

INTERVENCION SOBRE CONTINGENCIAS EXTERNAS COMO TRATAMIENTO PSICOLOGICO EN UN CASO DE TARTAMUDEZ DE DESARROLLO

Angeles Palenzuela Sánchez

Psicólogo Infantil. Unidad de Salud Mental Infantil del Area 18 (Servicio Valenciano de Salud)

RESUMEN

En este trabajo presentamos el procedimiento seguido en un caso de tartamudez de desarrollo en un niño de tres años. Se llevó a cabo un tratamiento desde la perspectiva de la modificación de conducta, utilizando a los padres como coterapeutas. El programa de intervención consistió fundamentalmente en el manejo de las contingencias externas para extinguir los problemas de fluidez en la dicción. El tratamiento constó de cinco sesiones clínicas en un periodo de nueve semanas. Los resultados se mantuvieron a los seis meses de seguimiento.

Palabras clave: TARTAMUDEZ DE DESARROLLO, MODIFICACION DE CONDUCTA, CENTRO DE SALUD MENTAL, FORMACION DE COTERAPEUTAS.

SUMMARY

The procedure employed with a case of a three years old boy of stuttering of development is described. Treatment was a behavior modification approach, using the parent as cotherapist. The intervention program was based on the external contingencies handling to extinguish the fluency problem in the diction. The treatment was developed all through five clinical sessions in a period of nine weeks. Results were maintained at both six after the end of treatment.

Key words: STUTTERING OF DEVELOPMENT, BEHAVIOR MODIFICATION, MENTAL HEALTH CENTER, COTHERAPIST TRAINING.

1. INTRODUCCION

El presente trabajo refleja el estudio de un caso infantil de tres años cuya conducta problemática demandada por la madre fue la de un problema de fluidez en la dicción.

Tal conducta problemática consiste en bloqueos al inicio de la lexía y en repeticiones de fonemas y morfemas (ya sean de contenido absoluto o lexemas o de contenido relativo o gramemas), acompañado de falta de prosodia. Ante tales bloqueos los familiares han aplicado diversos remedios, entre los que cabe señalar los regaños, la insistencia en lo adecuado de hablar bien y la repetición insistente de las lexías una vez llevado a cabo el proceso de corrección.

Como puede comprenderse, nos estamos refiriendo a una tartamudez de desarrollo que se presenta a una edad temprana, principalmente entre los tres y los seis años y que, en la medida en que es identificada como tal tartamudez y operan sobre el niño una serie de condiciones facilitadoras, se hace más persistente. Ante tal situación pueden darse dos tipos de reacciones (Santacreu, 1990); a saber:

a) el aprendizaje de soluciones correctas hacia un patrón de habla prosódico, favorecido principalmente por las condiciones ambientales;

b) o bien, el patrón de habla típicamente tartamudo que, potenciado en este caso no sólo por condiciones ambientales sino también por la actuación paterna y/o la personalidad del niño, provocará una variada tasa de errores de dicción,

dependiendo, evidentemente, de las condiciones del ecosistema en el que esté inmerso.

Así mismo, autores como Jonhson (1959) o Friedman (1986) consideran que la simple identificación por parte de los padres del problema facilita la persistencia de la tartamudez. Por ello, hacen hincapié en el aprendizaje y destacan la importancia de la ansiedad provocada por los padres en los inicios del lenguaje en el niño. Esta ansiedad se puede manifestar de diversas maneras: por un lado, la atención prestada diferencialmente al habla incorrecta actúa como reforzador de los bloqueos y repeticiones, facilitando el mantenimiento de los mismos; por otro, las amonestaciones podrían ser la única fuente de atención que se le presta al niño, funcionando, consecuentemente, como refuerzo positivo o provocando reacciones emocionales que podrían llevar a un cierto temor a hablar y a la aparición de respuestas psicofisiológicas (principalmente la tensión muscular) que por si mismas son capaces de producir errores como los bloqueos (Santacreu, 1990).

En contrapartida a los planteamientos anteriores, Kidd (1980) o Wingate (1976), por poner unos casos, insisten más en los factores de predisposición hacia determinados tipos de problemas o enfermedades.

Lo cierto es que los niños tartamudos pueden tener un factor de predisposición a la tartamudez (Santacreu, 1982) y que tal factor consiste en tener como respuesta preferida al estrés la respuesta electromiográfica. Al respecto señala Santacreu que si junto a las condiciones de aprendizaje para tartamudear se da la respuesta electromiográfica como respuesta preferida al estrés, el sujeto tartamudearía con mayor frecuencia (Fernández Zúñiga, Santacreu y Llavona, 1988). Consecuentemente, en esta situación no se pueden considerar a los niños como propiamente tartamudos, ya que aún no son conscientes de que tienen un problema y, además, su tartamudeo no es un intento de solución para no cometer errores de dicción. Como reconoce Santacreu (1986), este problema sería el que se da inicialmente en la infancia donde el niño no hace intentos de solución.

Por tanto, debemos estar de acuerdo con las hipótesis de Jonhson (1959) y Santacreu (1982, 1985), quienes sostienen que el ambiente autoritario/punitivo o una alta motivación de logro en los padres puede hacer que se centre la atención de forma excesiva en el habla de los niños pequeños cuando aún la fluidez no es total. Se empieza a dar una reacción de miedo ante las situaciones relacionadas con el hecho de hablar, producida por el temor a no hablar bien, lo que inicialmente provoca tensión muscular en los niños respuesta de ansiedad, derivando, finalmente, en una mayor tartamudez.

A pesar de todo, la mayoría de los autores (Conture, 1982; Buther, 1987) consideran que el éxito en el tratamiento de la tartamudez en la infancia es mayor al logrado en la adolescencia o en la edad adulta, entre otras razones porque, como muy bien reconoce Santacreu (1986), los niños no son todavía sujetos tartamudos. Ello significa principalmente que hay una mayor tasa de recuperación espontánea y que los niños son más sensibles a programas de control externo.

La bibliografía relativa a las diversas estrategias de tratamiento de este problema es copiosa, baste recordar principalmente los trabajos de Fiedler y Standop (1984); Santacreu (1986); Gregory (1979); Dalton y Hardastle (1977); Van Riper (1973); y Conture (1982), entre otros. Con todo, nos inclinamos a seguir las pautas de intervención propuestas por Santacreu (1986) para el tipo I de tartamudez o de desarrollo en la que su causa es el reforzamiento positivo externo de los errores de dicción y en la que se pretende su extinción impidiendo que tanto los familiares como maestros y otras personas del entorno presten atención al habla inadecuada y refuercen comportamientos incompatibles con la producción de errores (hablar despacio, relajado, etc.), manteniendo a la vez una buena tasa de refuerzo en general sobre las conductas adecuadas del niño.

Finalmente, debe destacarse el papel central que para el caso representan los coterapeutas (en este caso los padres) para el programa terapéutico, responsables en gran medida de la puesta en marcha de éste y de su mantenimiento.

2. METODO

2.1. Descripción del caso

El paciente O. es un varón de 3 años, sin escolarizar, con una hermana de 8 años y perteneciente a una familia de clase media. El padre, que tiene actualmente 38 años de edad, es cocinero de hotel y la madre, de 33 años, es ama de casa. Ambos progenitores tienen un nivel cultural muy bajo ya que apenas han estado escolarizados y presentan dificultades para leer y escribir.

La madre acude a la consulta debido a problemas en la fluidez de la dicción de su hijo. Esta problemática presenta una evolución desde hace dos meses, fecha hasta la cual, la capacidad lingüística del niño había sido muy reducida, aunque sin errores, destacando el hecho de que siempre había sido un niño nervioso al hablar, no llegando en ocasiones a terminar las palabras.

Los datos proporcionados sobre el desarrollo evolutivo de O. nos permiten comentar que no hubo incidencias anormales en su historia prenatal y perinatal, que su desarrollo psicomotor fue normal, así como el control de esfínteres y que no hubo dificultades en el lenguaje desde su inicio, producido a edad temprana, aunque con poca riqueza léxica. Además, no ha padecido enfermedades importantes, a excepción de una bronquitis (cuando tenía 2 años) de difícil remisión, que provocó dificultades en la escolarización.

En el ámbito social observan que es sociable, extrovertido, abierto y que le gusta estar con otros chicos. Sin embargo, no interacciona con otros niños dentro de casa, principalmente porque no dispone de amigos de su edad en el lugar en el que vive y porque son poco frecuentes las salidas fuera de casa para interaccionar con otros niños.

Por lo que respecta al ámbito escolar, podemos comentar que O. sólo ha acudido varias veces a la guardería, sobre todo debido a la reacción con llantos y aislamiento que manifestó al entrar, lo que provocó en sus padres la decisión de sacarlo fuera del colegio.

Finalmente, en el área familiar, el matrimonio no presenta discrepancias en cuanto a las pautas educativas, recayendo el mayor peso de las mismas en la madre. En este hogar, en el que además no existe conflictiva conyugal, el niño está sobreprotegido por la madre, mostrando ansiedad de separación si permanece alejado de ella. Además, no presenta habilidades de autocuidado esperables a esta edad ya que en palabras de la propia madre “ella lo hace más pronto y mejor”, lo que impide, ciertamente, las posibles iniciativas de autonomía que pudiera presentar el niño. Con todo, O. es un chico obediente que atiende a órdenes sencillas y se manifiesta con buen carácter y colaborador cuando se le solicita.

Debe señalarse también que no existen antecedentes familiares de esta problemática, aunque la madre se muestra nerviosa y locuaz al hablar con pauta respiratoria inadecuada.

Como hemos dicho con anterioridad, la conducta -problema de O. surgió dos meses antes de la fecha de consulta, aumentando progresivamente la frecuencia de tartamudeo a partir de entonces. Sus padres no recuerdan cómo surgió la primera vez, pero comentan que si bien al principio la actitud familiar fue de burla, pronto se transformó en preocupación y ansiedad ante los errores de dicción del pequeño. Desde el inicio de la problemática y en los dos meses transcurridos O. presenta bloqueos ante cualquier fonema o lexía sin hacer discriminaciones y en diversas situaciones o lugares, manifestando variación en

la tasa de frecuencia cuando situaciones tales como visita de familiares, desconocidos, etc., le suponían una excitación que le hacía aumentar sus bloqueos y errores.

Finalmente, y para concluir la descripción del caso, podemos manifestar que en la consulta el paciente se presenta amigable, inquieto y tímido cuando se le solicita interaccionar y que hemos comprobado tras varias sesiones de observación (con el fin de obtener una muestra fiable) que O. presentaba bloqueos y repeticiones y un nivel de desarrollo del lenguaje inferior al de su edad (probablemente debido a la restricción estimular a la que estaba sometido y a la poca estimulación que recibía en casa).

2.2. Evaluación

En la evaluación que realizamos a través de la entrevista y con el Cuestionario para padres (PEP) pudimos comprobar que O. mostraba repertorios normales en casi todas las áreas conductuales a excepción del área familiar en la que existía poca autonomía y una total carencia de habilidades de autocuidado. Así mismo, también detectamos los problemas de dicción por los que se demandó al principio la conducta.

Debido a la necesidad de intervenir lo antes posible, no tomamos datos de línea base de forma estructurada antes de la intervención, aunque sí recogimos datos generales suministrados durante la entrevista.

Desde el preciso momento en que prescribimos el tratamiento llevamos a cabo una serie de registros que citamos a continuación:

- registro en situación natural con cassette (con muestreo de tiempo);
- registros de frecuencias de palabras tartamudeadas, llevados a cabo por la madre (confróntese la figura nº 1);
- y, finalmente, registros de refuerzos de conductas relacionadas con el hablar adecuado, llevados a cabo también por la madre (véase la figura nº2)

La información inicial que recogimos nos permite destacar los siguientes puntos esenciales:

- 1º Presenta un vocabulario básico muy reducido para su edad;
- 2º Los bloqueos y repeticiones léxicas se producen con mayor frecuencia ante situaciones con extraños o cuando O. es visitado por familiares;
- 3º Por el contrario, cuando está solo, la probabilidad de estos bloqueos y repeticiones es menor;

FIGURA 1.- Registro de frecuencia de palabras tartamudas

NOMBRE Poner un * cada vez que ocurra
 PERIODO TEMPORAL (MES) Realizado por

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

4º Por ello, cuando el niño está jugando solo y habla, no presenta tartamudeo;
 5º Y finalmente, cuando se la ha forzado para que diga la palabra tartamudeada, en ocasiones se pone a llorar y no quiere intentarlo.

El análisis de los datos precedentes posibilita, a su vez, la formulación de la hipótesis que recogemos en el esquema de la figura nº 3.

Ciertamente, la mayoría de los autores nos confirman que un gran número de niños, cuando comienzan a hablar, cometen errores de dicción tales como bloqueos, repeticiones, muletillas en fonemas, sílabas o lexías. El caso de O. es un ejemplo de tal situación, inicialmente manifestada a través de errores en la dicción de tipo evolutivo o de desarrollo. Ante esta conducta del niño, el ambiente familiar refuerza con su atención el habla tartamudeada y reacciona con ansiedad y preocupación ante la posibilidad de tener un hijo tartamudo. Ello provoca en el pequeño un condicionamiento clásico ante situaciones en las que ha de hablar, principalmente por la ansiedad que siente ante las reacciones de sus familiares, llegando, finalmente, a un reforzamiento positivo de los errores en la dicción.

FIGURA 2.- Registro de atención contingente

NOMBRE

PERIODO TEMPORAL

REALIZADO POR

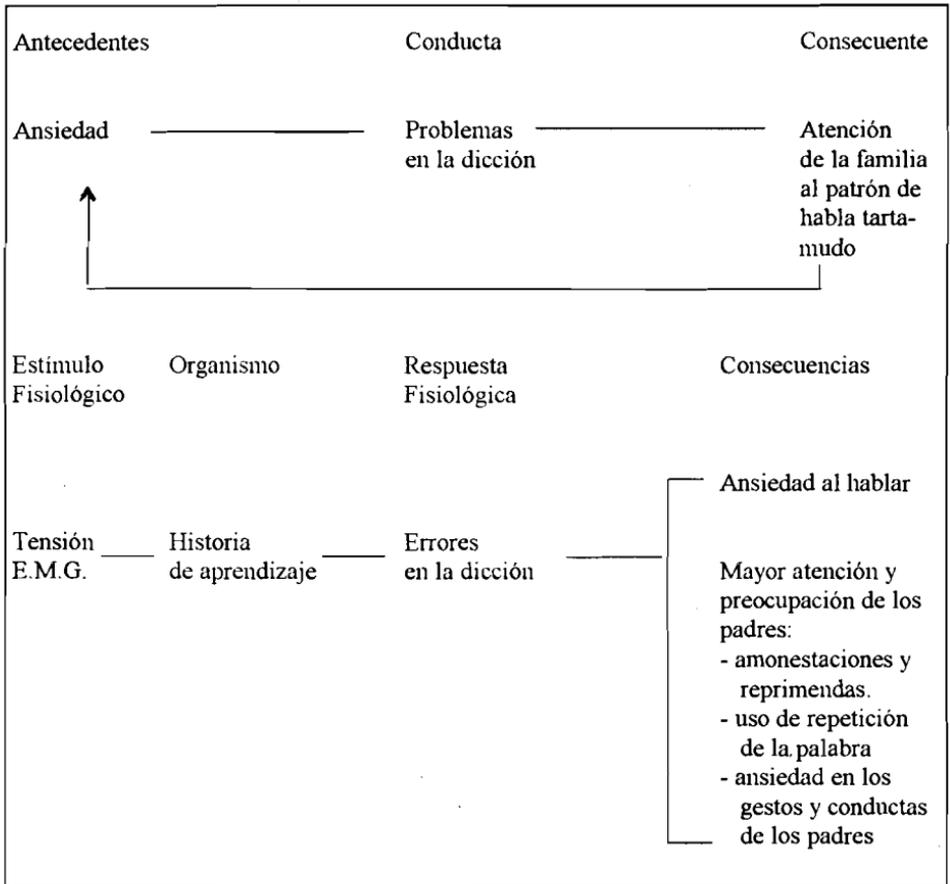
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Hablar despacio							
Hablar tono bajo							
Tartamudeo							
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Conductas no relacionadas con hablar							

2.3. Tratamiento

2.3.1. Objetivos terapéuticos

Una vez analizados los resultados de la evaluación, nos propusimos los siguientes objetivos terapéuticos:

- 1) Extinguir los errores en la dicción; y
- 2) Trabajar con los padres como el principal recurso terapéutico (coterautas) en el mismo contexto natural en el que surgía la conducta problemática de O.

FIGURA 3.- Hipótesis explicativa

2.3.2. Desarrollo terapéutico

Como hemos manifestado con anterioridad, la urgencia de intervenir lo antes posible, no nos permitió la recolección de datos de línea base, como sería de esperar; así que decidimos comenzar el tratamiento en la primera consulta.

Antes de iniciar la intervención procuramos que los padres comprendieran y valoraran la importancia de su actuación, con el fin de poder contar con su total

colaboración (ya que eran los principales responsables de la aplicación del programa).

En la 1ª sesión, tras la evaluación con un entrevista y la observación del niño (a través de juegos en los que participaba también su madre), se les explicaron los principios básicos de la modificación de conducta (importancia del refuerzo y manera de aplicarlo; uso de la atención y la extinción de forma discriminada; uso, asimismo, del castigo precisando sus ventajas e inconvenientes; acuerdo de los familiares; y, finalmente, la constancia en la aplicación de lo pactado).

El objetivo prioritario de la intervención con los padres era el que aprendieran a reforzar la conducta adecuada y a extinguir la incorrecta. Para ello les proporcionamos una serie de instrucciones por escrito como resumen de lo explicado en la sesión y les propusimos varios ejercicios con el objeto de que practicasen la manera de reforzar el patrón de habla adecuado.

Así, les propusimos ejercicios de registros del número de palabras tartamudeadas; registro en la situación natural con cassette y registro sobre la manera en la que aplicaban el programa de refuerzo (potenciar el hablar despacio, relajado, en voz baja; respirar cada dos o tres palabras) y extinción (no prestar atención al habla rápida, tartamudeo; hacer fuerza al decir las palabras). Y les recomendamos que en el ambiente familiar utilizarasen el habla y la prosodia que pretendían modelar en el paciente y que no mostrasen preocupación y ansiedad ante situaciones de habla de O., así como que presuntasen más atención a otras conductas positivas no relacionadas con el habla, sugiriéndoles que lo llevaran a una guardería para que, de esta manera, se estimulase su lenguaje.

Tras la primera semana de intervención se hizo necesaria otra sesión similar a la primera debido principalmente a que los padres no cumplieron correctamente las instrucciones dadas y modeladas durante la consulta. En esta ocasión, se presentó una muestra de la conducta de O. en su ambiente natural, tomada con un cassette, en la que se ratificó lo observado en la consulta y por los padres.

Tras esta 2ª sesión, se volvió a programar otra para dentro de 15 días, en la que evaluaría la aplicación del programa por los coterapeutas y la evolución de O. Ahora las instrucciones sí fueron seguidas correctamente, aunque hubo algunas dificultades en los registros debidas, principalmente, a faltas de anotación por causa de olvidos de la madre. Con todo, pudimos observar una reducción de las palabras tartamudeadas y a la vez un aumento de las muletillas.

A lo 15 días contactamos telefónicamente y pudimos saber que O. no tartamudeaba desde hacía tres días. Por ello, lo citamos al mes de esta

evaluación, fecha en la que pudimos ratificar su evolución (manifiesta en la ausencia de bloqueos, repeticiones y muletillas). En este caso, los registros naturales del habla del pequeño con muestreo de tiempo, presentados en esta ocasión, muestran una mayor fiabilidad y objetividad, probablemente por la disminución en la frecuencia de la tasa de errores en la dicción. Con todo, los padres de O. no lo llevan a la guardería porque piensan que es aún pequeño.

3. RESULTADOS - SEGUIMIENTO

O. dejó de tener bloqueos y repeticiones, extinguiendo el uso de las muletillas. Durante los primeros siete días de la intervención, la tasa de errores en la dicción se mantuvo pero a partir de esta fecha la reducción fue gradual (aproximadamente en 28 días) hasta su remisión completa.

A continuación, realizamos un seguimiento a los seis meses de la intervención, en el que pudimos comprobar que ya no se presentaban errores en el habla.

El caso que hemos expuesto es un ejemplo en el que la preocupación ansiedad inicial de los padres por el habla del pequeño, unido a la inhabilidad en el manejo de esta problemática, podía desencadenar en un patrón de habla tartamudo en un niño que, inicialmente, presentaba una tartamudez de desarrollo. Consecuentemente, este trastorno nos lleva a reflexionar sobre la importancia de la prevención, que evitaría una actuación asistencial, la mayoría de las veces tardía. Es necesario, pues, que los padres dispongan de información acerca de la génesis de la tartamudez para evitar que su comportamiento tanto la aparición como el mantenimiento del trastorno; por lo que estamos totalmente de acuerdo con las palabras de Pelechano (1980), de que "los comportamientos desadaptativos son fruto del aprendizaje en el ambiente natural y la familia es el ambiente natural primario de los niños".

BIBLIOGRAFIA

- Butler, K. (1987): La tartamudez en el niño: uans reflexiones sobre la diversidad. Apud. AAVV, *La tartamudez*. Salamanca. Amarú.
- Conture, E.G. (1982): *Stuttering*. Londres. Prentice-Hall Inc.
- Dalton, P. y Hardcastle, W.J. (1977): *Disorders of fluency*. Londres.
- Johnson, W. (1959): *Speech problem of children*. Nueva York. Grune Statton Inc. (traducción

- española en Ed. Kapelusz, Buenos Aires).
- Fernández Zúñiga, A.; Santacreu, J. y Llavona, L.** (1988): Variables fisiológicas en niños tartamudos. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 8, pp. 225-236
- Fiedler, P.A. y Standop, R.** (1984): *La tartamudez*. Barcelona. Herder (1ª edición alemana, 1978).
- Friedman, S.** (1986): *Gagueira: origem e tratamento*. Sao Paulo Summus.
- Gregory, H.H.** (ed.) (1979): *Controversies about stuttering*. Baltimore. University Park Press.
- Kidd, K.K.** (1980): Genetic models of stuttering. *Journal of fluency disorders*, 5.
- Pelechano, V.** (1980): *Terapia familiar comunitaria*. Valencia. Alfaplúa.
- Santacreu, J.** (1978): *Estudio de las variables fisiológicas de la tartamudez*. Memoria de Licenciatura. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid.
- Santacreu, J.** (1982): *Estudio de las variables psicológicas de la tartamudez*. Tesis doctoral. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid.
- Santacreu, J.** (1985): Respuestas psicofisiológicas de sujetos tartamudos durante la pronunciación de palabras. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 40, pp. 221-243.
- Santacreu, J.** (1986): *Tratamiento conductual de la tartamudez*. Valencia. Promolibro.
- Santacreu, J.** (1990): Tratamiento de la tartamudez en la infancia. Apud. Méndez, F.X. y Maciá Antón, D. (1990) *Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos*. Madrid. Pirámide, pp. 404-424.
- Van Riper, C.** (1982): *The treatment of Stuttering*. Prentice Hall. Englewood Cliffs, N.J.
- Wingate, M.E.** (1962): Evaluation of stuttering I: Speech characteristics of young children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 27.
- Wingate, M.E.** (1976): *Stuttering: theory and treatment*. Washington, Irvington-Wiley.