



Revista de Investigación en Logopedia
E-ISSN: 2174-5218
revista.logopedia.ta@uclm.es
Universidad de Castilla-La Mancha
España

Loriente, Cristóbal
Crítica y alternativa al modelo biomédico de la tartamudez
Revista de Investigación en Logopedia, vol. 3, núm. 2, julio-diciembre, 2013, pp. 120-145
Universidad de Castilla-La Mancha
Toledo, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=350835629003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Crítica y alternativa al modelo biomédico de la tartamudez

Cristóbal Loriente

Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

Resumen

Medicalizar la tartamudez consiste en concebirla como una enfermedad, trastorno o similares, lo que origina unas consecuencias secundarias negativas, entre las que destacamos un estereotipo que estigmatiza a los tartamudos provocando un gran sufrimiento personal. Paradójicamente la medicalización no proporciona ganancia terapéutica y es incapaz de comprender la naturaleza de la tartamudez. Apenas registramos beneficios pero sí muchos perjuicios y prejuicios, como el estigma, el estereotipo y las actitudes negativas del oyente. Realizamos nuestro trabajo de campo en los primeros grupos de autoayuda españoles y comunidades virtuales de tartamudez -de habla castellana-, utilizando técnicas cualitativas y cuantitativas, obteniendo resultados sorprendentes respecto a la identidad personal y social de los tartamudos, estereotipo estigmatizador, ineeficacia de las terapias psicológicas y logopédicas a medio y largo plazo y la imposibilidad de la aceptación plena de la tartamudez. Analizamos esta información mediante conceptos y teorías procedentes de las ciencias sociales como la antropología, la psicología social y la sociología, siempre satisfaciendo la interdisciplinariedad teórica y metodológica y teniendo en cuenta la complejidad del fenómeno. A consecuencia de estos resultados, proponemos una nueva perspectiva o paradigma de la tartamudez, conocida como la desmedicalización de la tartamudez.

Palabras clave: Desmedicalización; Estigma; Grupos de Autoayuda; Identidad; Tartamudez.

Critique and alternative to the biomedical model on stuttering

Abstract

Medicalizing stuttering implies conceiving it as a disease, upset or similar, and therefore provoking secondary negative consequences, as a stereotype that stigmatizes stutterers and brings nothing but a lot of suffering to them. Paradoxically, the medicalization does not proportionate any therapeutic profit and it does not allow to penetrate the nature of stuttering. As a consequence, we hardly find any benefits and on the contrary, we notice an increase in the damage and prejudices to stutterers, such as stigma, stereotype and negative attitudes towards them. We made our fieldwork in the first Spanish self-help groups and virtual communities -in Spanish language-, using qualitative and quantitative techniques and we have obtained amazing results about stutterers' personal and social identity, the stereotype that stigmatizes, the inefficiency of psychological and speech therapy treatments in short and long term, as well as the impossibility of accepting stuttering completely. We have analysed this information with concepts and theories coming from social sciences as anthropology, social psychology and sociology; always searching for theoretical and methodological interdisciplinarity and taking note of the complexity of the phenomenon. Because of the results obtained, we propose a new conception, known as "the demedicalization of stuttering".

Key words: Demedicalization; Identity; Self-help group; Stigma; Stuttering.

Correspondencia con los autores: cristoloriente@yahoo.com

Recibido 01 Abril 2013. Primera revisión 20 de Mayo de 2013. Aceptado 10 de julio de 2013.

A Pepe Yurrita. In memoriam.

Introducción

Partimos de un hecho indiscutible admitido por investigadores, clínicos y tartamudos: que la tartamudez es un fenómeno rebelde e incierto que sorprende por la cantidad asombrosa de excepciones e irregularidades que presenta.¹ Prácticamente todas las investigaciones de los últimos veinticinco años coinciden en el carácter problemático y complejo de este “mal de habla” (e.g. Fiedler y Standop, 1984; Perelló, 1990; Rodríguez Carrillo, 2003; Rodríguez Morejón, 2003, Van Riper, 1982).

La complejidad de este fenómeno se refleja en la existencia de una gran variedad de modelos teóricos y en la multiplicidad (y heterogeneidad) de ciencias biomédicas que la estudian –psiquiatría, psicoanálisis, psiconeurología, psicología, psicopatología del lenguaje, psicofarmacología, etcétera-, lo que imposibilita el acuerdo en cuestiones tan elementales como la definición: Culatta y Goldberg (1995) exponen irónicamente “si reuníramos a diez logopedas, tendríamos once definiciones de tartamudez” (p. 27). La controversia se extiende a todos los ámbitos de este “mal de habla”, pero especialmente a la etiología y el tratamiento.

Respecto a la primera, Salgado (2005) reconoce “que la causa última de la tartamudez permanece desconocida después de varias décadas de investigación centradas en el origen del trastorno” (p. 63). Rodríguez Morejón (2003) atribuye la ausencia de modelos explicativos “definitivos” al hecho de que la tartamudez afecta a “todas las facetas de una persona y que tiene, por lo tanto, implicaciones sociales, psicológicas, fisiológicas y neurológicas” (p. 32).

Al respecto, Loriente (2007) escribe que “consideramos que el desconcierto de los investigadores acerca de la etiología de la tartamudez probablemente obedezca al carácter multifactorial del fenómeno y a la interacción caótica de las variables que intervienen, algunas de ellas desconocidas, que perturba la aplicación del modelo biomédico basado en la teoría bacteriológica, que establece una relación unicausal y lineal entre causa y efecto” (pp. 280-281). Almendro (2002) en un excelente trabajo expone la imposibilidad de explicar los fenómenos psicológicos mediante la causalidad lineal porque la interacción de los factores causales implicados obedece a las fluctuantes, caprichosas y poco predecibles leyes del caos. El incipiente paradigma de

¹Excepto en el diálogo, los tartamudos son capaces de hablar con “perfecta” fluidez en todas las situaciones: en el habla solitaria, ante bebés o animales, en el habla coral (como el rezo compartido o el karaoke), chillando, susurrando, con un gran estruendo en el ambiente, cantando, silabeando, tapándose los oídos, en sueños, etcétera. Hay tartamudos que sólo tartamudean en una situación muy determinada (tartamudez circunstancial) como por ejemplo, por teléfono.

las ciencias del caos se extiende no sólo a las ciencias naturales sino a otras ciencias, como la medicina (Gleick, 1994) o la psicología social (Munné, 1993), entre otras.

Por tanto, la interacción caótica de los factores causales impide el conocimiento fenoménico de la tartamudez. De hecho, las ciencias biomédicas son incapaces de presentar un modelo integrador de la tartamudez, abundando teorías poco afines e incluso incompatibles, hecho que ratifica el carácter enigmático –y en cierto modo incognoscible- de la tartamudez, ya expresado por Perelló (1990): “la disfemia ha sido, y continúa siendo, un enigma para los foniátricos, para los investigadores y para los propios enfermos” (p. 131).

Respecto a la terapéutica, teóricos, clínicos e investigadores admiten que la tartamudez es una patología muy refractaria a los tratamientos. En este sentido, Santacreu (1991) escribe que “la tartamudez constituye uno de esos raros ejemplos de trastorno psicológico conocido prácticamente desde siempre en la historia de la humanidad, sobre el que se han propuesto multitud de explicaciones y teorías y en relación con el cual se ha desarrollado igualmente un amplio y variado número de técnicas y procedimientos de tratamiento. El problema, a pesar de todo, continúa siendo bastante refractario a la mayoría de las distintas formas de terapias propuestas” (p. 7). Estas observaciones de Santacreu han sido habituales en la historia de la tartamudez. Por ejemplo en 1939, el Dr. Knopp refiere que nadie cura a un tartamudo adulto (citado por Murray, 2001).

A pesar de la multitud de tratamientos ideados -que Le Huche (2000) cifra en doscientos-, ninguno ha demostrado una eficacia significativamente mayor al efecto placebo y/o la remisión espontánea a medio o largo plazo, especialmente en la tartamudez adulta (Brojeni, Franklin, Maguire, Maguire, Nguyen y Riley, 2004; Cream, O'Brian, Onslow y Packman, 2003; Huinck, Kully, Langevin, Lomheim, Peters, y Tellers 2006). Y respecto a la tartamudez infantojuvenil, los investigadores han evaluado intervenciones terapéuticas muy variadas como por ejemplo el consumo de clonidina (Althaus, Goorhuis-Brouwer, Minderaa, Oosterhoff y Vink, 1995) o el famoso programa Lidcombe (Harris, Harrison, Menzies Onslow y Packman, 2002) entre otros. Los resultados son muy similares a los obtenidos en adultos, si acaso se observa una discreta disminución de palabras tartamudeadas en niños que han participado en el programa Lidcombe.

En nuestra encuesta solicitamos a los sujetos que valorasen numéricamente el beneficio recibido de los tratamientos de los clínicos (médicos, foniátricos, psicoanalistas,

psicólogos y logopedas), obteniendo una media global de 4,5. Con una población similar, Rodríguez Morejón y Ruiz (2008) concluyen que “a la hora de valorar globalmente la utilidad de las terapias realizadas, nuestros encuestados no les conceden ni siquiera un aprobado. En una escala de 1 a 10 la media de la utilidad, considerando todos los tratamientos realizados por todas las personas de la muestra, es de 4,58 (DT=3,24)” (p. 8).

En este sentido, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Junta de Andalucía ha realizado en el año 2007 un completísimo informe de las terapias de la tartamudez concluyendo que (Junta de Andalucía, 2007): “No se han encontrado intervenciones para la tartamudez claramente eficaces en términos de resultados relacionados objetiva o subjetivamente con el habla.” (p. 6).

Esto aparte, los abusos de la terapéutica han sido notorios y aquí sólo exponemos algunos. A mediados del siglo XIX el cirujano Dieffenbach extirpó sin anestesia grandes cuñas de lengua a varios tartamudos con el fin de eliminar la tartamudez, ocasionando la muerte a algunos de ellos (Perelló, 1990). En el siglo pasado, Bayle y Lebrun (1973) proponen la neurocirugía como tratamiento de la tartamudez, nada menos. En este siglo, en el que se prevé el desarrollo de la terapia genética y dada la existencia de factores genéticos que predisponen a la tartamudez, nos tememos lo peor.

Técnicas tan eficaces para la modificación de otras conductas como la desensibilización sistemática, la intención paradójica, la relajación progresiva o similares; o psicofármacos tan potentes como los antipsicóticos (Haloperidol, Olanzapina o Ziprasidona) han demostrado ser completamente ineficaces en el tratamiento de la tartamudez. A consecuencia de la ineficacia terapéutica y por ética profesional, algunas clínicas de logopedia rechazan rehabilitar tartamudos adultos. La clínica ha ocasionado un gran desembolso económico a miles de tartamudos, sin que apenas hayan obtenido beneficios significativos en términos de fluidez, aparte de alimentar *sine die* la esperanza de curación.

Concluimos que la perspectiva de las ciencias biomédicas ha sido hasta la fecha poco eficiente para la comprensión y terapéutica de la tartamudez.

En cambio, y a diferencia del modelo biomédico, concebimos la tartamudez como una construcción sociocultural, como desarrollamos ampliamente en trabajos anteriores (Loriente, 2006; 2007). Por ejemplo, en Loriente (2007) escribimos “nuestro posicionamiento –afín a la antropología construccionalista- confiere a la sociedad el

protagonismo en todo el proceso de construcción del conocimiento y por tanto, el axioma que preside nuestra investigación es que la tartamudez es una construcción sociocultural. La antropología construcciónista es una perspectiva que defiende una posición no esencialista de la realidad” (p. 12). Nuestro análisis otorga prioridad a los elementos sociales y culturales frente a los individuales o intrapsíquicos porque consideramos que el estatus ontológico y epistemológico de los primeros es de rango superior, tomando como referencia otras investigaciones de carácter interdisciplinar como la de Wertsch (1993), que desarrolla la línea investigadora trazada por teóricos de la talla de Vigotsky.

La diferencia esencial entre las teorías biomédicas que estudian la tartamudez y nuestra perspectiva se especifica en la siguiente cuestión: las primeras conciben al sujeto como una unidad “biopsicosocio” porque perciben la enfermedad de una forma estratigráfica, y nuestra concepción invierte los componentes de la unidad, otorgando primacía epistémica, conceptual y ontológica al segmento “socio”. Este giro epistemológico es imprescindible para defender una alternativa a la concepción biomédica: la desmedicalización de la tartamudez.² En suma, partimos del axioma que establece que lo “social” determina lo “biopsico” o lo “psicobio”, o en términos identitarios: la identidad personal se nutre de la social.

Nuestra perspectiva se nutre de conceptos clásicos de la psicología social como estereotipo, identidad social y personal, y otros de origen nativo, como “la salida del armario”; y de teorías de diferentes ciencias sociales –antropología, psicología social y psicología, principalmente-, como la antropología interpretativa de Geertz (1989; 1994; 2001; 2002), la teoría del estigma social de Goffman (1970) o la de Tajfel sobre el conflicto intergrupal (Tajfel, 1984; Tajfel y Turner, 1989). En los últimos treinta años, reconocidos autores de la psicología social y la antropología reclaman el trabajo complementario y conjunto de estas disciplinas. Psicólogos sociales como Torregrosa, Jiménez Burillo, Stryker, Sarabia y Brewster Smith y autores procedentes de la psicología y antropología cultural como Stigler, Shweder y Herdt o Serrano. Antropólogos como de la escuela de Cultura y Personalidad: Benedict, Spiro, Wallace,

²La medicalización consiste en considerar un fenómeno como una entidad clínica (alteración, disfunción, desorden, patología o enfermedad), compuesta por un conjunto de síntomas o síndrome. Recordamos al lector que el DSM-IV-TR establece que la tartamudez es un desorden de la comunicación (APA, 2000). El 19 de mayo del 2013 se ha publicado el nuevo DSM-V, en el que la tartamudez es un trastorno de la comunicación. Desmedicalizar consiste en concebir el fenómeno como una característica distintiva o una manifestación de la diversidad humana, exento de patogenia.

Kluckhohn, Le Vine y Barnouw; o de la antropología psicoanalítica como Paul y Suárez-Orozco; o de la antropología psicológica como Hsu y Bock. En síntesis, creemos que nuestra concepción de la tartamudez satisface el requisito de interdisciplinariedad teórica que el objeto de estudio exige.

La concepción construccionista de la tartamudez que defendemos se distancia de la visión nomotética y reduccionista de las ciencias biomédicas y aporta un conocimiento idiográfico del fenómeno.³ En este sentido, compartimos los axiomas básicos de los principales autores de la antropología de la medicina, y en concreto, de Kleinman. Este autor (Kleinman, 1980; 1988a; 1988b) critica la visión unicausal y reduccionista de la perspectiva biomédica, que está estrechamente vinculada a la oposición dual ontológica que preside sus axiomas principales: salud/enfermedad, mente/cuerpo, masculino/femenino, etc.

Esta alternativa a la concepción clásica y biomédica de la tartamudez satisface el requisito de interdisciplinariedad teórica y metodológica, tal y como Morin (1995) o Beltrán (2000) aconsejan para la investigación de fenómenos complejos -como es el caso.

Por tanto, una vez mostrada la insuficiencia teórica y práctica de las teorías que pertenecen a la biomédica de la tartamudez -que no es capaz de proponer modelos satisfactorios, eficaces y consensuados-, el objetivo principal de este trabajo consiste en proponer y articular una perspectiva diferente, pero igualmente científica, que de alguna manera reconstruya el fenómeno de la tartamudez mediante conceptos y teorías procedentes de las ciencias sociales (teoría de la construcción social, del estigma, conflicto intergrupal, identidad personal y social, etc) y de la propia comunidad tartamuda -conceptos nativos como por ejemplo “la aceptación de la tartamudez”, “la salida del armario”-, que son similares a los aplicados satisfactoriamente a fenómenos análogos -como la homosexualidad o la intersexualidad. Esta reconstrucción ofrece a un sector de la comunidad tartamuda más esperanza e infunda mucho más fuerza que la propuesta tradicional de la clínica, a todas luces insuficiente.

A continuación, exponemos la metodología empleada, que en términos generales calificamos de mixta porque incluye técnicas cualitativas y cuantitativas.

³ Wildenband (1894) distinguió entre conocimiento idiográfico y nomotético, distinción que define acertadamente las dos tradiciones clásicas que han protagonizado los más intensos debates en prácticamente todas las ciencias, si bien las ciencias sociales han padecido más las repercusiones de los mismos, especialmente la sociología, psicología social y antropología.

Metodología

Participantes

Los participantes fueron de dos tipos:

- a-. Los tartamudos que han interactuado con regularidad durante seis meses en dos foros virtuales dedicados al conocimiento y discusión de la tartamudez -denominados *Ttm-l* y *Ttm-e-*, y que en total ascienden a unos doscientos, aproximadamente.
- b-. Los que han participado en grupos de autoayuda con cierta asiduidad -esto es, dos veces al mes- durante al menos seis meses, y cuyo número asciende a cuarenta, aproximadamente. De estos entrevistamos a veintiuno, como a continuación exponemos.

Instrumentos

Utilizamos dos categorías: cualitativas y cuantitativas. Respecto a la primera, empleamos la observación participante en dos escenarios: virtual y físico. Observamos y participamos en dos foros virtuales durante seis meses, revisando más de dos mil escritos y seleccionando unos seiscientos, pertenecientes a unos doscientos tartamudos. Y respecto al segundo escenario, el físico: coordinamos un grupo en la comunidad de Madrid durante seis meses.

Dentro de la primera categoría, entrevistamos a veintiún tartamudos sobre cuestiones relativas a la aceptación de la tartamudez, beneficios de la participación regular en el grupo, conflicto con la comunidad fluida, eficacia de los terapias, estereotipo, discriminación social y laboral, el término “tartaja”, e identidad personal y social, principalmente.

Respecto a la segunda categoría -las técnicas cuantitativas-, encuestamos a miembros de la Fundación Nacional de la tartamudez que participan en los foros virtuales y en grupos de autoayuda. La encuesta estaba compuesta de 34 preguntas cerradas de elección múltiple, y su objetivo primordial era conocer la opinión de los tartamudos respecto al funcionamiento de los grupos, aceptación de la tartamudez y beneficios derivados de la participación en grupos de autoayuda, principalmente. Se enviaron más de cien cuestionarios pero solo veintidós respondieron.

De esta manera, al emplear técnicas cualitativas y cuantitativas, satisficimos el compromiso de interdisciplinariedad o pluralismo metodológico. Damico y Tetnowski

(2001) han resaltado los beneficios de la aplicación del “pluralismo metodológico” en la comprensión de la tartamudez.

Los instrumentos evalúan los aspectos nucleares de la vida cotidiana de la comunidad tartamuda; aspectos como el sufrimiento derivado del hecho de tartamudear y del estigma asociado, el estereotipo –sintetizado en el término “tartaja”-, el conflicto con la comunidad fluida, las consecuencias de participar en los foros y en los grupos de autoayuda, la aceptación de la tartamudez y “la salida del armario”. En general, nuestros resultados coinciden con los obtenidos por otros investigadores de la tartamudez (Sheehan, 2003) y confirman teorías de envergadura, muy conocidas y consensuadas, como la de Goffman (1970), desarrollamos en el siguiente epígrafe.

Resultados y Discusión

Los procedimientos aplicados produjeron un corpus empírico de una gran dimensión por lo que, habida cuenta de las características de propias de los artículos científicos como éste, es necesario ceñirse a los resultados más reveladores, significativos y representativos de la comunidad tartamuda, si bien esta exposición se articula mediante conceptos específicos y teorías de las ciencias sociales, por lo que presentamos una descripción de la vida cotidiana de la comunidad tartamuda cargada de sentido y significado, porque aunamos *empiria* y *teoria*. En suma: una narrativa.

Sufrimiento. Respecto al sufrimiento cotidiano de las personas que tartamudean, el corpus empírico obtenido permite afirmar que la identidad personal de los tartamudos está *transida* de sufrimiento, y está dominada por sentimientos como vergüenza, culpa y miedo, y pensamientos que de alguna manera impiden el crecimiento personal, social y laboral.

Nuestra *empiria* confirma las conclusiones de otras investigaciones y en concreto, el de Corcoran y Stewart (1998), quienes señalan que “el sufrimiento fue el primer tema que emergió en el análisis de las transcripciones” (p. 247) o como la de Sheehan (2003), quien afirma que: “tu tartamudez es como un iceberg. La parte de la superficie es lo que la gente ve y oye, pero realmente es la parte más pequeña. Con mucho, la parte más grande es la parte sumergida –la vergüenza, el miedo y la culpa, y todos esos otros sentimientos que nos entran cuando intentamos decir una sencilla frase” (p. 1).

Estos sentimientos y los pensamientos se derivan de la construcción social de la tartamudez: la sociedad construye este mal de habla como un atributo desacreditador, esto es, como un estigma. La comunidad tartamuda interioriza el estigma, padeciéndolo en forma de sentimientos y pensamientos que en otro lugar denominamos *de la herida de la diferencia* (Loriente, 2006, pp. 354-464).

Estigma. Goffman en su mítico trabajo (1970) concibe a la comunidad tartamuda como un ejemplo de colectivo estigmatizado, concepción que también ha sido desarrollada por autores como Freidson (1978), Benecken (1995). Igualmente, Blood, Blood, Gabel, & Tellis (2003) informan de una gran cantidad de trabajos en los que se describen las actitudes negativas de los oyentes a la tartamudez, que ocasionan el estigma social.

Investigadores de la tartamudez de la talla de Van Riper (1982) han descrito y analizado en términos identitarios el proceso de interiorización de la respuesta social de descrédito que la tartamudez provoca “construimos nuestra identidad interiorizando las reacciones y evaluaciones de las personas que juegan un papel importante en nuestras vidas –padres, hermanos, compañeros, amigos, jefes y compañeros de trabajo-. Lo que creemos que vemos en los ojos de los demás determina lo que somos. Vivimos en una telaraña de relaciones humanas y ahí tenemos que buscar nuestra identidad” (citado por Rodríguez Carrillo 2005:44-45).

Por lo tanto, la identidad personal de la comunidad tartamuda está *transida* de sufrimiento, a consecuencia de la interiorización del estigma, porque la identidad personal se nutre de la social (Hogg, Oakes, Reicher, Turner, y Wetherell, 1990; Ovejero, 1998).

Conflictos intergrupales. El corpus empírico obtenido en nuestra investigación de campo indica que la comunidad tartamuda rechaza abiertamente la concepción social de la tartamudez, que se materializa en el estereotipo, y cuyo contenido está compuesto por una constelación de atributos desacreditadores como acomplejado, con autoconcepto bajo, inseguro, introvertido, nervioso, tenso, tímido, e inmaduro. Castejón, González y Núñez (2005), que han estudiado el estereotipo de los maestros sobre los alumnos tartamudos, definen este concepto como “el conocimiento compartido por los miembros de una cultura predominante que se activa ante un determinado grupo diferencial o minoría” (p. 497). Los estudios del contenido del estereotipo de las personas tartamudas

“ofrecen una percepción negativa de las mismas. Éstas son vistas por la población general como personas nerviosas, introvertidas, inseguras, tensas, tímidas...; un conjunto de rasgos negativos que se ha mostrado de manera consistente en distintos colectivos (...)” (p. 496). El estereotipo de la comunidad tartamuda estigmatiza a este colectivo.⁴

La comunidad tartamuda padece las consecuencias de los atributos desacreditadores, especialmente en escenarios sociales como la escuela o el trabajo, en los que el estereotipo es más intenso. Presentamos este testimonio paradigmático, que resume las vivencias escolares de la comunidad tartamuda:

Entrevistador: ¿Te importa contar alguna experiencia.?

Whiskey: Pues eso de estar en el pasillo hablando con un grupo de mi pueblo y que salga uno de una clase y a voces diga “ése no tiene que estar aquí, que se vaya con los mongolitos, porque no sabe hablar”.

Entrevistador: ¿Y eso te lo decía un compañero?

Whiskey: No, un amigo de uno de mi clase. Y encima nunca me había oído hablar.

Entrevistador: ¿Y te decía...?

Whiskey: “Ese mongolito, que se vaya a un colegio especial, que no tiene que estar aquí”. A voces en mitad del pasillo. Y lo oía la gente del pasillo.

Los tartamudos son víctimas del contenido del estereotipo, que se condensa en el término *tartaja*, muy utilizado por la comunidad fluida:

Así que yo propongo una cosa, ya sabemos que aquí tenemos todos muchos cojones, así que: ¿por qué no lo demostramos confesando abiertamente lo que nos atemoriza? Empiezo yo. Me asusta por ejemplo que los demás descubran que no *paso* de mi tartamudez tanto como aparento. Y que entonces puedan

⁴ Los atributos del estereotipo de la comunidad tartamuda -como acomplejado, excitable, introvertido, nervioso, tenso, tímido, con autoconcepto bajo o similares, etcétera- son profundamente desacreditadores, por lo que constituyen un *estigma*, concepto que Goffman (1970) define como <<atributo profundamente desacreditador>>. Para no cansar al lector, omitimos las expresiones <<estereotipo que estigmatiza>> o <<estereotipo estigmatizante>>; y escribimos simplemente <<estereotipo>>, siempre refiriéndonos al estereotipo de la comunidad tartamuda.

herirme con facilidad. Una manera fácil de hacerlo es decirme despectivamente “tartaja”. Es lo peor que nadie pueda llamarme.

El estereotipo –sintetizado en el término “tartaja”- revela un intenso conflicto intergrupal, que se manifiesta abiertamente en las reuniones de los grupos de autoayuda y en los mensajes de los foros virtuales, como a continuación desarrollamos.

Por tanto, el conflicto intergrupal entre las comunidades fluida y tartamuda origina fuertes procesos de identidad social en los segundos, proporcionándoles “una identificación de sí mismos en términos sociales” (Tajfel y Turner, 1989). Procesos que promueven la afiliación grupal y que conduce a que decenas de tartamudos participen durante meses -e incluso años- en grupos virtuales y en grupos de autoayuda.

Grupos de autoayuda. Rappaport (1993) define estas afiliaciones grupales como *community joining acts*, que son actos de adhesión a comunidades o grupos que producen cambios significativos en la biografía del sujeto. La afiliación a un grupo social es un hito biográfico que sella la trayectoria vital y modifica la identidad personal del sujeto, especialmente en colectivos cuya identidad está estigmatizada. La identificación con los demás miembros es decisiva para la construcción de la propia identidad (Preves, 2003).

La construcción e interiorización de la identidad narrada del grupo *modifica* la trayectoria vital del participante (Rappaport, 1993), quien construye codo a codo con sus compañeros una biografía común que enfatiza los significados compartidos, como este testimonio manifiesta:

“El hecho de que seamos tartamudos, que pensemos como tartamudos y actuemos como tartamudos, no desechar el que compartamos creencias, actitudes y comportamientos de los no tartamudos. Pero en esencia somos tartamudos, pensamos como tartamudos, tenemos miedos por ser tartamudos, etc., etc.”.

En suma, la afiliación e identificación con el grupo modifica la trayectoria vital, proceso que corre paralelo a la “aceptación parcial de la identidad tartamuda”, que a continuación desarrollamos.

Aceptación parcial de la tartamudez. Los procesos de identidad social que suceden en estos escenarios provocan una cohesión grupal que facilita la aceptación parcial de la identidad común, máxime en los momentos iniciales o fundacionales, en los que los procesos son más intensos (Ayestarán, 1998). Los datos obtenidos indican que los miembros de los grupos de autoayuda atribuyen la aceptación parcial de la tartamudez a la participación regular en el mismo. De hecho, una de las preguntas de la encuesta dice “Desde que asistes al grupo, ¿has conseguido aceptar mejor tu tartamudez?” (Ver Tabla 1); obteniendo las siguientes respuestas:

Tabla 1. Respuestas de los participantes

| RESPUESTA | PORCENTAJE |
|---|------------|
| Poco, pero algo he mejorado y me acepto un poco más | 46,6 |
| Mi tartamudez ya no me da tanta vergüenza. Mejor aceptación. | 26,6 |
| He conseguido aceptarme bastante, incluso mucho; ya no me importa reconocer mi tartamudez | 13,3 |
| La asistencia al grupo no me ha ayudado para esto | 13,3 |

En suma, el 86,6% de las respuestas afirman que la participación en el grupo contribuye a aceptar la tartamudez entre “poco” y “bastante”.

Los datos etnográficos obtenidos en las entrevistas y en la observación participante revelan la imposibilidad –o extrema dificultad- de aceptar plenamente la tartamudez: salvo excepciones, ningún tartamudo acepta la tartamudez como le gustaría, es decir, plenamente. En este sentido, los resultados indican que los tartamudos que participan en los grupos van aceptando o aceptan parcialmente la tartamudez.

La aceptación plena de la tartamudez es una utopía clínica, porque una condición clínicamente concebida como un déficit biopsicológico y socialmente construida como un estigma, es sencillamente inaceptable. Por tanto, discrepanos de las orientaciones terapéuticas que propone la Terapia de la Aceptación y Compromiso (*ACT*) de Hayes (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), que consiste en aceptar plenamente los síntomas

patológicos. Igualmente nos distanciamos de la propuesta de García Higuera (2003), quien propone la ACT para la tartamudez. Consideramos que estas prescripciones son sencillamente utópicas e imposibles de acatar, aparte de suscitar sentimientos de culpabilidad, frustración e impotencia a quienes no las satisfacen. La aceptación de la tartamudez siempre es *parcial* porque es un estigma visible y audible, demasiado evidente en la interacción social. En este sentido estos mensajes son muy reveladores:

“No, no. Eso no es aceptar. Por supuesto que no es aceptarla. Yo ansío aceptarla. Y creo que sería bueno que la aceptara. Y, lo que comentábamos antes, que me espanta cada vez menos, y yo creo que también la niego cada vez menos, pero sigo negándola”.

“Vamos a ver, yo creo que yo, a la hora de enfrentarme a mi tartamudez, quiero creer que mi tartamudez tiene menos importancia de lo que realmente tiene. Quiero decir, yo voy de fuerte y de chulo, y de que no me importa, y de que lo acepto y tal, cuando en realidad no. (...) Entonces, yo creo que mi actitud frente a la tartamudez, básicamente, es de negación, de negación del problema. Y de ahí mi ansia por la aceptación. Yo, la actitud que tengo frente a mi tartamudez, o que he tenido toda mi vida y que aún mantengo, esencialmente es de negación”.

“Se discute muchas veces sobre este tema. Aceptar la tartamudez sería para algunas personas, aceptarse como tartamudo, superar por completo el temor a tartamudear, no sufrir por ello. Esto creo que es imposible”.

“Entonces, yo no puedo aceptar una cosa que me está haciendo sufrir. No puede ser”.

En suma, el ingreso y la participación regular en el grupo de autoayuda facilitan la aceptación parcial de la identidad tartamuda.

A consecuencia de la modificación en la trayectoria vital y de la aceptación parcial de la identidad tartamuda, el ingreso y la participación regular en los grupos reduce el sufrimiento de los participantes y facilita La salida del armario, como a continuación desarrollamos.

1-. Reducción del sufrimiento. Ser portador de una identidad estigmatizada genera un sufrimiento pocas veces sospechado por quienes no padecen el estigma. Normalmente la comunidad fluida desconoce el dolor de los tartamudos, que alcanza límites desgarradores, como este testimonio demuestra:

“No se gana nada ignorando que esto de la tartamudez no tiene comparación fácil. Sé que no es lo más duro de la vida. Pero les diré una cosa a los “normofluidos”. Les puedo asegurar que preferiría divorciarme, romperme los huesos de las piernas, que me salga una verruga en la nariz, un hijo tonto, que se me jodiera el coche, que mi jefe me insultara todos los días, antes que tartamudear de la manera tan severa como lo hacía antes. Lo cambiaba encantado. Sin pensar. En comparación, los problemas de la vida que preocupan a los normales, sus complejos parecen cosa de risa”.

Teóricos como Amaya (2003), Canals (2002), García Sáiz y Gil (1994), Gracia (1996; 1997), Hirsch (1981) y Vaux (1988) enfatizan los beneficios que la participación en grupos de autoayuda origina a sus miembros. De los datos obtenidos en la encuesta concluimos que los participantes refieren una reducción drástica en la intensidad de los pensamientos y sentimientos de sufrimiento, como la vergüenza, la culpa y el miedo; y un incremento de emociones y pensamientos agradables. En la encuesta mencionada preguntamos: “Valora numéricamente (de 0 a 10) qué te ha reportado acudir al grupo”, obteniendo las siguientes respuestas:

- 1-. Me permite tartamudear tranquilo (de 0 a 10): 8,1
- 2-. Simplemente me divierto, me lo paso bien (de 0 a 10): 7,8
- 3-. Me ha ayudado simplemente a ser más yo mismo (de 0 a 10): 7
- 4-. He adquirido seguridad en mí mismo (de 0 a 10): 6,4
- 5-. He adquirido confianza en mí mismo (de 0 a 10): 6,4
- 6-. Me ha ayudado a salir del armario (de 0 a 10): 5,7

A continuación, presentamos unos testimonios que revelan la disminución de sentimientos desagradables. Respecto a la vergüenza:

“Desde que acudo al grupo de autoayuda, me ha disminuido un poco [la vergüenza], lo llevo mejor, no puedo decir que ya no siento vergüenza pero me ha desaparecido mucho”.

“El grupo de Ayuda Mutua es un lugar para ser uno mismo sin vergüenza, sin temores, incluso llegando al punto de estar orgulloso de ser lo que se es y sentir que el estigma de la tartamudez te trae al fin algo positivo”.

“En general, desde que asisto al grupo de autoayuda, no me da vergüenza”.

Respecto a la culpa:

“Es que antes [de venir al grupo], yo recuerdo en mi primer trabajo de sentirme muy culpable, de coger el teléfono, tartamudear e irme al baño. No sé por qué. Sí, ahora no, ahora tartamudeo y no...; sí me molesta lo de tartamudear, cuando estás nervioso,..., es fácil asumir lo de culpable. Antes te he dicho que no me lo he planteado (lo de sentirme culpable) y quizás ahora me doy cuenta que sí, que me sentía culpable”.

“Sí, me he sentido reconocida [en el grupo]. Creo que esto se debe a que en el grupo de autoayuda te muestras tal y como eres, dejando el complejo y la culpabilidad de ser tartamudo a un lado. La descarga emocional y el alivio que supone esta situación, sobre todo al principio de la asistencia a las reuniones facilita la comunicación entre tartamudos”.

“Puede ser otras cosas más. Habrá más cosas, ¿no?, aparte de eso [no sentirse culpable]. Yo ahora no me siento culpable cuando tartamudeo, por así decirlo culpable, y, en cambio, me sigue preocupando el tartamudear. No sentirse culpable puede ser una cosa más pero no la única”.

Y, por último, respecto al miedo:

“Creo que la escondemos ante los demás, pero para nosotros no la escondemos, sabemos que está ahí. Lo que pasa que la encaramos con miedo, no como un desafío. Nos sirve el grupo para darnos cuenta que no hay por qué tenerle tanto miedo”.

“Es que es más, no es porque aquí haya amigos magníficos, es porque han sabido tratarme a mi misma en los grupos de autoayuda. En cambio fuera es como siempre miedo, siempre esa coraza”.

“Pues yo le he sacado muchísimo jugo [al ingreso en el grupo y en la fundación], o sea, desde luego lo que sí he sacado es poder enfrentarme a situaciones, las cuales antes ni se me hubiera ocurrido. Por ejemplo, yo antes tenía una fobia al teléfono impresionante”.

2-. *La salida del armario.* Como consecuencia de la modificación de la trayectoria vital y de la aceptación parcial de la identidad tartamuda, y paralelamente a la reducción del sufrimiento que experimentan en la interacción social, algunos participantes inician un proceso que dura toda la vida y que denominan *La salida del armario*.

Goffman (1970) expone que la característica principal de las comunidades estigmatizadas es el encubrimiento del estigma. El *armario* simboliza la mentira, el silencio y el misterio. Las personas estigmatizadas cuya vida transcurre dentro del armario se empeñan en encubrir su atributo desacreditador -a pesar de ser visible y audible-, porque temen las consecuencias sociales que origina.

Y para ello mienten, se callan con frecuencia y mantienen costumbres extrañas; opta por una vida sospechosa y renuncian a sus valores, deseos y sueños vitales. Su interacción social está presidido por el deseo de encubrir el estigma y la mentira es una estrategia muy efectiva a corto plazo.

Un tartamudo muy leve, que participaba con regularidad en los grupos de autoayuda, describió el miedo que padeció en la cola del cine, cuando esperaba turno para comprar dos entradas de la película “Troya”; miedo que devino insopportable y que finalmente le arrastró a la mentira. A medida que se acercaba a la ventanilla, intentaba convencer a su novia para ver una película distinta y de mayor calidad cinematográfica -

porque decir “Troya” le costaba lo indecible. Sin embargo su novia estaba empeñada en ver “Troya” e insistió cordialmente hasta que él accedió de mala gana. Finalmente y a un turno de la ventanilla, nuestro protagonista desertó, adujo urgencias insustituibles y corrió al servicio del bar más próximo como si no pudiera esperar más, obligando a su novia a tomar las riendas del asunto –y comprar las entradas. Las mentiras son estrategias de evitación bastante eficaces, pero su *abuso* acaba despertando sospechas a los interlocutores.

El silencio es otro pilar del *armario* y está estrechamente vinculado a la mentira. Los tartamudos prefieren no hablar o dar explicaciones monosilábicas, antes de evidenciar públicamente su estigma, materializado en repeticiones, bloqueos y otras manifestaciones de la tartamudez -que Le Huche (2000) denomina *problemas asociados*-, como el enrojecimiento súbito o la mirada perdida. El protagonista del siguiente testimonio narra una acción muy común en la comunidad tartamuda para evitar hablar: *hacerse el tonto*.

Entrevistador: ¿Tienes alguna experiencia más de haberlo pasado mal en la escuela?

Whiskey: Una que me acuerde fue aquel examen oral que te dije. Me lo sabía de maravilla, pero del miedo que tenía al examen ese día me tuve que ir de pellas. No fui a la escuela porque no era capaz de hacer el examen, era imposible.

Entrevistador: ¿Y por qué crees que a los tartamudos se nos da fama de tontos?

Whiskey: Por eso mismo, porque muchas veces nos callamos las cosas. Aunque te pregunten una cosa y la sepamos, nos callamos para no tartamudear y que se ría la gente. Y cuando estás viendo que la gente se ríe de ti, yo en mi caso, cogía y me callaba, no vaya a ser que tartamudeara más y les diese coba a que se riesen más.

El silencio es costumbre en quienes habitan en el armario (Kosofsky 1998). Pero hay situaciones sociales en las que esta estrategia es inútil e incluso contraproducente. Por ejemplo, si a un tartamudo le preguntan el nombre en clase o en el trabajo, no puede responder que lo ignora. La estrategia del silencio es un laberinto sin salida porque las interacciones sociales exigen *tarde o temprano* decir el nombre - que por cierto, es una de las peores pesadillas de la comunidad tartamuda.

A continuación presentamos el testimonio de *Tierra*, uno de los más desgarradoras del trabajo de campo, que al ser preguntada acerca de alguna experiencia especialmente íntima, responde:

“Pues fue hace dos años, más o menos, fui a buscar a mi novio al aeropuerto y me encontré con los padres de mis amigos, que se fueron con él de viaje. Yo no los conocía, o sea, los conocía de habernos visto un día solo y sabía que ellos me conocían pero que no sabían mi nombre ni nada. El caso es que hablando con ellos va y me dijo la madre de uno de los amigos: ¿Cómo te llamas?. Y a mí no me ha supuesto mucho problema el tener que decir mi nombre, de nunca, pero en esa época, yo no sé por qué, cambió ese aspecto. Empecé a tartamudear mucho cada vez que tenía que decir mi nombre. El caso es que me quedé bloqueadísima y solamente pude decir “Ti”, y empezaron a decirme nombres: Tina, Tita, creo que me llegaron a decir de todo, hasta que yo pude decir mi nombre, pero pasó muchísimo tiempo hasta que pude decir mi nombre. Y lo tuve que decir delante de todos los padres de todos los amigos y, en esos momentos... En esos momentos sí que me sentí mal, pero como luego pude hablar, luego pude comentarles cosas y hablar normal con ellos, dije, pues, no pasa nada”.

Y por último, las costumbres clandestinas o misteriosas. Costumbres como por ejemplo no llamar por teléfono –porque el teléfono es la bestia negra de los tartamudos-, comprar siempre en grandes superficies –para evitar hablar con los tenderos o dependientas-, evitar el encuentro cara a cara en ascensores –porque el encubrimiento es imposible-, lo que supone subir todos los días decenas de escaleras ante la mirada atónita de los vecinos; evitar comer en casa de los suegros -porque es un callejón sin salida-; no asistir nunca a las reuniones de padres para que los otros padres no descubran la desgracia familiar; etcétera. El objetivo principal de las costumbres misteriosas es encubrir el estigma.

Normalmente los tartamudos que habitan el *armario* emplean estas estrategias aislada o conjuntamente, llegando a situaciones insospechadas, como las que relata Van Riper (1982):

Tenían los teléfonos cambiados de sus casas, habían vendido propiedades y cambiado direcciones; e incluso uno cambió legalmente su nombre. Muchos tartamudos simularon estupidez en el colegio para evitar recitar; otros simularon sordera para escribir lo que tenían que decir. Unos pocos tartamudos simplemente pararon de hablar cuando sentían venir una palabra temida, dejando la frase sin acabar, invitando a la penalización social de los demás” (pp. 131-132).

Matizamos que “la salida del armario” es un ideal regulador de la conducta porque la vida “fuera” del armario es prácticamente imposible para los sujetos estigmatizados, sea cual fuere el estigma. Eribon (2001) subraya que: “Sin duda no hay ningún gay, por abierto que sea, que un día u otro no haya transigido con la cuestión del “armario”; por eso la “salida del armario” no es un gesto único y unívoco: es a la vez un punto de partida y una especie de ideal regulador que orienta las conductas pero que nunca puede alcanzarse. La estructura del “armario” es de tal naturaleza que nunca se está simplemente dentro o fuera, sino siempre dentro y fuera al mismo tiempo, más o menos fuera o más o menos dentro, según los casos y las evoluciones personales (p. 160).

“Salir del armario” significa abandonar los misterios del silencio y las oscuridades de la mentira, abrirse al mundo y participar en el banquete de la comunicación. En suma, la “salida del armario” humaniza.

Concluimos que la “salida del armario” es un proceso progresivo de revelación de la verdad (Pelan, 1993) y actúa como un ideal regulador de la conducta.

Conclusiones

Seis son las conclusiones de este trabajo.

Primera. Según lo expuesto en el epígrafe anterior, la causa que impide aceptar plenamente la tartamudez a la comunidad tartamuda es la misma que explica la imposibilidad de vivir permanentemente “fuera del armario”, a saber: la omnipresencia y omnipotencia del estereotipo. En última instancia, la sociedad es fuerte y el individuo débil, lo que obliga a este último a replegarse en la intimidad del “armario”. Por tanto, la primera conclusión indica que el estereotipo impide al tartamudo aceptar plenamente su condición tartamuda e identidad social.

Segunda. Dos características subyacen a todos los atributos del estereotipo que estigmatiza a la población tartamuda -acomplejado, ansioso, inseguro, excitable, introvertido, nervioso, tenso, tímido, con autoconcepto bajo o similares, etcétera-; primera: que son profundamente desacreditadores -como ya se ha demostrado en el presente trabajo-, y segunda: que han sido originados por la *praxis* biomédica -como se desarrolló en Loriente (2007).

En dicho trabajo, se afirma que “consideramos que estas cuatro concepciones (logopedia, psicoanálisis, personalidad e investigación científica) son de una gran relevancia etnográfica porque originan las creencias que fluidos y tartamudos sostienen respecto a la tartamudez, y que constituyen el contenido del estereotipo medicalizado que estigmatiza al tartamudo. El hecho de concebir al tartamudo como una persona nerviosa, insegura o que tiene miedo a hablar, es consecuencia de las teorías que consideran la tartamudez como una afección de origen nervioso; suponer o sospechar que un tartamudo es una persona traumatizada (o con algún tipo de trauma de origen infantil) es fruto de las teorías de corte psicoanalítico o psicodinámico; asociar el patrón de habla tartamudo y la personalidad es el resultado de las investigaciones de la psicología psicométrica; y por último, quienes consideran que el tartamudo presenta irregularidades neurológicas con consecuencias en la coordinación de sistemas, movimientos y similares, se basan en las investigaciones científicas que arrancan en 1929 en la Universidad de Iowa” (p. 76).

Por tanto, la *praxis* biomédica ha producido un estereotipo medicalizado, que estigmatiza a quienes son portadores de este supuesto déficit biopsicológico. Illich (1975) denomina *yatrogénesis* a las consecuencias secundarias de la *praxis* médica.

Tercera. Consideramos que las ciencias biomédicas -que han medicalizado la tartamudez porque la conciben como un desorden, alteración, disfunción o enfermedad- no son capaces de comprender la naturaleza de la misma y no aportan soluciones clínicas eficaces; y sin embargo su *praxis* ha originado un estereotipo que humilla como pocos.

En la Introducción concluimos que la medicalización de la tartamudez no aporta beneficios –que sepamos- y origina grandes perjuicios, entre los que destacamos el estereotipo, que deteriora la identidad social y que siembra la realidad subjetiva de sufrimiento.

Cuarta. A consecuencia de la última conclusión, proponemos la desmedicalización de la tartamudez, como no podía ser de otra manera. Conrad y

Schneider (1992) enumeran dos requisitos para la desmedicalización de los fenómenos: “La desmedicalización no aparece hasta que el problema deja de definirse en términos médicos y no se conciben los tratamientos clínicos como directamente relevantes para la solución del problema” (p. 36).

En este trabajo y en otras dos investigaciones anteriores (Loriente, 2006; 2007) abordamos el fenómeno de la tartamudez con conceptos desmedicalizados, procedentes de las ciencias sociales como conflicto intergrupal, estereotipo, estigma, identidad personal y social, “salida del armario”, etcétera. Igualmente, aportamos trabajos y evidencias que (de)muestran que las terapias clínicas en ningún caso modifican sustancialmente el patrón de habla tartamudo; por lo que creemos satisfacer las dos exigencias formuladas por Conrad y Schneider (1992).

Quinta. Como consecuencia de lo anterior, no concebimos la tartamudez como una alteración, desorden, disfunción o similares, sino que la entendemos como una manifestación de la diversidad humana –siempre exenta de patología-, como este clarificador mensaje indica:

“Soy nerviosa, lo admito, pero ha llegado un punto en el que no aguento que asocien mi tartamudeo a mi carácter. No es que sea nerviosa, ni soy tan lista que pienso más rápido que hablo; no soy impaciente ni estoy permanentemente en situaciones de estrés, ni cansada ni en exámenes; no soy inquieta, ni ansiosa... Soy tartamuda, simple y llanamente”.

En el trabajo de Loriente (2007) se acuña un constructo denominado transfluidez, que designa las emisiones tartamudas exentas de patogenia y estigma, consecuencia de la desmedicalización de la tartamudez. La transfluidez despatologiza cuerpos e identidades. En suma, el concepto de transfluidez se opone al de tartamudez, porque el segundo comporta patogenia y el primero, no. El patrón de habla transfluido es una emisión lingüística básicamente sana.

Sexta. Concluimos que la estrategia más adecuada para transformar las condiciones sociales (*lo socio*) que afectan a los tartamudos (*lo biopsico*) es una salida del armario individual y colectiva. Esta estrategia ha resultado útil para dignificar otros estigmas -como la homosexualidad-, y reducir el sufrimiento de los estigmatizados. Actualmente la emplean tartamudos americanos pertenecientes a grupos sexuales

minoritarios (gays, lesbianas y transgeneristas).

Algunos tartamudos, que han renunciado a la clínica por costosa, inoperante y “sospechosa”, ya han iniciado este nuevo camino, cuyo principal propósito es la dignificación de la tartamudez –o en nuestras palabras, la desestigmatización-, como este clarificador mensaje indica:

“Hay que salir del armario y dignificar la tartamudez (esto se dice más fácil de lo que se hace). La fluidez no es lo más importante (frase rompedora donde las haya) (...) A medida que voy entendiendo de verdad estas nuevas ideas noto como mi vida va cambiando a mejor, sin mejorar mi fluidez, que conste.

Creemos que los terapeutas del lenguaje (foniatras, logopedas y psicopatólogos del lenguaje) juegan un papel fundamental en el proceso de desmedicalización de la tartamudez, porque pueden desarrollar los siguientes cometidos: proponer a los tartamudos la participación en grupos de autoayuda para aceptar progresivamente la tartamudez y “salir del armario”, combatir la falsedad del estereotipo, promover la integración y normalización social del colectivo y sensibilizar a la sociedad de la singularidad de este patrón de habla. En otras palabras, los terapeutas del lenguaje pueden realizar la indispensable labor de acompañamiento y de concienciación, frente a su labor actual -que es exclusivamente clínica.

Referencias

- Almendro, M. (2002). *Psicología del caos*. Vitoria: La Llave.
- Althaus, M., Goorhuis-Brouwer R. B., Minderaa, S. M., Oosterhoff, D., y Vink, M. D. (1995). Lack of Effect of Clonidine on Stuttering in Children. *American Psychiatric Association*, 152, 1087-1089.
- Amaya, L. (2003). *Grupos desagrupados*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- American Psychiatric Association (APA), (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders DSM-IV-TR (Text Revision)*. Washington: APA.
- Ayestarán, S. (1998). La psicología de los grupos. En D. Páez y S. Ayestarán (Eds.), *Los desarrollos de la Psicología Social en España* (pp. 87-97). Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Bayle, M., y Lebrun, Y. (1973). Surgery in the treatment of stuttering. En R. Hoops &

- Y. Lebrun (Eds.) *Neurolinguistic approaches to stuttering: proceedings of the International Symposium on Stuttering* (pp. 82-89). The Hague: Mouton y Co. Publishers.
- Beltrán, M. (2000). Cinco vías de acceso a la realidad social. En F. Alvira., F. García., y J. Ibáñez (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 15-55). Madrid: Alianza.
- Benecken, J. (1995). On the nature and psychological relevance of a stigma: The <>Stutterer<> or: What Happens, when <>Grace Fails<>? En Peters M.C. & Starkweather W. (Eds.), *Stuttering: Proceedings of the First World Congress on Fluency Disorders* (pp. 548-550). Munich: The International Fluency Association.
- Blood, G. W., Blood, I. M., Gabel, R. M., y Tellis G. M. (2003). A preliminary study of self-esteem, stigma, and disclosure in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 143-159.
- Brojeni P., Franklin D., Maguire, G., Maguire, M., Nguyen, Ch., y Riley, G. (2004). Olanzapine in the treatment of Developmental stuttering: a double blind, placebo-controlled trial. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16, 2, 63-67.
- Canals, J. (2002). *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado de Bienestar*. Tesis doctoral. Tarragona: Inédita.
- Castejón, L., González, J. A., y Núñez, J. A. (2005). Contenido del estereotipo de los maestros sobre los alumnos tartamudos. *Psicothema*, 17, 496-501.
- Cream A., O'Brian, S., Onslow, M., y Packman A. (2003). The Camperdown program: Outcomes of a new prolonged-speech treatment model. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 933-947.
- Conrad, P., y Schneider, J. S. (1992). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University.
- Corcoran, J. A. y Stewart, M. (1998). Stories of stuttering: A qualitative analysis of interview narratives. *Journal of Fluency Disorders*, 23, 247-264.
- Culatta, R., y Goldberg, S. A. (1995). *Stuttering therapy: an integrated approach to theory and practice*. Needham Heights, Massachussets: Allyn & Bacon.
- Damico, J. S., y Tetnowski, J. A. (2001). A demonstration of the advantages of qualitative methodologies in stuttering research. *Journal of Fluency Disorders*, 26, 17-42.

- Eribon D. (2001). *Reflexiones sobre la cuestión gay*. Barcelona: Anagrama.
- Fiedler, P. A., y Standop, R. (1984). *La tartamudez*. Barcelona: Herder.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Edicions 62.
- García, J. A. (2003). *Terapia psicológica en el tartamudeo. De Van Riper a la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Barcelona: Ariel.
- García, M. y Gil, F. (1994). Características y procesos psicosociales de los grupos de autoayuda. *Boletín de Ayuda Mutua y Salud*, 1, 15-22.
- Geertz C. (1989). *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós.
- Geertz C. (1994). *Conocimiento local: ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós.
- Geertz C. (2001). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Geertz C. (2002). *Reflexiones antropológicas sobre temas filosóficos*. Barcelona: Paidós.
- Gleick, J. (1994). *Caos*. Barcelona: Seix Barral.
- Goffman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gracia E. (1996). Los grupos de autoayuda en el contexto de las estrategias de intervención social. *Revista de Intervención Psicosocial*, 15, 7-21.
- Gracia E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Harris V., Harrison E., Menzies R., Onslow M., y Packman A. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 203-214.
- Hayes, S. C. Strosahl, K. D., y Wilson, K. D. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experimental Approach to Behavior Change*. New York: Guilford.
- Hirsch, B. J. (1981). Social networks and the coping process: Creating personal communities. En B. H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 149-170). Beverly Hills, California: Sage.
- Hogg, M.A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., Turner, J. C., y Wetherell, M.S. (1990). *Redescubrir el grupo social. Una teoría de la Categorización del Yo*. Madrid: Morata.
- Huinck W. J., Kully D., Langevin M., Lomheim H., Peters H. F., y Tellers M. (2006). A cross-cultural, long-term outcome evaluation of the ISTAR Comprehensive Stuttering Program across Dutch and Canadian adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 31, 229-256.
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Seix Barral.

- Junta de Andalucía (2007). Resultados de los tratamientos para la tartamudez. Informe 5/2007. Disponible en <http://www.psicoevidencias.es/docman/Descargar-documento/20-Tartamudez.html>. Último acceso 20 Junio 2013.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley, California: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988a). *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.
- Kleinman, A. (1988b). *The Illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Kosofsky, S. (1998). *Epistemología del armario*. Barcelona: La Tempestad.
- Le Huche, F. (2000). *La tartamudez, opción curación*. Barcelona: Masson.
- Loriente C. (2006). *La tartamudez como fenómeno sociocultural: una alternativa al modelo biomédico*. Tesis doctoral. UNED. Madrid: Inédita.
- Loriente, C. (2007). *Antropología de la tartamudez. Etnografía y propuestas*. Barcelona: Bellaterra.
- Morin, E. (1995). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Munné, F. (1993). La teoría del caos y la psicología social: un nuevo enfoque epistemológico para el comportamiento social. En Fernández Jiménez I. & M. F. Martínez García (Eds.), *Epistemología y procesos psicosociales básicos* (pp. 37-48). Madrid: Eudema.
- Murray, F. P. (2001). *A stutterer's story*. Memphis, Tennessee: Stuttering Foundation of America.
- Ovejero A. (1998). *Las relaciones humanas. Psicología social teórica y aplicada*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pelan J. (1993). (Be) Coming Out: Lesbian identity and politics. *Sings, 18*, 765-791.
- Perelló, J. (1990). *Trastornos del habla*. Barcelona: Masson.
- Preves, S. E. (2003). *Intersex and identity: the contested self*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Rappaport, J. (1993). Narrative studies, personal stories and identity transformation in the context of mutual help. *The Journal of Applied Behavioral Science, 29*, 237-254.
- Rodríguez, P. R. (2003). *La tartamudez desde la perspectiva de los tartamudos*. Tesis doctoral. Caracas, Venezuela: Universidad Central de Venezuela.

- Rodríguez, P. R. (2005). *Hablan los tartamudos*. Caracas, Venezuela: Universidad Central de Venezuela.
- Rodríguez, A. (2003). *La tartamudez: naturaleza y tratamiento*. Barcelona: Herder.
- Salgado, A. (2005). *Manual práctico de tartamudez*. Madrid: Síntesis.
- Santacreu, J. (1991). *Tratamiento conductual de la tartamudez*. Valencia: Promolibro.
- Sheehan, J. G. (2003). Message to a Stutterer. En L. Emerick y cols. (Eds.), *Advice to those who stutter* (pp. 31-35). Memphis, Tennessee: Stuttering Foundation of America.
- Tajfel H. (1984) *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.
- Tajfel, H. y Turner, J. C. (1989). La teoría de la identidad social de la conducta intergrupal. En J. F. Morales y C. Huici (Eds.), *Lecturas de psicología social* (pp. 225-259). Madrid: UNED.
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research, and intervention*. New York: Praeger.
- Wertsch, J. V. (1993). *Voces de la mente. Un enfoque sociocultural para el estudio de la Acción Mediada*. Madrid: Visor.
- Windelband W. (1894). Rektoratsrede, Geschichte und Naturwissenschaft. En Windelband, W. *Präludien. Aufsätze und Reden zur Philosophie und ihrer Geschichte*. Auflage, Tübinga. Disponible en: <http://www.lse.ac.uk/methodology/Home.aspx>