

VARIABLES COGNITIVO-MOTIVACIONALES Y AFECTIVAS EN INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA

LUIS CASTEJÓN FERNÁNDEZ, JOSÉ CARLOS NÚÑEZ PÉREZ, JULIO ANTONIO GONZÁLEZ-PIENDA

Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo

Resumen

Las alteraciones de la comunicación para ser comprendidas deben enmarcarse en la experiencia personal del paciente y en su contexto natural. Así situado el problema, la intervención logopédica, respetando su especificidad, no debe prescindir de las variables psicosociales que en ella se implican, abriéndose tanto a una mayor colaboración con otros profesionales, como a la implementación de programas multidimensionales. Se presenta una investigación con diseño de encuesta en la que se recoge información sobre cómo perciben y abordan los logopedas los déficits de motivación y la autoestima negativa de los pacientes, poniendo de manifiesto las dificultades que encuentran en estos aspectos. A partir de esa información se justifica la necesidad de desarrollar un modelo multidimensional como una propuesta alternativa de intervención en la que los logopedas, en un marco colaborativo, pueden encontrar respuesta a los problemas psicosociales que plantean sus pacientes.

Palabras claves: Intervención logopédica, Alteraciones de la comunicación, Motivación, Autoestima, Modelo multidimensional.

Abstract

Communication disorders must be set in a framework considering personal patients' experience and natural context to be understood. Thus, speech therapist treatment, respecting its specific nature, must consider psychosocial variables both in implementing multidimensional programs and in collaborating with other professionals. Research in the form of a survey design is reported to take information about how speech therapist detect and treat patients motivation deficits and negative self-esteem, showing their difficulties with these variables. From this information, the need for multidimensional model development, is pointed out as an alternative management for speech therapist treatment in a collaborative framework.

Key words: Speech Therapist treatment, communication disorders, motivation, self-esteem, multidimensional model.

La intervención logopédica, como proceso de enseñanza-aprendizaje, se ve influenciada por una serie de variables psicosociales que, sin ser específicamente lingüísticas, determinan en algunos casos la eficacia de la intervención o explican la variabilidad de resultados que se obtienen con un mismo método. La persona con una alteración de la voz, del habla o del lenguaje, experimenta un conjunto de vivencias personales y sociales que determinan una definición personal y contextualizada del problema distinta del diagnóstico logopédico específico. Así, la motivación del paciente y, consecuentemente su participación en la intervención se ve, en ocasiones, condicionada por variables internas relacionadas con las expectativas, el estilo atribucional, la percepción de competencia, las reacciones emocionales, el autoconcepto, la aceptación social...

La bibliografía específica se ha referido con frecuencia, a las variables psicosociales, pero de manera general, todavía con planteamientos poco sistemáticos y operativos que realmente

transformen la actuación de los logopedas tanto en el marco clínico como en el escolar (Acosta, 1999a; Puyuelo 1997, 1999, 2001; Valero, 2001). Acosta, uno de los autores que más empeño pone en este cambio, recoge la necesidad de ensanchar el campo de la logopedia "uniendo a la tradicional tarea del logopeda un perfil profesional más amplio que tenga en cuenta escenarios educativos, familiares y clínicos, en los que tendrá que realizar funciones de colaboración con otros profesionales y atender a las dificultades de enseñanza-aprendizaje en las que el lenguaje se muestra como una herramienta vital, así como a un sinfín de problemas que afectan no sólo al lenguaje o al habla, sino a la comunicación, preocupándose tanto de aspectos formales como funcionales" (Acosta, 1999b, p.14).

Tanto desde la aplicación del paradigma cognitivo como del paradigma sociocultural se crea un marco de interpretación de las dificultades del lenguaje que hace necesario un cambio en el modo de entender la intervención logopédica en distintas alteraciones, dando lugar a planteamientos en los que los aspectos psicosociales se hacen relevantes no como complementos del programa, sino como elementos substanciales del mismo que deben ser desarrollados (Acosta, 1998, 1999a, 2002; Del Río, 1997; Goreospe, Málaga y Garriodo, 2001; Tetzchner y Martinsen, 1991; Villaseca 2002).

Son muchos los expertos que han puesto de manifiesto la relación entre variables psicosociales y alteraciones del lenguaje tanto en el campo de la investigación (Endrigo, Speltz, Marris y Jones, 1998; Fujiki, Brinton, Isaacson, y Summers, 2001; Lindsay y Dokrell, 2000; Mc Andrew, 1999; Nash, 1995; Richman y Millard, 1997) como en el de la implementación de programas de intervención que parten de modelos multidimensionales o integrales en los que se consideran variables personales y sociales, así como marcos de intervención no necesariamente clínicos (centro escolar, familia, grupos de apoyo, experiencias temporales de convivencia) (Manolson, 1983, Nash, Stengelhofen, Toombs, Brown y Kellow, 2001; Sussman, 1999; Tetzchner y Martinsen, 1993; Warren y Rogers-Warren, 1985, Wiig y Semel, 1984).

Un ejemplo relevante es el caso de un grupo de investigadores y profesionales del campo de la logopedia y la psicología que en la Universidad de York (Reino Unido), están trabajando actualmente en el desarrollo de una intervención alternativa para niños con Disfunción Comunicativa Crónica que se basa en el estudio de las repercusiones psicosociales de la alteración del habla (Nash, 1995; Nash, et al., 2001). Los niños con alteración del habla persistente se encuentran, según estos autores, en situación de riesgo para experimentar el ciclo V.O.S. (Victimized, Ostracised, Stigmatised) de discapacidad, por el cual la persona es señalada por los iguales, rechazada y hecha víctima de un proceso psicosocial negativo en distintos contextos. Este ciclo, que se inicia en la infancia y se consolida en la adolescencia, debe ser detectado por el logopeda para ayudar al niño a su afrontamiento. Por lo tanto, existe una relación entre el daño, la alteración del habla, la alteración de la comunicación y la alteración psicosocial. A partir de sus experiencias el grupo de York concluye que "aprender a ser un comunicador eficaz puede ser más pertinente para el bienestar psicosocial del chico y para su calidad de vida que insistir en mejorar el habla, lo cual puede ser inalcanzable y provocar en este momento (8-14 años) una disminución de su percepción de capacidades" (Nash *et al.*, 2001, p.181).

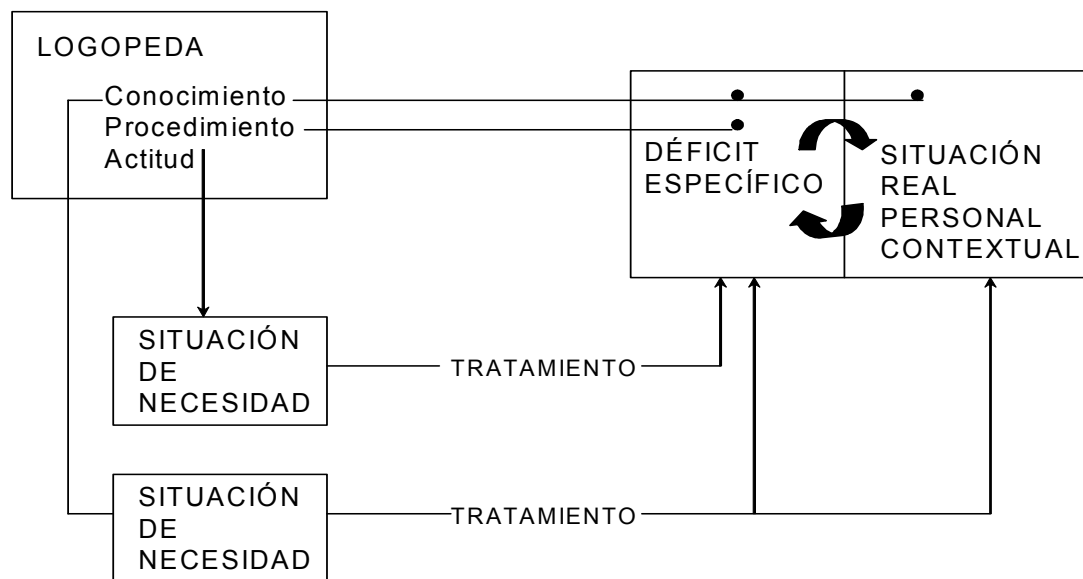
La realidad es que no todos los chicos con Disfunciones Comunicativas Permanentes experimentan el ciclo VOS, pero constituyen una población de riesgo para vivenciarlo y, por lo tanto, precisan una intervención que no sólo actúe sobre el déficit, sino también sobre las posibles consecuencias personales y sociales del trastorno. Será el logopeda el encargado de detectar esa situación para ponerla de manifiesto y para desarrollar con la colaboración de otros profesionales (profesores, fonoatras, pedagogos y psicólogos) programas de intervención tanto preventivos como terapéuticos en el marco clínico, escolar o familiar.

Para realizar esta función es preciso partir de un modelo multidimensional como el que proponemos y describimos a continuación (figura 1). El logopeda teniendo en cuenta tanto al déficit específico, como a la situación real, personal y contextual del paciente, y las relaciones entre

ambos aspectos, delimitará la situación de necesidad del paciente. A partir de estos datos iniciará un proceso de toma de decisiones orientado al tratamiento, que abarcará tanto el déficit específico como las repercusiones personales y sociales del mismo.

La intervención se realizará considerando el contexto natural en el que transcurre la comunicación diaria del paciente, como fuente potenciadora del cambio que se quiere lograr. De esta forma, los familiares, los profesores, los iguales, los compañeros de trabajo, se involucran en el proceso de intervención, directa o indirectamente, asumiendo distintas funciones. Este planteamiento nos aleja de la atención individualizada, segregada y centrada fundamentalmente en el déficit, que tradicionalmente se ha propuesto desde marcos clínicos influidos por planteamientos más médico- rehabilitadores, que habilitadores y normalizadores.

Figura 1. Intervención centrada en el déficit específico y en la situación personal y contextual del paciente

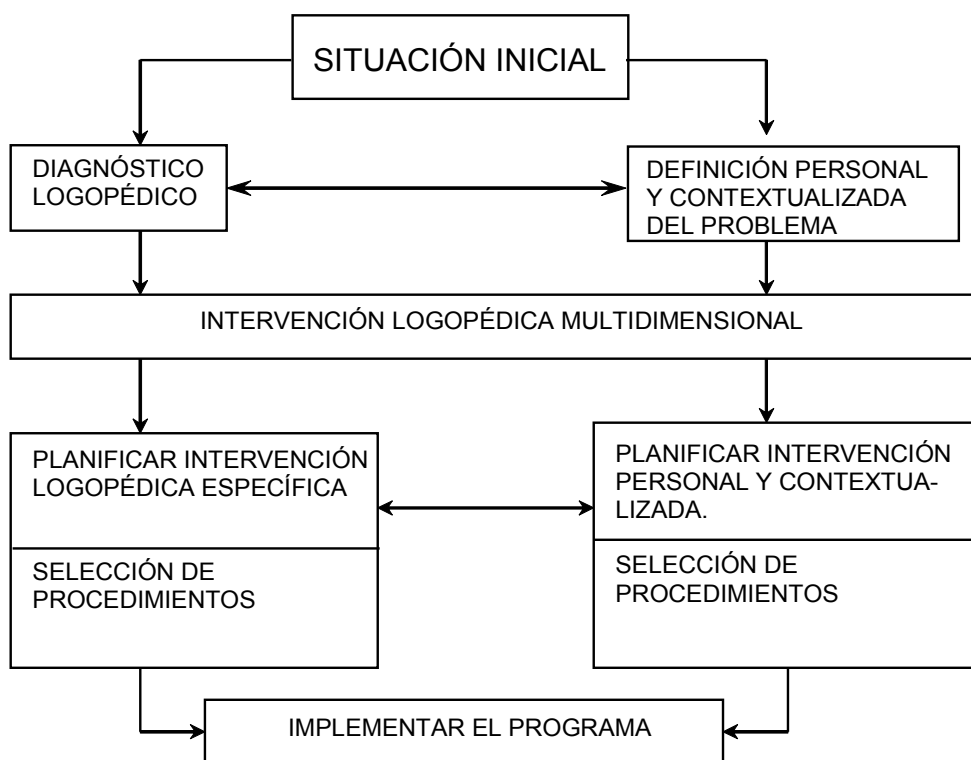


Desde esa visión integral del problema se plantea la situación inicial, atendiendo tanto a la delimitación profesional del problema (diagnóstico logopédico), como a la vivencia personal y contextualizada del mismo que experimenta el paciente. A partir de estos datos se planificarán tanto objetivos específicos orientados al déficit, como objetivos centrados en mejorar la situación personal y a la optimización del contexto comunicativo natural que repercutirán de mismo modo en la mejora del déficit. La selección de procedimientos se ocupará de concretar tanto las técnicas de intervención que se aplicarán de manera individual como las estrategias que se utilizarán en la vida diaria del paciente a partir del entrenamiento del mismo y de sus interlocutores cuando se considere oportuno (Figura 2).

Por lo tanto, este modelo pretende dar respuesta a la necesidad personal y social del paciente con propuestas que le permitan afrontar el problema no sólo en la dimensión técnica del déficit específico (practicar un patrón de habla alternativo, corregir la posición o el ataque vocal, reducir la rinofonía, mejorar la inteligibilidad, ampliar el léxico, mejorar la estructuración morfosintáctica...), sino también en su dimensión psicosocial (manera personal de afrontar el déficit y de presentarse ante los otros experimentando la diferencia de una manera positiva y asertiva, aprovechamiento

del currículo como instrumento para encauzar la intervención en colaboración con el profesor de aula, crear nuevas situaciones que fomenten la comunicación, habilidades sociales, reacción ante el acoso, autoestima, ...).

Figura 2. Situación Inicial desde una perspectiva multimodal



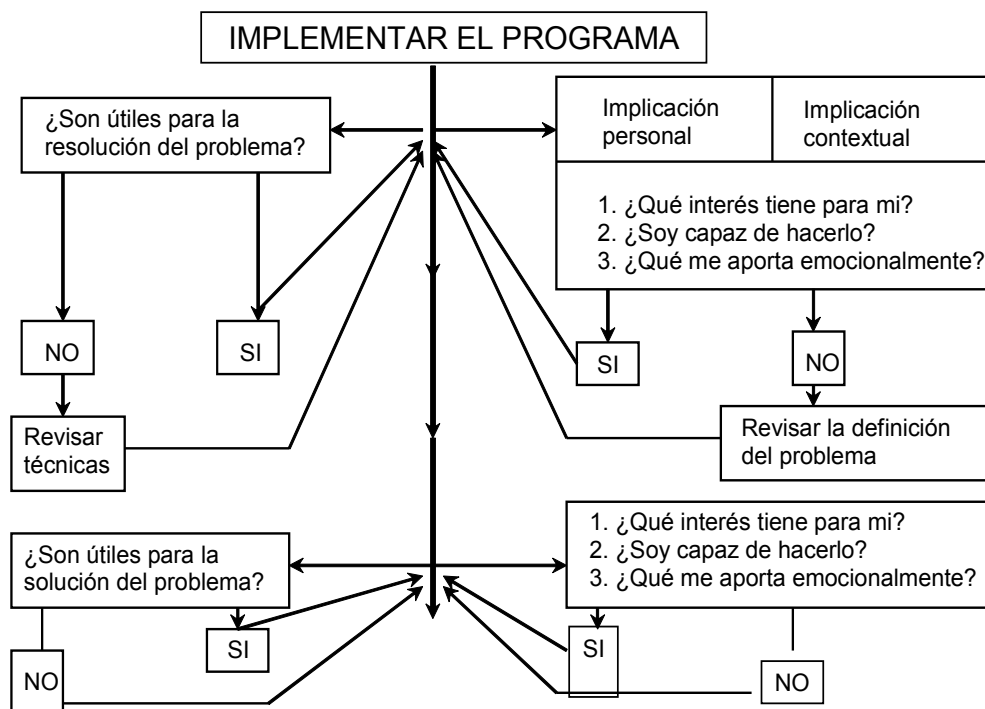
En cuanto al proceso de intervención (figura 3), su dinámica interna se verá alterada desde este planteamiento multimodal porque, para que tenga efecto, debe compaginar la aplicación de técnicas logopédicas con la implicación personal y contextual del paciente. La evaluación de la eficacia de la intervención, tal como se expone en la figura 3, se ocupa tanto de la revisión de técnicas como de la aceptación de la intervención por parte del paciente.

¿Qué interés tiene para mí la intervención?, ¿Soy capaz de hacerlo?, ¿Qué me aporta emocionalmente la intervención?, son preguntas claves para potenciar la colaboración con el propio paciente y con el contexto, que en este modelo multimodal situamos al mismo nivel que la evaluación paralela de las técnicas logopédicas específicas. Si el paciente no se interesa por la intervención, no se siente capaz de hacer lo que se le propone o no recibe apoyo emocional, se sitúa en un proceso de alejamiento que hará ineficaces las propuestas para la mejora de su habla, voz o lenguaje. Así, la respuesta negativa a estas preguntas, tanto como la comprobación de que una técnica no funciona en un determinado caso, deben considerarse a la hora de revisar el programa.

Se destaca también que el aporte del logopeda y el aporte del paciente no son dos hechos aislados; entre ellos se producen relaciones mutuas que pueden ser útiles para comprender el proceso de intervención y la variabilidad individual tantas veces mencionada. El hecho de que una técnica no funcione en un determinado paciente porque a nivel personal no se siente capaz de

hacer lo que se le propone, o porque no le resulta útil en su contexto, no la anula como tal. La implicación y la interacción logopeda-paciente pueden reorientar su aplicación haciendo los ajustes oportunos desde una perspectiva conjunta.

Figura 3. Implementación de un programa multidimensional



En este artículo, se reflejan algunos datos obtenidos en un trabajo de investigación cuyo objetivo ha sido conocer si este es el enfoque que los logopedas en Asturias están asumiendo en la actualidad o si persisten modelos centrados en el déficit que consideran únicamente el trastorno específico, valorando los aspectos psicosociales de manera inespecífica y guiados más por la intuición que por el conocimiento de programas específicos o la colaboración con otros profesionales afines (educadores, psicólogos, pedagogos...). Se parte de que el conocimiento de esta realidad puede servir de base, para establecer la necesidad de estudiar las variables psicosociales y de implementar programas multidimensionales en la intervención logopédica.

MÉTODODO

Diseño

Se optó por una metodología cooperativa en la que las cuestiones planteadas emergen de la indagación realizada atendiendo prioritariamente a los problemas de los profesionales en activo. Se trata de un estudio descriptivo mediante encuesta, realizada en una sola vez, para recoger de manera sistemática y directa información relacionada con los aspectos psicosociales de la intervención desde la perspectiva de los logopedas. En este diseño de encuesta, se siguen los siguientes pasos: selección de la muestra de logopedas, elaboración de un cuestionario o instrumento de recogida de datos, procedimiento y análisis de resultados.

Participantes

Ante la dificultad para partir de un censo de logopedas de Asturias y, dada la diversidad de trayectorias por las que un logopeda en activo pudo haber llegado al ejercicio de la profesión, se seleccionó una muestra de 26 logopedas en activo entre los participantes a las Primeras Jornadas de Logopedia (Oviedo, marzo de 2002).

Los logopedas que participan en este estudio representan distintos contextos en los que se desarrolla su profesión (clínica privada 61,5%, centro sanitario 23,1%, trabajo a domicilio 15,4%, centro escolar 15,4%, asociación 7,7%, centro de atención temprana 3,8%). Algunos logopedas desempeñan su labor de manera mixta en varios contextos. Los años de experiencia son en un 61,4% inferior a 4 años y en un 38,5 % superior a 4 años. Dentro de este último grupo un 15,4% tiene una experiencia superior a 10 años. Los logopedas participantes muestran en un 92,6% de los casos un alto grado de satisfacción con su trabajo, lo cual indica una actitud muy positiva hacia la profesión. Por lo que se refiere a la especialización, el 88,5% no manifiesta estar especializado en un trastorno concreto. El 69,2% trabaja con niños, jóvenes y adultos, frente a un 30,8% que lo hace sólo con niños y jóvenes.

En la figura 4 disponemos de los datos en porcentajes de las alteraciones que son tratadas con más frecuencia, de las que nunca se trataron.

Finalmente en la figura 5 se presentan las alteraciones que son preferidas y las que no agrada tratar.

Figura 4. Grado de experiencia de los logopedas en distintas alteraciones

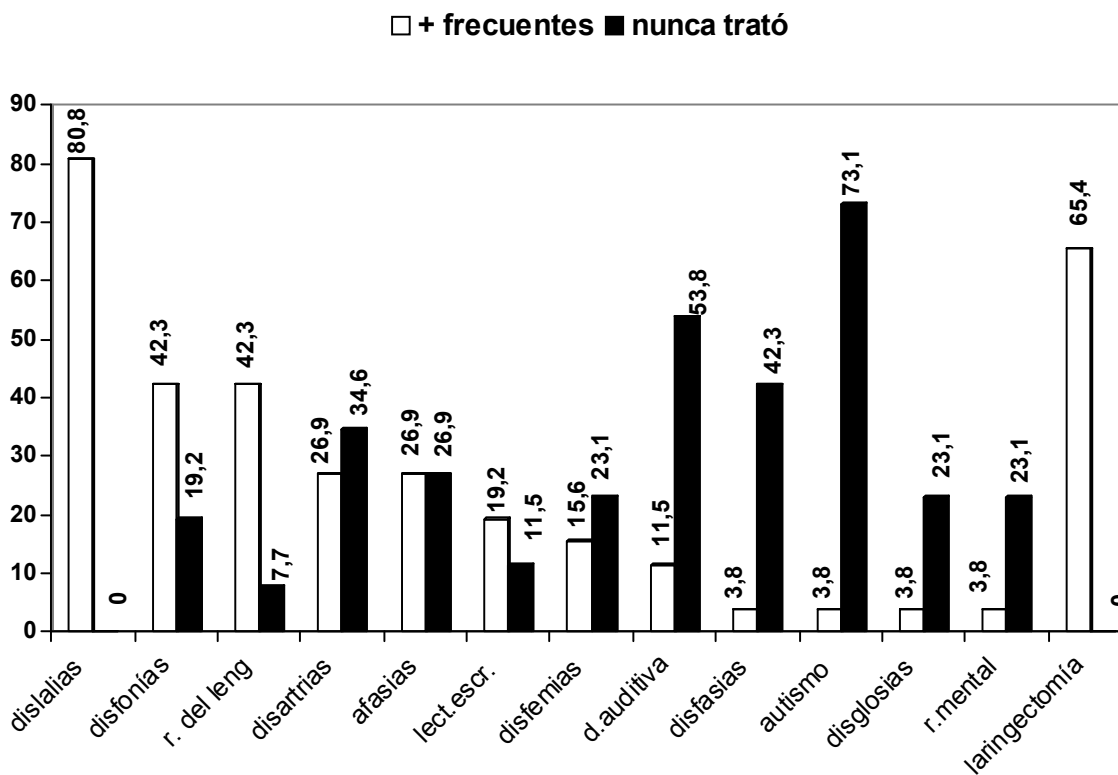
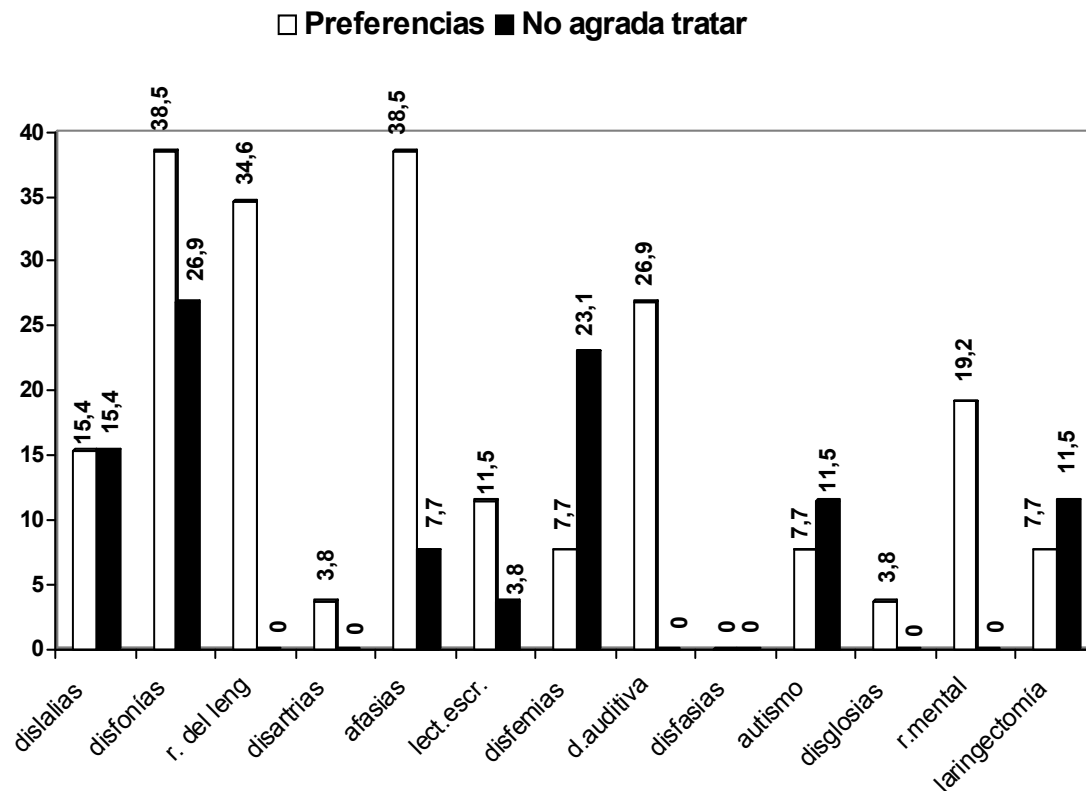


Figura 5. Preferencias de los logopedas en porcentajes



Instrumento de recogida de información

Se consideraron tres posibilidades en el proceso de elaboración del instrumento de recogida de información que requerían distintas formas de respuesta: a) la selección de propuestas de tratamiento en una lista cerrada a partir del planteamiento de un caso de disglasia que ponía de manifiesto dificultades psicosociales, b) la elaboración de respuestas abiertas a partir del planteamiento de un caso de tartamudez que ponía de manifiesto dificultades de carácter psicosocial y c) la elaboración de un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas. La aplicación de las tres modalidades planteadas a distintos logopedas en pruebas piloto fue decisiva en el proceso de elaboración y revisión del procedimiento. Los comentarios sobre el instrumento, el tiempo empleado en la respuesta, la precisión con que permitía obtener la información requerida, las dificultades de comprensión de las preguntas etc., sirvieron de base para la elaboración de la prueba definitiva: un cuestionario anónimo formado por 17 preguntas sobre la intervención logopédica.

En él se hacía referencia tanto a cuestiones referidas a la motivación y la autoestima, como a otras relacionadas con la experiencia profesional (años de experiencia, relaciones con otros profesionales, preferencias, grado de especialización...) y con otros aspectos de la intervención logopédica que no son objeto directo de este artículo (participación de las familias, comunicación alternativa, recursos materiales).

Procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo en el transcurso de las Iª Jornadas de Logopedia celebradas en la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo. Al término de la

conferencia inaugural se reparte el mencionado cuestionario y se informa a los participantes que éste ha sido elaborado con la finalidad de conocer las necesidades de la intervención logopédica en la práctica, de cara a desarrollar proyectos de investigación que partan del conocimiento de la situación real. Los asistentes en ejercicio de la profesión cumplimentan el cuestionario en 15-20 minutos. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete SPSS 10.0.

RESULTADOS

La contrastación empírica del objetivo de esta investigación (modelo de intervención centrado en el déficit vs. modelo de intervención multidimensional) se realiza a partir de las preguntas 11 y 15 del cuestionario, que se refieren a las consideraciones de los logopedas sobre la relación entre las alteraciones comunicativas (lenguaje, habla, voz) y dificultades de autoestima y motivación que de ellas se derivan.

Se describen los resultados referidos a esas dos preguntas detalladamente, exponiendo, en primer lugar, los referidos a la percepción de problemas de autoestima en pacientes con déficits logopédicos y abordaje de los mismos. En segundo lugar, se describen las atribuciones de los logopedas sobre los problemas de motivación en las alteraciones logopédicas y la actuación que sobre ellos realizan.

Percepción de los déficit de autoestima (en pacientes con déficits comunicativos) y abordaje del mismo

En este apartado se abordan tres cuestiones: 1) la percepción de déficits de autoestima en los pacientes, 2) las alteraciones a las que atribuyen déficits de autoestima y 3) la autonomía para intervenir con esos déficits.

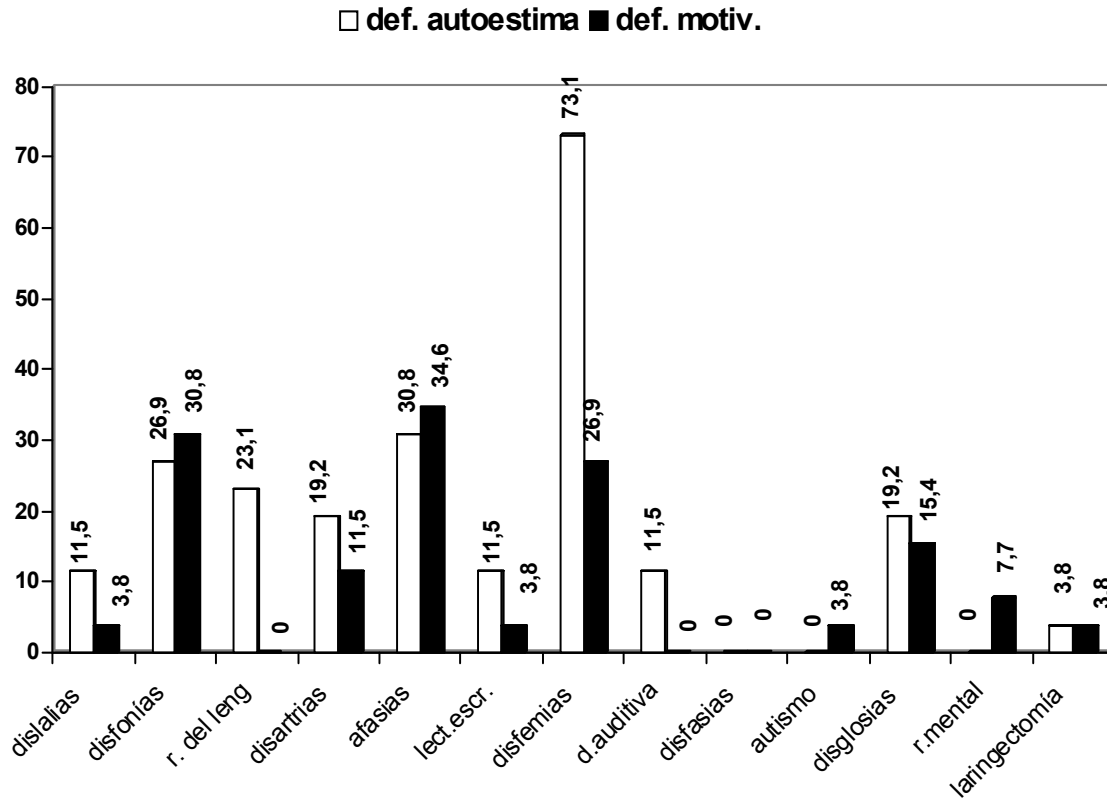
Por lo que se refiere a la primera cuestión, todos los logopedas de la muestra reconocen haberse encontrado con ésta problemática en su actividad profesional: pocas veces (65,4%) o bastantes veces (34,6%). De la misma forma, todos consideran que la autoestima interfiere en la evolución de los pacientes.

Las alteraciones seleccionadas como más frecuentemente acompañadas de problemas de autoestima son: disfemias (73,1%), afasias (30,8%), disfonías (26,9%), retrasos del lenguaje (23,1%), disglosias (19,2%), alteraciones de la lectura y la escritura (11,5%), dislalias (11,5%), deficiencias auditivas (11,5%) y laringectomías (3,8%). Esto es, un 26,9% no seleccionaron la disfemia como trastorno que se acompaña de problemas de autoestima, un 69,2% no seleccionaron las afasias y así sucesivamente.

Estos resultados se deben completar con los recogidos en la figura 4. Por ejemplo, la disfemia es tratada por un 76,9% de la muestra, preferida como trastorno por un 7,7% y rechazada por un 23%, es la segunda alteración que menos agrada tratar a los logopedas y, al mismo tiempo, la que reconocen que se acompaña con más frecuencia de problemas de autoestima. En la figura 6, se exponen en porcentajes los resultados referidos a la autoestima y a la motivación para cada alteración.

Por lo que se refiere a la tercera cuestión, el 93,2 % no remite el paciente al psicólogo (tenemos que considerar que el 65,4% de la muestra mantiene relación profesional con psicólogos). Un 92,3% indica que aunque no conoce procedimientos específicos, se guía de manera intuitiva para tratar la autoestima y un 7,7% reconoce conocer procedimientos específicos para tratar el problema.

Figura 6. Percepción de déficits de autoestima y motivación en distintas alteraciones



Atribuciones causales de los logopedas sobre los déficits de motivación y abordaje de los mismos

En este apartado se ofrecen datos sobre tres cuestiones: 1) percepción de déficits motivacionales por parte de los logopedas, 2) atribución causal de los déficits motivacionales, 3) actuación ante los déficits motivacionales.

Por lo que se refiere a los déficits motivacionales, el 92,3% de los logopedas se ha encontrado con problemas de motivación de sus pacientes. En la figura 5 se recogen los resultados referidos a las alteraciones asociadas con problemas de motivación en alteraciones de la comunicación, el habla, el lenguaje y la voz.

Al preguntar a los logopedas sobre la causa percibida de los déficits motivacionales de sus pacientes, principalmente indican que se deben al propio paciente (80,8%, p.e. “porque el sujeto tiene miedo de hacer las cosas mal y ver que no le salen como deberían, lo que le supone una frustración que manifiesta a través de una actitud negativa hacia la intervención”), y en menor medida al método (26,9%, p.e. “porque lo aburridas y repetitivas que suelen ser las sesiones”). Sólo algunos estiman que es el logopeda el responsable de los déficits motivacionales (7,7%, p.e. “porque el logopeda no ha conseguido establecer una buena interacción base para una adecuada intervención”). Los porcentajes no suman el 100% en este caso porque los logopedas pueden referir varias causas.

Las atribuciones al paciente (80,8%), significativamente superiores, se organizaron en dos variables, una referida a aspectos internos (p.e., “porque tiene falsas expectativas”) y otra referida a aspectos externos al sujeto (p.e., “porque acude obligado”, “porque tiene que abandonar otras

actividades”). Pues bien, el 100% atribuye la falta de motivación a aspectos internos y externos simultáneamente y el 76,2% atribuye la falta de motivación únicamente a aspectos internos. Entre los aspectos internos que mencionan están: creencias negativas, falsas expectativas, falta de confianza, miedo a hacerlo mal, llamar la atención, historia personal de fracasos, no querer esforzarse, no considerar el tratamiento importante, no aceptar el problema que tiene,...

Por lo que se refiere a la tercera cuestión, las respuestas se agrupan en seis variables para su tratamiento estadístico. Son las siguientes: medidas centradas en dinamizar las sesiones (38,5%, p.e. “hacer las sesiones más divertidas y lúdicas”), medidas centradas en evaluar (7,7%, p.e. “evaluar la falta de motivación”), medidas centradas en programar (11,5%, p.e. “plantear objetivos a corto plazo”), medidas centradas en la interacción (26,9%, p.e. “analizar con ellos la situación”), medidas centradas en las percepciones del paciente (30,8%, p.e. “destacar los aspectos positivos y la evolución” o “exagerar cada pequeño avance para hacerle ver que es un paso gigante”) y medidas centradas en informar (23,1% p.e. “dejarles las cosas claras sobre lo que tienen que hacer y conseguir”).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para analizar los resultados se exponen, en primer lugar, los referidos a la autoestima y en segundo lugar, a la motivación, tal como se ha hecho al plantear los resultados.

Déficits comunicativos y autoestima

Con respecto a la relación entre déficits comunicativos y problemas de autoestima, se ha obtenido evidencia de dos hechos: 1) los logopedas se encuentran con pacientes con autoestima negativa tanto en alteraciones permanentes como transitorias siendo la disfemia la alteración más frecuentemente asociada con autoestima baja, y, 2) los logopedas consideran que la autoestima influye en la evolución y que ellos deben tratar las dificultades de autoestima de una persona con un trastorno de la voz, el habla o el lenguaje en el marco de su intervención, pero, al mismo tiempo, afirman no conocer procedimientos específicos de intervención y se guían de manera intuitiva.

En relación al primer hallazgo, todos los logopedas de la muestra reconocen haber encontrado déficits de autoestima pero con distinta frecuencia: un 34,6% con bastante frecuencia y un 65,4% con poca frecuencia. Por lo tanto, la autoestima negativa está presente en la intervención logopédica y es congruente plantearse el tema como variable que participa en el desarrollo de la intervención. Para delimitar más el problema habría que pasar al estudio directo evaluando la autoestima con instrumentos específicos en pacientes con distintas alteraciones o con distintas actitudes de aceptación ante el problema. Por ejemplo, Starr (1978) mostró la relación positiva entre el grado de aceptación del problema y el nivel de autoestima, en el sentido de que a mayor grado de aceptación corresponde una mayor autoestima.

Las alteraciones asociadas con problemas de autoestima por los logopedas son tanto alteraciones permanentes como transitorias. Así, la disfemia, la afasia, la disartria, la disglosia, la deficiencia auditiva y la laringectomía son alteraciones permanentes que consideran que tienen repercusión en la esfera personal y social de la persona y, consecuentemente, en su autoestima. Pero también la disfonía, la dislalia y los retrasos del lenguaje son asociados con baja autoestima. Esto confirma la idea de que cualquier trastorno del lenguaje, el habla o la voz, en cuanto confluye en la comunicación, en cuanto se sitúa ante los otros, es susceptible de afectar al self y, por lo tanto, este debe ser considerado en la intervención.

El caso de la disfemia merece una consideración aparte. En ella, coinciden, por una parte, el ser la alteración que presenta una mayor percepción de autoestima baja y por otro, el ser la segunda alteración (sólo superada por las disfonías) que menos agrada tratar a los logopedas de la muestra. Relacionando estos dos datos se puede plantear la cuestión siguiente: ¿será la falta

de recursos del logopeda para abordar el plano personal y social de la disfemia lo que genera ésta actitud negativa hacia el trastorno?. No se dispone de una respuesta definitiva pero sí se puede indicar que la disfemia, tal como ponen de manifiesto trabajos específicos de intervención, no puede comprenderse sin referencia a la dimensión personal y social, siendo un trastorno que demanda especialmente programas multidimensionales como los que aquí se plantean (Bloodstein, 1995).

En relación con el segundo hecho, el 100% de la muestra reconoce que la autoestima interfiere en la evolución de los pacientes pero, a pesar de que un 65,4% de la muestra se relaciona profesionalmente con psicólogos, sólo un 3,8% remite el paciente al psicólogo para que trate sus problemas de autoestima y el 96,2% considera que la autoestima negativa de esos pacientes es tarea del logopeda. Lo sorprendente, lo que alerta sobre un posible déficit de la intervención logopédica y sobre la necesidad de desarrollar modelos multidimensionales como el planteado en este artículo, es que el 92,3% de los logopedas reconoce que no conoce procedimientos específicos para mejorar la autoestima y que se guía de manera intuitiva y sólo un 7,7% conoce y aplica procedimientos específicos.

Consideran también (100%) que la autoestima influye en la evolución de los pacientes que tratan. Se puede, por tanto, considerar una variable significativa que no saben promover más que de manera intuitiva. Probablemente, no tengan de la autoestima más que una idea general o más bien difusa que se sitúa del lado de la aportación personal que el logopeda realiza a la intervención con sus propias cualidades pedagógicas y empatía personal (Puyuelo, 1997). Pero, ¿no se mejoraría la calidad y la eficacia de la intervención si a esa disposición natural se sumase algún conocimiento científico sobre la estructura y la función de la autoestima?. Algunos propondrán que es un tema propio del psicólogo, y es cierto que éste puede aportar una gran ayuda al logopeda, pero la aplicación de ese conocimiento psicológico a la intervención en terapia del lenguaje es objeto de estudio y aplicación del logopeda. De la misma forma que el profesor debe potenciar la autoestima positiva de sus alumnos como un contenido más que pretende alcanzar para lograr una mejor motivación y rendimiento generales, el logopeda promoverá una autoestima positiva para mejorar la eficacia de la intervención y los dos lo harán con la colaboración del psicólogo o el orientador, sin necesidad de que estos asuman la acción directa sobre el alumno o el paciente.

Déficits comunicativos y motivación

En relación con la motivación se ha obtenido evidencia de los siguientes hechos: 1) tanto las alteraciones permanentes como transitorias, en niños y en adultos, son asociadas con dificultades de motivación por los logopedas, 2) la atribución de los problemas de motivación que realiza el logopeda se orienta más a variables internas relativas al paciente que a variables relacionadas con el método o con el mismo logopeda, 3) el logopeda actúa para resolver el problema motivacional modificando variables externas o referidas al método, más que a las variables internas que el percibe como causantes del problema motivacional.

Por lo que se refiere al primer hecho, las alteraciones transitorias y permanentes son asociadas a dificultades de motivación por los logopedas, con lo cual se rompe el vínculo entre alteraciones permanentes y dificultades motivacionales. El problema motivacional al que se enfrentan los logopedas no se explica sólo por la variable temporal duración del tratamiento. Lógicamente, la prolongación del tratamiento puede avivar el tedio, la reiteración, la pasividad...y generar un problema motivacional que debe ser prevenido, pero el logopeda percibe también un problema distinto, que se manifiesta en algunos pacientes con alteraciones transitorias que desde un principio parecen mostrar una actitud negativa ante el tratamiento.

Entre las más seleccionadas con problemas de motivación se encuentran dos de las alteraciones más frecuentes en población adulta: las afasias (34,6) y las disfonías (30,8%). El problema motivacional de las disfonías debe ser abordado de manera específica para dinamizar su tratamiento y mejorar su eficacia. Probablemente sería útil poner en marcha junto a procedimientos de

enseñanza de técnica vocal, procedimientos motivacionales que afecten a lo que se hace, pero sobre todo al cómo se hace y en qué orden para implicar más a la persona disfónica. Las cuestiones que se plantean en el modelo que se presenta (¿qué interés tiene para mí?, ¿soy capaz de hacerlo?, ¿qué repercusiones tiene para mí en el ámbito emocional?) pasan de ser cuestiones secundarias a constituirse en fundamento de la intervención.

Puesto que los niños no suelen comprender integralmente la meta del tratamiento y acuden enviados por sus padres, teniendo que aceptar una imposición educativa, cabría esperar que los problemas motivacionales se centraran en este grupo y no en los adultos, que generalmente acuden sabiendo a dónde van y a qué (y en muchas ocasiones pagando). Sin embargo, los datos indican que los logopedas perciben los problemas motivacionales asociados a alteraciones que tienen lugar en la vida adulta (afasias, disfonías, disfemias). Tanto niños como adultos necesitan propuestas motivacionales por parte del logopeda.

En referencia al segundo hecho, la atribución de los problemas de motivación por parte de los logopedas se refiere tanto a variables relacionadas con el paciente (80,8%), con el método (26,9%) y con el mismo logopeda (7,7%). Esto indica que, aunque algunos logopedas consideren la motivación como situada y compartida por paciente, método y logopeda, existe una gran tendencia a atribuir al propio paciente los problemas motivacionales. Esta concepción individualizada de la motivación lleva a considerarla más estable y menos modificable por la intervención, como si de un rasgo de personalidad se tratase. “No se implica en el tratamiento, pero es un tipo muy raro” sería la formulación de ese principio que gobierna la acción de algunos logopedas.

Profundizando más en las respuestas a la atribución de falta de motivación, se distinguen dos variables para diferenciar si las explicaciones de los logopedas se referían a variables internas (creencias negativas, falsas expectativas, miedo a fracasar, despreocupación, necesidad de llamar la atención, incomodidad afectiva, experiencia de fracasos) o externas (acudir enviado, dejar otras actividades, actitud familiar negativa). Pues bien, toda la muestra hace referencia a variables internas, un 76,2% se refiere sólo a variables internas y un 23,8% se refiere tanto a variables externas como internas. Nuevamente los aspectos internos predominan y si es así, lógicamente, hacia ellos debe dirigirse la actuación motivacional.

El qué se aprende y cómo se aprende, tal como ha puesto de manifiesto la psicología de la educación que sigue el paradigma cognitivo está mediatizado por la motivación (Núñez, González-Pienda, Álvarez, 1999). Los logopedas de la muestra parecen situarse en esta perspectiva al atribuir mayoritariamente los problemas de motivación que se producen en los pacientes con alteraciones de la comunicación a variables internas del paciente como las expectativas, creencias, atribuciones, eficacia percibida, sentimientos...

En el tercer hecho, se destaca que las propuestas de los logopedas para mejorar la motivación se alejan de la causa que acaban de describir, para centrarse en el método (57%), dinamizando las sesiones (haciéndolas más divertidas), mejorando la programación o tomando medidas relacionadas con la evaluación. Otras propuestas se centran en informar al paciente (23,1%), en mejorar la interacción (26,9%) y, por fin, un 30,8% en modificar las percepciones internas del sujeto. El logopeda, aún percibiendo un problema personal del paciente, sólo actúa en pequeña medida con procedimientos específicos para abordarlo (p.e. modificar el estilo atribucional, avanzar hacia la aceptación del problema...) e interviene sobre todo en aspectos externos como tratando de que el paciente permanezca en la intervención para recibir “su tratamiento” de la mejor forma posible, pero sin abordar la dimensión personal del problema que nosotros consideramos esencial desde una perspectiva multidimensional.

Esta contradicción puede llevar a un desencuentro logopeda-paciente que explique el fracaso de la intervención. Si el logopeda no sabe potenciar una motivación intrínseca centrada en el problema tal como el paciente lo vive, éste experimentará que la intervención plantea actividades más o menos divertidas pero que no resuelve su problema. En este caso, no tendrá interés para él implicarse, no se sentirá capaz de hacer lo que le proponen y la intervención no le aportará emocionalmente nada positivo.

IMPLICACIONES DEL TRABAJO

En este trabajo, se ha intentado poner de manifiesto la necesidad de que los profesionales de la logopedia desarrollen una intervención en la que se atienda tanto a la delimitación profesional del déficit como a la percepción personal que el paciente realiza desde su vivencia y su contexto particular. Se ha planteado una doble incongruencia en la actividad descrita por el logopeda: reconocer problemas de autoestima como variable que determina en parte la evolución de la intervención, sin conocer procedimientos para abordarla; reconocer la importancia de las variables internas del sujeto para explicar su actitud negativa hacia la intervención pero actuando fundamentalmente sobre aspectos externos.

El estudio, investigación e implementación de programas multidimensionales puede ofrecer una respuesta a esa necesidad del logopeda de abordar los problemas psicosociales en el marco mismo de su intervención. Desde un modelo de marcadas influencias médicas, los logopedas se han acostumbrado a considerar los problemas psicosociales como consecuencias secundarias a una alteración específica del lenguaje, de tal forma que si se corrige el trastorno específico los problemas psicosociales se resolverían por sí mismos. Pero desde nuestra perspectiva, se pretende conocer cómo actuando sobre la dimensión psicosocial se puede lograr un beneficio importante no sólo para mejorar la implicación del paciente en la intervención, sino también para mejorar el mismo déficit específico.

Se opta por un modelo de intervención personalizado y contextualizado con dos características esenciales: se considera la dificultad desde la vivencia y las creencias que el paciente experimenta para dar una respuesta integral a su problema, y se atiende a sus dificultades en su contexto tal como se hace desde planteamientos naturalistas desarrollados desde el paradigma sociocultural. Este modelo no se dirige sólo a las afectaciones más graves vinculadas al lenguaje o la comunicación (autismo, disfasia, afasia), ya que no sirven sólo para desarrollar programas de comunicación alternativa o aumentativa (Del Río, 1997; Tetzchner y Martinsen, 1993; Villaseca 2002), sino que debe implementarse también con otras alteraciones tanto transitorias como permanentes (disfonías, dislalias, disglosias, disfemias) que por su naturaleza tienen una vinculación mayor con especialidades médicas (Acosta, 1998; Gorospe, et al., 2001; Nash, 1995; Nash, et al., 2001).

La atención a variables personales y sociales orienta al logopeda a la colaboración con otros profesionales y también con los familiares, amigos y compañeros del paciente. Esta colaboración se debe concretar en distintos escenarios de intervención que deben combinarse con el espacio clínico individualizado de corte tradicional, tal como se propone desde metodologías como la intervención en contextos de producción (*milieu teaching*) (Kaiser, Yoder y Keetz; 1992) o la enseñanza incidental del lenguaje (incidental teaching) (Hart y Risley, 1975) o la enseñanza de uso funcional (Tetzchner y Martinsen, 1993).

En los centros escolares, la corriente denominada lenguaje integral (whole language) (Norris y Hoffman, 1993) promueve a partir de las propuestas curriculares el uso de las distintas situaciones que se producen en el aula para atender a las necesidades educativas especiales de los alumnos con problemas de comunicación. La colaboración del logopeda con los profesores, los orientadores y los familiares para estudiar las dificultades de un niño y dar respuesta a sus necesidades, debe dar lugar a un modelo colaborativo de intervención en el marco escolar (Acosta, 1999a, 2002; Whitmire, 2002). Como señala Acosta, "es obligado alejarnos de modelos de intervención logopédica que saquen al niño constantemente del aula y, así, situarlo ahora en sus ambientes regulares (la clase o la casa); incorporando el aprendizaje del lenguaje a las rutinas diarias... el alumno no es el único centro de la intervención, sino que la atención también se dirigirá a la interacción producida entre el profesor y el niño, entre sus iguales, así como a los contenidos curriculares que se imparten en el aula" (Acosta, 1999a, p.34).

Estas metodologías marcan la evolución de la logopedia hacia la integración profunda de la intervención en la compleja red de interacciones que las alteraciones tratadas mantienen con el

plano afectivo-personal y social. Pero estos cambios en la intervención deben partir del cambio de los profesionales implicados, del estudio de sus necesidades reales, para evitar el rechazo que genera, en ocasiones, la aplicación de propuestas contrastadas por la investigación pero no adaptadas a la situación real de los profesionales (Sánchez, 2001). De nada sirve importar experiencias, o desarrollar modelos multidimensionales o integrales, si los logopedas no experimentan la necesidad de cambiar. Se ha descrito, partiendo de la realidad misma de los profesionales, la necesidad de proporcionar recursos y formación para abordar las alteraciones del lenguaje atendiendo a las dificultades de autoestima y motivación en un marco contextualizado y colaborativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, V., León, S. y Ramos, V. (1998). *Dificultades del habla infantil: un enfoque clínico. Investigación, teoría y práctica*. Málaga: Aljibe.
- Acosta, V. (1999a). *Dificultades del lenguaje en ambientes educativos. Del retraso al trastorno específico del lenguaje*. Barcelona: Masson.
- Acosta, V. (1999b). Prólogo. En M. Puyuelo, *Casos Clínicos de Logopedia 2*. Barcelona: Masson.
- Acosta, V. (2002). Intervención del lenguaje centrada en el currículum. En *Homenaje al Doctor Jorge Perelló Gilberga. Congreso Internacional de Foniatría, Audiología, Logopedia y Psicología del Lenguaje. Aportaciones al comienzo de un nuevo siglo*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook on stuttering*. San Diego: Singular Publishing.
- Del Río, M. (1997). *Lenguaje y comunicación en personas con necesidades especiales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Endriga, M., Speltz, M., Maris, C. y Jones K. (1998). Feeding and attachment in infants with and without orofacial clefts. *Infant Behavior and development*, 21, 4, 699-712.
- Fujiki, M., Brinton, B., Isaacson, T., Summers, C. (2001). Social behaviours of children with language impairment on the playground: a pilot study. *Language, Speech & Hearing Services in Schools*, 32, 2, 101-114.
- Gorospe, J.M., Málaga, J. y Garrido, M. (2001). Eficacia del tratamiento foniátrico en patología vocal. Grados de discapacidad vocal. *Revista Española de Foniatría*, 11, 75-95.
- Hart, B. y Risley, T. (1975). Incidental teaching of language in preschool. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 411-420.
- Kaiser, A., Yoder, P. y Keetz, A. (1992). Evaluating milieu teaching. En Warren, S. y Reichle, J. (eds.). *Causes and effects in communication and language intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Lindsay, G. y Dockrell, J. (2000). The behavior and self-esteem of children with specific speech and language difficulties. *British Journal of educational psychology*, 70, 4, 583-601.
- Manolson, A. (1983). *Hablando...nos entendemos los dos*. Madrid: Enttha.
- McAndrew, E. (1999). The relationship between self-esteem and language disordered children. *Child language teaching & therapy*, 15, 3, 219-232.
- Nash, P. (1995). *Living with Disfigurement: Psychosocial Implications of Being Born with a Cleft*. Aldershot: Avebury.
- Nash, P., Stengelhofen, J., Toombs, L., Brown, J. y Kellow, B. (2001). An alternative management of older children with persisting communication problems. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 36, 179-185.
- Norris, J. y Hoffman, P. (1993). *Whole language intervention for school-age children*. Londres: Singular Publishing.
- Núñez, C., González de la Pienda, J., Álvarez, L. (1999). Motivación, metacognición y dificultades de aprendizaje. En J. Nicasio García (Dir.), *De la psicología de la instrucción a las necesidades curriculares*. Barcelona: OIKOS-TAU.

- Puyuelo, M. (1997). *Casos clínicos de logopedia 1*. Barcelona: Masson.
- Puyuelo, M. (1999). *Casos clínicos de logopedia 2*. Barcelona: Masson.
- Puyuelo, M. (2001). *Casos clínicos de logopedia 3*. Barcelona: Masson.
- Richman, L.C. y Millard, T. (1997). Brief report: Cleft lip and palate: Longitudinal behavior and relationships of cleft conditions to behavior and achievement. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 4, 487-494.
- Sánchez, E. (2001). Ayudando a ayudar: el reto de la investigación educativa. *Cultura y Educación*, 13, 3, 249-266.
- Sussman, F. (1999). *More than words*. Madrid: Entha.
- Tetzchner, S. y Martinsen, H. (1991). *Introducción a la enseñanza de signos y al uso de ayudas técnicas para la comunicación*. Madrid: Visor.
- Valero, L. (2002). Aspectos psicológicos de la persona con fisura palatina. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 12, 1, 2-8.
- Warren, S. y Rogers-Warren (eds.) (1985). *Teaching functional language*. Texas: Pro-Ed.
- Whitmire, K. (2002). The evolution of school-based speech-language services: A half century of change and new century of practise. *Communication Disorders Quarterly*, 23, 2, 68-79.
- Wiig, E. y Semel, E. (1984). *Language assessment and intervention for the learning disabled*. Columbus: Charles E. Merrill.