

Capítulo 7.

Éxito terapéutico y prognosis.

Hasta este punto hemos descrito la increíble variedad de enfoques terapéuticos de la tartamudez. ¿Qué clase de desorden es este que responde favorablemente, si hemos de creer a todos aquellos que los han propuesto, a tan gran cantidad de tipos de tratamientos, algunos de ellos incluso antagónicos? ¿Cómo de válidas son las reivindicaciones de éxito expuestas? ¿Seremos educadamente crédulos o desagradablemente escépticos? ¿Qué quiere decir la gente cuando reivindica porcentajes de curación o de mejora después del tratamiento? Hemos estudiado suficientes historias de personas que fueron tratados “exitosamente” por los métodos que hemos descrito para poder llegar a algunas tentativas de conclusión. En primer lugar, una muy pequeña parte de tartamudos se convierten de veras en completamente fluidos como resultado de casi cualquier tipo de terapia. En segundo lugar, *la gran mayoría de esos tartamudos adultos no están curados* aunque puedan mostrar pocos tartamudeos al final de la terapia. Recaídas y remisiones son la regla, no la excepción para el adulto tartamudo si se lleva a cabo un verdadero seguimiento de por vida. En tercer lugar, las reivindicaciones de mejora son muy difíciles de substanciar con exactitud. Indudablemente muchos tartamudos mejoran como resultado de alguna de esos diferentes tipos de terapia pero nuestras medidas de severidad y nuestros métodos de evaluación están tan llenos de defectos que no es posible cosechar algo de información fiable. Pero examinemos las reivindicaciones y criterios.

¿Cómo de exitosa es la terapia de la tartamudez para el adulto?

Cuando consideramos las reivindicaciones de algunos de nuestros predecesores, es como si perdiéramos pie. Se informó que Denhart (1890) había curado al 93% de los 2500 tartamudos, el mayor ratio de éxito que hemos sido capaces de encontrar en la literatura. Que nuestro escepticismo a la hora de valorar esta reivindicación debe tener algo de justificación se apoya en la siguiente cita de Appelt (1929):

Denhart ha tratado a más de 2500 tartamudos, y dice haber curado al 93%. Esta cifra es más que exagerada; de hecho, sus curaciones permanentes alcanzan un horrorosamente bajo porcentaje. Baste decir que el autor fue tratado en dos ocasiones por Denhart, y que ni él, ni los muchos compañeros tartamudos que encontró en el Instituto Denhart, y con los que mantuvo contacto posteriormente, encontraron allí una cura permanente. (p. 41)

Algunos de los otros antiguos terapeutas no fueron tan efectivos, según sus propias cuentas, aunque sus reportes de curas son ciertamente sustanciosos. De acuerdo con Potter (1882):

Klencke, en 15 años, trató 148 casos, y reconoce un solo fracaso. Los primeros 67 casos de Coen terminaron en 47 curas, 20 grandes mejoras y 7 fracasos. Chervin trató 52 casos en 6 meses, de los que 46 fueron curados; 4, débiles para aplicarse en los ejercicios, solo fueron parcialmente beneficiados, dejando 8 fracasos. Por otro lado, un profesor americano, Howard, de Nueva York, declara que “las recaídas desde una

Tomado de:
Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.

recuperación parcial son la regla, las curas permanentes son distinguidas excepciones” y Robert M. Zung, que tenía una reputación local en Michigan en el tratamiento de la tartamudez, reporta el resultado de su propia experiencia de 150 casos, dando solo 15 curas completas. (p.86).

Mientras la mayoría de los terapeutas modernos parecen ser más conservadores en sus informes de éxitos, encontramos a unos pocos de ellos que lo hacen remarcablemente bien. Así Zaliouk y Zaliouk reivindican haber conseguido “completa recuperación” en 37 de 58 niños tartamudos israelíes en sólo 20 sesiones. Otros nueve consiguieron progresos parciales y solo dos no aprovecharon en absoluto el tratamiento. Dostalova y Dosuzkov (1965) en Checoslovaquia, informaron que el 60% de dos grupos de 1811 niños tartamudos fueron curados (Balbuties praecox y Balbuties vulgaris) mientras que solo el 37% de un tercer grupo (Balbuties tarda) fueron curados. Sus ratios de fracaso van del 19 al 32%. Vlasova (1965) insistía que era capaz de curar al 65-70% de sus casos en Rusia. Es más, informó de que no había habido recurrencia de la tartamudez posterior en el 60% de esos niños. (Nótese que la mayoría de sus clientes eran niños, no adultos.)

En contraste con estos excepcionalmente altos porcentajes de curación, la mayoría de los modernos terapeutas están de acuerdo con Nadoleczny (1928) cuando dice que un tercio de los tartamudos se curan, otro tercio mejoran y el tercio restante pueden considerarse fracasos. Luchsinger y Arnold (1965), de acuerdo con Nadoleczny dicen además: “es interesante como estas cifras coinciden exactamente con las que ofrecen todos los tratamientos psiquiátricos.” Lo que es aun más significativo, quizá, es que aproximadamente un tercio de los neuróticos se curan sin tratamiento alguno.

Los escépticos.

Como no podía ser de otra forma, también encontramos en la literatura algunas potentes protestas contra estas cifras. Entre los primeros que cuestionó la permanencia de las curas que se anunciaban está Bluemel (1913), que intentó evaluar la verdad de los informes de curación de los colegios de tartamudez de su tiempo. He aquí un extracto de sus descubrimientos:

El escritor continuó con sus investigaciones y después de mucho trabajo consiguió entrevistarse con cien ex-alumnos de otros dos colegios de tartamudez —uno en América y otro en Inglaterra, ambos garantizaban una cura de la tartamudez. De esos cien alumnos, solo cinco dijeron estar curados. De esos cinco, dos, hasta el punto en que llega el conocimiento del escritor, han recaído. Uno de los tres restantes se entrevistó con el escritor recientemente en New York, y su tartamudez curada consiste en golpear las sílabas en el tiempo a una velocidad aproximada de una palabra por minuto... Así que tenemos dos curas sobre cien casos.

En otro lugar Bluemel (1957) dice: “cuando el tartamudo ha prolongado su tartamudez en la vida adulta, es muy raro que la terapia le vuelva fluido.” Scripture (1931) dice: “la tartamudez se considera usualmente incurable y no más del 5% de los casos tratados se recuperan para siempre, porque la patología del trastorno no ha sido establecida y no han sido encontrados métodos racionales para tratarlo.” Brill (1923), el famoso

Tomado de:
Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.

psicoanalista que examinó a 500 tartamudos e hizo tratamiento de largo recorrido con 69 de ellos, “curando” sólo a 5, uno de los cuales recayó, expresa su desilusión de esta manera: “Como cualquier otro, yo estaba muy ilusionado cuando empecé y vi la remarcable mejoría en algunos pacientes. Mi entusiasmo declinó a medida que mi experiencia y el número de mis casos fue creciendo.” “La tartamudez,” sigue Brill, “es la más difícil de las neurosis que uno puede tratar. Existen muy pocas curas entre los adultos afectados crónicamente. Muchas de las curas que se anuncian son de naturaleza temporal.”

Encontramos algunas de las mismas dudas expresadas en la literatura europea. Hanicke y Leben (1964) dicen:

La tartamudez mina la autoconfianza del tartamudo y le deja con la impresión de fracaso. Parece no haber escape, de manera que el desorden a menudo asume las características de una neurosis crónica. Es por tanto comprensible que Panconcelli-Calzia, uno de los más grades logopedas, declarase casi al final de su carrera: “Un tartamudo continuará tartamudeando toda su vida a pesar de las teorías de los científicos.” Es cierto que la tartamudez puede mejorarse en mayor o menor medida pero la predisposición o la tendencia a recaer se mantienen constantemente presente y emergerá a la menor provocación.

En 1938 Bryngelson, quien había previamente afirmado que el 40% de los niños tartamudos se libraban de la tartamudez a la edad de 8 años, expresó su pesimismo acerca de la posibilidad de curación de los tartamudos adultos:

Después de 15 años de experiencia con cerca de 5.000 tartamudos, me veo forzado a decir que la cura absoluta es muy rara. Por cura absoluta entiendo la eliminación de todos los síntomas: miedo, sensibilidad al habla, patrones de conducta, conductas de evitación y posposición, necesidad de apoyos psicológicos y fisiológicos...

Kopp, (1939) no es menos pesimista:

He cuestionado todas las teorías acerca de la tartamudez que se han planteado. Lo he hecho porque estoy convencido de que ningún método de tratar la tartamudez es suficiente para corregir el habla de la mayoría de los tartamudos. En diez años trabajando con tartamudos no he podido curar completamente a uno sólo de los adultos, usando uno u otro enfoque. Es cierto que he ayudado a mejorar el habla de un número de ellos, tanto jóvenes como mayores. Mi socio el Dr. West ha estado acertado repartiendo honores cuando dijo: “Oh, sí, Dios, la naturaleza, el paciente, Kopp y yo mismo hemos ayudado a unos pocos tartamudos.”

Fitz (1961) en su libro *Schach dem Stottern*, también muestra su preocupación acerca de algunas afirmaciones exorbitantes:

Ciertamente parece audaz e improbable afirmar que todos los tartamudos pueden ser liberados de su desorden por vías de una reeducación de la voz o las funciones del habla. El limitado éxito mostrado por las formas usuales de tratamiento hacen de esa ilusión, a nuestro entender, una aserción vacía. Como norma del 1% de la población

Tomado de:
Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.

general que tartamudea, solo un 30% puede ser curada; 30 permanece igual y el 40% empeoran. Cuando Chemnitz informó de un 70% de curas con su tratamiento, hubo una duda general en los círculos profesionales.

El fallecido Anton Shilling de Alemania, que trabajó intensamente con tartamudos con éxito, muestra su prudencia: “Cualquiera que se jacte de una cura definitiva de la tartamudez se expone a serias sospechas (1961).” En otro lugar Schilling (1963) en su recuento de sus propias curas se muestra cauto:

En base a nuestra experiencia, somos muy cautos a la hora de juzgar un tartamudo como “curado” por una buena razón. Incluso cuando haya libertad de los síntomas al final del tratamiento, no consideramos esto una evidencia de la cura completa. Si permanece una usura o timidez en el habla, o diferencias sintomáticas microscópicas en el acento o en el tempo o la continuación de comportamientos asociados como enuresis, nos refrenamos de juzgar al paciente como curado incluso aunque sea fluido.

Quizá la razón básica del escepticismo sobre los informes de curas sea la prevalencia de la recaída después del tratamiento. Hay algo demasiado definitivo en el concepto de cura. Una vez trabajamos con un tartamudo que nos dijo que ya antes había sido curado nueve veces, y que quería hacerlo la décima. Audaz es el terapeuta, o cegado por su ego, que usa la palabra “curado” como indicativo de liberado de la tartamudez para siempre. McCord (1955) pone la cuestión en una perspectiva más saludable: “Por desgracia, el alivio de la tartamudez puede considerarse solo ‘permanente’ si el individuo permanece libre de sus males hasta que muere. Por tanto, quizá la investigación en esta área deba ser llevada a cabo solamente por individuos que prevean gran longevidad personal.”

Que se entiende por la cura de la tartamudez.

Aquí de nuevo nos encontramos con el problema de la definición. En otro libro, *The Nature of Stuttering* (Van Riper, 1971b), el autor ha dedicado un capítulo entero a esta cuestión. Mostró como los diferentes patólogos definen la tartamudez de manera diferente. Esta cuestión por sí misma llevaría a confusión en la búsqueda de comparar los resultados de la terapia de una persona con los de otra. Cuando uno lee detenidamente los informes de éxito clínico, raramente encontramos una definición de los criterios básicos por los que se define la tartamudez. En aquel capítulo también distinguíamos entre comportamiento tartamudo, el cual entendíamos como ruptura o distorsión temporal de la palabra, y tartamudez como desorden, que es algo muy diferente. Presumiblemente, muchas de las “curas” de las que se ha informado se basan en el último de ellos, pero no encontramos datos que podamos usar para interpretar los estándares de desviación del autor. Neaves (1967), por ejemplo, dice:

La elección de criterios para el resultado exitoso o fracasado era en verdad crítica y en este caso lo resolvimos de la siguiente manera: (1) Todos los casos que se consideren éxito deben estar, bien completamente libres de tartamudez o bien mostrar solo una tartamudez muy leve. (2) Todos los casos que se consideren como no exitosos deben permanecer con una tartamudez moderada o severa.

Tomado de:
Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.

Podríamos sospechar que la mayoría de los considerados “éxitos” (51%) se incluían en el segundo punto de la categoría anterior. Dudamos que cualquier persona sea libre de demostrar unas pocas palabras rotas en momentos de estrés comunicativo ocasional, así que evidentemente este autor tiene una definición diferente de la nuestra, que es el punto al que queríamos llegar. A no ser que tengamos algún entendimiento de lo que el autor entiende por tartamudez y lo que entiende por su desaparición, permanecemos en la oscuridad. ¿Cómo de perfectamente, como de consistentemente, como de permanentemente has de hablar con fluidez para considerarte curado? Encontramos un viejo artículo en el London Magazine de agosto de 1825, describiendo el sistema de Broster para curar los impedimentos del habla, la tartamudez principalmente. El autor, después de examinar el tratamiento y evaluarlo, hace esta embarazosa declaración: “El sistema es en general efectivo, pero no es *perfectivo*.” Sospechamos que la mayor parte de las curas fueron a parar a la clasificación anterior. Los tartamudos aprenden a hablar de manera más efectiva y menos anormal. Algunos de ellos pueden incluso pasar por hablantes normales superando la barrera que significa desviación.

Hace mucho, Robert West intentó arrojar algo de luz en las muchas aclamaciones de éxito del tratamiento de la tartamudez:

La cura, en la mente de algunos, es el aprendizaje de una técnica por la cual el paciente puede hablar a pesar de su tendencia a tartamudear, aunque su habla no sea enteramente automática... La cura, en la mente de otros, es la vuelta definitiva al habla normal sin la necesidad constante de estar vigilando los labios, en definitiva, la automatización del habla. La cura, en la mente de otros, es la reducción o eliminación de las situaciones en las que la tartamudez se genera... cambiando la actitud del tartamudo ante estas situaciones. Esta es la cura del higienista mental, y asume que una vuelta a las antiguas actitudes trae una vuelta de la tartamudez.

No creemos que la lista de West incluya todas las variadas definiciones que acompañan los informes de curas de la literatura. Algunos éxitos reflejan meramente la habilidad del tartamudo para conseguir una precaria fluidez en la lectura oral, o hablando en la clínica o el laboratorio, o con el terapeuta. ¿Está un tartamudo curado si puede hablar sin palabras rotas pero solo si golpea con sus dedos sincrónicamente con cada sílaba o hablando a una velocidad de 40 palabras por minuto o solo cuando lleva una muñequera? En relación con esto, el australiano Scott apunta acertadamente:

Si realmente hay una necesidad de desarrollar “un nuevo patrón psicomotor de habla” (Gregory, 1968; Goldiamond, 1965) para el tartamudo, su habla debería de alguna manera ser distinta del habla normal... El habla normal se confunde erróneamente con el habla fluida. Un tartamudo curado será aquel que hable normalmente, no necesariamente fluidamente, si esa fluidez se consigue de una manera anormal.

Algunas “curas” reflejan tan solo la fluidez del tartamudo en el momento en que se acaba la terapia. De hecho, algunos informes de éxito se basan meramente en el número de tartamudos que terminan la terapia. Las curas de las buenas solo pueden asegurarse en

Tomado de:
Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.

términos de seguimiento fuera de la clínica, y esto encierra muchos problemas. Como Andrews y Harris (1964) declaran:

Evaluar el habla solo en el seguimiento clínico resultaba claramente insatisfactorio, ya que muchos aprendían a hablar fluidamente con el terapeuta y seguían teniendo dificultades en otros entornos. El informe del propio sujeto respecto a su mejoría no era fiable, ya que tanto la negación de síntomas como el criticismo extremo eran respuestas comunes.

Pocos trabajadores han empleado la entrevista de estrés usada por Andrews y Harris para evitar estos problemas, pero incluso aunque lo hubieran hecho, hay algunos tartamudos que pueden afrontar el reto de una reevaluación y presentar una fluidez temporal que, después de investigar, no caracteriza su habla habitual. Rubin y Cullata (1971) dice: “Estamos orgullosos de decir que nueve de nuestros tartamudos se han curado, somos optimistas acerca de la evolución de otros dos, reservados acerca de otros dos, y pesimistas acerca de otros dos.” Envidiamos su orgullo pero hubiéramos preferido disponer de mayor información acerca de los métodos y condiciones de esta evaluación.

Quizá otra dificultad importante cuando se evalúan los resultados de la terapia de la tartamudez en términos de curación sea que con ello se implica un modelo médico del desorden, y esto puede ser bastante inapropiado. La tartamudez no es una enfermedad en términos médicos. Muchas de sus manifestaciones consisten en comportamientos aprendidos; quizá el mayor cargamento de anormalidad del tartamudo consiste en eso. Los comportamientos aprendidos no se “curan”, se desaprenden o se reemplazan con otros comportamientos aprendidos. Es más, muchos de los comportamientos aprendidos que caracterizan la tartamudez envuelven reacciones de evitación condicionadas a estímulos múltiples y complejos. Estos son muy difíciles de extinguir. Otros, aquellos caracterizados por lucha y huida también han sido potentemente reforzados. Si bien la extinción completa de estas reacciones aprendidas es posible en teoría, es escasamente realista que ocurra en un alto porcentaje de la población tartamuda adulta. El hecho de que, universalmente, se informe de muchas más curas entre los niños que entre los adultos, se debe seguramente al hecho de que estos comportamientos están menos aprendidos, o más débilmente, en aquellos. Afrontémoslo —la palabra “cura” es un contenedor muy elástico y varios clínicos han atestado una enorme cantidad de resultados terapéuticos aprovechándolo.

Criterios de éxito terapéutico.

Creemos que si se declaran “curas” se deberían preguntar las siguientes cuestiones para estar libres de toda sospecha.

- (1) ¿Cuál es la definición del terapeuta de “cura”?
- (2) ¿Cómo se evalúa?
- (3) ¿Cuándo y cada cuanto y cual es el intervalo en el que el tartamudo es reevaluado?

- (4) Ya que una gran proporción de niños se curan de la tartamudez sin terapia, ¿qué edad tenía el tartamudo?
- (5) ¿Cómo de severa era la tartamudez en origen?
- (6) ¿Cuántos tartamudos abandonaron el tratamiento?
- (7) ¿Qué proporción de los tratados están disponibles para ser reevaluados?
- (8) De esos que se dicen curados, ¿cuántos de ellos han informado de recaídas ocasionales?
- (9) ¿Se han intentado grupos de control sin terapia o con placebos?
- (10) ¿Fue la evaluación de la cura realizada por el mismo terapeuta que la consiguió, por el mismo tartamudo, por sus socios, o por un asesor independiente?

En nuestro repaso de la literatura, solo unos pocos estudios presentaron la información necesaria para responder siquiera unas pocas de estas preguntas, y ninguno las contestaba todas.

Valoración de la mejoría.

Casi todos los informes de éxito en terapia de tartamudez incluyen la categoría de mejoría. A menudo se subdivide en *mucha mejoría* (habla normal o casi normal), *mejoría*, o *algo de mejoría*. Aunque estos juicios sin duda reflejan la opinión del terapeuta, la cual difícilmente está exenta de distorsión, también están basados en cambios reales que han ocurrido como resultado de la terapia. Los tartamudos mejoran, permanecen igual, o empeoran. Lo que nos preocupa no es el concepto de mejoría sino los criterios utilizados para evaluarla.

De nuevo, como en el caso de las curas, no solemos encontrar en la literatura mención de criterios de resultado. Encontramos meros números o porcentajes, una situación como mínimo lamentable para aquel que busque la verdad. Todas las preguntas que planteamos para el caso de la cura son de igual importancia en la valoración de la mejoría, aunque sean desagradables, son necesarias. O incluso más importantes en este caso ya que la afirmación de la cura es presumiblemente validable (p.ej. no se oye ni se ve signo de tartamudez) mientras que el concepto de mejoría se basa en la severidad relativa. Podríamos decir que una persona ha mejorado cuando su tartamudez es menor de los que lo era anteriormente. Pero eso significaría que podemos medir la severidad de una manera válida y fiable, y la triste verdad es que no podemos. Nuestro repaso de la severidad de la tartamudez (Van Riper, 1971, Cap. 9) ha demostrado que ni la frecuencia ni la duración de los momentos de tartamudez son mediciones satisfactorias de severidad y que guardan poca relación con la visión del propio tartamudo de su dificultad. Es más, la tartamudez es muy

variable en ocurrencia según la situación y el grado de estrés y está altamente influenciada por las relaciones y emociones interpersonales. La ecuación multifactorial que pudiera representar verdaderamente la severidad de la tartamudez todavía no ha sido formulada. Por tanto estamos forzados a concluir que estos informes de mejoría deben ser vistos como la impresión de los evaluadores y nada más. Indudablemente, estos tienen sus evidencias, pero siempre debemos estudiar los porcentajes de mejoría con cuidado.

Intentos de proporcionar validaciones fiables.

Algunas de estas dificultades han sido reconocidas por muchos autores y quizá el escepticismo con el que las afirmaciones de curación se han encontrado se deba a ese reconocimiento. Uno de los primeros intentos de encontrar la verdad sobre los resultados de las terapias de tartamudez fue llevado a cabo por Abrahams y Forchammer (1954) en Dinamarca, en un instituto que había trabajado con tartamudos durante años. Rechazaron como indeseable cualquier cuestionario estándar y entrevistaron a 144 tartamudos ex-pacientes suyos no solo en el instituto sino también en sus propias casas, diciendo, “estamos convencidos de que con visitas al domicilio se obtiene una impresión más fiable del estado del paciente.” Chequearon las evaluaciones que habían sido llevadas a cabo cuando el paciente había abandonado el instituto frente a sus propios juicios en el momento del seguimiento en términos de las siguientes categorías: curado, esencialmente mejor, algo mejor y sin cambios. No sabemos sus criterios de curación o mejora pero concluyeron que muy pocos tartamudos se habían recuperado totalmente aunque la mayoría habían progresado considerablemente. De las 17 personas etiquetadas como “curadas”, 13 habían recaído y el 29% de los tartamudos habían mostrado regresión respecto de sus avances seis meses después de la finalización e la terapia.

Algunos otros terapeutas han empleado la entrevista directa. Citemos solo un ejemplo, Andrews y Harris (1964) emplearon a un colega de la clínica, desconocido del cliente, para provocar una situación estresante y grabaron la conversación, después hicieron sus juicios en base a esta grabación. Demasiados trabajadores se han fiado de cuestionarios, herramienta dudosa, como mínimo, y a menudo con cuestiones planteadas de manera que fomentasen respuestas positivas. Por ejemplo, Øfstass (1969) preguntó a 100 tartamudos que había previamente tratado en el sistema educativo estatal de Noruega cuanto habían tartamudeado antes de empezar el tratamiento, cuanto sentían que habían sido ayudados, y porqué pensaban que habían sido ayudados (entre otras cuestiones), encontrando que la mitad de ellos habían encontrado “buena ayuda”, un tercio “muy buena ayuda” y el resto “algo de ayuda”. Independientemente del formato de cuestionario, más del 27% declaró algún tipo de recaída desde que habían abandonado el tratamiento.

Ha habido intentos de refinar las impresiones clínicas de mejoría a base de escalas de ratios. Los ratios han sido a menudo utilizados por los clínicos y se han basado en muestras de lectura oral o de habla espontánea como la evocada con los dibujos TAT o Johnson’s Job Task (Johnson, Darley y Spriestersbach, 1963). También usaron ratios Frick (1965) y Gregory (1969) entre otros, pero debemos recordar que tanto Naylor (1953) como Aron (1967) encontraron poca correlación entre los ratios obtenidos por los clínicos y los

Tomado de:
Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.

obtenidos por los mismos tartamudos, y debemos prestar atención a la advertencia de Sherman, cuando dice: “Otra consideración en la evaluación de los progresos durante la terapia es el hecho de que la evidencia en los progresos para una situación de habla no es necesariamente evidencia de progreso para otra situación.”

Un enfoque prometedor, que por lo que conocemos aparece en la literatura solamente en una ocasión, fue el desarrollado por Shames (1952). Grabó muestras del habla de los tartamudos antes y después de la terapia y las presentó a dos terapeutas experimentados y no familiarizados con el caso en cuestión, preguntándoles si el habla en la segunda muestra era mejor que en la primera. Si pudiéramos estar seguros de que las muestras eran representativas del habla general de los tartamudos y que las muestras fueron presentadas de manera aleatoria, podríamos tener una herramienta de evaluación muy útil. Otro enfoque interesante es el de Adams (1971) quien usó una jerarquía de situaciones temidas de habla establecida por el propio tartamudo como sistema de medida. Otra más es la de Prins (1970). Reconociendo que la tartamudez es un desorden multidimensional y que el cambio debe ocurrir no solo en el habla sino en otros muchos aspectos, usó auto-ratios para cada uno de los ítems de la ecuación de tartamudez de Van Riper (1971^a), graficando los resultados en términos de condiciones durante la terapia y en el tiempo posterior de seguimiento. Otros autores han usado mediciones de ansiedad fisiológicas o de otro tipo. Gray usó mediciones de conductancia eléctrica dérmica, sudoración palmar y los resultados del Test de Willoughby. Gregory (1969) usó huellas de sudoración palmar, la escala de ansiedad de Taylor Manifest, el Holzman Inkblot y otras medidas. Lanyon (1969) comparó mediciones de severidad de la tartamudez pre y post terapéuticas y en fase de seguimiento. Todos estos intentos, como contar el número de palabras tartamudeadas por minuto, el porcentaje de disfluencias, la velocidad de habla, etc, dejan mucho que desear aunque al menos tienen la evidencia de reconocer que se necesitan más datos que la simple opinión del terapeuta para apoyar la afirmación del éxito del tratamiento.

Concluamos esta sección citando el valiente esfuerzo llevado a cabo por Andrews e Ingham (1972) de Australia para medir objetivamente el resultado de diferentes tipos de terapia. Usando no solo medidas de frecuencia de tartamudeo, y de palabras pronunciadas por minuto, sino también porcentajes de tartamudeos caracterizados por sonidos y repetición de sílabas en oposición a “bloqueos, prolongaciones, interjecciones y omisiones forzadas,” compararon el resultado en habla conversacional antes y después de la terapia. Mostraron, por ejemplo, que cuando el entrenamiento en habla silabeada se comparaba con DAF u otros entrenamientos de feedback, “el tipo de tartamudez que permanecía hacia el final del tratamiento era cualitativamente diferente en cada grupo de tratamiento.” Aquellos que recibieron entrenamiento en habla silabeada tenían “tartamudeos secundarios debilitadores” mientras que aquellos que habían trabajado con terapia de feedback tendían a mostrar “repeticiones simples.” Creemos que esta investigación proporciona un modelo básico para otras investigaciones de resultados que esperamos se lleven a cabo. Necesitamos más que afirmaciones clínicas de éxito.

Recuperarse de la tartamudez.

Hace algunos años este autor enseñó un curso de tartamudez para logopedas en una convención de la ASHA (American Speech and Hearing Association). Presentamos nuestro material y respondimos preguntas de la audiencia durante cuatro horas, más o menos. Finalmente una señora no pudo contenerse por más tiempo y me preguntó: “¿que tipo de masoquismo perverso le impele a insistir que todavía es usted un tartamudo?” dijo. “He estado escuchándole durante todo este tiempo y no he visto ni oído un solo signo de tartamudez, y no creo que nadie más lo haya hecho.” Sonreímos y replicamos que aunque ella no hubiera visto ni oído esos signos, había sentido o anticipado cientos de ellos pero me había arreglado para tartamudear fluidamente cuando habían ocurrido. La mayoría de ellos, dije, habían sido manejados automáticamente como resultado de nuestra larga auto-terapia pero otros habían sido moldeados deliberadamente de manera que no impidieran la comunicación y no exhibiera una innecesaria anormalidad. En lo que respecta a seguir definiéndome como miembro del clan de las lenguas enredadas, le dije que simplemente me sentía más cómodo en el papel de tartamudo fluido que en el papel de hablante normal disfluyente, ya que el último de ellos me llevaba a la necesidad de evitar o al menos a sentimientos de fraude.

Proporcionamos esta anécdota personal solo para enfatizar que los criterios en que se basan los conceptos de cura o de recuperación son de vital importancia. Demasiado a menudo se escrutiniza exclusivamente el comportamiento hacia exterior. Hemos entrevistado a muchas personas que decían haber sido curados por nosotros o por otros o por sí mismos y que se mostraban, al menos durante la entrevista, muy fluidos. No obstante, si les preguntábamos si ocasionalmente tartamudeaban o tenían recurrencias en situaciones de estrés, la mayoría de ellos decían que sí. Algunos de ellos no piensan en sí mismos ya como tartamudos aunque tartamudean en ocasiones —lo cual está muy bien, no hay nada que decir. Algunos se definen como ex-tartamudos que tienen lapsos de vez en cuando. Otros dicen que sí, que a veces tartamudean, pero que ya no sufren el handicap. Otros dicen que están curados cuando obviamente todavía usan los trucos de evitación y ocultación que los tartamudos siempre hemos usado para esconder nuestro desorden y pasar así como hablantes normales. Hemos buscado los secretos de la recuperación de la tartamudez durante sesenta años y nuestra conclusión es que muy pocos adultos se recuperan tan completamente como para poder llamarlos curados.

Algunos partidarios del condicionamiento operante han insistido que sus procedimientos son capaces de conseguir la meta de “cero tartamudez” y critican a los que se conforman con menos. Daríamos gustosos la bienvenida a la demostración de esas terapias tan exitosas pero, hasta el punto que hemos podido estudiar, no ha sido demostrado en términos de nuestros criterios. Las afirmaciones sin base de curaciones de tartamudez no nos impresionan. Sospechamos de esos informes en los que la mejoría se mide en base a la frecuencia o la duración de los tartamudeos en unas pocas situaciones. Un momento de tartamudez muy severo y retorcido, incluso aunque sea muy corto u ocurra una vez entre mil situaciones puede tener un impacto tremendo en el mismo tartamudo y en su oyente. También somos por supuesto extremadamente escépticos respecto a las evaluaciones basadas únicamente en la presencia o ausencia de tartamudez si el tartamudo exhibe la

precaria pseudo fluidez que proviene del uso de una velocidad muy lenta o cualquier otro tipo de prosodia anormal. Un tartamudo puede ser capaz de hablar sin tartamudez usando esos trucos, pero muy raramente continuará usando esa pronunciación anormal durante mucho tiempo. Es más, si lo hace, hablará anormalmente. Debemos estar muy alerta a la hora de evaluar los informes. Muy pocos de ellos (incluidos los nuestros) muestran rigor científico. Digámoslo claramente de una vez: muy pocos tartamudos adultos se recuperan completamente.

Si nuestras conclusiones acerca del resultado de las terapias suenan pesimistas, al menos son realistas. Y apuntan a la necesidad de un tipo distinto de terapia, una que ayude al tartamudo a manejar su tartamudez cuando ocurra. En la segunda parte de este libro hablamos de nuestra propia terapia, que busca la modificación del tartamudeo de manera que el tartamudo pueda ser fluido incluso aunque tartamudee. Buscamos la eliminación del *handicap* de la tartamudez. Si el tartamudo puede aprender, bajo nuestra tutela, a tartamudear sin anormalidad y con pocas interrupciones en el flujo de habla, no nos importa si está curado o no. No le importará a él tampoco, ni a sus oyentes.

Durante 20 años, a medida que desarrollábamos esta terapia, elaboramos protocolos cuidadosos de lo que hicimos a nuestros tartamudos y de los resultados. Nuestros resultados han sido recopilados en el libro de Eisenson "*Stuttering: a Symposium*" (1958). No creemos que esta recopilación sea un modelo para nadie, porque sus fallos son obvios, pero queremos citar el conjunto de criterios de terapia exitosa que usábamos en aquellos días:

En primer lugar, el tartamudo debe hablar mejor que este autor en todas las situaciones. Este criterio se usa a falta de otro tipo de comparaciones efectivas, y he hablado a grupos de colegas formalmente e informalmente tan frecuentemente, en tantos lugares y durante tantos años que me parece una medida tan buena como cualquier otra que pueda inventar. Podríamos definirlo como un 0.5 en la escala de severidad de Iowa. En segundo lugar, el tartamudo no deberá evitar palabras si situaciones de habla. En tercer lugar, su tartamudez no debe interferir en su ajuste social o laboral. En cuarto lugar, sus miedos a situaciones y palabras deben ser cercanos a cero. Finalmente, su tartamudez no debe significar una preocupación para él mismo ni para otros.

Si dispusiéramos de otros 20 años revisariáramos estos criterios y añadiríamos otros y buscaríamos jueces independientes que llevaran a cabo las validaciones en la esperanza de que otros hicieran mejor el trabajo. Si así fuera, solo esperamos que esos jueces sean tan escépticos respecto al éxito terapéutico como nosotros lo hemos sido.

Prognosis.

A la luz de nuestra discusión previa de éxitos y fracasos, parecería que esta sección dedicada a la prognosis tendría muy poco sentido. No obstante, los terapeutas son optimistas o no serían terapeutas. Es más, independientemente de la terapia que administren, cada uno de ellos parece haber tenido éxito con algunos tartamudos. Quizá por esta razón hemos encontrado en la literatura descripciones de prognosis favorables y

desfavorables. Los clínicos necesitan tanta esperanza como los pacientes y a veces necesitan justificación previa para los posibles fracasos que anticipen. Sea cual sea la razón, pocos de nosotros podemos resistir intentar estimar las probabilidades de resultado exitoso. A menudo podríamos haber cambiado lo que hicimos mirando las líneas de la mano o los posos del café, pero no obstante intentamos buscar información que sea predictiva. Repasemos la literatura relativa a la embriología del presentimiento.

Características del habla normal de los tartamudos que tienen valor en la prognosis.

Wendahl y Cole (1961) demostraron que el habla normal de los tartamudos severos se caracteriza por irregularidades temporales y contiene más forzado y tensión que el habla normal de los hablantes normales. Si podemos inferir que una prognosis más favorable es más probable cuando el habla normal de estos tartamudos está más integrada que cuando no lo está, alguna de esta información puede ser valiosa. Las medidas de momentos de duda como la de Mahl (1957) de medida de ratios de no-ahs pueden ser predictivos. De manera similar, Schilling y Goeler (1961), y muchos otros han demostrado que el rango del tono de la voz y las inflexiones está más restringido en algunos tartamudos incluso aunque no tartamudeen y esas características normalmente indican un severo problema. En general se cree que cuanto más restringidos sean los patrones de tono e inflexión, peor prognosis. Hirschberg (1965) declara que la mejor prognosis es cuando la respiración no está afectada. Froeschels (1952) menciona que la cantidad de aire inhalado previamente al habla es una buena medida de prognosis, estableciendo que si es normal, en lugar de excesiva en el momento de la inhalación, la prognosis es más favorable. Luper y Mulder (1964) mencionan un buen contacto visual con el oyente como un signo favorable y la presencia e tensión excesiva desfavorable. Robinson (1964) recalca la importancia de la conciencia del habla y la preocupación en la comunicación como factores importantes en la prognosis. Esto tiene impacto presumiblemente tanto en el habla normal, como en el habla anormal de los tartamudos. Otros factores de prognosis pueden ser la cantidad de tiempo diario de habla, la proporción de momentos de habla normal, el volumen medio de la pronunciación normal, e incluso la inteligibilidad. Por lo que sabemos, ningún investigador ha investigado sistemáticamente la incorporación de estos temas para desarrollar una medida de prognosis, pero seguramente, el habla normal del tartamudo posee información importante a este respecto.

Manifestaciones visibles del comportamiento tartamudo que pueden esconder claves de prognosis.

Hay muchas declaraciones en la literatura que afirman que cuando la tartamudez se limita a simples repeticiones regulares de sílabas, en poca cantidad, la prognosis es más favorable que cuando están presentes comportamientos de lucha y evitación. Glasner y Rosenthal (1957) mantenían que cuanto más complejo sea el comportamiento tartamudo, más pobre es la prognosis. Usando tres tipos de comportamiento: duda excesiva, prolongaciones excesivas y repeticiones excesivas, encontraron que el 51% de sus tartamudos que mostraban solo uno de estos tres tipos de comportamiento superaban la tartamudez mientras que solo el 35% de los que mostraban dos o tres de esos comportamientos se recuperaban.

Tomado de:
Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.

En general parece que, al menos en niños, cuanto más frecuentes sean los momentos de tartamudez, y cuanto más largos sean, peor es la prognosis. A menudo los más severos de los tartamudos adultos consiguen los progresos más rápidos pero esto depende sobre todo de la mayor motivación, menos comportamientos de evitación y síntomas más visibles. Un tartamudo visiblemente muy severo tiene pocos miedos a palabras o fonemas ya que todos los sonidos y palabras le dan miedo y tiene menos que perder a la hora de enfrentarse y trabajar su problema que aquellos que han sido capaces de esconder el problema. En estos tartamudos severos, también, el progreso es más visible.

La visibilidad y apertura del comportamiento tartamudo puede tener, por tanto, valor en la prognosis. Freund (1934), Douglas y Quarrington (1952), y otros han establecido que los tartamudos encubiertos o interiorizados constituyen un problema más severo, terapéuticamente hablando, que la tartamudez que es plenamente abierta, una opinión recientemente apoyada por Danielson (1963). Douglas y Quarrington (1960) razonaron que como los tartamudos encubiertos son típicamente juzgados como menos severos que los tartamudos abiertos, la prognosis es más pobre para los primeros. Tienen menos voluntad para identificar debido a los fuertes deseos de evitar ser oídos, el coste personal es más alto, y sienten que la audibilidad del tartamudeo es necesariamente un empeoramiento del trastorno.

La variabilidad de la tartamudez ha sido también considerada como predictor. Schonharl (1964) afirmó que cuando el comportamiento tartamudo es muy consistente, la prognosis es más favorable que si fluctúa. No estamos de acuerdo, principalmente por los cuadros monosintomáticos que presentan algunos tartamudos neuróticos.

La forma característica del comportamiento tartamudo también ha generado muchas afirmaciones referentes a la prognosis. Froeschels (1952) menciona que la ausencia de bloqueos tónicos y pseudo tónicos (cierres sin presión) indica que el problema está menos establecido. También dice que si la salida del bloqueo es gradual, en lugar de súbita, la prognosis es más favorable. La investigación de Diamond (1953) demostró que los tartamudos predominantemente clónicos tienen mejor prognosis que los predominantemente tónicos. Zernei (1965) testó la respuesta de 102 tartamudos al DAF. Aquellas tartamudeces que no mejoraba con el DAF las definió como tartamudez orgánica y las desechó. Los 77 restantes se volvieron más fluidos con el DAF y los clasificó de acuerdo con sus comportamientos mayoritarios como tónicos y clónicos. El grupo de tónicos no respondió a la terapia posterior, pero la mayor parte del grupo clónico hizo rápidos progresos. McDowell (1928) creía que uno con “rápidas dudas, habla nerviosa, acompañada por repeticiones de sonidos o sílabas simples pero sin espasmos clónicos o tónicos” puede esperarse que se “recupere rápidamente” en contraposición a otro que muestre características más avanzadas. Kenyon (1931) ha enfatizado la posibilidad de que los bloqueos en la laringe indican un problema más severo que aquellos en los que las fijaciones ocurren solo en la lengua o labios, una conclusión que está de acuerdo con nuestra experiencia clínica. Las fijaciones múltiples también nos preocupan más que la se producen solo en un sitio. También añadiremos que cuando se prolonga las vocales de forma excesiva con una subida de tono durante el momento de la tartamudez, el problema

Tomado de:
Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.

clínico se vuelve más difícil. Cuando la tartamudez está asociada al cluttering, la prognosis es peor que cuando existe solo uno de estos desórdenes (Weiss, 1964), especialmente en niños hiperactivos o especialmente “nerviosos.”

Algunos investigadores han buscado la relación entre consistencia, lugar sintáctico de los tartamudeos y adaptación para determinar la prognosis. Quarrington (1965) y Lanyon (1965) descubrieron que cuando la tartamudez se limita consistentemente en ciertas palabras o sonidos existe menos mejoría que si hay inconsistencia del lugar en que se produce. Este refleja seguramente la intensidad de los miedos a palabras y fonemas. Jonhson, Darley, y Spriestersbach (1963) señalaron también el fenómeno de la consistencia, diciendo “en general, podría indicar lo fuertemente que las respuestas tartamudas están asociadas a los estímulos o claves por las que presumiblemente han sido condicionadas.” Lanyon (1965) investigó la relación entre las frecuencias iniciales de tartamudez y la velocidad de adaptación en lecturas repetidas y la mejoría después del tratamiento, descubriendo que en los tartamudos severos, la velocidad de adaptación podría tener algo de valor pronóstico pero que las medidas de consistencia o las frecuencias de tartamudeo después de la adaptación no tenían ninguno. No obstante, Prins (1970) no está de acuerdo, y escribe que, “en este punto, parece que la adaptación a la tartamudez no es ni predecible ni tiene mayor relación con las medidas de progreso de la terapia.”

Quizá la pieza de investigación sobre prognosis más intrigante sea la llevada a cabo por Stromsta (1965) quien examinó los espectrogramas de niños tartamudos que habían sido examinados 10 años antes. Descubrió que aquellos que mostraban cambios bruscos en las transiciones entre palabras y no mostraban ruptura en el flujo de aire durante los momentos de tartamudez se habían recuperado completamente mientras que aquellos que mostraban cambios bruscos en las transiciones entre palabras y ruptura en el flujo de aire seguían tartamudeando. Otro estudio interesante con implicaciones en la prognosis es el llevado a cabo por Froeschels y Rieber (1963) que relacionó los problemas de audición con la severidad. Ringle y Minifie (1966) demostraron que la severidad estaba relacionada con la habilidad de juzgar y manejar el tiempo. En su estudio, usaron tres grupos de sujetos: hablantes normales, tartamudos leves y tartamudos moderados y severos. Se pidió a los sujetos que estimaran la duración de un periodo de 10 segundos mientras llevaban a cabo simultáneamente las siguientes actividades: silencio, lectura oral, lectura silenciosa, escuchar y habla espontánea. Su conclusión fue que durante las actividades comunicativas, los tartamudos, sea cual fuere su severidad, fueron menos acertados en el cálculo del tiempo. El resultado en el grupo de leves fue más similar a la del grupo de hablantes normales que a la de los severos y moderados. En relación a la prognosis, Ringle y Minifie declararon: “si los cálculos excesivos de tiempo se debían a la incomodidad de los tartamudos en la actividad comunicativa, la habilidad para calcular el tiempo debería mejorar a medida que progresan en la terapia.”

Este repaso está lejos de ser completo pero las más importantes claves que se han estudiado en relación con la prognosis de la tartamudez han sido citadas. La investigación resulta obviamente inadecuada. Las observaciones clínicas necesitan ser reunidas, organizadas y rigurosamente testadas. Mucho camino queda por recorrer.

TRADUCCIÓN LIBRE CON FINES EDUCATIVOS – NO COMERCIALES

Actitudes o comportamientos encubiertos que pueden tener valor en prognosis.

Los clínicos han enfatizado a menudo la importancia de la motivación, ansiedad, culpabilidad, relaciones interpersonales, y otros factores similares en la determinación de la prognosis. Para revisar aunque sea una porción de las muchas declaraciones en la literatura en relación a esto sería necesario demasiado espacio y por tanto nos confinaremos principalmente a los descubrimientos de la investigación. Andrews y Harris (1964) en su estudio longitudinal de niños británicos tartamudos no encontraron diferencias significativas en los resultados de test o entrevistas entre ellos y otros niños hablantes normales. Bullwinkle (1933) trató a 23 niños tartamudos. Aquellos que no progresaron satisfactoriamente se encontraron los más sensibles, tímidos, retraídos, con gran fijación a la madre y neuroticismo. Shames (1952) encontró que la introversión social estaba significativamente relacionada con la prognosis favorable, mientras que los “viva la virgen” eran ligeramente, pero significativamente menos favorables en prognosis. Buscaglia (1962) sugirió que la integración del autoconcepto debería ser considerada como un factor de la prognosis, un descubrimiento mencionado también por Clark y Murray (1965). Lanyon, (1966) usando el MMPI descubrió que la *fuerza del ego* estaba relacionada positivamente con la prognosis y las respuestas de *represión desviada* negativamente. Sheehan (1954) descubrió que el Rorschard podía ser usado para predecir la mejoría psicoterapéutica pero no la mejoría del habla. También declaró que el Rorschard tenía valor predictivo para “separar aquellos tartamudos que más fácilmente abandonarían la terapia antes de tiempo.” En su investigación de tartamudos recuperados, Zelan, Sheehan, y Bugental (1954) usando la técnica W-A-Y, investigaron el autoconcepto de 40 tartamudos y encontraron como resultado que el éxito en terapia dependía de haberla empezado con menos auto percepciones negativas. Naylor y Rosenthal (1968) en un cuidadoso estudio de terapia breve con tartamudos militares, no pudo encontrar ningún predictor de progreso válido ni fiable ni de los ratios clínicos ni de los test de personalidad.

Neaves (1967) en un estudio con 165 tartamudos concluyó que no había diferencias significativas en ajuste de personalidad entre aquellos que respondieron positivamente al tratamiento y los que no lo hicieron. En rasgos específicos, lo que habían fracasado en terapia eran más dependientes, deseosos de llamar la atención y sumisos que los que triunfaron, que eran más asertivos, realistas y seguros de sí mismos.

Si este repaso de la investigación parece descorazonador, debemos decir que refleja el estado de la ciencia del comportamiento en general respecto a las predicciones de resultado de las terapias. El clínico, de momento, debe evaluar la prognosis de cada nuevo paciente sin las herramientas objetivas que un día tendrá. No obstante, estamos seguros que los terapeutas experimentados usan claves provenientes de las actitudes del tartamudo, su emocionalidad, sus relaciones personales, su autoconcepto, y similares manifestaciones a la hora de hacer juicios razonablemente aproximados en relación al probable éxito del tratamiento para un individuo dado.

Factores del desarrollo importantes en la evaluación de la prognosis.

Aquí parece haber algo de unanimidad. ¡Cuanto más joven sea el tartamudo, mejor prognosis! Encontramos esta declaración reconocida casi universalmente. Wulffert (1964) en Bulgaria, Andrews y Harris (1964) en Inglaterra, Dostalova y Dosuzkov (1965) en Checoslovaquia, Kamiyama (1967) en Japón y Arnott (1965) en Australia, son solo unos pocos de los muchos escritores que están de acuerdo en general con Glasner y Dahl (1952) en USA, quienes afirmaron: “La evidencia hoy en día indica que si la tartamudez del niño no desaparece antes de que empiece la colegio, el desorden tiene muchas posibilidades de empeorar progresivamente.” Hay amplia evidencia (Milisen y Jonhson, 1936; Pollit, 1951; Andrews y Harris, 1964; Shearer y Williams, 1965; Wingate, 1964 y Sheehan y Martyn, 1966) de que una proporción amplia de niños que comienzan a tartamudear se recuperan con o sin ayuda profesional antes de la adultez, pero generalmente, la opinión es que cuanto más haya persistido la tartamudez, peor prognosis. Daskalov (1962) declara que “los mejores resultados (en terapia) son obtenidos con niños de preescolar. Estos resultados son consistentes y derivan en curas en poco tiempo.” Sigue diciendo que en adultos o niños de edad escolar, la terapia era menos efectiva con tendencia a la recaída o deterioro. Dostalova y Dosuzkov (1965) comparando grupos por edad de inicio de tartamudez encontraron que en el grupo “balbuties tarda” (inicio después de 8 años) tenía la mayor resistencia a terapia, la mayor severidad y la menor cantidad de recuperación espontánea, en comparación con los “balbuties precox” (inicio entre los 2 y 4 años) y los “balbuties vulgaris” (inicio entre los 5 y 7 años). Saito (1967) en Japón proporciona descubrimientos similares: los niños cuyo inicio de tartamudeo era anterior a los 4 años, traídos a terapia en los primeros tres meses después del inicio, tenían la prognosis más favorable. Resultados contrarios han sido informados por Jameson (1955) quien cree que la edad de inicio no tiene importancia en el resultado de la terapia.

Andrews y Harris (1964) encontraron que 4 de cada 5 tartamudos se recuperaban antes de los 10 años, pero solo una cuarta parte de los que seguían tartamudeando después de esa edad se recuperaban. Freund (1966) repasó la literatura sobre las tartamudeces que empiezan en edad adulta y concluye que usualmente es de corta duración.

Ya hemos descrito el efecto de la complejidad y la severidad de la tartamudez como factores de prognosis. Cuando se las ve como expresiones del desarrollo de un desorden que usualmente comienza con simples repeticiones silábicas, y después progresa a través de una serie de estados (Froeschels, 1952; Bloodstein, 1960; Van Riper, 1971^a), parece claro que la exacerbación de la severidad y el crecimiento del desorden deberían ser tenidos en cuenta a la hora de evaluar un probable resultado. Como el desarrollo mórbido es normalmente oscilatorio con frecuentes regresiones a un estado anterior y a menudo periodos de completa fluidez, el terapeuta debería ver esta inestabilidad como signos favorables. Una vez que el desorden se estabiliza, en un estado avanzado, se esperan más dificultades en el tratamiento.

Estamos seguros que la prognosis para el tartamudo individual está determinada en buena parte por la evaluación de su propio desorden como problema y las influencias

Tomado de:
Van Riper, Ch. (1973). The Treatment of Stuttering. New Jersey: Prentice Hall.

positivas o negativas de personas significativas de su entorno actual y pasado. No es necesario decir que si determinamos la prognosis, necesitamos estudiar intensivamente a este tartamudo y su historia y hacer algo de terapia de prueba con él. La prognosis (como la diagnosis) debe ser reexaminada continuamente y reevaluada a lo largo del periodo terapéutico. Condiciones, actitudes y comportamientos nunca permanecen constantes sino que están en un estado interminable de fluctuación y cambio.

En esta discusión hemos evitado a propósito el atolladero de la discusión sobre la etiología y las teorías en el que la naturaleza de la tartamudez está enterrada hoy en día. ¿Tiene el tartamudo tipo cluster mejor prognosis que el tartamudo neurótico? Estas y otras preguntas del mismo tenor no pueden ser respondidas a día de hoy. Podemos afirmar, no obstante, que una prognosis favorable depende sobre todo del tipo de problema que presenta el paciente. Nuestro éxito o fracaso puede ayudarnos, por lo menos, a evaluar la prognosis al final del tratamiento, y ese es un miserable pensamiento para acabar este capítulo.