

EXTINCIÓN SENSORIAL DE LA SUCCIÓN DE LOS DEDOS ANULAR Y CORAZÓN

María José Pino
Javier Herruzo

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

RESUMEN

Se presenta un caso de un niño de 1 año y nueve meses que presentaba succión de los dedos anular y corazón de la mano derecha. Se hipotetiza que esté mantenido por consecuencias sensoriales y se aplica un procedimiento de extinción sensorial consistente en envolver con esparadrapo los dedos indicados. El tratamiento consigue como resultados la eliminación de la succión desde el primer día y éstos se mantienen durante el desvanecimiento y el seguimiento (de tres años). Se enfatizan los rápidos resultados y la importancia de no producirse "sustitución del síntoma" así como la relevancia de las consecuencias sensoriales y de la intervención poco intrusiva y llevada a cabo a través de los padres.

Palabras Clave: SUCCIÓN DE LOS DEDOS, CONSECUENCIAS SENSORIALES, INTERVENCIÓN, EXTINCIÓN SENSORIAL.

SUMMARY

A 1 year 9 months old child showing ring and middle right fingers sucking case study is presented. A sensory extinction procedure consisting of to hold adhesive strip around the finger is applied founded on the hypothesis that sensory consequences maintain target behavior. Sensory extinction procedure led to the suppression of fingers sucking, which was maintained during the fading condition and the three years follow-up period. Quickly results accompanied by absence of symptom substitution is emphasized as well as the relevance of sensory consequences and to use a non intrusive by the parents intervention procedure.

Key words: FINGERS SUCKING, SENSORY CONSEQUENCES, INTERVENTION, SENSORY EXTINCTION

El DSM-IV define el Trastorno de movimientos estereotipados sobre la base de la existencia de un comportamiento motor repetitivo, que suele parecer impulsivo y no es funcional. Dicho comportamiento interfiere con las actividades normales o puede dar lugar a lesiones corporales autoinfligidas suficientemente significativas como para requerir tratamiento médico. Estos movimientos no se asocian a una enfermedad médica o al consumo de sustancias y no quedan mejor explicados como parte de un trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de tics o un trastorno generalizado del desarrollo.

La succión del pulgar, o de cualquier otro dedo o dedos de la mano, es un tipo de comportamiento estereotipado que, si se cronifica, pasados los tres o cuatro años de edad puede dar lugar a deformaciones tanto en los dedos como en la propia dentadura, así como a diversos problemas en la dicción derivados de las deformaciones dentales (Costa Campos, 1985). Además, puede interferir con comportamientos adaptativos tanto en el contexto escolar como en otros

contextos en los que se precise el uso de la mano o dedos que se succionan. Debido a estas consecuencias debe ser eliminado lo antes posible (Luciano, 1988). Este tipo de problemas ha recibido poca atención en la literatura, existiendo escasos datos epidemiológicos al respecto, los cuales proceden en su práctica totalidad de población con retraso en el desarrollo que se encuentra institucionalizada (APA, 1994, Matson, 1989; Rojahn, Tassé y Morin, 1998). Como afirman Rojahn et al. (1998), la categoría del DSM-IV referente a los trastornos de movimientos estereotipados necesita todavía validación clínica y científica porque el concepto sigue siendo vago y resulta dudoso que se puedan clasificar todas estas diferentes topografías dentro de una misma clase de respuestas, por lo que resulta necesario, de cara a su evaluación y tratamiento, realizar el análisis funcional. Como indican diversos autores (Carr y Durand, 1985; Matson, 1989; Rojahn et al., 1998) se han identificado cuatro clases de variables que se consideran implicadas en el mantenimiento de las estereotipias: atención social, consecuencias tangibles, huidas de consecuencias desagradables tanto internas como externas y, por último, consecuencias sensoriales.

Se han diseñado y aplicado con éxito a este comportamiento diversos tratamientos como la Inversión del hábito (*Habit Reversal*) (Azrin y Nunn, 1973; Azrin, Nunn y Frantz-Renshaw, 1980), Reforzamiento diferencial (Hughes, Hughes y Dial, 1979; Skiba, Pettigrew y Alden, 1971) o Tiempo fuera (Baer, 1962; Knight y McKenzie, 1974). Todos muestran ciertas ventajas e inconvenientes a la hora de adaptarlos a los sujetos concretos que muestran estos problemas. Por ejemplo, el tiempo fuera y el reforzamiento diferencial no se han mostrado efectivos cuando las principales consecuencias implicadas son sensoriales, la inversión del hábito no se puede utilizar con niños muy pequeños porque exige su colaboración activa, parece que ninguno de los tres es efectivo para eliminar la succión nocturna. Por todo esto, se hace necesario un análisis funcional de las variables implicadas en el mantenimiento de la conducta, que permita adaptar la técnica de intervención a las características funcionales de la misma.

Para el caso de la succión nocturna, las consecuencias implicadas son, normalmente sensoriales. A este respecto Haryett, Hansen

y Davison (1970) aplicaron un procedimiento de prevención de respuesta muy intrusivo consistente en fijar unas barras de acero en las muelas superiores de forma que el niño no podía succionar el dedo, mostrándose efectivo, en algunos casos, sólo tras diez meses de tratamiento. Van Houten y Rolider's (1984) idearon un procedimiento de prevención de respuesta con varios componentes que resultó efectivo en menos tiempo, que comenzaba acostando al niño con un guante de boxeo, pasando, a continuación, a desvanecerlo en varios pasos: algodón y esparadrapo envolviendo el dedo, envolver la punta del dedo con esparadrapo. Se proporcionaron consecuencias diferenciales por no quitarse el guante o el vendaje. Pero sus resultados no fueron claros en cuanto al papel de las consecuencias, ni a la validez del desvanecimiento, aunque sí concluyeron que el guante de boxeo no era necesario (Luciano, 1988). Este procedimiento fue replicado por Luciano (1988), eliminando el primer paso (guante de boxeo), y estableciendo una retirada progresiva del vendaje y de las consecuencias. En este estudio de caso vamos a presentar una replicación sistemática del procedimiento de Luciano (1988) con un niño de 1 año y 9 meses, aunque eliminando el primero de los componentes (vendaje), presentando datos de 3 años de seguimiento.

MÉTODO

Sujeto y Conducta Problemática

J.M. era un niño de un año y nueve meses que se succionaba el dedo pulgar derecho desde el nacimiento y que nunca había usado chupete. Su nacimiento y desarrollo habían sido normales. Los padres eran de nivel cultural alto y nivel económico medio, siendo éste su primer y único hijo. Acudieron a consulta porque "se enteraron a través de un amigo psicólogo que este tipo de hábitos no se quitaban al crecer y que podían ser perjudiciales a la larga". Aunque los padres no sabían precisar con exactitud cuándo, en algún momento antes de cumplir seis meses J.M. dejó de succionar su pulgar derecho y comenzó a succionar sus dedos anular y corazón conjuntamente (también de la mano derecha).

Evaluación

Los padres manifestaron su preocupación por que el niño fuese a padecer algún tipo de alteración en la dicción. Informaron que la conducta problemática se producía a diario "cada vez que el niño tenía sueño", es decir al acostarlo o cuando estaba a punto de dormirse, aunque no estuviera acostado. La succión era ininterrumpida hasta pasada aproximadamente una hora después de dormirse. Se les preguntó si habían intentado alguna estrategia para acabar con ese hábito a lo que contestaron negativamente. Respecto a si prestaban algún tipo de atención al niño mientras realizaba este comportamiento, sus repuestas fueron, asimismo, negativas y tampoco se identificaron consecuencias desagradables de las que pudiera estar escapando con la succión de los dedos. Se les pidió que registrasen la conducta del niño durante una semana para tener datos de línea base. Para ello se definió la respuesta de succión como la introducción del dedo anular, del dedo corazón o de ambos, parcial o totalmente dentro de la boca. Se utilizó un procedimiento de muestreo temporal: cada 15' en la primera hora después de acostarse, cada 30' en la segunda hora y 2 veces por la mañana (1 hora y media hora antes de levantarse), de forma que cada día se observaban ocho veces para el descanso nocturno y cuatro veces (cada 15') para la siesta.

Procedimiento y diseño

Se utilizó un diseño AB para valorar el efecto de la intervención. Siguiendo el análisis de Carr y Durand (1985) y Matson (1989), dado que la evaluación indicó que no parecían haber contingencias de tipo social, ni tangibles implicadas en la conducta problema así como la posible huida de contingencias aversivas, se hipotetizó que las consecuencias que estaban manteniendo dicha respuesta eran de carácter sensorial. Por ello se planificó un tratamiento que fuera lo menos intrusivo posible y que pudiese ser aplicado por los propios padres. Como el objetivo era buscar la extinción sensorial (Rojahn, Tassé y Morin, 1998), se eligió el procedimiento de Luciano (1988), si bien se consideró que dado el pequeño tamaño de los dedos del

niño, y al ser dos los dedos implicados, era preferible prescindir del algodón, utilizando sólo esparadrapo para cubrir las dos falanges extremas de los dedos anular y corazón. Así se evitaban tener que introducir contingencias por no quitarse el vendaje, puesto que para un niño de esta edad resulta difícil quitarse el esparadrapo hipotetizándose que el esparadrapo por sí mismo podría alterar el *feedback* propioceptivo lo suficiente como para que se produjera la extinción sensorial. El tratamiento se llevó a cabo durante las vacaciones de ambos padres, de forma que estuvieron junto al niño todos los días que duró la intervención. Las fases fueron:

Línea Base: Los padres registraron la conducta de J.M. durante una semana.

Extinción Sensorial I: El día octavo, primer día de tratamiento, a la hora de dormir la siesta, los padres colocaron el esparadrapo en los dedos de J.M. en la forma indicada más arriba. Se indicó a los padres la necesidad de sistematicidad en la aplicación de este tratamiento y se les advirtió que si el niño lloraba no podrían prestarle atención directa. Por tanto debían supervisar inadvertidamente si lloraba por alguna razón que no fuera las dificultades surgidas para realizar la conducta problema. También se les aconsejó que procurasen mantener el esparadrapo en el dedo durante todo el día, para evitar que se generalizase a otros momentos del día. Se les pidió que si observaban al niño llevarse la mano a la boca, procurasen retirársela disimuladamente, sin prestarle atención explícita por ello (debían evitar mirarlo en esos momentos o decirle cualquier cosa, sólo tenían que retirarle la mano) y que procurasen implicarlo en alguna actividad (incompatible) que requiriese el uso de la mano derecha.

Desvanecimiento: Se fijó como criterio para iniciar el desvanecimiento del esparadrapo el que durante 5 días no se produjera la succión de uno o ambos dedos, o de cualquier otro. El primer paso del desvanecimiento fue eliminar el esparadrapo de la falange media de los dedos. El segundo paso consistió en retirar completamente el esparadrapo, pidiéndoles que siguieran actuando de igual manera respecto a los posibles intentos de succión diurna.

Seguimiento: Después de la sesión número 31, los padres observaron y registraron la conducta de su hijo dos veces por semana

durante un mes, pasando a hacerlo una vez por semana en el mes siguiente. A partir de este momento chequearon su conducta una o dos veces al mes durante los tres años siguientes.

Fiabilidad

A ambos padres se les pidió que hicieran la observación simultáneamente pero de forma independiente y que lo anotasen cada uno en un cuaderno. Se calculó la fiabilidad, que fue del 100%, mediante la fórmula $F = [Acuerdos / (Acuerdos + Desacuerdos)] \cdot 100$

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio de caso se presentan en la figura 1. Durante la línea base los padres encontraron al niño con los dedos corazón y anular dentro de la boca la gran mayoría de las veces que lo observaron ($x=7'5$ en la noche, $x= 3'4$ en la siesta). Al introducir el tratamiento de extinción sensorial con el esparadrapo la conducta problemática se redujo drásticamente y se mantuvo durante el desvanecimiento. Los padres informaron de que los dos primeros días lloró durante aproximadamente media hora al acostarse tanto la siesta como por la noche. Al tercer día lloró aproximadamente 3 o 4 minutos, sin que se volviera a repetir esta conducta a partir del cuarto día.

La conducta no se generalizó a otro momento del día ni se produjo "sustitución del síntoma". Durante los dos primeros días de tratamiento, los padres indicaron que cuando el niño estaba levantado "intentó varias veces llevarse la mano derecha a la boca, aunque fue fácil entretenerlo en otra cosa". No se produjo ningún intento ni ocurrencia de succión de otro dedo, parte del cuerpo u objeto.

Este tratamiento se ha mostrado efectivo para eliminar el comportamiento estereotipado de succión de los dedos anular y corazón. Su efecto fue rápido y se mantuvo tras el desvanecimiento de la intervención y los tres años de seguimiento. Aunque el valor de estos resultados es limitado, puesto que se reduce a un sujeto, éstos

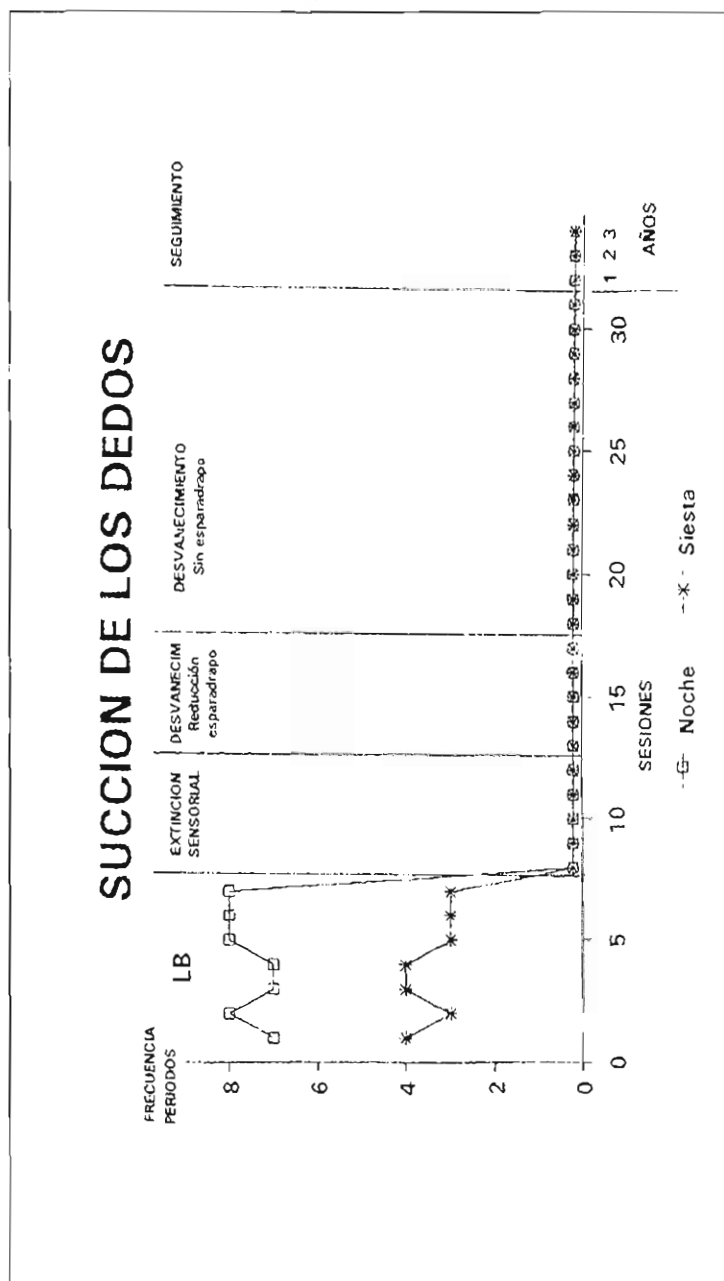


Figura 1.- En la gráfica aparecen representados el número de períodos de observación que los padres encontraron a J.M. con los dedos en la boca durante las fases respectivas: línea base, extinción sensorial, desvanecimiento y seguimiento

confirman la hipótesis acerca de las consecuencias sensoriales como responsables del mantenimiento de las respuestas estereotipadas y la consiguiente extinción sensorial mediante la alteración del *feedback* propioceptivo con el esparadrapo, en línea con el análisis de Matson (1989) y Rojanh et al. (1998). Supone, además, la replicación de los resultados de Van Houten y Rolider's (1984) y de Luciano (1988).

La particularidad de este caso reside, probablemente, en la escasa edad del sujeto lo que puede tener importancia para la orientación de los padres sobre la ventaja de eliminar este tipo de comportamientos lo antes posible. Su cronificación a lo largo del desarrollo implica, con una alta probabilidad, su generalización a otras situaciones y la participación de nuevas fuentes de contingencias que dificultan su eliminación. Por ello, de alguna forma podemos decir que este tratamiento confirma el origen autoestimulado y la conveniencia de su tratamiento en edades tempranas, sin sustitución del síntoma, contribuyendo a romper mitos sociales acerca de este tipo de comportamientos. Además, conforme aumenta el repertorio general del niño, es esperable que aumente su capacidad para discriminar el elemento que distorsiona las consecuencias sensoriales (esparadrapo) y la probabilidad de iniciar comportamientos para eliminar dicha distorsión y restablecer las contingencias sensoriales. En cierta medida, al presentarse un tratamiento breve y efectivo en un niño de tan corta edad, se está haciendo prevención secundaria de las secuelas asociadas a estas conductas (problemas dentales, deformación de los dedos etc.).

El seguimiento de tres años muestra la desaparición definitiva de la succión de los dedos sin que se produzca sustitución del síntoma. La simplicidad del tratamiento, aplicado por los padres sin necesidad de introducir al niño en el contexto clínico, reduce el coste de la aplicación y disminuye la probabilidad de reforzar con atención conductas inadecuadas. La aplicación de contingencias naturales durante el día por la realización de otras conductas, incrementa la probabilidad de generalización y mantenimiento y no genera unas condiciones de privación sensorial que pueden hacer más probable la sustitución del síntoma.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association** (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, D.C. A.P.A.
- Azrin, N.H. y Nunn, R.G.** (1973). Habit-reversal. A method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 619-628.
- Azrin, N.H., Nunn, R.G., y Frantz-Renshaw, S.** (1980). Habit reversal treatment of thumbsucking. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 395-399.
- Baer, D.M.** (1962). Laboratory control of thumbsucking by withdrawal and representation of reinforcement. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 5, 525-528.
- Carr, E.G. y Durand, V.M.** (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 111-126.
- Costa Campos, A.** (1985). Papel del pediatra en la prevención de las maloclusiones. *Anales Españoles de Pediatría*, 22, 13 1-134.
- Haryett, R.D., Hansen, F.C., y Davidson, P.O.** (1970). Chronic thumbsucking: A second report on treatment and its psychological effects. *American Journal of Orthodontics*, 57, 164-177.
- Hughes, H., Hughes, A., y Dial, H.** (1979). Home-based treatment of thumb-sucking: Omission training with edible reinforcers and a behavioral seal. *Behavior Modification*, 3, 179-186.
- Knight, M.F., y McKenzie, H.S.** (1974). Elimination of bedtime thumbsucking in home settings through contingent reading. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, 33-38.
- Luciano, M.C.** (1988). A systematic replication of response prevention to eliminate nocturnal thumbsucking. *Child and Family Behavior Therapy*, 10, 69-75.
- Matson, J.L.** (1989). Self-Injurious behavior and stereotypies. En T.H. Ollendick y M. Hersen (Eds) *Handbook of child psychopathology*. New York, Plenum Press (Segunda edición).
- Rojahn, J., Tassé, M. y Morin, D.** (1998). Self-Injurious behavior and stereotypies. En T.H. Ollendick y M. Hersen (Eds) *Handbook of child psychopathology*. New York, Plenum Press (tercera edición).
- Skiba, E.A., Pettigrew, E., y Alden, S.E.** (1971). A behavioral approach to the control of thumbsucking in the classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4, 121-125.
- Van Houten, R., y Rolider, A.** (1984). The use of response prevention to eliminate nocturnal thumbsucking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17, 509-520.

