like some of the other children we see, then probably some of these reasons might help explain why he started to stutter or that make the stuttering worse." (We then go on to explain some of the causes of stuttering in other children.)

To parents who tend to blame themselves we attempt immediately to relieve them of some of the burden they bear. You might say:

"You know in the past the common practice was to put blame on the parents, but we are now discovering that there are many other possible reasons. We see children who stutter from every walk of life, from loving homes as well as broken homes. We have children from rich and poor, large and small families. There seems to be no one reason that a child starts to stutter."

"Surely you have had a big influence on his life. And I'm sure that you have made mistakes. We all have. But you could bring up another child in the same way and he wouldn't stutter! Why does one child start to stutter while others don't?" (We will then go into some of the causes of stuttering that will tend to take away some of the blame and guilt that they feel. The important thing is to give immediate absolution for any sins of commission or omission that may have occurred.)

Many of the parents who say they don't know the cause of their child's stuttering are really secretly blaming themselves. Parents justifiably or not take most of the blame or credit for their child's behavior. So we assume these parents feel some measure of blame for their child's stuttering, and we attempt then to give them a chance to share these feelings with us.

Parents will usually want to know our opinion concerning the cause of stuttering. This puts us in a rather tenuous position. The problem is that

no one seems to know for sure the exact cause of stuttering. But the parents are waiting for us to answer, and our answers are important to their judgments of our competence. If we try to avoid the issue or speak in generalities, they will think we are unknowledgeable.

After hearing the parents talk about their views on the cause of stuttering we might say something like this:

"I wish we could tell you the exact cause of stuttering. Unfortunately, we haven't been able to identify any one cause of stuttering. However, speech scientists and others are seeing some interesting new research in the areas of genetics, neurophysiology, family dynamics and child development. This research is identifying the many factors which are likely to be related to the onset of stuttering in young children."

"One fact that is important to know is that talking requires a very complicated set of motor skills. Imagine what a hard task talking must be for a child just learning! Scientists tell us that speaking is the most difficult act of fine motor coordination that man must learn. Let's take the sentence, 'I went to the store.' My jaw, tongue and lips are all moving at a rapid rate and every movement must be timed perfectly. All of this rapid coordination must also be timed with the air coming out of the lungs."

"Another complicated skill the child must learn is knowing the right words to use, putting them in the proper order and pronouncing the words correctly. What really amazes us is that more children don't have trouble learning to talk. Many parents have told us that they have never looked at talking this way. Talking seems so easy and comes so naturally for them. They get an idea in their mind and open their mouth and out comes the right words effortlessly. But for a child just learning, the process is much more complicated."

"Now let's look at the reasons why some children seem to talk more easily and more trouble-free than others. If we took five children out to the playground who had never tried to jump rope before and gave them each a jump rope and told them to watch us so they could learn how, one or two of them would probably pick up the technique right away. A few more would struggle but after a time they would begin to have success. But there would probably be one child or two who just couldn't seem to master the coordination. This doesn't mean that the other kids were smarter or faster learners. What it means is that we all have different talents and abilities. What is easy for one is hard for another and vice versa. So it is with talking. Some children seem to learn the coordination of speaking faster and easier than others."

"Now, let's go back again to our one little child who couldn't seem to jump rope. If the child really wanted to learn, he would probably take the rope home and try practicing alone in the backyard. He might still have trouble, but he would start getting the idea at least some of the time. If he kept practicing, he would gradually improve until at the end of a week he would probably be jumping as well as the other kids. But what would have happened if we had hovered over him and tried to correct him after each attempt? He would probably start trying too hard and tensing up his muscles. And the harder he tried the worse he would do until in a little while he would probably give up in disgust."

"This is much like talking. All parents want to help their child learn to speak as fluently as possible. His mistakes bother them and so they do things that make him try harder. They do this not because they are mean or bad parents, but because they love him and want the best for him. But not only the parents, but the grandmothers, relatives and even next door neighbors want to help the child learn to talk as perfectly and quickly as possible. Just like with the jump rope, the child often will become tense and frustrated and therefore have a harder time learning."

"But this tension and frustration which is so damaging to easy learning can also be brought on by the child. All of us occasionally have some trouble talking and so he may say, 'I-I-I-I wwwwant a glass of water.' Although he had never thought too much about stuttering before, this particular morning he thinks to himself, 'Why didn't I say that right? Why can't I talk as good as Mommy and Daddy or some of the other kids? Something is wrong!' And so he begins trying too hard. If that child who couldn't learn to jump rope right away had responded in the same way and began to put pressure on himself to be as good as the other kids he would probably never learn to jump rope. What happens is that the more he worries about not doing well the harder he tries and the worse he does."

"But in any case, the major thing that we are concerned about is not the cause but what can we do to help him. We are not that concerned with what caused the stuttering originally. That is ancient history. What we need to do is to find ways of helping him to feel less pressure so that he can begin to break that vicious circle he is in. Let's discover the things that make talking difficult at certain times."

What we have tried to do is give the parents a simplistic analogy to the complicated question of the cause of stuttering. The real value of our reply was that the parents now have a more logical, understandable and

unemotional explanation of the cause of stuttering. People often need concrete reasons for circumstances in order to deal with the future. And, as we told the parents, we strongly believe that the original cause is unimportant at this stage of the child's development, since he is already stuttering. Nothing we can do will ever be able to return the child back to the time when stuttering first began. Our concern must lie with the present stresses and ways of alleviating them.

Just one last comment about our response to the parental questions concerning the cause of stuttering. We have never given the above answer to anyone. This reply was simply illustrative. With some parents there may be a need to get much more technical; with others we would answer the question with a few simple sentences. As with everything in this business, respond to each according to their needs and abilities.

What the Parents Can Do

If our contacts with parents are to be productive, we must realize that they come to us not only to provide or get information but also to find out what they can do at home to help the child. It is essential that they carry away with them at least one or two fairly concrete suggestions or they will feel let down. They want very much to contribute something to their child's improvement but they don't know how. And there is no better way to alleviate guilt than to get the parents involved in the healing process.

One way the parents may be able to help is to occasionally use some restimulation. When the child has had a hard time getting his message out, reflect back fluently the content of his utterance. This is the same process as the reflecting or echo type speech that we talked about with the child with borderline stuttering. This will tend to reduce the memory of stuttering and will help the parents listen to the words rather than the way in which they are spoken. Along with these better listening skills, they can try to look at the child when he speaks even when he stutters. This shows their interest in what he is saying instead of signalling him that they are alarmed about his stuttering.

We also may recommend a short play period during the day where the child is allowed to direct the activity. We attempt to arrange an opportunity for the parents to watch us as we work with the child so we can show them how to conduct this play period. The chances for real learning are so much greater when the parents have an opportunity to see our words put into practice. We have an opportunity to demonstrate permissive, child-directed play and to show the relaxed way that we respond to his stuttering. The parents can see how we talk more slowly and simply (although

remembering to keep it natural) in order to provide better models. We are good listeners and allow the child to do most of the talking. And we are nonjudgmental. If the child has cars that fly, we go along with his fantasies. We shouldn't correct the child and tell him that cars can't fly. This need not be a long period of time. The important thing is to do a little each day of this quiet and unhurried play.

With older children, this play period can be a quiet, unhurried time over milk and cookies. A time for the parents to listen rather than always asking. If the child doesn't feel like saying anything, that is his right. Other days he will feel the need to talk. And if the parents create that kind of atmosphere during this short period, then the child will learn that he has this time. He will want to talk because he will not be hurried, criticized or corrected.

Most of our children have a particularly hard time when they are excited. Many parents complain about this and wonder what they can do to help the child during these times.

First of all, we usually give an example of a normal speaking child who tries to talk while under some emotional stress. Sometimes we use this illustration when talking to certain parents:

"Let me tell you of an experience that happened just the other day. My little girl, Sara, who has never had any trouble talking, fell off her bike and ran in to tell me about her accident. She was all excited, out of breath, and was sobbing a little when she said something like this, 'Da-Da-Da-Daddy I-I-I fell dow-dow-dow-down.' Then she gasped for air."

"Here was a little girl who never had a bit of trouble before this, yet she was talking, 'stuttering' all over the place. Now just think how difficult talking must be for your child when he is excited or under emotional stress!"

"When I saw that she was having trouble talking, I told her we would go into the kitchen and get a glass of milk and then she could tell me all about what happened. Once we got in the kitchen and she got her milk, she had a chance to catch her breath and relax a little. Then when she talked she only had one or two words that she got mixed up on. I did not interrupt her or ask her questions about the incident. This was hard because I wanted to know all the details, but I let her tell her tale in her own way and in her own time."

"At other times I have made the mistake of letting her tell me right away what happened and sometimes I have even interrupted her by

asking for further details because I was excited too. But this seems to make talking harder for her for she gets even more upset and confused. Let's try not to demand speech of a child when he's emotional."

"I think your child would benefit from this new policy. During the times that talking is difficult for everyone, we must be particularly careful with a child who stutters. I have learned to think in this way; if Sara can walk into the house under her own power, then she probably won't require immediate medical attention. So I have time to sit down and listen quietly."

"Now, of course, you will not do this every time your child stutters. This is just for those few times during the week when he is so excited that he just can't seem to get anything out."

This little story serves well to get across the point. If we can give parents something to help them cope with these bad situations, we will have helped both them and the child. This type of response also helps them to get the idea of removing stress from speaking. Many will find also that following a few of these suggestions will gradually make a change in their overall handling of the child generally as well as when talking.

Many clinicians have trained parents to be observers for them in the home. The parents are told to keep a diary on the child and then report their findings back to the clinician. They are told to hunt for pressures or situations that seem to increase stuttering. When they have noted a few of these, they are instructed to call the clinician so that they can work out plans for reducing these fluency disruptive behaviors.

In this diary, they can also note the situations that seem to be stuttering free. The parents are then encouraged to allow the child as much time in these activities as possible.

When parents begin being better observers, they will notice that the child's speech will go in cycles. On the days when he is more fluent, they should attempt to encourage more talking, while on his non-fluent days they should decrease the opportunities for talking without the child's awareness. One parent for example remembered that the child never talked much when they played together with the erector set. The child always seemed so intent on his work that he didn't have time to talk. This became a good activity for his non-fluent days. By playing with the child, the parent demonstrated her love for the boy and the activity also was a good way to reduce the child's amount of speech. Other parents have gone on bike rides since this activity often reduces the amount of speech.

Parents also need to know that stuttering is a progressive disorder which may get worse with time. Mainly, we alert the parents to recognize signs of struggle and tension. These may be blockages of airflow, facial tremors or body movements. We also have them watch especially for avoidances of certain words or situations. When the child begins using avoidances, he has learned to be afraid and embarrassed because of his stuttering. The evidences of fear are a warning to us that the stuttering will probably get worse. In this connection, The Stuttering Foundation (a group dedicated to the treatment and prevention of stuttering) has a book which is useful entitled *If Your Child Stutters: A Guide for Parents*.^{*} It tells parents some of the danger signals that they should be aware of. If they notice any of these danger signs or see anything new in the child's stuttering, they should call the Foundation at 1-800-992-9392.

Some parents have made important changes in the communicative environment of the stuttering child because of these observations. As they begin to see the kinds of situations and forces that bring on stuttering in their child, they make the necessary changes so essential to fluency. At the same time, through their close observation they have also seen the actions and situations that promote fluency and so they try to increase the use of these activities. Parents of this caliber are thus able to change their lifestyle enough to bring about an end to their child's stuttering.

Certainly more could have been written about the clinician's interactions with parents. We have not chosen to do so because the literature on the subject of parent counseling is quite extensive, and this one chapter could have evolved into the subject of another book. Hopefully the reader has gotten a feeling for the way we interact with parents. The specifics of the interview are quite secondary to the overall philosophy of respect and understanding that we have tried to create.

^{*}For your copy, write: The Stuttering Foundation, P.O. Box 11749, Memphis, Tennessee 38111, and enclose two dollars for postage and handling or order online at www.stutteringhelp.org and ask for Book No. 0011.

Working with Teachers

Teachers should play an important role in the remediation process. Since they have a big influence on our client, we need to make every possible effort to work closely with them. Unfortunately, as with parents, we cannot see teachers as often as we would like. But we try to see them as much as possible. The friendlier we are with teachers, the more we get to know them, the more willing they will be to follow some of our suggestions.

Although not always possible, we have tried to set up a half hour initial meeting with the teacher. We have found this more productive than trying to see them during recess in the teachers lounge. The teachers lounge has too many distractions for good communication, so we try to schedule a meeting where we can have some privacy. After this initial meeting, we find that we can communicate with teachers during recess because earlier we have had this quiet time together.

Much of our counseling techniques with teachers are quite similar to those we use with parents. We begin this short, private session by having them talk about the stuttering child. We ask her to describe him to us. Our aim is to ask general questions in order to get the teacher talking. The teacher needs to realize that our time with the child is short, and she can help by giving us a broader picture of his entire behavior. We treat the teacher with respect and try to show her that her views and observations of behavior are important to us. Our respect will get the teacher talking.

Along with the child's basic behavior, we need information on his stuttering. Once again we begin with the general question letting her talk freely about the child's stuttering.

Of course, if we conduct the interview in this open-ended way, the teacher will ask questions. One of the questions they usually ask concerns the cause of stuttering. "Did the parents do something to cause Johnny to stutter?" "Isn't stuttering a psychological or emotional problem?"

To these questions we might answer: "I'm not sure at this point what Johnny's home situation is like, but it has been our experience that these stuttering children can come from almost any type of home environment.

So we usually don't put the blame on the parents. And we don't feel comfortable calling stuttering simply an emotional problem. Some children, it is true, seem to have a strong emotional base to their stuttering. The stuttering really is a way of showing us that they are not happy and that all is not well with their environment.

However, many others seem to be quite well adjusted emotionally, and the stuttering seems to be more of a developmental or learning problem. Some children have trouble with fine motor coordination and speech is a most difficult fine motor skill. These children develop problems speaking fluently. They become worried or concerned about their stuttering, or perhaps their parents have reacted negatively to their stuttering. Whatever the case, the child begins trying too hard to speak fluently, and as a result, he starts having more trouble. That is one of the reasons for this meeting, we are trying to discover some of the causes of Johnny's stuttering."

This type of reply hopefully shows the teacher that her input is important. She is made to feel a part of the remediation process. As a result, we should expect more cooperation from her in the future. She will be more willing to give up some of her break time to help us with our client.

Teachers will also want advice on how they should react to the child in the classroom. "Sometimes the other children laugh when Johnny stutters. I feel that I should do something, but stuttering embarrasses me a little too."

To this we might answer: "And that's just the trouble with stuttering, you see. So many of us are ashamed and embarrassed by stuttering that little Johnny also begins to feel these negative emotions. What do you do when one of the children makes a mistake on a math problem and everyone laughs? You probably treat the situation quite casually and matter of factly so that the child won't feel as much pain and he will be willing to try again sometime. So too with stuttering. Treat the incident objectively. You might say something like this: 'Sometimes it's hard for Johnny to say some of his words, but we will always listen to what he has to say.'

Speaking directly and plainly will help not only Johnny but also the other children will feel less inclined to laugh next time. Now I know sometimes that's difficult and hard to do. Having a stutterer in your room is not the easiest experience, but Johnny can really benefit by your understanding."

Or they may ask something like this: "Why is it that some days he's so fluent and then other days he can hardly talk?"

To this popular question our reply can include a suggestion for helping to manage the child's stuttering. "Stuttering does seem to be cyclical in nature. Perhaps this is no different than the rest of us when we talk about our good or bad days. We can do a lot to help Johnny if you can recognize these changes in his stuttering. On his fluent days you might encourage his class participation, calling on him more often than usual. One of the best ways of helping him talk more fluently is to give him good fluency experiences. So on good days, give him many opportunities to speak so that he can feel the joy and satisfaction of talking fluently.

As with parents, we try to be careful about giving them a lot of don'ts, but sometimes we need to change some of their behavior as this common question illustrates: "Well, you know, sometimes he gets stuttering so bad on a word that I say it for him. Is this all right? He doesn't seem to mind."

We must be careful in our reply not to condemn or criticize the teacher. "Sometimes you surely want to help Johnny, don't you? He's struggling so, and the other children are getting nervous and you want to save him some embarrassment. But what we must consider is how will our reactions influence the child.

If we do help him on a word, then perhaps he will begin to lose confidence in his ability to speak. How embarrassing to have someone help you with a word. Children can begin to lose their self respect and feel weakened by this. Or he might feel that his stuttering is bad since people cannot bear to let him finish. This only makes him try harder to speak perfectly and as a result, he stutters more. So even though our intentions were honorable and loving, they may have had a negative effect on the child."

Teachers often ask us about how much verbal activity to demand from a child who stutters. "Should I make him give his book report in front of the class like the others, or can his be written and handed in? I hate to force him to talk if he is really embarrassed about it but yet what do I say to the other children?"

This is a difficult question and one with no clear cut solution. On the one hand, forcing a child to embarrass and humiliate himself seems wrong, but at the same time, if we grant him a special privilege, then he will be ostracized by some of his peers and may lose much in the way of confidence and self respect. We try to share this dilemma with the teacher. She should know how difficult this question is and hopefully help us make these everyday decisions. After discussing the pros and cons of the problem, we might say:

"We usually recommend that the child be treated as normally as possible. After all, school is meant to train children for adult life and Johnny will not be given special privileges as an adult. The world is often cruel, and children need to deal with their realities. However, if you think that Johnny will fail miserably there is no sense in forcing him to give the report. Perhaps the best solution is to ask him to stay a minute after school.

You might say something like this: 'I wanted to talk with you about your oral book report. You have been having a lot of trouble talking, and I wanted to know whether you were willing to give your report? It won't be easy and I wouldn't blame you for not wanting to give it. I won't penalize you for not giving the report, but if you want to give it, I would like you to. Why don't you tell me in the morning what you have decided. At that time, you might tell me if you want to be the first one called on. Sometimes it helps to get it over with. Or perhaps you could raise your hand when you felt ready.' This little talk can really help you know and understand Johnny's feelings and he will feel like you genuinely care about him."

That would be one way to approach the problem of an oral report. Another way of dealing with this question is to call a meeting with both child and teacher. Each situation is so unique that if possible we should sit down with all the participants and work out an acceptable solution. We would also encourage the parents to attend. Everyone should not only be kept informed but should also feel that they are influencing the decisions. There are no simple answers to this problem of class participation, so it is advisable to get as much input as possible in the decision making.

Other teachers have described a totally different problem. "I have been told that I should let Johnny talk as much as possible because we don't want him to feel that we are discriminating against him. But he has always got his hand up and when he starts talking you can't shut him up."

This is a common complaint with children in the early grades. We might say something like:

"That is a problem that other teachers have talked about. The child seems to be afraid that if he stops, he might not be able to start up again, or he may have a need to talk in order to prove to himself that he's not afraid. Possibly he doesn't get enough chances at home, so he makes up for it in school. Whatever the reason, once again we feel it is important to treat Johnny as normally as possible.

If the other children don't get to talk that often then his output should be limited. Certainly you will probably want to bend the rules a little for Johnny, but he shouldn't be allowed to dominate. After he has made a point and is beginning to go on to another, you can stop him and restate his contribution in your own words. This shows him that you have gotten the message and felt it was important enough to repeat to the class. After repeating his contribution, you might ask others to comment or add to what he said. In this way, you have been able to stop him but yet he is left feeling that he has made an important contribution. But if he should attempt to continue, then you can tell him that you have appreciated his comments but now someone else needs a turn."

In general, we have found the best policy with teachers is to help them understand the problem of stuttering. This understanding often brings on the changes which will help our client. In addition to this information on stuttering, we attempt to have them see their actions through the eyes of the stutterer. If they were in his shoes, how would they feel? For some teachers, this type of identification is valuable in their relations with the child. We attempt to show them how the stutterer feels when he is pitied or treated like a younger child. Or how difficult the classroom is for him when the teacher is very demanding and highly inflexible.

We see through his eyes the falseness of a teacher who completely ignores his stuttering. He feels like an untouchable, that he is committing the great unmentionable. This creates a highly tense situation when the teacher ignores and refuses to face reality.

What the teacher needs to do is talk matter of factly with the child about his stuttering. She needs to let him know that she is aware of the stuttering and willing to help him make her classroom as pleasant as possible for him. Clinician, child and teacher will meet together and work as a team. This direct confrontation helps clear the air of misunderstood intentions. Understanding is the basis for our advice to teachers, parents, and for that matter the entire therapy process for stutterers. We are convinced that like the iceberg, the dangerous portion of the stuttering problem lies beneath the surface. The more we can expose it to the light of reason and understanding, the better the chance for the child to succeed. This is the core of our belief and the reason for our success.

Editor's Note: The Stuttering Foundation has an excellent 20 minute videotape, *Stuttering: Straight Talk for Teachers*, Video #0126. For information, call 1-800-992-9392 or purchase it online at www.stutteringhelp.org. The video comes with a free 40 page handbook.

Concluding Remarks

The ideas described in this book have been the result of five years work with children in the public schools. During that time, we have seen hundreds of youngsters in our county-wide program. Although we haven't helped all of them to our satisfaction, we have never to our knowledge caused a child to get worse.

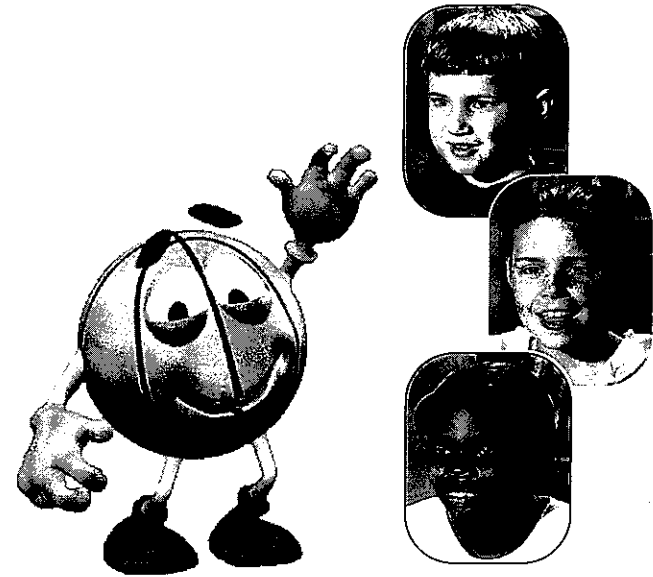
Looking back over these five years, we have learned much and gained valuable experience. Our therapy changes as we learn more about the needs of our clients.

At the end of every year, we have looked back to evaluate our program and have listed the major areas of emphasis that we felt were most important. At the top of the list each year is an admonition to get these children into therapy at an earlier age. We are convinced that the younger we can identify the child who stutters the better. If we can see them while they are still mild and relatively unscathed by their stuttering, then our involvement need not be a major one in terms of time and effort. And the prognosis for these young children is excellent.

What a difference when compared to the long term therapy commitment of a child with severe stuttering who at best has a rather cloudy prognosis for future fluency. We are convinced that the vast majority of stutters in grades 3 and above could have been worked with more successfully and with much less effort at an earlier age.

Many of us unfortunately have been taught to wait until stuttering has a firm foothold before we begin therapy. This seems so illogical. Other speech disorders are not treated this way, nor for that matter are physical or emotional problems in children. Certainly common sense tells us it is easier to tackle a problem at its onset.

But enough! We feel uncomfortable in the role of evangelist for our joy has come in the challenge and excitement of the therapy process. We have little interest in arguing the merits of certain methodologies, for we are sure others have found success with children using a variety of methods. Fine! Let's pool our information and see if we can't make some improvement in our treatment of children who stutter.



Stuttering: For Kids, By Kids

Meet Swish and his young friends! They talk about stuttering, dealing with teasing, what helps, and how to teach others about stuttering. Cartoon animation and real children come together to help other kids who stutter in this engaging and lively video.

School, the playground — these can be lonely places for children who stutter. Having an understanding friend like Swish to talk to about talking eases feelings of being alone and different, of being the only one who stutters.

Still, children don't all feel the same about their stuttering, and when Swish asks questions such as, "Does your stuttering bug you?" you can be sure that there's one answer each child can relate to.

These are just some of the messages that come through in this new video just for kids! For more information on how to order this video/DVD, call 800-992-9392 or visit www.stutteringhelp.org



Stuttering:

Basic Clinical Skills

More than three years in the making, this exciting new 2+ hour DVD demonstrates speech management strategies to help you work effectively with children and adults who stutter.

Dynamic demonstration of stuttering therapy techniques by experts from around the world:

- **Frances Cook**, MSc, Cert. CT (Oxford), Reg UKCP (PCT), Cert MRCSLT (Hons)
- **Willie Botterill**, MSc (Psych. Couns.), Reg UKCP (PCT), Cert MRCSLT
- **Ali Biggart**, MSc, BA (Hons), Dip. CT (Oxford), Cert MRCSLT
- **Alison Nicholas**, MSc, BA (Hons), Cert MRCSLT
- **Jane Bligh**, BSc (Hons), Cert MRCSLT

From Michael Palin Centre for Stammering Children, London

• • • •

- **Barry Guitar**, Ph.D., University of Vermont
- **Peter Ramig**, Ph.D., University of Colorado-Boulder
- **Patricia Zebrowski**, Ph.D., University of Iowa
- **June Campbell**, M.A., private practice, Carmel, CA, provided additional footage.

The Stuttering Foundation of America is a tax-exempt organization under section 501(c)(3) of the Internal Revenue Code and is classified as a private operating foundation as defined in section 4942(j)(3). Charitable contributions and bequests to the Foundation are tax-deductible, subject to limitations under the Code.

If you believe this book has helped you or you wish to help this worthwhile cause, please send a donation to:



P.O. Box 11749 • Memphis, TN 38111-0749

800-992-9392

www.stutteringhelp.org

www.tartamudez.org