

# TARTAMUDEZ, TRAUMA Y BLOQUEO: INTRODUCCIÓN AL TRABAJO CON PARTES

## STUTTERING, TRAUMA AND BLOCKING: INTRODUCTION TO WORK WITH PARTS

**Francisco Gómez-Holgado**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5438-4941>

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica  
Hospital Universitario Doce de Octubre. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gómez-Holgado, F. (2021). Tartamudez, trauma y bloqueo: Introducción al trabajo con partes. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 95-111. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.440>

### Resumen

*En el presente texto se trata de establecer una hipótesis que categorice a la tartamudez, no sólo como un trastorno de la comunicación, si no, también, como un fenómeno biopsicosocial de naturaleza traumática. Superando, por tanto, una visión biomédica de la disfemia y trascendiendo a la entidad nosológica del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), se conceptualizará a la tartamudez como un conflicto entre partes y, en particular, el bloqueo, como un flashback o reexperimentación de la vivencia traumática como memoria somática e implícita. La neuropsicología de la tartamudez y la teoría de la disociación estructural (Van der Hart et al., 2008) servirán como herramientas para moldear esta hipótesis que atribuye a la disfemia un núcleo psicopatológico de naturaleza postraumática y disociativa. Por último, se sugerirán líneas de intervención desde una perspectiva integradora, para llevar a cabo un tratamiento psicoterapéutico que tenga como foco de trabajo el reconocimiento y la comunicación entre partes y el objetivo final de la integración, por encima de la fluidez verbal.*

Palabras clave: *tartamudez, trauma, disociación.*

### Abstract

*The present text tries to establish a hypothesis that categorizes stuttering, not only as a disorder of communication, but also, as a biopsychosocial phenomenon of a traumatic nature. Surpassing, therefore, a biomedical vision of dysphemia and transcending the nosological entity of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), will be conceptualized as a conflict between parties and, in particular, blocking, such as a flashback or reexperiencing of the traumatic experience as somatic and implicit memory. The neuropsychology of stuttering and the theory of structural dissociation (Van der Hart et al., 2008) will serve as tools to shape this hypothesis that attributes to dysphemia a psychopathological core of post-traumatic and dissociative nature. Finally, lines of intervention will be suggested from an integrative perspective, to carry out a psychotherapeutic treatment that focuses on the recognition and communication between parties and the ultimate goal of integration, above verbal fluency.*

Keywords: *stuttering, trauma, dissociation.*



## El Árbol y el Bosque

La tartamudez (también conocida como *disfemia*) es una compleja realidad que afecta a 800.000 españoles en nuestro país y que, a pesar de su enorme variabilidad, tanto en su presentación (tónica, clónica o tónica-clónica) como en su severidad (leve, moderada o grave), puede ser enormemente invalidante. De hecho, como señala Adolfo Sánchez, presidente de la Fundación Española de la Tartamudez, el 80% de las personas que padecen disfemia están en situación laboral de paro, sin olvidar la potencial carga de estigmatización y aislamiento social (Sancho, 2013). La interferencia vital de la tartamudez es, por tanto, polifacética, con consecuencias, psicológicas, sociales y fisiológicas (Rodríguez, 2003).

El objetivo del presente artículo es ir más allá de los límites del concepto de “tartamudez”, nutriéndolo con la mirada controvertida pero compleja del término “trauma”. No se pretende equiparar ambos conceptos, a través de una arcaica causalidad lineal, sino de sugerir una visión más holística y multifactorial de una realidad, la del tartamudeo y la de la persona que tartamudea, que ha estado relativamente marginada por la eficiencia psicoterapéutica (García Higuera, 2003; Junta de Andalucía, 2007).

Aunque el solapamiento neurolingüístico entre trauma y tartamudez es significativo (Bijleveld, 2014), pudiendo considerarse esta como, incluso, una variante del trastorno por estrés postraumático (Starkweather y Given, 2004), no existen los suficientes mecanismos explicativos para sustentar dicha correlación desde lo fenomenológico y lo clínico. En este escrito se apuesta por rescatar un apasionante fenómeno para hilvanar ambas realidades: la disociación, cuya relación con la tartamudez requiere de más estudio (Doruk et al., 2012). El tartamudeo reflejaría, de acuerdo con la hipótesis central de este texto, la fragmentación de una vivencia traumática, la coexistencia y conflicto entre diferentes partes o subpersonalidades y una inteligente y creativa estrategia de supervivencia peri y postraumática. La integración, como meta terapéutica última, unificaría al individuo como un todo, por encima de la fluidez verbal, y contemplando, en perspectiva, diferentes niveles de realidad de la persona en cuestión: intrapersonal, relacional, familiar, transgeneracional, sociocultural, etc. El bloqueo, como *árbol*, no puede empañar la visión holista de la persona, como *bosque*.

## La Paradoja del Guerrero

Apesar de la existencia de definiciones descriptivas y normativas de la tartamudez, como la propuesta por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, en su quinta versión (5ª ed., DSM-5; American Psychiatric Association, 2014), que cataloga a la disfemia como un “trastorno del neurodesarrollo” y de la comunicación, basado en una alteración de la fluidez y del patrón del habla, para el propósito de este escrito se recurrirá a dos definiciones alternativas de la misma, en contra de la “parálisis del paradigma” que siempre ha caracterizado al entendimiento de la disfemia (Harrison, 2011), para romper con la causalidad lineal propia

del modelo biomédico (Loriente, 2013) e instaurar una visión en perspectiva de la tartamudez, acorde con la “óptica de la complejidad” (Morin, 1995).

La primera de ellas, de corte histórico, es atribuible a Aristóteles, el cual entendió la tartamudez como un desajuste de velocidad entre el pensamiento y la producción lingüística (Aristóteles ca. 335 A.C./2016). Aunque la definición aristotélica del tartamudeo carece de un cuerpo teórico que la respalde y es de tinte reduccionista (se señalaba a la lengua como la responsable del trastorno) es interesante por el énfasis que pone en la disonancia entre dos supuestas partes de la persona. La velocidad, el “ritmo” de una parte, no puede ser seguido por otra parte. Un conflicto interno, por tanto, entre dos lados, explicaría el bloqueo. Otra referencia histórica en consonancia con esta visión *partidista* de la tartamudez procede del antiguo Egipto. Los egipcios disponían de un jeroglífico que representaba el tartamudeo a través de un hombre que tenía una mano en la boca y otra en la tierra (Curlee, 1993).

La segunda de ellas, de naturaleza psicológica, surge más de dos mil años después en el seno del *Mental Research Institute* (MRI), en Palo Alto, California. El grupo de Palo Alto puede considerarse como uno de los máximos exponentes de la terapia familiar sistémica y, más concretamente, como cuna de la terapia estratégica, basada en el empleo de intervenciones paradójicas para el tratamiento de problemas familiares e individuales (Watzlawick y Nardone, 1999). El MRI, alejado de nociones nosológicas, propone una “clasificación de problemas psicológicos” con cinco categorías (Fisch et al., 1984). De todas, la primera de ellas, conocida como “*el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente*”, da buena cuenta del fenómeno de la tartamudez.

En esta categoría de problema, que trata de explicar todo el espectro de los denominados “trastornos psicósomáticos”, la persona queda atrapada en la paradoja de “*¡Se espontáneo!*”, intentando aplicar control directo sobre funciones corporales, en un principio, autónomas y sujetas a fluctuaciones cotidianas, como, por ejemplo, el sueño, el funcionamiento gastrointestinal, la función sexual, etc. El tartamudeo, por consiguiente, se dibujaría como un acto de sobre esfuerzo a través del cual la persona trataría de ejercer una manipulación voluntaria sobre una función autosuficiente, como es la fluidez verbal. En este intento deliberado de agarrar lo inaprensible la persona que tartamudea invierte una enorme tensión muscular y un exceso de energía, con un resultado contradictorio.

La definición aristotélica, que entiende a la tartamudez como un desajuste de velocidad/producción y un hipotético conflicto entre partes, y la visión sistémica-estratégica de la misma, que la cataloga como una desnaturalización de la fluidez verbal, se corresponderían con las dos variables claves de la disfemia: El ritmo, no coordinado entre partes, y el esfuerzo, paradójico, destacarían como variables claves en la tartamudez (Starkweather, 1980, 1987).

### **Trauma: Un Terror Inenarrable**

Definir qué es “trauma” es, por naturaleza, todo un desafío. Sociológica y antropológicamente, versa sobre el horror y el potencial de malignidad del hombre y, por ende, de la civilización humana. Desde un punto de vista clínico y psicoterapéutico supone el último de los recovecos de la experiencia humana, invocando los peores fantasmas, fantasías mientras que, a la vez, permite la mayor de las esperanzas para la plenitud y la conexión en paciente y en profesionales. No parece casualidad, por tanto, que la raíz etimológica de la palabra sea, cuanto menos, compleja, al hacer alusión a distintas realidades:

- Fragmento
- Herida
- Agujero
- A través de

Bessel van der Kolk, probablemente una de las voces psiquiátricas más autorizadas en el estudio y el tratamiento del trauma, lo define como una experiencia insoportable e intolerable, que deja una “huella” (incluso, a nivel transgeneracional), colocando a la persona atascada en el pasado y que conlleva un gasto de energía como mecanismo de compensación (Van der Kolk, 2015).

Pau Pérez, psiquiatra español que ofrece una mirada transcultural del trauma, pone el acento en varios elementos indispensables para comprender la experiencia traumática como, por ejemplo, el carácter inenarrable, incontable e incomprensible para los demás y la quiebra en la confianza en los otros y en las creencias de invulnerabilidad, control y predictibilidad del mundo (Pérez, 2006).

El trauma, en su acepción más diagnóstica, se cristaliza en el llamado trastorno por estrés postraumático (TEPT), un constructo teórico que no representa toda la variabilidad de vivencias traumáticas (maltrato, abuso, catástrofe natural, trauma relacional, etc.) pero que, en cambio, resalta varios componentes sintomáticos interesantes para el objetivo de este artículo, como la presencia de reacciones disociativas, reacciones fisiológicas intensas, respuesta de sobresalto exagerada o toda una amplia gama de conductas de evitación (American Psychiatric Association, 2014).

Así pues, el trauma, ya sea en su concepción genérica o en su vertiente más descriptiva (TEPT), constituye una experiencia abrumadora, no articulable a nivel socioverbal, que aísla a la persona espaciotemporal tanto de su entorno relacional como de su presente vivencial. En este falso crisol, debido a la fragmentación, el no procesamiento de la experiencia y, por tanto, la falta de integración existe una realidad sintomática apasionante y aterradora a partes iguales y que brinda el primer nexo de conexión entre el trauma y la tartamudez: el flashback.

### **Flashback: Una Cara Desencajada**

El fracaso de los esquemas acerca del yo y del mundo, así como el carácter preverbal del trauma, contribuyen a una desgarradora experiencia de desconexión interpersonal, vivenciada, fenomenológicamente, desde la indefensión, la soledad

y el desamparo. No obstante, existe otro tipo de cautividad: la no presencia en el aquí y el ahora. Atascada en el pasado (al menos, en parte), la mente y el cerebro de la persona que padece TEPT puede *reexperimentar* fragmentos del acontecimiento traumático a través de diferentes modalidades experienciales: imágenes, olores, sabores, impulsos motrices, espasmos, etc. De esta manera, el individuo está constantemente preparado para defenderse en el presente de la atrocidad del pasado. Esto define la esencia del “flashback”.

Entendido como “síntoma intrusivo” y, en particular, como una “reacción disociativa” del TEPT (American Psychiatric Association, 2014), el flashback quizá sea el fenómeno de la vivencia postraumática mejor estudiado desde una perspectiva neurocientífica. Gracias a investigaciones basadas en el empleo de la tomografía por emisión de positrones (PET) y de la resonancia magnética funcional (RMf) se han observado asombrosos correlatos neurofisiológicos durante la presencia de un flashback, así como del trauma en general (Hull, 2002).

Esta metodología de trabajo ha podido demostrar que, por ejemplo, desde un punto de vista interhemisférico, el trauma provoca la hiperactivación del hemisferio derecho y la hipoactivación del hemisferio izquierdo. En relación a la hiperactivación del hemisferio derecho, cabe destacar el aumento de la actividad de la amígdala derecha, dentro del sistema límbico, responsable del intenso despliegue afectivo del TEPT: miedo y/o rabia, principalmente (Davis, 1997).

Por otro lado, el área de Broca, ubicada en el hemisferio izquierdo e imprescindible para la producción lingüística, queda, literalmente, apagada. Esta desconexión de la palabra dibuja al paciente traumatizado como “mudo” ante lo que le ha ocurrido. Esta incapacidad para traducir en palabras lo sentido, para dar coherencia a la vivido y para compartir la herida, coloca a la persona desamparada ante el terrible bucle del trauma, prisionero en “*el allí y el entonces*” y no presente en “*el aquí y el ahora*” (Van der Kolk, 2015).

Curiosamente, este patrón de discordancia interhemisférica y esta vivencia de “mudez” recuerda a la fenomenología de la disfemia. Aún con la presencia de cierta controversia, se acepta un patrón de dominancia del lenguaje por parte del hemisferio derecho en personas que tartamudean (Orton, 1927; Travis, 1931), existiendo, por tanto, una inadecuada lateralización del lenguaje: la persona con tartamudez, en teoría, *intenta hablar con el hemisferio* derecho (De la Fuente et al., 2016). Por otro lado, existen evidencias a favor de interpretar la tartamudez no como un fracaso en el control motor del lenguaje sino como un fenómeno prearticulatorio (Hernández y Álvarez, 2009), lo cual podría evocar al carácter preverbal del trauma.

He aquí el significativo paralelismo entre tartamudez y flashback: un hemisferio derecho sobreactivado y un hemisferio izquierdo hipoactivado (Ludlow y Loucks, 2003). Dentro de este hemisferio izquierdo “apagado”, se ha observado una correlación entre una baja activación del área de Broca y la disfemia (Webster, 1998; Wu et al., 1995). Asimismo, se ha apreciado una disminución en la actividad de la corteza frontal izquierda en casos de tartamudez (Wu et al., 1995) siendo

también evidente la hipoactividad de la corteza prefrontal en casos de TEPT (Van der Kolk, 2015).

Los problemas de lateralización interhemisférica que comparten trauma y tartamudez y, más específicamente, las alteraciones funcionales en el área de Broca o en la corteza prefrontal abren la puerta a la formulación de una hipótesis que vincule ambos fenómenos. En particular, se plantea la pregunta de si el bloqueo típico de la tartamudez no es si no, en realidad, un flashback típico del TEPT. Esta conjetura quiere apoyarse no sólo en los interesantes paralelismos neurofuncionales o en el cariz de “inenarrabilidad” y “mudez” de ambas experiencias sino, sobre todo, en la observación de la topografía conductual del acto de tartamudez.

Así pues, cuando a una persona que tartamudea se le pide que pronuncie una “palabra shock”, es decir, aquel tipo de palabra que activa el bloqueo, sugiriéndole que no evite la experiencia, exponiéndose al bloqueo hasta las últimas consecuencias, se pueden dar dos alternativas, en absoluto incompatibles:

- 1) Que la persona con disfemia en cuestión emita una serie de conductas motoras, de gran intensidad, caracterizadas por un contacto ocular fijo o la evitación masiva del mismo, incremento de la presión arterial, sudoración excesiva, tensión muscular elevada, temblores y espasmos y la exhibición de una facies desencajado.
- 2) Que dicho individuo abandone todo intento de “forzar” la pronunciación de la “palabra shock”, sumiéndose en un estado de bloqueo casi generalizado, con un correlato fenomenológico de indefensión, frustración y desesperanza. De la lucha desesperada se pasaría, por tanto, a la sumisión más profunda.

De acuerdo con el término de “ventana de tolerancia” (Odgen y Minton, 2000; Siegel, 1999; Van der Hart et al., 2008), la primera viñeta clínica se correspondería con un estado de hiperactivación, un *sentir demasiado*; mientras que la segunda viñeta representaría un estado de hipoactivación o de *sentir muy poco* (Boon et al., 2014). Complementariamente, y desde el marco de la teoría polivagal (Porges, 2001), en el primer escenario se hipotizaría una activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo (SNA), lo cual predispondría al sujeto a una acción de lucha/huida. Por el contrario, en el segundo escenario, se especularía con la activación de la rama parasimpática del SNA, en concreto, con su componente dorsal vagal, más asociada a la emisión de conductas de inmovilización y sumisión. En ambos casos, el sujeto está alejado de una “activación óptima” (rama parasimpática del SNA, componente vagal ventral), dentro de la cual se produce un funcionamiento óptimo del sistema de conexión social, la vivencia plena del presente y, en última instancia, la integración. En pocas palabras: el sujeto, en ambas escenas, estaría a merced de una potencial retraumatización, con una sensación de pérdida de control de su propio cuerpo significativa (Van Riper, 1973) que pudiera alcanzar el estatus de “*le petit morte*”: un instante de desconexión (Heite, 2001; Van Riper, 1982), que protegería a la persona de niveles intolerables de vergüenza, enfado o miedo



(Starkweather y Givens-Ackerman, 1997).

Pero ¿qué tipo de flashback representa el bloqueo de la tartamudez? No cabe duda que uno alejado del cliché ofrecido por la cultura pop (intrusión de imágenes beligerantes y sangrientas en excombatientes de guerra, por ejemplo), pudiendo catalogarse como una reexperimentación con una enorme carga somática. De hecho, el bloqueo podría considerarse un magnífico ejemplo de la distinción entre memoria declarativa y memoria procedimental (Baddeley, 1988; Cohen y Squire, 1980). Alejado del componente verbal y narrativo del contenido declarativo o explícito, el bloqueo supondría un tipo de memoria somática e implícita, con un importante rasgo de automaticidad y que entronca con sistemas de acción defensivos (Van der Hart et al., 2008) y tendencias de acción inacabadas (Odgen et al., 2009), esto es, aquella secuencia de movimientos que el cuerpo necesitaba realizar en el momento del trauma (huir o luchar, por ejemplo) y que se vieron impedidas por las trabas y limitaciones del incidente en sí.

De la misma manera que el paciente con un TEPT tiende a evitar todo estímulo y conducta que pueda evocarle un episodio de flashback, como una adaptativa estrategia de prevención de la retraumatización, al verse privado de los recursos necesarios para una autorregulación y regulación relacional eficiente mientras que, la persona que tartamudea también muestra la inercia de evitar el bloqueo, a través del uso de repeticiones de sonidos, sílabas y palabras, el uso de circunloquios o el empleo de sinónimos, entre otros recursos. Esta evitación, en términos conductuales, puede adoptar la forma de un conflicto de aproximación-evitación en la tartamudez que va más allá de la palabra (Sheehan, 1953).

El flashback, como recuerdo fragmentado del acontecimiento traumático que se reactualiza, puede ofrecer una visión más profunda de la naturaleza de la tartamudez, al hacer referencia, de manera implícita, a la falta de integración y a la existencia de un fenómeno de disociación.

### **Disociación: ¿Qué Hay Detrás de la Máscara?**

El acontecimiento traumático, por definición, desborda los recursos biopsicosociales de la persona. El incidente que amenaza la integridad física y/o psicológica, ya sea puntual o repetido en el tiempo, de impacto directo o de manera vicaria, resulta imprevisible, abrumador y paralizante. El horror solitario del trauma, al no poder ser compartido socioverbalmente ni contenido, escapa de la integración y desemboca en una suerte de limbo, incomprensible y crónico. En estos márgenes de “anormalidad” experiencial, el ser humano adopta una inteligente pero costosa maniobra: separar a su persona de lo vivido, colocando la pesada carga del trauma en un rincón de su mismidad. En otras palabras, recurre a la disociación.

Definir qué es la disociación puede suponer una tarea tan misteriosa, polémica y ambigua como el propio fenómeno en sí. Como constructo teórico puede hacer referencia a diferentes conceptos, sustentar etiopatogénicamente a diversos trastornos psiquiátricos y aludir a facetas de “normalidad” o de “psicopatología” del

ser humano (González, 2010). Por si fuera poco, existen diferentes acepciones del término, en función del énfasis puesto en la integración, en el grado de consciencia o si se categoriza como mecanismo de defensa (Cardeña, 1994).

Una manera de sencilla de entender qué es la disociación es preguntar a su antónimo: la integración. Un suceso traumático *integrado* sería aquel que formaría parte de la cadena de experiencias vitales significativas de la persona. El recuerdo, como un todo, es procesado adecuadamente, contribuyendo al desarrollo y a la expansión del individuo. Lo inabarcable del trauma obliga a la fragmentación, deshaciendo la vivencia terrorífica en pedazos inconexos y, aparentemente, irreconciliables entre sí. Esta división o “escisión”, imprescindible a corto y medio plazo para la supervivencia, condena a la persona a larga data a una macabra paradoja: en su intento desesperado para no contactar con el pavor del trauma, pierde la plenitud y la conexión del presente.

La complejidad última del concepto de disociación, por consiguiente, no puede captarse sin el concepto de partes. Una excelente guía para la comprensión de la dinámica de partes es la “*teoría de la disociación estructural*” (Van der Hart et al., 2008). Desde esta visión, la personalidad humana podría compartimentalizarse, en caso de vivencia traumática, en dos tipos de partes:

- *Parte aparentemente normal (PAN)*: Representa el lado de la personalidad que centra toda su energía en la evitación de los contenidos experienciales traumáticos y en, conductualmente, llevar una existencia sin, a priori, interferencia funcional alguna. Es la responsable de sistemas de acción cotidianos, como la conexión social, la exploración, el cuidado o la sexualidad. Está ligada a la memoria declarativa o explícita y, neurocientíficamente, al hemisferio izquierdo.
- *Parte/s emocional/es (PE)*: Este lado de la personalidad, en contraposición con la PAN, es el portador del trauma, conteniendo todos los recuerdos del mismo. Esta parte sería la responsable de la reexperimentación del trauma y de la hiperactivación de sistemas defensivos no actualizados en el aquí y el ahora. Se asocia más con elementos propios de la memoria procedimental o implícita y al hemisferio derecho. Puede dar el caso en el que varias PE coexistan con una PAN.

¿Qué podría aportar la teoría de la disociación estructural al estudio de la tartamudez? Retomando la concepción de partes de la definición aristotélica de la disfemia, podría presuponerse la existencia de dos lados (como mínimo) en la persona que tartamudea. En primer lugar, una parte, relativamente inconsciente del trauma, que centra todos sus esfuerzos en seguir un funcionamiento cotidiano adecuado y en la evitación del bloqueo (forzando la fluidez), que es vivido como una intrusión egodistónica, con el consiguiente rechazo. Esta parte podría equipararse al concepto de PAN.

Por otro lado, existiría otra parte, guardiana de los recuerdos traumáticos, atascada en acciones defensivas frustradas del pasado, que es la responsable de



la reexperimentación del trauma a través del bloqueo, como “síntoma positivo” de la disociación (flashback). El paralelismo con la PE descrita por la teoría de la disociación estructural es más que obvio, desde esta perspectiva.

La relación que mantienen ambas partes, la que evita el trauma y el bloqueo y la fijada en la reexperimentación y la defensa, esto es, entre la PAN y la PE, es, como puede deducirse, de escaso reconocimiento mutuo. El conflicto, como señalaba Aristóteles hace más de dos mil años, entre las dos hipotéticas partes de la persona que tartamudea es intenso, a tenor del grado de tensión muscular existente alrededor del bloqueo.

Resumiendo, la tartamudez podría conceptualizarse, dentro de su naturaleza multifactorial, como un fenómeno de naturaleza traumática y disociativa cuya máxima expresión sintomática, es decir, el bloqueo, como “síntoma positivo”, escenifica un conflicto entre dos partes. Una parte aparentemente normal (PAN), orientada (relativamente) al presente y a sistemas de acción no defensivos (como la conexión social, el juego, la sexualidad, etc.), evita todo contenido y reminiscencia del trauma. Otro lado, considerado una parte emocional (PE), por el contrario, es preso y portador del trauma, estando fijado a sistemas de acción defensivos (lucha, huida o parálisis) para poder hacer frente a la reexperimentación continua del trauma. El conflicto entre partes, esto es, la falsa dicotomía entre fluidez verbal y bloqueo puede superarse gracias al salto cualitativo que permite la integración.

### **Tratamiento: Uno para Todos, Todos para Uno**

Partiendo de la hipótesis central de este texto, aquella desde la cual se concibe a la disfemia como un trastorno con base postraumática y disociativa, se plantearán, a continuación, una serie de preguntas para inspirar un posible trabajo con partes, en pos de facilitar la comunicación interna entre subpersonalidades, el procesamiento de recuerdos traumáticos y, en definitiva, la integración.

Estas sugerencias, formuladas en un modo interrogatorio, no se adscriben, por tanto, a un único modelo psicoterapéutico, sino que surgen desde una perspectiva integradora y transteórica. Son muchas, por consiguiente, las escuelas psicoterapéuticas que pueden favorecer esta propuesta de intervención, tales como la terapia sensoriomotriz (Odgen y Minton, 2000; Odgen et al., 2009; Odgen y Fischer, 2016), el EMDR (Epozdemir et al., 2012; Shapiro, 1989), los sistemas familiares internos (Schwartz, 2015), la terapia focalizada en emociones (Greenberg et al., 1996; Greenberg y Paivio, 2000), el focusing (Gendlin, 1991, 1999) o el *mindfulness* o conciencia plena (Boyle, 2011; Kabat-Zinn, 2010). Queda, pues, en manos del clínico y de su correspondiente criterio terapéutico elegir cómo emprender este trabajo con partes en el campo de la tartamudez.

1º *¿Qué tipo de lenguaje habla la tartamudez?* El bloqueo haría referencia a un doble movimiento. Por un lado, existe el deseo de hablar, la búsqueda de la curación (la idealizada fluidez verbal) y la complacencia con el terapeuta (colaborando, por ejemplo, en el reprocesamiento de las memorias traumáticas). Por otro

lado, se evita entrar en contacto experiencialmente con el bloqueo, con la hipotética negación de los contenidos traumáticos, la evitación de la reexperimentación, de la retraumatización y el oposicionismo a hablar. Esta forma de comunicación, basada en lo implícito, lo indirecto y lo contradictorio, es típica del lenguaje de la disociación (González y Mosquera, 2012). En particular, el bloqueo constituye un tipo de *memoria implícita*, es decir, un recuerdo no verbal, automático e inconsciente de una vivencia traumática que está alejada de la influencia del lenguaje y del pensamiento (Odgen y Fisher, 2016). En definitiva, con cada bloqueo, la persona que tartamudea está recordando a través del cuerpo lo que su mente no puede/quiere recordar, a modo de una memoria dependiente de estado (Bower, 1981).

2° *¿Cuántas partes pueden estar involucradas en la tartamudez?* Desde la teoría de la disociación estructural (Van der Hart et al., 2008) como mínimo se presupondría la existencia de dos partes, esto es, una PAN y una PE, en consonancia con un grado de disociación estructural primaria. Pero detrás de un bloqueo típico de la disfemia podría hipotetizarse la presencia de más de un PE, en un claro ejemplo de disociación estructural secundaria (una PAN y más de una PE). En este último supuesto, las diferentes PE representarían distintos fragmentos del trauma y estarían fijadas a sistemas de acción defensivos diferentes. Por ejemplo, una PE se ligaría al sistema de acción de huida, otra a la lucha, otra al congelamiento, etc. El número de PE es directamente proporcional al grado de disociación, lo cual se asociaría a mayores dificultades para la integración.

3° *¿Todas las partes quieren hablar?* A pesar de los intentos desnaturalizados y paradójicos de la PAN por alcanzar la fluidez, la PE cumple una función en el sistema interno del individuo, como se acaba de señalar en el punto anterior. La compartimentalización del trauma, convirtiendo a la PE en su portadora, evita la reexperimentación y la retraumatización, en ausencia de condiciones relacionales de contención y de adecuados mecanismos de autorregulación emocional. Más allá de la fluidez verbal, la PAN puede *no querer hablar* del trauma, a pesar de la apariencia hipercomplaciente y colaboradora con el terapeuta, y la PE puede custodiar con recelo el *secreto* del horror vivido, atrapada en la “hora del trauma” (Van der Hart, 2012). Esta negativa a la verbalización puede nacer de distintas fuentes afectivas, tantas como PEs existan: por miedo, por rabia, por desesperanza, por vergüenza, por abatimiento, etc.; resultando en un verdadero conflicto entre tendencias motivacionales opuestas (Solomon et al., 2017). Cabría esperar, desde esta óptica, que si todas las partes desearan hablar se descontextualizaría el bloqueo y emergería, de manera natural, la fluidez verbal.

4° *¿Detrás del bloqueo sólo hay ansiedad?* La clásica metáfora del iceberg sugiere la presencia de una esfera sentimental variada detrás de la disfemia (Sheehan, 2003). A pesar del aspecto ansiógeno de la PAN en el caso de la tartamudez (Weber y Smith, 1990), el espectro experiencial puede ser tan rico por la existencia de partes y, por tanto, por la fragmentación de la vivencia traumática. Así pues, puede darse la existencia compartimentalizada de afectos varios. Por ejemplo, una

parte, encargada del sistema de acción de la lucha, puede estar ligada a la vivencia y a la expresión de la rabia, en contraposición con la probable falta de asertividad y ansiedad social de la PAN. Otra parte, en cambio, podría albergar el temor más profundo, y otra, por otro lado, la tristeza, la desesperanza y la indefensión. Por último, no se debería descartar la presencia de sentimientos de culpa y vergüenza, incluso un proceso encubierto de duelo (Murphy, 1999; Pérez, 2006). En definitiva, la ansiedad asociada al bloqueo funcionaría como una *emoción secundaria*, que protegería al sistema de la emergencia y expresión de una *emoción primaria adaptativa*, como la tristeza, la rabia, el miedo, la vergüenza y/o la culpa (Greenberg et al., 1996; Greenber y Paivio, 2000).

5° *¿Qué tendencias de acción son las responsables del bloqueo?* Desde el concepto de conflicto entre tendencias motivacionales opuestas (Solomon et al., 2017), el trauma comprendería una serie de movimientos que, en relación a sistemas de acción tanto defensivos (e.g., luchar, huir) como de apego (e.g., grito de ayuda), se vieron truncados por las condiciones físicas y psicológicas de la vivencia de horror. De todo esto se puede deducir que detrás de la tartamudez no sólo se encuentran intentos de hablar sino de auténticas secuencias de acción inacabadas, cuya impronta en el cuerpo, a través de memorias somáticas, es significativa. Podría conjeturarse que la evidente tensión muscular asociada a la tartamudez, manifestada a través de temblores, tics o muecas (Alarcon y Lees, 1996), y que se expande por toda la anatomía de la persona (cabeza, tronco, brazos y piernas), no es sino la comunicación implícita de tendencias de acción inacabadas. En términos de apego, todo esto podría equipararse con un estilo de apego desorganizado/desorientado, una forma de miedo sin solución (Main y Solomon, 1986; 1990). En este tipo de apego se da la confluencia, paradójica de tendencias de acción basadas en el apego, como la búsqueda de proximidad, y movimientos típicamente defensivos, como la huida, lo cual recuerda en sobremanera al bloqueo.

6° *¿Cómo se relaciona la fluidez verbal como la emergencia de las partes?* El bloqueo en una persona con tartamudez no es constante (Dinville, 1985). Pueden apreciarse fluctuaciones significativas en el nivel de fluidez verbal que, desde este modelo teórico, podrían asociarse con la presentación de estímulos desencadenadores de diferentes partes. Al explorar con el paciente las excepciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990), es decir, los momentos de mayor fluidez espontáneos, surgirá una lista de situaciones en las cuales la persona o no tartamudea o el nivel de bloqueo se reduce ostensiblemente: al hablar solo, al cantar, al gritar, al hablar con niños y animales, etc. En otras ocasiones, la activación de distintas partes puede darse de manera más sutil como, por ejemplo, mediante las oscilaciones en el volumen y el tono de voz típicas de la tartamudez (Bloodstein, 1995). Parece ser que cada parte posee sus propias memorias procedimentales, así como sus potenciales estímulos evocadores (Odgen y Fisher, 2016). La naturaleza contextual-funcional de la tartamudez, por consiguiente, parece obvia.

7° *¿Qué es lo peor que podría pasar si se recupera la fluidez verbal?* La

revelación del “secreto” que supone la vivencia traumática por parte de la PE supone un riesgo, en principio, inasumible por parte de la PAN, por dos razones. En primer lugar, conllevaría la asunción de la realidad del trauma, con la inevitable reexperimentación y el terror por la ruptura del sentido de confianza, bondad y predictibilidad del mundo y de la probable amenaza vertida por la figura abusiva/maltratadora. En segundo lugar, podría traicionar “lealtades invisibles” a nivel sistémico, tanto en la familia de origen como a escala transgeneracional (Boszormenyi-Nagy y Spark, 2004), con el correspondiente coste relacional culpógeno. Además, puede existir la evitación encubierta de todo el sistema familiar por un fenómeno de rotación del síntoma (Jackson, 1981), ante una posible migración de la manifestación psicopatológica a otros miembros del entramado familiar. Se ha constatado, finalmente, que el secreto, el silencio y la negación familiar en torno a la tartamudez suele ser frecuente, a pesar del sentimiento de herida típico del tartamudo (Lorient, 2007). Por último, la disolución de la tartamudez podría colocar al individuo en una posición socio vital incómoda, al aumentar la capacidad de conectar plenamente en la esfera interpersonal y de integrarse perfectamente en el funcionamiento cotidiano, lo cual activaría fobias típicas del trauma como la fobia al cambio, fobia a la intimidad y la fobia a la vida normal (González y Mosquera, 2012, Nijenhuis et al., 2002; Steele et al., 2001; Steele et al., 2005; Van der Hart et al., 2008) o, en resumidas cuentas, dejaría al individuo perdido (Fransella, 1971). Queda claro, por tanto, la relación de amor y odio con las palabras (no explicitada) que se mantiene en la tartamudez (Cabrera, 1994).

8° *¿Es el bloqueo una estrategia de autorregulación emocional?* Como resumen de todo lo expuesto en los ocho anteriores puntos podría considerarse a la tartamudez y al bloqueo como un conjunto de *indicadores somáticos* (Rothschild, 2014). El concepto de indicador somático es una aplicación al campo del TEPT del constructo clásico de marcador somático de Antonio Damasio (Damasio, 1994) y hace referencia a cómo el cuerpo, en conexión con su sabiduría implícita y a las memorias procedimentales/somáticas, funciona como un radar, comunicando a la persona cuáles son sus valores, necesidades, preferencias, etc. A través de un proceso de enfoque corporal, el individuo con disfemia puede abandonar el terrible esfuerzo por lograr la fluidez y estar al lado del bloqueo, para averiguar qué le está informando en su aquí y ahora, alrededor de la sensación sentida (Gendlin, 1991). De esta manera, por ejemplo, un bloqueo en un momento particular puede hacerle saber a la persona en cuestión que lo que está haciendo o diciendo no se ajusta con lo que él desea realmente, en términos de congruencia, autenticidad y progresividad. El acto de tartamudear, a nivel relacional, podría entenderse como un recurso de establecimiento de límites personales. El tartamudeo se revela, no sólo como una estrategia de autorregulación emocional si no, como un valioso recurso de regulación relacional (Schore, 2001).

9° *¿Es la fluidez la última meta terapéutica?* La lucha a ultranza por alcanzar la espontaneidad verbal puede alejar a la persona de sus valores personales (García

Higuera, 2003; 2012), constituyendo un auténtico *trastorno por evitación experiencial* (Hayes et al., 1996; 1999). Comportamentalmente, el 90% del problema de la tartamudez es la evitación del bloqueo (Irwin, 1992; Sheehan, 1970; Van Riper, 1982). La evitación experiencial del bloqueo, como plataforma funcional para la negación del trauma, es la principal variable que contribuye al mantenimiento de una dinámica interna de disociación. El *mindfulness*, como actitud de aceptación, no enjuiciamiento y presencia en el aquí y el ahora (Kabat-Zinn, 2010), supondría el mejor antídoto contra la escasa conciencia interoceptiva de la tartamudez. En pocas palabras, el autoconocimiento y la autoconciencia primarían sobre el hipercontrol iatrogénico del habla (Starkweather y Givens-Ackerman, 1997). La integración se presenta como el objetivo general del tratamiento de la tartamudez, persiguiendo el funcionamiento vital pleno en todas las facetas y potencialidades de la persona. El mayor “acto de triunfo” (Odgen et al., 2009) de la persona con tartamudez está muy alejado, cualitativamente, por consiguiente, de hablar con fluidez.

A lo largo de estas nueve cuestiones se ha intentado trazar una serie de líneas básicas para el tratamiento psicoterapéutico de la tartamudez, desde la teoría de la disociación estructural. Alejado de posturas mecanicistas, dualistas y deterministas que categorizan al bloqueo como síntoma a erradicar, se ofrece una visión conciliadora e integradora, que percibe a la persona como un todo, por encima de las partes y de la fluidez verbal, y como el protagonista del proceso experiencial de cambio.

### **Conclusión: La Integración como *Metameta***

En el presente texto se ha planteado una hipótesis que especula sobre una posible correlación entre la tartamudez y el trauma, usando como hilo conector la disociación, como constructo psicológico, y el flashback, como síntoma intrusivo. A tenor de la psicobiología del trauma y de la neuropsicología de la dislexia, se ha establecido un significativo paralelismo en torno a una hiperactivación del hemisferio derecho, una hipoactivación del hemisferio izquierdo y, en particular, la desactivación del área de Broca y la corteza prefrontal izquierda.

Esta falta de integración interhemisférica, tanto de trauma como de tartamudez, se ha tratado de conectar con la fragmentación del sistema familiar interno (Schwartz, 2015) de la persona con dislexia, dividido en partes o subpersonalidades que representan sistemas de acción diferentes y elementos constitutivos disgregados de la vivencia de horror. Estas partes, en conflicto interno, sin reconocimiento ni comunicación bidireccional, quedan sintetizadas perfectamente a través de los conceptos de PAN y PE.

La lucha, baldía, ineficiente y paradójica, en pos de la fluidez verbal no es más que la evitación encubierta del bloqueo, como flashback y, en concreto, memoria somática y procedimental de tendencias de acción inacabadas y de fragmentos de contenidos traumáticos. La exposición al bloqueo, desde una actitud *mindful* y con el acompañamiento de un otro, permitirá el acercamiento progresivo pero desafiante al mundo interno de la persona que tartamudea, disolviéndose las barreras

disociativas, pero respetando la ventana de tolerancia del paciente. El silencio la exposición al bloqueo, paradójicamente, se descubre como la mejor estrategia para la reprocesamiento de las vivencias aterradoras y la conexión con la plenitud, en el aquí y el ahora.

En esta labor de integración, no sólo la persona que tartamudea tiene adoptar una perspectiva abierta y conciliadora. El terapeuta, normalmente, reacio a bucear en lo pantanoso y oscuro del trauma y relativamente escéptico de la psicopatología disociativa (González, 2010), tiene una ingente tarea por delante. La tartamudez como mal de habla (Fiedler y Standop, 1984; Perelló, 1990; Van Riper, 1982), así como el apego de la PAN por la fluidez verbal, pueden suponer obstáculos de verdadera dificultad. A todo esto, hay que añadir, además, la medicalización de la tartamudez, catalogada como “problema logopédico”, “problema emocional”, “problema neurológico”, etc. El objetivo de integración excede el plano individual de la persona que tartamudea, convirtiéndose en una auténtica *metaintegración*. La sustitución del control por la aceptación y la compasión hacia la tartamudez, como una creativa y amorosa estrategia de supervivencia traumática, marcarán la diferencia entre un tratamiento potencialmente iatrogénico y uno eficiente, como el propuesto en este artículo a través del trabajo con las partes.

## Referencias

- Alarcon, F. y Lees, A. J. (1996). Stuttering, tic-like facial movements and behavioural disorders [Tratamudez, movimiento facial similar a un tic y trastornos comportamentales]. *Journal of Neurology*, 243, 105-106. <https://doi.org/10.1007/BF00878543>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª. ed.). Panamericana.
- Aristóteles (2016). Sección XI: Problemas relativos a la voz (E. Sánchez, Trad.). En *Problemas* (pp. 119-135). Titivillus (Trabajo original publicado ca. 335 A.C.).
- Baddeley, A. (1988). Cognitive psychology and human memory [Psicología cognitiva y memoria humana]. *Trends in Neuroscience*, 11(4), 176-181. [https://doi.org/10.1016/0166-2236\(88\)90145-2](https://doi.org/10.1016/0166-2236(88)90145-2)
- Bijleveld, H. A. (2015). Post-traumatic stress disorder and stuttering: A diagnostic challenge in a case study [Trastorno de estrés postraumático y tartamudeo: un desafío diagnóstico en un estudio de caso]. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.242>
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook of stuttering [Un manual sobre tartamudez]*. Singular Publishing Group.
- Boon, S., Steele, K. y Van der Hart, O. (2014). *Vivir con disociación traumática. Entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas*. Desclée de Brouwer.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (2004). *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Amorrotu.
- Boyle, M. P. (2011). Mindfulness training in stuttering therapy: a tutorial for speech-language pathologists [Entrenamiento en mindfulness en la terapia de la tartamudez: un tutorial para patólogos del lenguaje y del habla]. *Journal of Fluency Disorders*, 36(2), 122-129. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.04.005>
- Bower, H. G. (1981). Mood and memory [Humor y Memoria]. *American Psychologist*, 36(2), 129-148. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.36.2.129>
- Cabrera, A. (1994). *Una paradoja del habla. La tartamudez*. LynX.
- Cardaña, E. (1994). The domain of dissociation [El dominio de disociación]. En S. J. Lyn y R.W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Theoretical, clinical and research perspectives* (pp. 15-31). Guilford.



- Cohen, N. y Squire, L. (1980). Preserved learning and retention of pattern-analyzing skill in amnesia: dissociation of knowing how and knowing that [Aprendizaje preservado y retención de la habilidad de análisis de patrones en amnesia: disociación entre saber cómo y saber qué]. *Science*, 210(4466), 207-210. <https://doi.org/10.1126/science.7414331>
- Curlee, R. F. (1993). The early history of the behavior modification of stuttering: From laboratory to clinic [La historia temprana de la modificación del comportamiento de la tartamudez: del laboratorio a la clínica]. *Journal of Fluency Disorders*, 18(1), 13-25. [https://doi.org/10.1016/0094-730X\(83\)90003-7](https://doi.org/10.1016/0094-730X(83)90003-7)
- Damasio, A. (1994). *El error de Descartes*. Andrés Bello.
- Davis, M. (1997). Neurobiology of fear responses: The role of amygdala [Neurobiología de las respuestas de miedo: El rol de la amígdala]. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 9(3), 382-402. <https://doi.org/10.1176/jnp.9.3.382>
- De la Fuente, J. M., Iborra, O., De Córdoba, M. J. y Gómez, M. (2016). *Una introducción a la psicología del lenguaje para logopedas*. Fundación Internacional Arteccità.
- Dinville, C. (1985). *La tartamudez. Diagnóstico y tratamiento*. Toray-Masson.
- Doruk, A., Murat, E., Salim, O., Adem, B. y Barbaros, O. (2012). Traumatic experiences and dissociation levels in cases of developmental stuttering [Experiencia traumática y niveles de disociación en casos de desarrollo de tartamudez]. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54(1) 23-28.
- Epozdemir, H., Haciomeroglu, S. y Konuk, E. (junio, 2012). EMDR and treatment of stuttering: Towards a protocol [EMDR y tratamiento de la tartamudez: hacia un protocolo] [Sesión de conferencia]. 13th *EMDR Europe Association Conference*, Madrid, España.
- García Higuera, J. A. (2003). *Terapia psicológica en el tartamudeo. De Van Ripper a la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Ariel.
- García Higuera, J. A. (2012). *Deja de sufrir por la tartamudez*. Publidisa.
- Gendlin, E. T. (1991). *Focusing. Proceso y técnica del enfoque corporal*. Mensajero.
- Gendlin, E. T. (1999). *El Focusing en psicoterapia. Manual del método experiencial*. Paidós.
- González, A. (2010). *Trastornos disociativos. Diagnóstico y tratamiento*. Pleyades.
- González, A. y Mosquera, D. (2012). *EMDR y disociación. El abordaje progresivo*. Pleyades.
- Greenberg, L., Rice, L. y Elliot, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Paidós.
- Greenberg, L. y Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Paidós.
- Fiedler, P. A. y Standop, R. (1984). *La tartamudez*. Herder.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Paidós.
- Fransella, F. (1971). A personal construct theory and treatment of stuttering [Una teoría de la construcción personal y el tratamiento de la tartamudez]. *Journal of Psychosomatic Research*, 15(4), 433-438. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(71\)90024-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(71)90024-9)
- Harrison, J. (2011). *El hexágono de la tartamudez. Las claves para conocer y superar las dificultades del habla*. RBA.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment [Evitación experimental y trastornos comportamentales: un acercamiento dimensional al funcionamiento de la diagnosis y el tratamiento]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hayes, S. C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., Cooper, L. y Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance [El impacto de la aceptación vs. el control racional sobre la tolerancia al miedo]. *The Psychological Record*, 49(1), 33-47. <https://doi.org/10.1007/BF03395305>
- Heite, L. B. (2001). La petite mort: Dissociation and the subjective experience of stuttering [La petite mort: la disociación y la experiencia subjetiva de la tartamudez] [Tesis doctoral, Universidad Temple].
- Hernández, J. y Álvarez, C. A. (2009). La tartamudez como fenómeno prearticulatorio. *Acta Neurológica Colombiana*, 25, 25-33.
- Hull, A. (2002). Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. Systematic review [Hallazgos de neuroimagen en el trastorno por estrés postraumático. Revisión sistemática]. *British Journal of Psychiatry*, 181(2), 102-110. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.2.102>
- Irwin, A. (1992). *Cómo vencer el tartamudeo*. Grijalbo Mondadori.
- Jackson, D. D. (1981). The question of family homeostasis [La cuestión de la homeostasis familiar]. *International Journal of Family Therapy*, 3, 5-15. <https://doi.org/10.1007/BF00936266>
- Junta de Andalucía (2007). Resultados de los tratamientos para la tartamudez (Informe 5/2007). <http://www.psicoevidencias.es/docman/Descargar-documento/20-Tartamudez.html>
- Kabat-Zinn, J. (2010). *Vivir las crisis con plenitud. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad*. Kairós.

- Loriente, C. (2007). *Antropología de la tartamudez. Etnografía y propuestas*. Bellaterra.
- Loriente, C. (2013). Crítica y alternativa al modelo biomédico de la tartamudez. *Revista de Investigación en Logopedia*, 3(2), 120-145. <http://www.redalyc.org/html/3508/350835629003/>
- Ludlow, C. y Loucks, T. (2003). Stuttering: a dynamic motor control disorder [Tartamudez: un trastorno del control motor dinámico]. *Journal of Fluency Disorders*, 28(4), 273-295. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2003.07.001>
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of a new insecure-disorganized/disoriented attachment pattern [Descubriendo un nuevo patrón de apego inseguro-desorganizado/desorientado]. En T. B. Brazelton y M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Ablex.
- Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation [Procedimientos para identificar infantes desorganizados/desorientados durante la situación extraña de Ainsworth]. En M. Greenberg, D. Cicchetti y M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). University of Chicago Press.
- Morin, E. (1995). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Murphy, B. (1999). A preliminary look at shame, guilt and stuttering [Un vistazo preliminar a la vergüenza, la culpa y la tartamudez]. En N. Bernstein y E.C. Haley (Eds.), *Stuttering research and practice. Bridging the gap* (pp. 131-144). LEA.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O. y Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders [La psicobiología emergente de la disociación y de los trastornos disociativos relacionados con el trauma]. En H. D'haenen, J. A. den Boer y P. Willner (Eds.), *Biological psychiatry* (pp. 1079-1098). John Wiley.
- Odgen, P. y Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory [Psicoterapia sensoriomotora: un método para procesar la memoria traumática]. *Traumatology*, 6(3), 1-20. <https://doi.org/10.1177%2F15347656000600302>
- Odgen, P., Minton, K. y Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo: un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Desclée.
- Odgen, P. y Fisher, J. (2016). *Psicoterapia sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Desclée de Brouwer.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Paidós.
- Orton, S. T. (1927). Studies in stuttering [Estudios en tartamudez]. *Archives in Neurology Psychiatry*, 18(5), 671-672. <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1927.02210050003001>
- Perelló, J. (1990). *Trastornos del habla*. Masson.
- Pérez, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia integradora*. Desclée.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system [La teoría polivagal: sustratos filogenéticos de un sistema nervioso social]. *Internacional Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123-146. [https://doi.org/10.1016/S0167-8760\(01\)00162-3](https://doi.org/10.1016/S0167-8760(01)00162-3)
- Rodríguez, A. (2003). *La tartamudez. Naturaleza y tratamiento*. Herder.
- Rothschild, B. (2014). *8 claves para superar los traumas de forma segura*. Eleftheria.
- Sancho, J. (26 febrero, 2013). Adolfo Sánchez: "El 80% de los tartamudos están en paro". La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/vida/20091014/53804155293/adolfo-sanchez-el-80-de-los-tartamudos-en-espana-esta-en-paro.html>
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health [Efectos de una relación de apego seguro en el desarrollo del lado derecho del cerebro, la regulación del afecto y la salud mental del infante]. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N)
- Schwartz, R. C. (2015). *Introducción al modelo de los sistemas de la familia interna*. Eleftheria.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories [Eficacia del procedimiento de desensibilización del movimiento ocular en el tratamiento de los recuerdos traumáticos]. *Journal of Trauma Stress*, 2(2), 199-233. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Sheehan, J. G. (1953). Theory and treatment of stuttering as an approach-avoidance conflict [Teoría y tratamiento de la tartamudez como un conflicto de acercamiento-evitación]. *The Journal of Psychology*, 36(1), 27-49. <https://doi.org/10.1080/00223980.1953.9712875>
- Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering. Reserach and Therapy [Tartamudez. Investigación y Terapia]*. Harper & Row.
- Sheehan, J. G. (2003). Message to a stutterer [Mensaje para un tartamudo]. En L. Emerick (Ed.), *Advice to those who stutter* (pp. 31-35). Stuttering Foundation of America.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind [La mente en desarrollo]*. Guilford Press.

- Solomon, J., Duschinsky, R., Bakkum, L. y Schuengel, C. (2017). *Toward an architecture of attachment disorganization: John Bowlby's published and unpublished reflections* [Hacia una arquitectura de desorganización del apego: reflexiones publicadas y no publicadas de John Bowlby]. *Clinical child psychology and psychiatry*, 22(4), 539-560. <https://doi.org/10.1177%2F1359104517721959>
- Starkweather, C. W. (1980). A multiprocess behavioral approach to stuttering therapy [Un enfoque conductual de procesos múltiples para la terapia de la tartamudez]. *Seminars in Hearing*, 1(4), 327-337.
- Starkweather, C. W. (1987). *Fluency and stuttering* [Fluidez y tartamudez]. Prentice-Hall.
- Starkweather, C. W. y Givens-Ackerman, J. (1997). *Stuttering: Studies in Communicative Disorders* [Tartamudez: Estudios en Trastornos Comunicativos]. Pro-Ed.
- Steele, K., Van der Hart, O. y Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders [Dependencia en el tratamiento del trastorno de estrés posttraumático complejo y trastornos disociativos]. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(4), 79-116. [https://doi.org/10.1300/J229v02n04\\_05](https://doi.org/10.1300/J229v02n04_05)
- Steele, K., Van der Hart, O. y Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation un complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias [Tratamiento orientado por fases de la disociación estructural de un traumatismo complejo: superación de las fobias relacionadas con el trauma]. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(3), 11-53. [https://doi.org/10.1300/J229v06n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J229v06n03_02)
- Travis, L. E. (1931). *Speech pathology: a dynamic neurological treatment of normal speech and speech deviations* [Patología habla; un tratamiento dinámico neurológico del habla normal y las desviaciones del habla]. Appleton.
- Van der Hart, O. (2012). The use of imagery in phase I treatment of clients with complex dissociative disorders [El uso de la imaginación en la fase 1 del tratamiento de clientes con trastornos disociativos complejos]. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), 8458. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.8458>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. y Steele, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée.
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.
- Van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering* [El tratamiento de la tartamudez]. Prentice-Hall.
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering* [La naturaleza de la tartamudez]. Prentice-Hall.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (1999). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (M<sup>a</sup>. C. Blanco y R. A. Diéz, Trad.). Paidós.
- Weber, C. M. y Smith, A. (1990). Autonomic correlates of stuttering and speech assessed in a range of a experimental tasks [Correlatos autonómicos de la tartamudez y el habla evaluados en un conjunto de tareas experimentales]. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 33(4), 690-706. <https://doi.org/10.1044/jshr.3304.690>
- Webster, W. (1998). Brain models and the clinical management of stuttering [Modelos cerebrales y gestión clínica de la tartamudez]. *Journal of Speech Language Pathology and Audiology*, 22(4), 220-230.
- Wu, J. C., Maguire, G., Riley, G., Fallon, J., LaCasse, L., Chin, S., Klein, E., Tang, C., Cadwell, S. y Lottenberg, S. (1995). A positron emission tomography [18F]deoxyglucose study of developmental stuttering [Una tomografía por emisión de positrones [18F] estudio con desoxiglucosa de la tartamudez del desarrollo]. *Neuroreport: An International Journal for the Rapid Communication of Research in Neuroscience*, 6(3), 501-505. <https://doi.org/10.1097/00001756-199502000-00024>