



Grado en Psicología

Trabajo Fin de Grado

Curso 2024/2025

Convocatoria de Junio

Modalidad: Diseño de una propuesta de intervención.

Título del trabajo:

Programa de intervención para mejorar la calidad de vida de personas adultas con tartamudez psicógena.

Autor: López Piqueras, Pablo

Tutora: Pérez Jover, María Virtudes

En Murcia, a 24 de Abril de 2025.

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Método.....	7
3.1. Descripción de la intervención.....	7
3.2. Método de evaluación de la intervención.....	17
4. Discusión y conclusiones.....	18
5. Referencias bibliográficas.....	19
6. Anexos.....	21
6.1. Anexo I.....	21
6.2. Anexo II.....	22
6.3. Anexo III.....	24
6.4. Anexo IV.....	25
6.5. Anexo V.....	27



1. Resumen

La tartamudez psicógena representa una alteración del habla con base psicológica que impacta negativamente en el bienestar personal y social. A diferencia de la tartamudez del desarrollo, esta forma aparece de forma repentina en la edad adulta, frecuentemente asociada a experiencias traumáticas o estrés intenso. La presente propuesta diseña y detalla el programa "FluidaMente", una intervención grupal de siete sesiones dirigida a personas de entre 18 y 35 años con diagnóstico confirmado de tartamudez psicógena. La intervención integra técnicas de regulación emocional, fortalecimiento de la autoestima, mejora de la atención, reestructuración cognitiva y desarrollo de habilidades sociales, con el fin general de reducir la ansiedad comunicativa y potenciar la confianza verbal. Se evalúa el impacto del programa mediante una metodología pretest-posttest basada en la escala WHOQOL-BREF. Los resultados esperados apuntan a una mejora sustancial en la calidad de vida percibida por los participantes. Esta propuesta, innovadora y basada en la evidencia, responde a la necesidad de abordar de forma específica una problemática escasamente atendida en la práctica clínica.

Palabras clave: tartamudez psicógena, intervención psicológica, adultos jóvenes, calidad de vida, ansiedad comunicativa, autoestima.

Abstract

Psychogenic stuttering is a speech disorder with psychological origins that negatively affects personal and social well-being. Unlike developmental stuttering, this form appears suddenly in adulthood, often associated with traumatic experiences or intense stress. The present proposal outlines and details the "FluidaMente" program, a seven-session group intervention designed for individuals aged 18 to 35 with a confirmed diagnosis of psychogenic stuttering. The intervention incorporates techniques for emotional regulation, self-esteem enhancement, attention improvement, cognitive restructuring, and social skills development, with the overall goal of reducing communication-related anxiety and enhancing verbal confidence. The program's impact is assessed using a pretest-posttest methodology based on the WHOQOL-BREF scale. Expected results suggest a substantial improvement in participants' perceived quality of life. This evidence-based and innovative proposal addresses a rarely targeted issue in clinical practice.

Key words: psychogenic stuttering, psychological intervention, young adults, quality of life, communication anxiety, self-esteem.

2. Introducción

La tartamudez es una alteración involuntaria en el flujo de la expresión verbal. Se caracteriza por la repetición de sonidos, sílabas o palabras, los bloqueos al hablar o las pausas prolongadas entre sonidos y palabras (Prasse y Kikano, 2008). Tradicionalmente se ha abordado desde una perspectiva mayormente neurológica y del desarrollo, provocando así, que la variante de la tartamudez de origen psicológico (tartamudez psicógena) haya recibido una atención limitada en la literatura científica, a pesar de su considerable impacto en la calidad de vida de quienes la padecen (Baumgartner y Duffy, 1997). Dicha forma de tartamudez se caracteriza por la aparición súbita de dificultades en el habla. A diferencia de la tartamudez del desarrollo, que suele manifestarse en la infancia y tiene una base multifactorial que incluye componentes genéticos, neurofisiológicos y ambientales (Smith y Weber, 2017), la tartamudez psicógena emerge en la edad adulta, sin una causa neurológica evidente, y se asocia a factores psicológicos como el estrés agudo, traumas emocionales o trastornos psiquiátricos subyacentes. Este tipo de tartamudez se considera una manifestación de conflictos psicológicos internos que se expresan a través del habla (Roth, Aronson y Davis, 1989).

La tartamudez psicógena representa un subgrupo particular que ha suscitado en los últimos años un creciente interés en la investigación clínica y psicológica. Las características clínicas de la tartamudez psicógena incluyen un inicio repentino, la presencia de disfluencias atípicas o inusuales, la ausencia de adaptación (es decir, la falta de mejora con la repetición de palabras o frases) y una respuesta variable al tratamiento. Además, los pacientes con tartamudez psicógena pueden presentar otros síntomas somáticos o psicológicos, como ansiedad, depresión o trastornos de conversión (Baumgartner y Duffy, 1997). Estos síntomas sugieren una base psicológica para el trastorno y resaltan la importancia de una evaluación interdisciplinaria que incluya tanto aspectos neurológicos como psicológicos para un diagnóstico preciso.

A diferencia de la tartamudez del desarrollo, que afecta aproximadamente al 5% de los niños en edad preescolar y cuya prevalencia en adultos se estima en torno al 1% (Yairi y Ambrose, 2013), la tartamudez psicógena representa una fracción menor de los casos de tartamudez en la población general. La prevalencia exacta de la tartamudez psicógena es difícil de determinar debido a su baja incidencia y a la escasez de estudios epidemiológicos específicos. Sin embargo, se estima que la tartamudez adquirida en adultos, que incluye tanto la tartamudez neurogénica como la psicógena, tiene una prevalencia de aproximadamente el 0.2% al 0.8% en la población adulta (Asociación Española de

Pediatría, 2022). Desde una perspectiva epidemiológica, la tartamudez psicógena presenta una distribución de género más equitativa en comparación con la tartamudez del desarrollo, donde los hombres superan a las mujeres en una proporción de 3:1 (Yairi y Ambrose, 2013).

Aunque la tartamudez psicógena no aparece como una categoría diagnóstica específica en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), puede enmarcarse clínicamente dentro del trastorno de síntomas neurológicos funcionales. Este diagnóstico incluye síntomas motores o del habla que simulan una afección neurológica, pero que carecen de una base médica clara y se relacionan con factores psicológicos. Su identificación requiere una evaluación clínica detallada que descarte causas neurológicas y tenga en cuenta el contexto psicológico del paciente. Tal como indica el DSM-5: *“Pueden presentarse síntomas del habla, como disartria, afonía o tartamudez, que no son compatibles con una etiología neurológica conocida y que se asocian a factores psicológicos”* (American Psychiatric Association, 2013).

En cuanto a la revisión literaria de las intervenciones previas, uno de los estudios más citados en la literatura sobre tartamudez psicógena es el realizado por Roth, Aronson y Davis (1989), quienes analizaron 12 casos de pacientes adultos que comenzaron a tartamudear sin antecedentes previos y sin evidencia de daño neurológico. Los autores encontraron que, en la mayoría de los casos, el inicio de la tartamudez coincidía con eventos estresantes significativos, y que muchos pacientes presentaban perfiles psicológicos anormales en el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), lo que sugiere una base psicógena para el trastorno. Además, observaron que la tartamudez de la mayoría de los pacientes era variable en severidad y regresaba a la normalidad de forma espontánea o como resultado de la terapia del habla o la psicoterapia. Otro estudio importante es el de Baumgartner y Duffy (1997), quienes examinaron 69 casos de tartamudez adquirida en adultos y encontraron que la tartamudez psicógena se distinguía por una rápida y favorable respuesta al tratamiento conductual, la presencia de comportamientos de lucha y signos de ansiedad, y episodios de tartamudez intermitentes o específicos de ciertas situaciones. Ello parece indicar que la tartamudez psicógena se beneficiaría de un enfoque interdisciplinario que combine la terapia del habla con intervenciones psicológicas.

La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz en la reducción de la ansiedad asociada al habla y en la mejora de la fluidez verbal (Mahr y Leith, 1992). Además, intervenciones basadas en la atención plena (mindfulness) han mostrado resultados prometedores en estudios de caso, al ayudar a los pacientes a desarrollar una mayor

conciencia y aceptación de sus patrones de habla. Un ejemplo de ello es el estudio de caso realizado por Moreno-Jiménez et al. (2021), donde se aplicó una intervención basada en mindfulness (MBI) a dos casos de tartamudez. El propósito principal fue mitigar la severidad de la tartamudez y disminuir los niveles de ansiedad mediante el desarrollo de competencias en atención plena. Los resultados mostraron que ambos individuos lograron una reducción en la frecuencia de episodios de tartamudeo, pasando de niveles graves y moderados a leves, respectivamente. Además, en la evaluación realizada un año después, se constató que las mejoras obtenidas en cuanto a la ansiedad, las capacidades de atención plena y la fluidez verbal se habían mantenido de forma estable. Estos hallazgos indican que las intervenciones basadas en mindfulness (MBI) podrían constituir un apoyo efectivo y complementario en el tratamiento de la tartamudez (Moreno-Jiménez et al., 2021).

La necesidad de intervención parte de un reconocimiento fundamental, cuando la capacidad para expresarse se ve interferida por una disfluencia de origen emocional, no se trata únicamente de una dificultad técnica para hablar, sino de una experiencia profundamente limitante, cargada de angustia, vergüenza y autoevaluación negativa. Estas repercusiones no solo restringen su desarrollo personal y laboral, sino que consolidan un círculo vicioso en el que el miedo a hablar refuerza la disfluencia, y esta, a su vez, refuerza la evitación comunicativa. Muchas personas adultas con tartamudez psicógena han internalizado la idea de que “no saben hablar bien” o que “no se les entiende”, creencias que deterioran su autoconcepto y minan su motivación para exponerse verbalmente.

En definitiva, la intervención en adultos con tartamudez psicógena no puede entenderse como una simple corrección técnica del habla, sino como un proceso de acompañamiento, transformación y empoderamiento personal. Justificar su importancia es reconocer que detrás de cada bloqueo hay una historia de dolor emocional, de invisibilización y de lucha silenciosa. Intervenir es apostar por una vida más plena, donde la comunicación no sea una fuente de sufrimiento, sino un puente hacia los otros y hacia uno mismo. Esta propuesta de intervención se fundamenta, por tanto, en una visión humanista, integradora y basada en la evidencia, orientada a mejorar la calidad de vida desde la raíz del problema, y no solo desde su manifestación superficial.

3. Método

3.1. Descripción de la intervención

El programa “FluidaMente” tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de personas adultas con tartamudez psicógena, promoviendo una reducción sostenida de la

interferencia comunicativa y un aumento del bienestar subjetivo asociado a la fluidez verbal (Baumgartner y Duffy, 1997). Se plantean los siguientes objetivos específicos, cada uno de los cuales se corresponderá con los contenidos de las sesiones del programa y con las variables regulación emocional; autoconfianza y autoeficacia; atención y control cognitivo; habilidades sociales y asertividad; y autoestima, respectivamente:

- Reducir la ansiedad asociada con la comunicación, mediante estrategias de regulación emocional.
- Aumentar la confianza en la capacidad de comunicación.
- Mejorar la atención y el control cognitivo en situaciones de habla.
- Potenciar el uso de habilidades sociales y, específicamente, la asertividad.
- Fortalecer la autoestima para reducir la inseguridad y mejorar la comunicación.

El programa consta de siete sesiones de 90 minutos aproximadamente cada una, realizándose con carácter semanal todos los miércoles de 17:30 h a 19:00 h. La primera sesión se destinará a la bienvenida y aplicación del pretest; las cinco sesiones intermedias se reservarán para el trabajo específico de los contenidos y variables descritas; y la séptima sesión se empleará en la despedida y aplicación del postest. El formato será grupal, con un grupo de 15 participantes que facilitará la dinámica y el apoyo mutuo entre iguales (Yalom y Leszcz, 2005). La captación de participantes se llevará a cabo mediante colaboración con el Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad de Murcia, difusión en el aula virtual de la facultad, y colocación de carteles informativos en el campus y en centros de salud mental de la ciudad de Murcia, dada la ausencia de asociaciones de tartamudez psicógena en la comunidad regional. Se establecerá un formulario electrónico de inscripción mediante un código QR para voluntarios interesados, donde se verificarán los siguientes requisitos:

1. Tener entre 18 y 35 años.
2. Contar con diagnóstico de tartamudez psicógena.
3. Comprender y expresarse en español.
4. Participar de forma voluntaria y firmar un contrato de compromiso de asistencia y confidencialidad.
5. No presentar trastornos comórbidos graves que interfieran con la dinámica grupal.

Una vez seleccionados, se informará a los participantes del calendario, la ubicación exacta donde se llevará a cabo y la programación detallada de cada sesión mediante correo electrónico y un mensaje en el grupo de WhatsApp creado específicamente para el programa. Dicha ubicación corresponde con las instalaciones del Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad de Murcia, cuya institución ha querido prestar sus aulas dotadas

de espacio suficiente para dinámicas en círculo y áreas de trabajo grupal. A lo largo de todo el programa, se asegurará el cumplimiento de los principios éticos de confidencialidad, voluntariedad y no maleficencia.

La decisión de restringir la muestra a adultos de entre 18 y 35 años se fundamenta en varios aspectos clave de la literatura científica, que abarcan factores epidemiológicos, neurocognitivos y psicosociales, con el fin de maximizar la homogeneidad del grupo y la efectividad de la intervención. En primer lugar, desde el punto de vista epidemiológico, al concentrarse en un rango relativamente estrecho (18–35 años), se asegura la presencia de suficientes casos persistentes de tartamudez psicógena, pues la mayoría de las recuperaciones espontáneas ocurren antes de los 12 años, y los casos resistentes a tratamiento en la adultez temprana ofrecen una base estable para evaluar los efectos de la intervención (Yairi y Ambrose, 2013). En segundo lugar, desde la perspectiva neurocognitiva, se sabe que las funciones ejecutivas cruciales para el control del habla alcanzan su pico de madurez en la tercera década de vida, y que la plasticidad cerebral, aunque disminuye paulatinamente tras los 30 años, sigue siendo lo suficientemente elevada hasta mediados de los treinta para permitir ganancias funcionales significativas con un programa de entrenamiento específico (Diamond, 2013). Así, seleccionar participantes por debajo de los 35 años garantiza un entorno biológico óptimo para la incorporación de estrategias de autorregulación y de atención ejecutiva. En tercer lugar, en términos psicosociales, la etapa de la “emerging adulthood” (adulto emergente) que abarca aproximadamente de los 18 a los 25 años se caracteriza por la exploración de la identidad, el elevado autoconocimiento y la flexibilidad para integrar nuevas habilidades (Arnett, 2000). Este periodo se asocia con una mayor disposición al cambio y a la adquisición de competencias comunicativas, ya que los individuos aún no han consolidado roles fijos a nivel laboral o familiar que puedan limitar su disponibilidad para la práctica y la reflexión en grupo.

Por último, desde la metodología de investigación, un rango más homogéneo reduce la variabilidad interindividual en variables potencialmente moderadoras, facilitando así el análisis estadístico y la interpretación de los resultados pre-post. Asimismo, al concentrarse en adultos jóvenes, se minimiza la influencia de comorbilidades crónicas más frecuentes en edades avanzadas que podrían interferir con la dinámica grupal. Estos criterios permitirán maximizar la efectividad y la validez interna del Programa FluidaMente, asegurando que los efectos observados se deban, en la medida de lo posible, a la intervención y no a factores de confusión relacionados con la edad.

A continuación, en la tabla 1 se muestran los objetivos y contenidos de cada sesión.

Tabla 1. Cronograma del programa

Sesión	Fecha	Objetivos	Contenidos
Bienvenida	Semana 1	Presentar el programa, establecer las normas y aplicar el pretest.	Introducción del programa, normas grupales, dinámica de presentaciones y aplicación (WHOQOL-BREF).
Emociones en voz alta	Semana 2	Reducir la ansiedad asociada con la comunicación.	Regulación emocional: modelo de Gross, respiración diafragmática, relajación muscular y visualización.
Reconectar con mi voz	Semana 3	Aumentar la confianza en la capacidad de comunicación.	Autoeficacia, reestructuración cognitiva y exposición verbal controlada.
Hablar con atención	Semana 4	Mejorar la atención y el control cognitivo en situaciones de habla.	Mindful speaking, ejercicios tipo Stroop, tareas duales y escucha activa en parejas.
Decir lo que pienso y siento	Semana 5	Potenciar el uso de habilidades sociales y, específicamente, la asertividad.	Modelo DESC, role playing de situaciones sociales y feedback constructivo.

Mi voz también vale	Semana 6	Fortalecer la autoestima para reducir la inseguridad y mejorar la comunicación.	Dinámica grupal con lectura de afirmaciones positivas, carta al “yo comunicador del pasado” y meditación.
Cierre	Semana 7	Evaluar los resultados, reforzar los logros, aplicar el postest y planificar el seguimiento.	Aplicación WHOQOL-BREF, reflexión grupal, reconocimiento mutuo y plan de seguimiento.

Sesión 1: Bienvenida

La sesión inicial cumple un rol fundamental en cualquier proceso grupal, ya que constituye el primer encuentro entre los participantes y con el profesional que guiará el programa. Por ello, se prioriza la creación de un ambiente seguro, cálido y libre de juicios, donde cada persona se sienta aceptada tal y como es. Desde el primer momento, el profesional transmite una actitud acogedora, empleando un tono de voz cercano y calmado, así como un lenguaje corporal abierto que invita a la confianza. Este espacio será la base emocional sobre la cual se construirá la experiencia grupal. La bienvenida comienza con una presentación guiada por el profesional responsable. Para ello, se utiliza una presentación digital proyectada en una pantalla que incluye información visual clara y sencilla sobre la estructura general del programa: objetivos, duración, frecuencia de los encuentros, y aspectos logísticos como la puntualidad, el uso de los dispositivos digitales y los espacios destinados a las actividades. Esta presentación no solo transmite información, sino que también busca motivar y generar expectativas positivas sobre el recorrido que se emprenderá en común.

A continuación, el profesional establece las normas básicas de convivencia grupal, entre ellas el respeto mutuo, la escucha y participación activa y el compromiso con la confidencialidad. Este punto se aborda como un contrato grupal tácito, de esta forma, las normas no se presentan como imposiciones, sino como acuerdos construidos colectivamente. Con el fin de romper el hielo y favorecer el primer contacto entre los miembros, se propone una dinámica de presentación grupal. Esta actividad, lejos de ser una simple ronda de nombres, se plantea como una experiencia creativa y sensorial. Cada participante elige una tarjeta con apoyo visual, que puede incluir pictogramas, frases

motivadoras, o dibujos abstractos, y la utiliza para representar cómo se siente ese día o qué espera del programa. Este recurso favorece la expresión simbólica y reduce la carga verbal, especialmente útil en personas con ansiedad comunicativa. Cada intervención es breve, sin exigencia de hablar en público, y se respeta el ritmo de cada persona.

Una vez se ha creado este clima inicial de confianza, se introduce el momento de evaluación diagnóstica. Se explica al grupo que este paso es necesario para comprender el punto de partida de cada uno y para adaptar mejor los contenidos a sus necesidades específicas. Se procede entonces a la aplicación de la escala WHOQOL-BREF, un instrumento que evalúa la calidad de vida percibida en diferentes dominios (físico, psicológico, social y ambiental). Esta evaluación se realiza de forma individual mediante tabletas digitales proporcionadas por la organización, lo que permite una recolección rápida y sin errores de los datos.

Una vez finalizada la recogida de datos, se realiza una breve puesta en común grupal no obligatoria, en la que los participantes pueden expresar cómo se han sentido durante la evaluación y si algo les ha sorprendido o resultado especialmente difícil. Esta instancia sirve también para normalizar la diversidad de experiencias y reducir la ansiedad que pueden generar los procesos de auto observación. Al finalizar, se agradece la participación y se recuerda la fecha y contenido de la siguiente sesión. También se ofrece un pequeño espacio para preguntas o comentarios finales.

Sesión 2: Emociones en voz alta

En esta segunda sesión, el foco se traslada hacia la comprensión y gestión de las emociones, especialmente la ansiedad comunicativa, que suele ser un componente central en la tartamudez psicógena. El objetivo principal es ofrecer herramientas prácticas que permitan a los participantes reconocer sus estados emocionales y comenzar a regularlos de manera más efectiva, lo cual repercutirá positivamente en su fluidez verbal. La sesión comienza con una breve recapitulación de la experiencia vivida en el primer encuentro. Se invita a los participantes a compartir, si lo desean, cómo se sintieron al formar parte del grupo y qué emociones predominaron. Acto seguido, se introduce el modelo de regulación emocional de James Gross (2015). Mediante el uso de una pizarra digital, el profesional explica de forma visual y esquemática cómo las emociones pueden regularse en diferentes momentos del proceso emocional. Esta conceptualización es presentada de manera sencilla, adaptada al lenguaje cotidiano para facilitar su comprensión.

Tras esta parte teórica, se pasa a la práctica con la enseñanza de tres técnicas clave de autorregulación fisiológica. En primer lugar, se trabaja la respiración diafragmática, que permite activar el sistema nervioso parasimpático y reducir la respuesta de alerta. Cada participante se coloca en una postura cómoda y sigue las indicaciones del profesional, quien guía el ritmo respiratorio con el apoyo de audios inmersivos de relajación previamente preparados. A continuación, se introduce la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, centrada en la alternancia entre tensión y distensión de distintos grupos musculares. Esta técnica se realiza también con acompañamiento auditivo a través de auriculares individuales, asegurando una experiencia más íntima y focalizada. Por último, se trabaja una primera exposición controlada a situaciones comunicativas ansiógenas con visualización individual. Días antes de esta sesión, cada participante habrá escrito un contexto social que le genera ansiedad al hablar. Durante la visualización, cada persona aplicará las técnicas de respiración y relajación aprendidas. Se trata de un ejercicio personalizado, que se realiza con los ojos cerrados y en un entorno de baja estimulación para favorecer la concentración.

Para cerrar la sesión, se hace una breve reflexión grupal sobre lo aprendido y se destacan las estrategias que cada uno ha identificado como más útiles. Se recuerda que estas herramientas son de vital importancia, por lo que se sugiere practicarlas también en el día a día.

Sesión 3: Reconectar con mi voz

Esta sesión tiene como propósito reforzar la percepción de competencia comunicativa de los participantes. Muchas personas con tartamudez psicógena experimentan una pérdida progresiva de confianza en sus capacidades verbales, por lo que esta sesión busca restituir esa seguridad desde una base cognitiva y experiencial. Se inicia con una breve dinámica de evocación positiva: se pide a los participantes que recuerden una ocasión en la que hayan logrado comunicarse con eficacia. Esta actividad permite conectar emocionalmente con experiencias de éxito que han quedado opacadas por episodios negativos más recientes.

A continuación, se introduce la noción de autoeficacia según Albert Bandura (1977), explicando cómo la percepción de capacidad para enfrentar situaciones concretas influye en la motivación y el rendimiento. Mediante una presentación verbal, el profesional enseña a los participantes a identificar áreas de mejora y fortalezas comunicativas propias. Cada persona completa una plantilla de autorregistro, donde establece micro-metas comunicativas para trabajar durante la semana (por ejemplo, pedir un café en voz clara,

presentarse ante alguien nuevo, hablar en una reunión familiar). Seguidamente, se trabaja la reestructuración cognitiva, una técnica clave de la terapia cognitivo-conductual. En grupos pequeños, los participantes analizan pensamientos automáticos disfuncionales relacionados con el habla, como "si tartamudeo, pensarán que soy tonto" o "no puedo hablar en público sin bloquearme". Usando plantillas impresas, se guía el proceso de identificación, análisis lógico y reformulación de estos pensamientos. Esta tarea se realiza de forma colaborativa y bajo la supervisión del profesional, que ofrece ejemplos y apoyo constante.

La parte práctica de la sesión se centra en la exposición progresiva a tareas verbales controladas. En un entorno seguro, los participantes leen en voz alta un texto breve escrito por ellos mismos los días anteriores. Cada intervención es seguida por feedback positivo inmediato, tanto del profesional como del grupo. Esta retroalimentación se basa en criterios observables (tono de voz, contacto visual, claridad) y se ofrece de forma constructiva y empática.

Sesión 4: Hablar con atención

En esta cuarta sesión se profundiza en los aspectos atencionales y ejecutivos que afectan directamente la fluidez verbal. Muchas dificultades comunicativas derivadas del miedo escénico o del bloqueo mental están relacionadas con una atención fragmentada y una alta autoconciencia negativa. Por ello, el entrenamiento cognitivo resulta fundamental.

Se inicia con una explicación del concepto de "mindful speaking" o habla consciente, en la que se propone abordar el acto de hablar como una práctica atencional. A través de una breve demostración, el profesional invita a los participantes a pronunciar frases sencillas mientras sincronizan el ritmo de su voz con la respiración consciente, guiada por un metrónomo sonoro que marca un tempo lento y constante. Esta actividad se repite varias veces con variaciones en el contenido verbal, permitiendo experimentar una comunicación más pausada y centrada. A continuación, se introducen ejercicios tipo Stroop, en los que los participantes por ejemplo deben decir en voz alta el color con el que están escritas palabras que nombran otros colores (por ejemplo, la palabra "rojo" escrita en azul). Estos ejercicios, presentados mediante una aplicación digital interactiva, estimulan el control inhibitorio y la flexibilidad cognitiva, habilidades esenciales para manejar interrupciones internas durante el habla. Posteriormente, se realizan tareas duales que combinan la expresión verbal con una tarea paralela (como caminar o lanzar una pelota suave entre compañeros). Este tipo de ejercicios exige una gestión eficaz de la atención dividida y favorece la automatización del lenguaje en contextos dinámicos.

La última parte de la sesión se centra en la atención plena aplicada a la escucha activa. Se propone una dinámica por parejas, en la que un participante habla durante dos minutos sobre un tema personal y el otro escucha sin interrumpir, manteniendo el contacto visual y registrando mentalmente los detalles del relato. Luego se invierten los roles. Esta práctica busca reducir el egocentrismo cognitivo (centrarse en cómo uno se ve al hablar) y enfocar la atención en el interlocutor, lo cual disminuye significativamente la presión del desempeño.

Sesión 5: Decir lo que pienso y siento

En esta sesión, el objetivo principal es proporcionar a los participantes herramientas prácticas para mejorar su competencia social y desarrollar habilidades asertivas, esenciales para una comunicación efectiva. Muchos de los problemas comunicativos asociados a la tartamudez psicógena están relacionados con la dificultad para expresar necesidades, deseos y opiniones de manera clara, respetuosa y sin temor a ser juzgados. Esta sesión se centra en que los participantes se sientan cómodos y seguros al interactuar con los demás, utilizando la asertividad como una forma de fortalecer su comunicación.

Para comenzar, se introduce el modelo DESC, una técnica de comunicación asertiva estructurada que permite expresar necesidades o deseos de manera clara, respetuosa y efectiva. DESC es un acrónimo que se desglosa de la siguiente manera:

- **Describir:** Explicar la situación o el comportamiento que se desea abordar sin juzgar ni interpretar.
- **Expresar:** Comunicar cómo se siente la persona ante esa situación, utilizando un lenguaje que refleje sus emociones sin culpar al otro.
- **Sugerir:** Proponer una solución o alternativa para mejorar la situación, orientada a una resolución constructiva.
- **Consecuencias:** Explicar de manera clara las consecuencias positivas de seguir la sugerencia, tanto para la persona que habla como para el interlocutor.

Se realiza una explicación detallada del modelo a través de pizarra digital o presentación visual, donde el profesional desglosa cada paso de manera práctica. Por ejemplo, en una situación cotidiana, como pedir a un compañero de trabajo que respete el tiempo de una reunión, el profesional muestra cómo estructurar el mensaje usando el modelo DESC.

El paso siguiente es la dinámica de role playing, en la cual los participantes se dividen en pequeños grupos para practicar la comunicación asertiva mediante situaciones simuladas. El profesional proporciona una serie de escenarios escritos, que describen situaciones cotidianas en las que podrían necesitar expresar un deseo o necesidad de manera asertiva. Algunos ejemplos de escenarios son: pedir una modificación en el horario de trabajo, rechazar una invitación que no se desea aceptar, expresar una opinión diferente en una reunión o solicitar un favor sin sentirse culpable. Cada participante recibe un rol dentro del escenario, que puede ser el de la persona que solicita algo (el asertivo), la persona que escucha y responde, o incluso un observador que ofrece feedback después de la actividad. Durante el role playing, se les anima a usar el modelo DESC para estructurar sus respuestas. El profesional acompaña y guía la actividad, corrigiendo sutilmente cuando es necesario y destacando los logros. El feedback positivo es clave en este momento, ya que se fomenta la retroalimentación constructiva y el refuerzo.

Finalmente, se les anima a seguir practicando esta técnica en su vida diaria y a registrar cualquier avance o desafío que encuentren.

Sesión 6: Mi voz también vale

La sexta sesión tiene como objetivo central la construcción y fortalecimiento de una autoestima saludable como base para una comunicación segura y eficaz. La autoestima juega un papel fundamental en la manera en que nos relacionamos con los demás, y particularmente en las personas que experimentan tartamudez psicógena, una autoestima sólida puede ayudar a superar barreras emocionales y sociales que dificultan la expresión verbal.

La sesión comienza con una dinámica de reflexión grupal en la que se plantea la pregunta: "¿Cómo crees que tu autoestima afecta tu forma de comunicarte?" El profesional da tiempo para que los participantes piensen y compartan sus respuestas. Para ayudar a dirigir la conversación, se utilizan tarjetas con afirmaciones positivas que los participantes deben leer en voz alta. Estas tarjetas incluyen mensajes como: "Soy capaz de expresarme con claridad", "Mis pensamientos son valiosos" y otras que fomentan la autoaceptación y el respeto por uno mismo. Este ejercicio inicial tiene como objetivo hacer que los participantes reflexionen sobre cómo se perciben a sí mismos y cómo esa percepción influye en sus interacciones sociales. Se les anima a reconocer cualquier patrón negativo en sus pensamientos y emociones, como la autocrítica excesiva, el miedo al juicio o el temor al rechazo, que pueden estar interfiriendo con su capacidad para comunicarse con confianza.

Otra actividad muy eficiente de esta sesión es la escritura de una carta a mi yo comunicador del pasado. Los participantes son invitados a reflexionar sobre su trayectoria personal, sus dificultades y logros comunicativos, y escribir una carta a su "yo" de años atrás, cuando aún luchaban con los miedos o inseguridades relacionadas con su forma de hablar. En la carta, se les anima a expresar mensajes de compasión, reconocimiento y aliento, resaltando los logros que han alcanzado y reafirmando la importancia de seguir adelante. Pueden incluir frases como: "Te felicito por haber llegado hasta aquí", "Aunque aún enfrentas desafíos, quiero que sepas que eres capaz de superarlos", o "No dejes que el miedo te impida seguir buscando maneras de comunicarte con confianza". Esta carta simboliza el proceso de autoaceptación y autocompasión, ayudando a los participantes a reconocer su propio valor y su capacidad de evolución. Este ejercicio no solo les permite hacer las paces con su pasado, sino también aceptar su proceso de crecimiento y transformación. Además, la escritura les ofrece una forma tangible de reflexionar sobre su viaje personal y las fortalezas que han adquirido a lo largo del tiempo.

Para cerrar la sesión, se realiza una breve meditación guiada de gratitud, enfocada en el reconocimiento de los logros personales y en la valoración de la capacidad para seguir avanzando en su desarrollo comunicativo.

Sesión 7: Cierre

La última sesión del programa es un espacio para la integración de todo lo aprendido, la celebración de los logros alcanzados y la evaluación del impacto del proceso en cada participante. Es un momento para reflexionar sobre el camino recorrido, reforzar los avances conseguidos en términos de autoestima, comunicación y habilidades sociales, y también para brindar herramientas y recomendaciones que aseguren la continuidad del progreso a largo plazo. Esta sesión, por su naturaleza, tiene un enfoque tanto de cierre emocional como de planificación futura, dejando claro que, aunque el programa termina, el proceso de mejora continua es algo que debe mantenerse más allá de la intervención.

La sesión comienza con una dinámica grupal de reflexión, donde cada participante tiene la oportunidad de compartir cómo se ha sentido durante el programa, qué ha aprendido y qué cambios ha experimentado en su comunicación. El profesional plantea preguntas como: "¿Qué ha sido lo más significativo para ti durante este proceso?", "¿En qué momentos has notado más avances?", o "¿Qué aspectos de ti mismo has descubierto que antes no conocías?". Esta reflexión colectiva permite que los participantes se vean a sí mismos desde la perspectiva de los demás y valoren su propio progreso a través de la retroalimentación positiva que han recibido durante todo el proceso.

Uno de los elementos clave de esta última sesión es la evaluación final. El profesional explica que se van a utilizar los mismos instrumentos de evaluación que en la primera sesión para medir los avances alcanzados. Se administra nuevamente la escala WHOQOL-BREF a cada participante. Este cuestionario permite comparar los resultados con los obtenidos en la evaluación inicial, facilitando la observación objetiva de las mejoras tanto a nivel individual como grupal.

La dinámica de cierre también incluye la expresión de agradecimiento y de reconocimiento mutuo, donde los participantes pueden decir algo positivo sobre sus compañeros, como "Aprecio tu sinceridad", "Me ha inspirado tu esfuerzo", o "Gracias por tu apoyo". Este tipo de interacción fomenta un ambiente de solidaridad y de refuerzo positivo que será recordado como un aspecto importante del programa.

Para terminar, el profesional presenta el plan de seguimiento que consiste en una sesión de seguimiento a los tres meses. En esta sesión futura, los participantes podrán reunirse para evaluar cómo han continuado aplicando las herramientas y estrategias aprendidas en el programa. El seguimiento se presenta como una oportunidad para reforzar los logros conseguidos y abordar posibles dificultades que puedan haber surgido. Durante esta sesión de seguimiento, se permitirá a los participantes compartir cómo se sienten en relación a sus habilidades comunicativas, y si sienten que los progresos alcanzados han perdurado. Además, se ofrecerán recomendaciones personalizadas para seguir trabajando en áreas específicas que puedan seguir requiriendo atención.

3.2. Método de evaluación de la intervención

La evaluación del programa de intervención FluidaMente se fundamenta en un enfoque cuantitativo de tipo pretest-postest con un único grupo experimental, a través del cual se pretende valorar el éxito del programa, así como analizar el impacto global de la intervención en la calidad de vida percibida por los participantes. La herramienta seleccionada para llevar a cabo dicha evaluación es la escala WHOQOL-BREF, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (1996), este cuestionario multidimensional está compuesto por 26 ítems que exploran cuatro dominios fundamentales: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno. Este instrumento ha sido validado en múltiples contextos y poblaciones, y demuestra una consistencia interna adecuada según estudios internacionales (Skevington, Lotfy y O'Connell, 2004). La evaluación se realiza en dos momentos: al inicio y al final del programa, permitiendo establecer comparaciones directas entre los niveles de calidad de vida antes y después de la intervención. Los datos se recogen de forma digital mediante

tabletas, lo cual asegura una mayor eficiencia, anonimato y reducción de errores.

4. Discusión y conclusiones

Desde una perspectiva reflexiva, se considera que se ha logrado el objetivo principal que motivó el origen de esta propuesta: diseñar una intervención psicológica específica y estructurada. El proceso de elaboración ha permitido integrar conocimientos teóricos relevantes como el modelo de regulación emocional de James Gross, la autoeficacia de Bandura, el mindfulness aplicado al habla o el entrenamiento en asertividad, dentro de una secuencia lógica y coherente de sesiones. En términos prácticos, el programa es aplicable en contextos universitarios o clínicos, cuenta con materiales accesibles, técnicas con respaldo empírico y una progresión adecuada desde la bienvenida hasta el cierre y seguimiento. Asimismo, el diseño favorece la adaptabilidad futura a otros perfiles o entornos. Por tanto, FluidaMente representa una propuesta sólida, coherente con los objetivos iniciales y alineada con las necesidades de una población escasamente atendida en la intervención psicológica contemporánea.

Desde una perspectiva metodológica y logística, la viabilidad del programa es alta. Se lleva a cabo en unas instalaciones que garantizan condiciones óptimas de espacio, recursos técnicos y accesibilidad. La muestra seleccionada se limita a personas de entre 18 y 35 años, en línea con las evidencias que señalan que en esta franja etaria existe una mayor plasticidad cognitiva y motivación para el cambio, así como una menor prevalencia de comorbilidades médicas o psicológicas graves que puedan interferir con la dinámica grupal. Además, el uso del formato grupal permite aprovechar los beneficios terapéuticos asociados al apoyo entre iguales, la validación emocional y el aprendizaje vicario. En cuanto a las implicaciones de este trabajo sobre el estado de la cuestión, en primer lugar, visibiliza una problemática infra investigada dentro de los trastornos de la comunicación. En segundo lugar, ofrece un modelo de intervención interdisciplinar que combina técnicas consolidadas de diferentes enfoques terapéuticos.

No obstante, el diseño del presente trabajo presenta ciertas limitaciones que conviene considerar con espíritu crítico. La ausencia de un grupo control impide establecer relaciones causales definitivas entre la intervención y los posibles cambios observados, lo que afecta a la validez interna del estudio. Del mismo modo, el tamaño muestral reducido limita la generalización de los resultados a poblaciones más amplias. Además, la duración del seguimiento se limita a una única sesión tres meses después del cierre, por lo que no es posible evaluar con certeza la estabilidad a largo plazo de los cambios producidos.

Con base en estas consideraciones, se proponen diversas orientaciones para futuras investigaciones. Sería recomendable replicar el programa con un grupo control, lo que permitiría incrementar el rigor metodológico y establecer comparaciones más sólidas entre condiciones. También podría explorarse el uso de herramientas complementarias de evaluación, como grabaciones de muestras del habla. Por otro lado, sería pertinente adaptar el programa a diferentes franjas de edad y contextos culturales, con el fin de examinar su aplicabilidad y eficacia en poblaciones más diversas. Asimismo, futuras líneas de investigación podrían centrarse en analizar el peso relativo de cada componente de la intervención (por ejemplo, mindfulness vs. TCC), lo que permitiría optimizar su estructura y eficiencia.

5. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480.
- Asociación Española de Pediatría. (2022). *Trastornos del habla y del lenguaje*. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04.pdf>
- Bandura, A. (1977). Autoeficacia: Hacia una teoría unificadora del cambio conductual. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Baumgartner, J., y Duffy, J. R. (1997). Psychogenic stuttering in adults with and without neurologic disease. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 5(2), 75–95.
- Diamond A. (2013). Executive functions. *Annual review of psychology*, 64, 135–168.
- Gross, J. (2015). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. En Gross, J. J. (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (2a ed.) (pp. 3-22). Guilford Publications.
- Mahr, G., y Leith, W. (1992). Psychogenic stuttering of adult onset. *Journal of speech and hearing research*, 35(2), 283–286.

- Moreno-Jiménez, J. E., Rodríguez-Carvajal, R., García-Rubio, C., Castillo-Gualda, R., y Montero, I. (2021). Long-Term Effectiveness of a Mindfulness Based Intervention (MBI) Program for Stuttering: A Case Study. *Clínica y Salud*, 32(2), 55–63.
- Prasse, J. E., y Kikano, G. E. (2008). Stuttering: an overview. *American family physician*, 77(9), 1271–1276.
- Roth, C. R., Aronson, A. E., y Davis, L. J., Jr (1989). Clinical studies in psychogenic stuttering of adult onset. *The Journal of speech and hearing disorders*, 54(4), 634–646.
- Smith, A., y Weber, C. (2017). How Stuttering Develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. *Journal of speech, language, and hearing research : JSLHR*, 60(9), 2483–2505.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K. A., y WHOQOL Group (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 13(2), 299–310.
- Yalom, I. D., y Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). Basic Books.
- Yairi, E., y Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66–87.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*.

6. Anexos

Materiales de las sesiones

6.1. Anexo I

Sesión 1: Bienvenida

Tarjetas con apoyo visual, que pueden incluir pictogramas, frases motivadoras, o dibujos abstractos.



6.2. Anexo II

Sesión 2: Emociones en voz alta

Respiración diafragmática.

Instrucciones:

1. Por favor, pónganse en una postura cómoda, ya sea sentados con la espalda recta y apoyada o recostados si lo prefieren. Coloquen una mano sobre el pecho y la otra sobre el abdomen, justo debajo de las costillas.
2. Vamos a prestar atención a nuestra respiración natural durante unos segundos, sin cambiar nada, solo observando.
3. Ahora, respiraremos lentamente por la nariz, intentando que el aire llene primero el abdomen y que sea la mano que está sobre el abdomen la que se eleve, mientras la mano sobre el pecho apenas se mueve.
4. Inhalen contando mentalmente hasta 4... 1, 2, 3, 4...
5. Mantengan el aire dentro contando hasta 2... 1, 2...
6. Exhalen lentamente por la boca, despacio y sin forzar, contando hasta 6... 1, 2, 3, 4, 5, 6...
7. Repetiremos esta respiración varias veces. Si en algún momento sienten que se marean o incómodos, simplemente respiren normalmente.
8. Vamos a hacer ahora 5 ciclos juntos. Yo guiaré el ritmo.

(Guiar el ritmo con pausas adecuadas: Inhalar 4s, mantener 2s, exhalar 6s, repetir 5 veces)

Relajación muscular progresiva de Jacobson.

Instrucciones:

1. Vamos a empezar con las manos y los antebrazos. Aprieten los puños lo más fuerte que puedan durante 5 segundos... 1, 2, 3, 4, 5... Ahora suelten de golpe y sientan cómo se relajan.
2. Ahora los brazos. Doblen los codos y tensen los músculos como si fueran a mostrar fuerza, mantengan 5 segundos... 1, 2, 3, 4, 5... Suelten y relajen.
3. Continuamos con los hombros. Súbanlos hacia las orejas, tensionen bien, 5 segundos... 1, 2, 3, 4, 5... Suelten y bajen los hombros.
4. Vamos con el cuello. Inclinen la cabeza hacia atrás un poco, tensando los músculos del cuello, 5 segundos... 1, 2, 3, 4, 5... Suelten y vuelvan a una posición neutral.
5. Frente y ojos. Frunzan el ceño y cierren los ojos con fuerza, mantengan 5 segundos... 1, 2, 3, 4, 5... Suelten y relajen.
6. Mandíbula. Aprieten los dientes y tensen la mandíbula, 5 segundos... 1, 2, 3, 4, 5... Suelten y noten la relajación.
7. Ahora el pecho y abdomen. Tensen el pecho y el abdomen todo lo que puedan, 5 segundos... 1, 2, 3, 4, 5... Suelten y relajen.
8. Espalda baja. Arqueen un poco la espalda baja, tensen, 5 segundos... 1, 2, 3, 4, 5... Suelten y relajen.
9. Piernas y muslos. Aprieten los muslos y tensen las piernas, 5 segundos... 1, 2, 3, 4, 5... Suelten y relajen.
10. Pies y dedos de los pies. Aprieten los dedos de los pies hacia adentro, mantengan 5 segundos... 1, 2, 3, 4, 5... Suelten y relajen.

6.3. Anexo III

Sesión 3: Reconectar con mi voz

Meta comunicativa	Situación en la que practicaré	Día y hora prevista	Nivel de dificultad (1-10)	Resultado y reflexión

Pensamiento automático disfuncional	Evidencia que apoya este pensamiento	Evidencia que lo contradice	Pensamiento alternativo más realista y adaptativo	Emoción asociada (y nivel de intensidad 1-10)

6.4. Anexo IV

Sesión 5: Decir lo que pienso y siento

Ejercicio de role playing.

Escenario 1: Solicitar una modificación de horario laboral

Contexto: Trabajas en una empresa con un horario fijo de 9 a 17 h. Debido a una nueva responsabilidad familiar, necesitas entrar una hora más tarde algunos días. Vas a hablar con tu supervisor para pedir el cambio.

Roles:

- Persona asertiva: Empleado/a que solicita el cambio.
- Persona receptora: Supervisor/a que escucha la petición.
- Observador/a: Evalúa si se expresa la necesidad con claridad, respeto y firmeza.

Escenario 2: Rechazar una invitación no deseada

Contexto: Un compañero del máster te ha invitado a una salida el sábado por la noche. No te apetece ir, pero temes que se moleste si rechazas la invitación.

Roles:

- Persona asertiva: Participante que debe rechazar la invitación sin sentirse culpable.
- Persona receptora: Compañero/a insistente o amable.
- Observador/a: Evalúa si se respeta el derecho a decir “no” sin excusas excesivas ni agresividad.

Escenario 3: Expresar una opinión diferente en una reunión

Contexto: En una reunión del equipo de proyecto, la mayoría opina que es mejor hacer una presentación clásica en PowerPoint. Tú crees que una presentación interactiva sería más efectiva.

Roles:

- Persona asertiva: Participante que expone su punto de vista con respeto.
- Persona receptora: Compañero/a que defiende la opción tradicional.
- Observador/a: Evalúa si se expresó la opinión sin imponerse ni callarse.

Escenario 4: Solicitar un favor sin sentirse culpable

Contexto: Necesitas pedirle a un amigo que te lleve en coche al médico porque estás sin transporte ese día. Sientes que estás molestando y no te atreves a pedirlo.

Roles:

- Persona asertiva: Quien solicita el favor con claridad.
- Persona receptora: Amigo/a dispuesto o con dudas.
- Observador/a: Evalúa si se pide el favor sin culpa, con empatía y sin exigencias.

Escenario 5: Pedir que bajen el volumen en casa

Contexto: Vives con compañeros de piso. Uno de ellos escucha música muy alta por la tarde, y tú necesitas concentrarte para estudiar. Nunca has hablado del tema y no sabes cómo plantearlo.

Roles:

- Persona asertiva: Quien necesita comunicar su necesidad.
- Persona receptora: Compañero/a que escucha música.
- Observador/a: Evalúa si se expresa el malestar de forma directa pero respetuosa, sin pasividad ni agresividad.

6.5. Anexo V

Sesión 6: Mi voz también vale

Tarjetas con afirmaciones positivas.

**Soy capaz
de
expresarme
con claridad**



**Mis
pensamientos
son
valiosos**



Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

