



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

## TRABAJOS DE INVESTIGACION

# EXPERIENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LA TARTAMUDEZ INFANTIL

AQUILINO M. POLAINO-LORENTE

Jefe del Servicio de Psicología Clínica del Instituto  
Nacional de Psicología Aplicada y O. P.  
Profesor de la Universidad Complutense  
Madrid

### 1. INTRODUCCION

El concepto de la tartamudez es tan variado y polimorfo, que resulta muy difícil fijar sus fronteras y limitar los casos a los que se extiende.

Ni todas las interrupciones en la marcha fluida del lenguaje, ni todos los titubeos (*bafouillement*) y repeticiones tienen igualmente cabida en esta categoría. De aquí las dificultades con que nos encontramos desde un principio.

Para intentar resolverlas hemos procurado pasar revista a las distintas hipótesis clínicas (1) que pueblan la abundante bibliografía existente a este respecto, para al final decidirnos por una en concreto que se ajustaba mucho mejor al modelo de diagnóstico concebido por el autor de este trabajo.

### 2. MATERIAL Y METODO

#### 2.1. MATERIAL.

El estudio experimental y terapéutico que hoy presentamos, recoge el esfuerzo de casi dos años de trabajo. Durante este período hemos tratado a 16 tartamudos aplicando a todos ellos la misma técnica terapéutica. Para el diagnóstico de la tartamudez nos hemos servido del análisis conductual molar, según el modelo construido *ad hoc*, que más adelante se expone.

(1) Cfr. POLAINO-LORENTE, A.: «Hipótesis clínicas en torno a la tartamudez», *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, 1975.

Con este modelo tratamos de describir, en términos de comportamiento, lo más objetivamente posible, las anomalías patognomónicas del habla en la tartamudez. La observación y la evaluación pormenorizada de estos «errores» permiten, en nuestra opinión, una selección homogénea —y, por tanto, comparable— de las alteraciones de la conducta verbal.

Cada uno de los sujetos de estas experiencias estuvieron sometidos a las condiciones del tratamiento durante un período aproximado de diez meses. Las edades de los sujetos oscilaron entre los cinco y los veinte años y a todos ellos fue aplicado idéntico programa terapéutico.

La opción aquí elegida (aunque se aparta de los métodos tradicionales y pese al esfuerzo que su puesta en marcha exige), creemos que merece un lugar destacado como terapia concreta en bastantes de las complejas formas de las conductas verbales anormales.

## 2.2. MÉTODO.

Describimos a continuación la sistemática seguida en los pasos de nuestro procedimiento.

### 2.2.1. *Análisis conductual molar de la tartamudez a nivel individual.*

Con este análisis conductual seleccionamos, según un modelo de diagnóstico propio, los distintos sujetos integrados en nuestros grupos de tratamiento.

Con este fin atomizamos los distintos errores presentes en la conducta verbal anómala, tras su registro y evaluación en grabaciones recogidas para estos propósitos. Los distintos pasos efectuados son los siguientes:

2.2.1.1. Registro y evaluación de las anomalías conductuales (según la atomización micromolecular de los errores que más adelante se expone) en:

- La conversación espontánea.
- La escritura espontánea.
- La lectura espontánea.

2.2.1.2. Registro y evaluación de la tasa de lectura antes de comenzar la terapia.

2.2.1.3. Investigación y evaluación de las configuraciones conflictivas del habla y la lectura erróneas, reactivas a determinadas circunstancias escolares y sociofamiliares.

2.2.1.4. Investigación de las palabras y formas gramaticales selectivas en las que los errores se patentizan inequívocamente (respuestas de consistencia).

2.2.1.5. Construcción —según las respuestas de consistencia de textos altamente significativos y adaptados a la conflictividad específica de cada sujeto. Grabación de esos textos con la técnica de lectura simultánea.

### 2.2.2. *Técnicas de entrenamiento en relajación.*

2.2.2.1. Entrenamiento en ejercicios de relajación [Schultz (2) y Jacobson (3)].

(2) SCHULTZ, J. H.: *Des autogene Training*. Thieme, Stuttgart, 1956.

(3) JACOBSON, E.: *Progressive relaxation*. Univ. of Chicago Press.

2.2.2.2. Entrenamiento para la corrección sistemática de los hábitos respiratorios erróneos.

2.2.2.3. Entrenamiento en el reconocimiento del propio esquema corporal, dedicando especial atención a los órganos del lenguaje.

2.2.3. *Técnicas del seguimiento del habla con la lectura simultánea (condiciones de encubrimiento) según Cherry y Sayers (4) y May y Hackwood (5).*

2.2.3.1. Técnicas de seguimiento del habla con lectura simultánea de textos no normalizados *in vivo* (sin grabaciones, el entrenador en lenguaje acompaña al sujeto en la lectura simultánea I).

2.2.3.2. Técnicas de seguimiento del habla con lectura simultánea de textos contruidos expresamente en relación con las dificultades específicas del sujeto *in vivo* (entrenamiento en una situación real).

2.2.3.3. Técnicas de seguimiento del habla con lectura simultánea de textos contruidos expresamente en relación con las dificultades específicas del sujeto recogidas en esas grabaciones.

El individuo practica en casa con la ayuda de los auriculares, que le permiten seguir las grabaciones durante una hora diaria.

2.2.4. *Reeducación sistemática y progresiva de los hábitos verbales.*

Entrenamiento del sujeto para que la experiencia aprendida en el laboratorio sea transferida a situaciones de la vida real, conflictiva o no. El acercamiento a las circunstancias conflictivas se hizo según una programación gradual en colaboración con los padres y entrenadores del habla.

2.2.5. *Psicoterapia grupal.*

2.2.5.1. Una sesión por semana, después de los tres primeros meses de tratamiento con la colaboración y presencia de los padres (psicoterapia familiar). El empleo de esta técnica se dirige a favorecer el ajuste entre el tartamudo y el medio familiar. Los progresos en el tartamudo ocasionan una desadaptación en la familia, que hasta ahora, por un proceso espontáneo de adaptación forzada, estaba sobreadaptada a la alteración de la conducta verbal del pequeño.

De otra parte, con la psicoterapia grupal, el tartamudo amplía la plataforma de su seguridad frente a los padres, al sentirse respaldado por el terapeuta.

Los padres, finalmente, son ayudados también con esta técnica, al percibir el importante papel que desempeñan en relación con las alteraciones verbales de sus hijos. Esta sensibilización aumenta la eficacia de su com-

Chicago, 1938. *Modern treatment of tense patients*. Thomas, Springfield. Illinois, 1970.

(4) CHERRY, E., and SAYERS, B. MCA.: «Experiments upon the total inhibition of stammering by external control and some clinical results», *Jour. of Psycho. Resear.*, 1956, I, 233-245.

(5) MAY, A. E., and HACKWOOD, A.: «Some effects of masking and eliminating low frequency feedback on the speech of stammers», *Beh. Res. and Therapy*, 1958, 6, 219-233.

prometida responsabilidad y promueve en ellos una conducta más activa hacia la participación (los resultados obtenidos con esta técnica están, no obstante, todavía por evaluar).

2.2.5.2. Una sesión por semana de psicoterapia grupal con chicos tartamudos y no tartamudos en alternancia con la anterior. Por este camino se facilita la andadura del tartamudo hacia su reinserción social definitiva. Lástima que los resultados consecutivos al registro de estas sesiones están todavía sin valorar.

### 2.2.6. Técnicas futuras.

En la actualidad estamos ensayando el adiestramiento de padres como terapeutas de sus propios hijos dentro de un modelo operante (según una graduación de las dificultades en las tareas —artificiales y de la vida real— que son proporcionalmente recompensadas mediante gratificaciones y premios).

Partimos de la base del método empleado por Innerhofer und Müller (6). Los padres pueden enseñar a sus hijos procesos operantes sencillos, de tal forma que ellos mismos los apliquen en situaciones de la vida real. Esta es nuestra más próxima aspiración (7).

## 3. EXPOSICION SISTEMATICA DE LOS RESULTADOS

Sintetizaremos a continuación los resultados obtenidos, en forma de tablas de fácil lectura.

TABLA I  
Distribución de los enfermos tratados según edad y sexo

Edades (años)	Varones	Hembras	Totales
5-8 .....	1	1	2
8-11 .....	3	2	5
11-14 .....	5	1	6
14-20 .....	3	—	3
<b>TOTALES .....</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>16</b>

(6) INNERHOFER, P., und MÜLLER, G. F.: *Elternarbeit in der Verhaltenstherapie*. Sonderheft I/1974 der «Mitteilungen der GVT e. V.» (Herausgegeben von Peter Gottwald und Albert Egetmeyer).

(7) GRANZIANO, A. M.: «A group treatment approach to multiple problem behaviors of autistic children», *Exceptional Children*, 1970, 36, 765-770.

RAY, R. S.: «Parents and teachers as therapists agents in behavior modification. Paper presented at the Second Annual Alabama», *Beh. Modific. Inst.*, Alabama, 1969.

WALTER, R. G., et al.: «Mothers as behavior therapists for their own children», *Beh. Res. and Therapy*, 1965, 3, 113-124.

ZEILBERGER, J., et al.: «Modification of a child's problem behaviors in

TABLA II

*Distribución de los casos según la edad en el comienzo del tartamudeo*

Núm. de casos	Edad al comienzo del tartamudeo (años)
2 .....	2-4
5 .....	4-6
8 .....	Más de 6
1 .....	No sabe

TABLA III

*Distribución de la casuística estudiada según el tiempo de evolución desde el comienzo y el tipo de tratamiento anteriormente practicado*

Núm. casos	Tiempo de evolución desde el comienzo (años)		Tipos de tratamiento anteriormente practicados		
	1-3	3-5	Más de 5 años	Psicoterapia de grupo	Psicoanálisis
2	11	3	5	2	9

TABLA IV

*Antecedentes familiares y personales de los sujetos estudiados*

	Núm. de casos
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES.</b>	
Dislexias .....	3
Depresión reactiva .....	1
Epilepsia .....	1
Madre sobreprotectora .....	1
Madre neurótica .....	2
<b>ANTECEDENTES PERSONALES.</b>	
Desarrollo tardío del habla .....	3
Zurdo/Diestro/Ambidiestro .....	3/10/3
Epilepsia .....	1
Histeria .....	1
Neurosis de ansiedad .....	2
Insomnio .....	3
Enuresis-Encopresis .....	5
Vómitos .....	2
Lesión cerebral .....	1
Asma bronquial .....	1
Anorexia .....	1
Depresión neurótica .....	1
Hipocondría .....	1

the home with the mother as therapist», *Jour. of Appli. Behav. Analysis*, 1968, L, 47-53.

TABLA V

*Valoración materna de la conducta de los sujetos*

<i>Valoraciones</i>	<i>Núm. de casos</i>
Deprimido .....	4
Ansioso .....	3
Irritable .....	5
Inquieto .....	5
Rígido .....	2
Excitado .....	4
Solitario .....	4
Inhibido .....	5
Tímido .....	5
Susceptible .....	6
Desordenado .....	8
Resentido .....	5
Nervioso .....	4
Vacilante .....	1
Desesperado .....	1
Delincuente .....	1
Explosivo .....	3
Inadaptado .....	6

TABLA VI

*Atomización y análisis molar conductual específico en la tartamudez*

<i>Alteraciones</i>	<i>Núm. de casos</i>
<b>1. ALTERACIONES DEL HABLA.</b>	
<b>1.1. Repeticiones de comienzo (titubeos):</b>	
1.1.1. De palabras .....	6
1.1.2. De sílabas .....	8
1.1.3. De frases .....	1
<b>1.2. Repeticiones de finalización (arrastrés de sonidos):</b>	
1.2.1. De palabras .....	2
1.2.2. De sílabas .....	3
<b>1.3. Repeticiones en el desarrollo:</b>	
1.3.1. De palabras .....	3
1.3.2. De sílabas .....	5
1.3.3. De frases .....	1
1.4. Pausas inoportunas (interrupciones) .....	10
1.5. Interjecciones extemporáneas y asincrónicas .....	9
1.6. Conversación en trenes discontinuos .....	11
1.7. Bloqueo espasmódico y detención en vocales .....	8
1.8. Pronunciaciones erróneas .....	12
1.9. Amusicalidad estereotipada y acentuación monótona .....	7
1.10. Bardilalia/Taquilalia .....	8/3
1.11. Extrapolación asignificativa de sílabas y alargamiento de palabras .....	1

TABLA VI (Continuación)

<i>Alteraciones</i>	<i>Núm. de casos</i>
1.12. Inversión de la ordenación silábica .....	2
1.13. Abreviación incomprensibles de palabras .....	1
1.14. Frases incompletas .....	5
1.15. Respiración espasmódica y en sacudidas .....	7
1.16. Sucesión desordenada de las palabras (de modo que alteren o hagan incomprensible el significado de la frase) .....	3
1.17. Asíndesis (omisión de importantes conjunciones) ...	1
1.18. Mal desarrollo de los hábitos gramaticales .....	6
<b>2. ALTERACIONES DE LA ESCRITURA.</b>	
2.1. Irregular .....	4
2.2. Transposiciones .....	2
2.3. Repeticiones .....	2
2.4. Omisiones .....	4
2.5. Sustituciones silábicas .....	3
2.6. Extrapoluciones .....	1
2.7. Puntuaciones erróneas .....	6
2.8. Errores ortográficos .....	6
2.9. Bradigrafía .....	7
2.10. Trazos temblorosos .....	4
2.11. Gran presión sobre el papel .....	9

En estos casos, obviamente, renunciamos a cualquier análisis que supusiera la observancia de los criterios grafológicos. Nos hemos limitado, pues, al mero registro de las alteraciones autonómicas de la escritura, consideradas éstas desde una perspectiva exclusivamente formalista.

TABLA VII

*Cuantificación matemática de la constancia de los errores del habla*

<i>Errores del habla</i>	<i>Promedio de errores (*) al comienzo del tratamiento, por cada 100 palabras emitidas</i>
<b>1. LENGUAJE ESPONTÁNEO.</b>	
1.1. En la conversación espontánea .....	9.4.
1.2. En la lectura espontánea .....	6.1.
1.3. En la escritura espontánea .....	1.3.
<b>2. LENGUAJE REACTIVO A ESTÍMULOS SELECTIVOS.</b>	
2.1. En circunstancias conflictivas selectivas ...	10.2.
2.2. A palabras y formas gramaticales conflictivas selectivas .....	9.7.

(\*) Aquí se incluyen las sumaciones de los errores promedio (desglosados anteriormente en el análisis molar conductual), después de haberlos recogido en grabaciones y ejercicios exploratorios *ad hoc*. Una vez efectuada la atomización de las anomalías, procedimos a su cuantificación matemática y a la obtención de los promedios entre los sujetos que integran el grupo.

TABLA VIII

*Promedios de tasas de lectura (número de palabras por minuto) antes y después del tratamiento*

<i>Promedios de tasas de lectura (palabras/minuto)</i>	<i>Núm. de casos</i>	
	<i>Antes del tratamiento</i>	<i>Después del tratamiento</i>
80-100 .....	4	2
100-150 .....	7	3
150-200 .....	5	6
200-250 .....	—	5

#### 4. COMENTARIOS SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Dado que las tablas anteriores han sido construidas de la forma más sencilla para facilitar de este modo su comprensión al lector, no insistiremos demasiado en los comentarios de nuestros resultados. De todos modos, no renunciamos a hacer alguno que otro que explicita, todavía más, lo allí expuesto. Para ello seguiremos el mismo orden numérico de las tablas (el número romano indica la tabla respectiva así enumerada).

4. (I).—Como puede observarse, la prevalencia de nuestra corta casuística cursa a favor de los varones; de hecho, la proporción entre varones y hembras es de 3/1, lo que está en contradicción con los trabajos epidemiológicos de Arnold (8); no obstante, la pequeñez de nuestra casuística, la proporción obtenida se aproxima más a las encontradas por Schuell (9) y Tanner (10). Las edades representadas en la tabla I corresponden al momento de iniciarse la consulta de los enfermos.

4. (II).—La edad de comienzo es sólo aproximada y ha sido encontrada tras consultar con los padres de los chicos. La mayor parte de nuestros sujetos comenzaron a tartamudear a partir de los seis años, circunstancia ésta que debe ser tenida en cuenta, puesto que la mayoría de ellos iniciaron en este periodo su escolarización. Es muy posible que el farfulleo, hasta entonces incipiente, tomase cuerpo y se manifestase de forma más patente alrededor de los primeros

(8) ARNOLD, G. E.: «Studies in tachyphemia». I. Present concepts of etiological factors», *Logos*, 1960, 3, 25-45.

(9) SCHUELL, H.: «Sex differences in relation to stuttering», *J. Speech Dis.*, 1946, II, 271-298.

(10) TANNER, J. M.: *Education and Physical Growth*. London, University of London Press, 1961.

contactos con el medio escolar. En este sentido podría afirmarse que el medio escolar desempeñaría aquí la función de revelar o agudizar, en algunos casos, una alteración de la conducta verbal hasta ese momento latente, que tal vez había pasado desapercibida en el ámbito familiar.

4. (III).—Todos los casos estudiados habían intentado ya otros tratamientos. Algunos de ellos, preocupados por su alteración, habían recorrido varias consultas de otros colegas, sin apenas obtener los beneficios anhelados. Ello habla a favor de los pocos resultados que se obtienen con otros estilos terapéuticos. Pero a la vez esta variable puede ayudarnos a comprender el proceso ganancial de *neurotización secundaria* al que están expuestos esta clase de pacientes. Si a cada consulta médica sigue la frustración concreta de no haber acertado con la solución del problema, ésta se agravaría todavía más, y como el enfermo internaliza siempre su enfermedad, al mismo tiempo que hace una interpretación de ella de acuerdo con su *Weltanschauung* personal, es lógico suponer al largo alcance que estas interpretaciones erróneas puedan tener en el futuro.

4. (IV).—La observación atenta de la tabla IV nos advierte de la escasez de datos patognómicos de la tartamudez, como forma de alteración de la conducta verbal asociada a otras enfermedades o fenómenos (mongolismo, epilepsia, zurdera) que, propuesta por otros autores, no se ve confirmada en nuestra casuística. El único dato significativo que hemos encontrado, es la enorme frecuencia con que estos chicos han padecido de enuresis o encopresis (casi el 33 por 100 de nuestros casos). Eso, en orden a los antecedentes personales. En los antecedentes familiares interesa destacar la relativa alta frecuencia de madres sobreprotectoras y de padres que habían padecido de dislexia cuando pequeños.

4. (V).—En la valoración que la madre hace de la conducta de su hijo sobresale sobre todo la calificada como desordenada (cfr. tabla V), que en nuestra casuística llegó al 50 por 100. Este dato no sabemos como interpretarlo. De un lado, si la madre es sobreprotectora tenderá, por su perfeccionismo, a exagerar el orden en el hogar. Pero de otro, autores como Arnold (11) y Dehirsch (12) insisten en que el niño tartamudo presenta graves inconvenientes para orientarse en el espacio y en el tiempo, cuestión ésta que justifica la valoración hecha por la madre. La susceptibilidad y la desadaptación

(11) ARNOLD, G. E.: *Ob. cit.*

(12) DEHIRSCH, K.: «Studies in tachyphenia. IV. Diagnosis of developmental language disorders», *Logos*, 1961, 4, 3-9.

tación son los otros dos rasgos que en orden de importancia siguen al desorden, según la valoración de las madres. En nuestra opinión estas dos variables muy bien pudieran ser consecuencia del tartamudeo, y no causa del mismo.

4. (VI). El estudio sistemático de la tabla VI lo consideramos de enorme importancia, por cuanto en él se fundamentan la mayoría de las conclusiones a que hemos llegado en este trabajo. De otra parte, porque para un entendimiento de la tartamudez desde el punto de vista de las técnicas de modificación de conducta resulta irrenunciable. Además, con él se construye el modelo teórico y orientativo para una terapéutica conductual concreta, como la aquí empleada.

Finalmente, esta atomización del comportamiento en lo que atañe a estas alteraciones verbales, ayudan a elaborar un perfil psicopatológico individualizado sin el cual la terapia adaptada al sujeto sería imposible.

4. (VII). La tabla VII recoge los errores del habla detectados al comienzo del tratamiento. Aun cuando las diferencias promedios de los resultados encontrados (en el lenguaje espontáneo y en el reactivo) no sean lo suficientemente significativas para obtener conclusiones precisas, sí es obligado subrayar que los resultados se inclinan por este último. Ello podría ser interpretado como un factor más a favor de la hipótesis genético-socio-cultural o de la hipótesis del aprendizaje conductual [cfr. (1)].

Lo afirmado en el párrafo anterior se hace tanto más válido si comparamos los resultados evolutivos expresados en los gráficos 1 y 2. Obsérvese cómo en el gráfico 1 las circunstancias conflictivas en cierto grado determinativas —o, al menos, condicionantes— de los errores verbales, se modifican en un período mucho más corto que sus homólogos en el gráfico 2, correspondientes a los errores que sobrevienen en una conversación espontánea. Lo mismo puede decirse de los errores apreciados en las lecturas de textos con palabras conflictivas (en líneas discontinuas en el gráfico 1), sobre todo, si se comparan con sus homólogos del gráfico 2.

Ello nos sugiere una opción interpretativa de largo alcance. Pensamos que las técnicas de seguimiento con lectura simultánea son de un alto valor operante y terapéutico, como se deduce de los resultados expuestos en los respectivos gráficos. Ahora bien, tal vez por su asociación con las técnicas de entrenamiento en los ejercicios de relajación, lo primero que se modifica es la ansiedad (flotante o específica) asociada a los factores conflictivos condicionantes del efecto. Ello exigiría —para discriminar así el papel desempeñado por unas u otras técnicas— hacer dos investigaciones paralelas, de modo

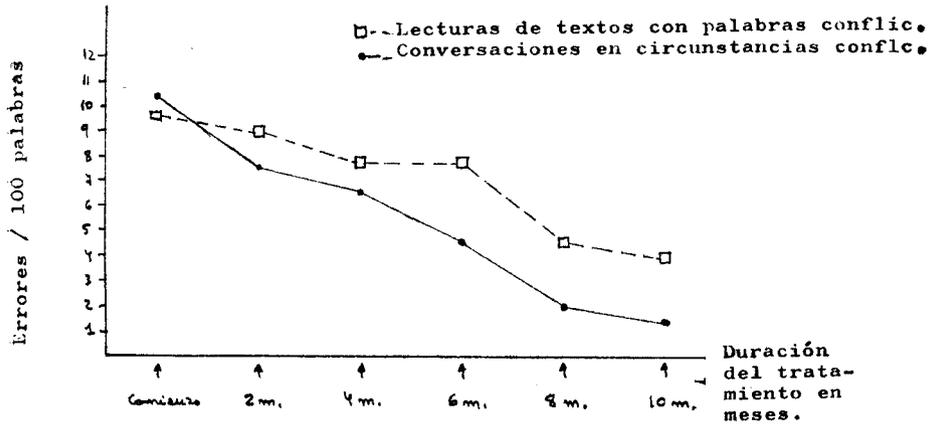


Gráfico 1.—Evolución promedio de los errores durante el tratamiento (errores por cada 100 palabras), en la conversación durante circunstancias selectivas conflictivas y en la lectura de textos seleccionados con palabras conflictivas.

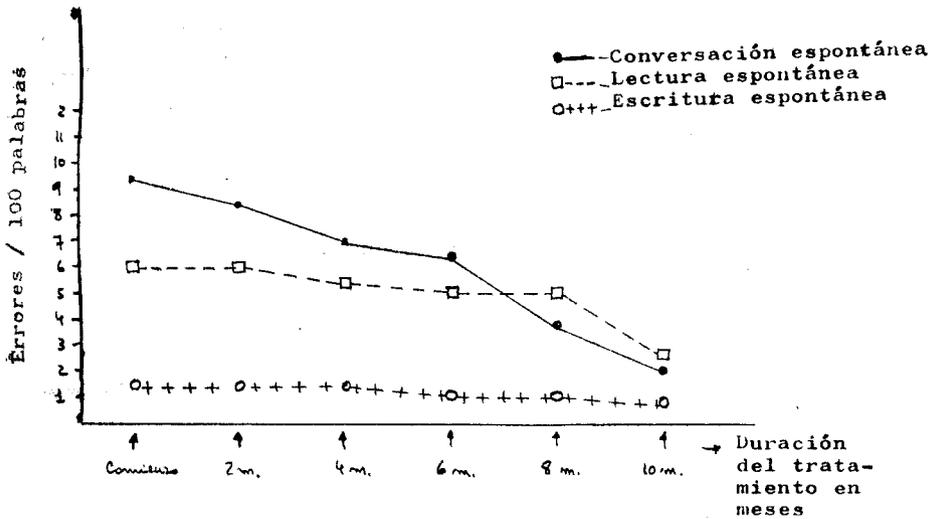


Gráfico 2.—Evolución de los promedios de errores durante el tratamiento (errores por cada 100 palabras), en la conversación, lectura y escritura espontáneas.

que en cada una de ellas se operase con una sola técnica en exclusividad.

Acaso la otra variable que habría que controlar para salir de la duda, es el papel que puede ejercer la psicoterapia familiar como alternante de la presión social, presente, desde el primer día, en la génesis de estas alteraciones. De hecho, como manifiestan el gráfico 1 y 2, la mejoría fundamental sólo comienza a partir del cuarto mes de tratamiento en que ya se había empezado a usar de la psicoterapia familiar.

Esperemos que los estudios experimentales y terapéuticos que en la actualidad realizamos, disipen las dudas y vaguedades de esta primera investigación, concediendo a cada variable (también a cada una de las técnicas empleadas), su específico valor.

No obstante, y a pesar de estas ambigüedades, sugerimos la siguiente hipótesis: es muy posible que las técnicas de seguimiento con lectura simultánea se muestren de gran eficacia en la modificación de aquellos factores conductuales que implican circunstancias o palabras altamente significativas desde un punto de vista conflictivo, como generadores de la angustia concomitante presente en toda tartamudez; mientras que serán de menor eficacia en relación con aquellos factores implicados en una alteración más de tipo constitutiva o esencial. El futuro de nuestras investigaciones disipará probablemente las dudas, confirmando o negando la presente hipótesis.

4. (VIII). La eficacia última de este tipo de terapias se pone en evidencia en el incremento operado en las tasas de lecturas (véase tabla VIII), después de diez meses de tratamiento.

Aunque estamos procurando construir otras escalas que evalúen mejor los criterios de eficacia de estos métodos, estamos persuadidos de que el presente criterio no puede ni debe ser todavía abandonado.

Cuestión aparte es que estos resultados se mantengan, o que los enfermos vuelvan a recaer. Aún es pronto para saberlo. Esperamos que las revisiones que tenemos programadas para realizar dentro del plazo de un año, confirmen estos resultados.

## 5. DISCUSION

Para un psiquiatra de formación clásica, como el autor de este trabajo, que ha empezado a trabajar en técnicas de modificación de conducta desde un tiempo relativamente reciente, resulta todavía difícil valorar el alcance de las mismas. Sin embargo, después de los resultados a los que se ha llegado en este y otros trabajos, no cabe duda que podemos estar orgullosos de ellos.

Lo que resulta más problemático es el elegir entre unas y otras hipótesis clínicas en relación con la tartamudez. Haría falta una ca-

suística mucho más numerosa que la que hemos traído aquí, además de unos métodos que nos permitieran aislar y controlar las distintas variables, cuyo protagonismo parece en principio plausible.

Lo mismo cabe decir respecto del reaseguramiento de los criterios de eficacia a la hora de valorar los resultados, y de la necesidad de trabajar con un grupo testigo que facilite la comparación y el análisis pormenorizado de las conclusiones a las que se lleguen.

Por ahora estamos seguros de tres cuestiones fundamentales:

1. De la mejoría de los enfermos —sobre todo de los más jóvenes— con el concurso de estas técnicas.

2. De la inocuidad de las mismas —ni siquiera hemos tenido un solo caso de sustitución sintomatológica o de conversión somática.

3. Finalmente —y esto es otro punto en el que la polémica actual está aún demasiado viva— de que estas técnicas son viables, pese a las razones de tiempo —en nuestro trabajo hemos usado de sólo diez meses— o, de excesiva dedicación —nuestro equipo estaba formado por dos entrenadores en lenguaje que además se iniciaban, en esos momentos, en su formación— aducidas por otros autores. Sirva de comparación, por ejemplo, el excesivo tiempo que precisa un psicoanálisis, o las innumerables revisiones clínicas que son precisas cuando se emplean los psicofármacos. El desafío de estas técnicas nos abre un futuro en el que es posible abrigar fundadas esperanzas. El tiempo y el trabajo cuidado, confirman a unos o a otros.