

PROGRAMAS DE CAMBIO COMPORTAMENTAL EN UN CASO DE DISFUNCION CEREBRAL MINIMA CON LOS PADRES COMO COTERAPEUTAS¹

C. BOTELLA
V. PELECHANO

Departamento de Psicología de la
Personalidad y Anormalidad
Universidad de Valencia

1. PRESENTACION

J. es un niño de seis años escolarizado en un centro de educación especial, lo traen a la consulta porque presenta diferentes problemas de conducta. En primer lugar, lo que el padre califica de obsesiones, que ocupan la mayor parte de la atención y tiempo del niño. Estas obsesiones han ido modificándose, en un principio fueron los dibujos sin significado, especialmente un libro de pintura abstracta que llevaba a todas partes, escondía, estaba mirando todo el día... Después fue la música, sólo se interesaban por algo que estuviera relacionado con la música. Más tarde cosas que hicieran ruido, cohetes, tracas.

Actualmente, aunque todavía se interesa por los objetos que producen ruido, parece que esto tiende a desaparecer y la obsesión del momento es el pelo. Habla de pelo, se pasa horas tocando el pelo de un payaso, el pelo de los padres o de personas desconocidas. El padre informa de que esto último resulta realmente embarazoso.

En segundo lugar, el niño tiene en el colegio un rendimiento muy bajo. Aunque está escolarizado en un centro de educación especial, y en una clase con un nivel dos años por debajo de su edad, no rinde en absoluto lo que debiera. Según la profesora de J. no le interesa lo que hacen en clase, sólo contesta y presta atención si se le habla de algo relacionado con el pelo.

En tercer lugar, según el padre presenta reacciones muy aparatosas ante algunos estímulos (algo que vea en alguna película, algo que le diga el padre, las maquinitas de jugar en los bares...) o sin estímulos identificables. Las reacciones son "saltos incontrolados", temblores, ponerse con los músculos muy tensos.

En cuarto lugar, el niño no es capaz de jugar con otros niños, aunque es hijo único tiene tres primas que viven debajo de su casa. A veces están juntos, pero no sabe o no quiere jugar con ellas. En el colegio informan de que no es capaz de integrarse en juegos de grupo.

En quinto lugar, muy escasa resistencia a la frustración. Se niega a seguir jugando con el padre si no gana el niño. No puede aguantar que haya otras personas en la casa si en ese momento él quiere estar con el padre, interrumpe las conversaciones y coge con sus manos la cara del padre para que sólo lo mire a él...

En sexto lugar, notables dificultades en lenguaje, escaso vocabulario, dislalias, tartamudez...

1.1. Notas relevantes de la historia de J.

J. nace en EE.UU. de padre cubano y madre española,

es hijo único. Cuando el niño tenía un año los padres decidieron trasladarse a España. En esa época dejaban a J. unas horas al día al cuidado de la abuela materna ya que trabajaban ambos padres. Según el padre del niño, la madre le prestaba muy escasa atención a nivel de cuidados básicos: limpieza, comida, medicación si estaba enfermo...

Llevaron a J. a dos guarderías cercanas a la casa y en las dos los resultados no fueron buenos, el niño lloraba todo el tiempo y era la gran liberación cuando iban a buscarle. Hacia los tres años presenta un cuadro de bronquitis asmáticas continuadas, tiene que quedarse muchos días enfermo en casa, de noche se ahoga. Recomiendan a los padres un centro al aire libre fuera de la ciudad. La profesora del niño en ese centro llama a los padres y les informa de que el niño no habla como debiera, no se relaciona con ningún otro niño ni con ella... en opinión de la profesora tiene graves dificultades para comunicarse. Recomienda la escolarización de J. en un centro de educación especial y una completa revisión médica y psicológica.

Los padres lo llevan a un centro de educación especial y realizan ambas revisiones con los siguientes resultados: J. es visto por dos neurólogos, uno de ellos diagnostica disfunción cerebral mínima; el otro neurólogo diagnostica inestabilidad psicomotriz con ausencia de alteraciones neurológicas específicas.

En cuanto a la revisión psicológica, el psicólogo del centro de educación especial, de tendencia psicoanalítica, informa que según el J. tiene un "temperamento psicótico" y lo deriva a otro psicoanalista para que realice la psicoterapia. Este último psicoanalista recomienda que: "dados los múltiples núcleos psicóticos de J., los objetivos a conseguir serían, discriminación entre mundo interno y realidad externa y estructuración del yo... La duración del tratamiento es imprevisible, pero dada la patología que manifiesta calculo que sería de varios años". Durante unos meses en ese invierno J. es llevado a psicoterapia, pero el padre no está muy satisfecho con el procedimiento (cuatro sesiones de terapia de juego por semana) y los resultados y ese verano J. es visto en EE.UU. por un psicólogo de orientación no psicoanalítica, quien recomienda hacer

una evaluación del lenguaje del niño y diseñar un plan de modificación de conducta. Es por esta razón por la que acuden los padres a consulta en España.

1.2. Recogida de información complementaria

Dado que la información disponible procede del padre y de un hermano del padre a quien J. aprecia mucho (vive con ellos y pasa muchas horas con el niño), se pensó en la conveniencia de tener una entrevista con la madre de J. La madre acude a la cita, francamente dice que no espera obtener muchos resultados de la intervención pero que está dispuesta a colaborar si no se le exige demasiado tiempo.

También se realizaron dos visitas al centro donde estaba escolarizado J. El psicólogo del centro se reafirma en su diagnóstico de "temperamento psicótico", y ofrece la colaboración del colegio. La profesora del niño dice que está totalmente ausente y que no ha podido integrarlo al resto de la clase. La profesora que realiza la reeducación del lenguaje dice que unos días trabaja algo y otros no, aunque el avance en la reeducación del lenguaje que realizan en el colegio (básicamente la dislalia) ha sido grande en el último año.

En este momento aparece una información que consideramos fundamental, el niño está recién operado de amígdalas y adenoides, el otorrinolaringólogo informa de que el niño habrá pasado temporadas con la audición muy deficitaria por los problemas de bronquitis y amigdalitis. Da un tratamiento y recomienda tener cuidado porque cada vez que el niño se resfría sus niveles de audición descenderán. Una vez terminado el tratamiento después de la operación de amígdalas se le practica una audiometría y el resultado es normal.

2. DISEÑO GENERAL DEL PLAN DE INTERVENCION

La hipótesis que sosteníamos era que debido a la escasa audición del niño, en una época fundamental para el desarrollo del lenguaje, éste era muy pobre en la actualidad. Además, por esta razón el niño habría tenido dificultades graves para comunicarse con los demás. Por otra parte, había sufrido numerosos cambios de ambiente y la relación de ambos padres no era en absoluto satisfactoria, con el consiguiente perjuicio para el niño. La madre algo abandonada en sus cuidados del niño y el padre sobreprotector y perfeccionista. Por otra parte el padre, aunque declaraba estar en desacuerdo con el tratamiento psicoanalítico seguido parecía notablemente influenciado por la interpretación y lenguaje psicoanalíticos y esto se observaba en su forma de tratar a J. Ej.: "si no estoy continuamente con el niño se refugia de inmediato en su mundo especial"... y en continuas interpretaciones que realizaba de la conducta del niño.

Se pensó, como primer objetivo, instruir al padre sobre lo que significaba conducta observable y que lo que se iba a modificar era esa conducta observable, la importancia de registrar la conducta, existencia de distintas técnicas eficaces para llevar a cabo la modificación...

De acuerdo con el padre se eligieron una serie de conductas a modificar como un primer paso. Estas fueron:

- 1º) Compulsiones.
- 2º) Lo que llamamos "sobreexcitación", saltos incontrolados, temblores...
- 3º) Socialización, operacionalizada como tener contacto con otros niños, jugar con ellos.
- 4º) Resistencia a la frustración.
- 5º) Realización de tareas escolares en el hogar.

Aunque el plan para modificar estas conductas se llevó a cabo conjuntamente se describen por separado los procedi-

mientos utilizados para modificar cada una de estas conductas.

2.1. Obsesiones

El padre nos explicó en qué consistía esta conducta. Al parecer se presentaba súbitamente, se mantenía durante algún tiempo y luego disminuía su frecuencia siendo sustituida por otra obsesión. Este proceso había ocurrido con los dibujos sin significado, la música, las tracas y ruidos y actualmente con el pelo. Aunque no se identificaron las causas exactas de la aparición de este tipo de conductas, sí obtuvimos información relevante sobre algunas consecuencias que podían mantenerlas. El padre indicó que en cada una de las ocasiones en que J. presentaba una obsesión él hablaba con el niño y frecuentemente utilizaba su interés en la obsesión para enseñarle cosas. Por ejemplo, los colores cuando el niño miraba constantemente el libro de pintura abstracta; instrumentos de música y piezas musicales cuando se interesaba en la música; nombre de cosas que hacen ruido, por qué hacían ruido, quién había descubierto la pólvora... Sólo decía que no había utilizado la obsesión actual del pelo y ésta le ponía muy nervioso. Aún así, reconoció que a instancias del niño le había explicado la diferencia entre rubios, morenos y pelirrojos, calvos y no calvos, pelo rizado y liso... A la vista de estos hechos explicamos al padre nuestra hipótesis de cómo él había reforzado y contribuido a mantener cada una de estas conductas, se le dijo que íbamos a aplicar una técnica para intentar modificarlas.

Le pedimos que registrara durante una semana comportándose en la forma habitual con J. Realmente el niño podía estar una hora cepillando el pelo de un payaso que tenía en su habitación y el padre "tenía que ir con el niño para que no siguiese refugiándose en su mundo". J. se sentaba en las rodillas del padre o de la madre y éstos permitían que les tocara el pelo (períodos que duraban hasta 15 y 20 minutos) para que no se fuera ni se sintiera rechazado, aunque a veces el padre reconocía que se ponían muy nerviosos y le amenazaban con no hablarle si no dejaba el pelo (amenaza, por otra parte, que nunca se cumplía).

Se explicó, entonces, detenidamente al padre en qué consistía la extinción. Para aumentar su interés se le relató el trabajo de Ayllon y Michael (1959) con enfermos mentales en un hospital psiquiátrico; se le advirtió, y con insistencia, que era muy probable que al principio la frecuencia y la intensidad de esta conducta aumentarían. En ese momento se tuvo una entrevista con la profesora de J. y se le explicó también la forma en que tenía que comportarse para no reforzar esta conducta.

El padre nos informaba una vez a la semana de cómo iba desarrollándose el plan de modificación y a la tercera semana la frecuencia de la conducta había descendido (con el padre) a prácticamente cero. Dato significativo para el padre era la visita del huevero. Cada jueves acudía a la casa un señor completamente calvo a venderles los huevos. Esta visita siempre producía en el niño enorme excitación, saltos incontrolados y querer tocar la calva del señor, con el consiguiente embarazo del padre. En la visita correspondiente a esa tercera semana el niño ayudó a colocar los huevos en la nevera y no hizo nada más. Sólo se mantiene en ocasiones la "obsesión" del pelo con la madre de J. y el padre informa de que no aplica correctamente la técnica. La profesora del colegio señala una disminución en esta conducta.

2.2. Sobreexcitación

El padre de J. describió esta conducta como saltos incontrolados ante algunas situaciones, acontecimientos o personas (ejemplo: alguna película de la T.V., estar en un bar delante de las maquinitas eléctricas de jugar, ver una persona calva...). También se producía esta conducta sin estimulación identificable por su parte (ejemplo: ponerse a dar carreras de un sofá a otro, o saltar en el pasillo durante 4 ó 5 minutos seguidos).

Generalmente, lo que hacían en estas situaciones era coger al niño, abrazarle o sujetarlo fuertemente, decirle que se estuviera quieto... y al rato dejaba de hacerlo.

El padre también registró durante una semana esta conducta y pareció confirmarse que estos episodios se producían dos o tres veces diarias (teniendo en cuenta que en los días laborales sólo podía observarse esta conducta desde que J. llegaba del colegio hasta que se acostaba).

Se le dijo al padre que cogerían, abrazarían o hablarían con el niño en cualquier ocasión si no se estaba produciendo en ese momento la conducta que habíamos llamado "sobreexcitación", pero que estaría absolutamente prohibido cualquier tipo de contacto o prestar atención a J. de cualquier manera si se producía esta conducta. Como han señalado distintos autores Allen (1967), Patterson y cols. (1965) la hiperactividad puede modificarse y obtener resultados positivos aplicando técnicas relativamente simples.

Con respecto a esta conducta puede observarse en el registro (Figura nº 1) un marcado descenso de esta conducta a partir de la primera semana de intervención y un mantenimiento en niveles muy bajos a lo largo de las nueve semanas que duraron los registros. Además, se realizó una estimación aproximada de la duración de estos episodios de sobreexcitación y según informó el padre fue esta disminución en la duración lo más notable. Es decir, que en las últimas semanas, aunque en la gráfica aparece contabilizado cada episodio de sobreexcitación, la duración e intensidad de esta conducta es mucho menor.

Conviene señalar aquí, y esto mismo sirve para las restantes conductas, que las observaciones y registros fueron realizados por los padres y que por este motivo no pueden tener la precisión y rigor de observadores profesionales.

Para las restantes conductas a modificar se planeó un sistema de puntos. Se explicó al padre en qué consistía la técnica y se puso de manifiesto desde el principio que aunque esta técnica era poderosa y se había demostrado en numerosas ocasiones su eficacia, Ayllon y Azrin (1968), Zimmerman y Zimmerman (1969), O'Leary y cols. (1969), deberíamos tener gran cuidado en su aplicación si no queríamos correr el riesgo de fracasar. Comenzaríamos a aplicarla en primer lugar en el hogar y cuando el padre estuviera

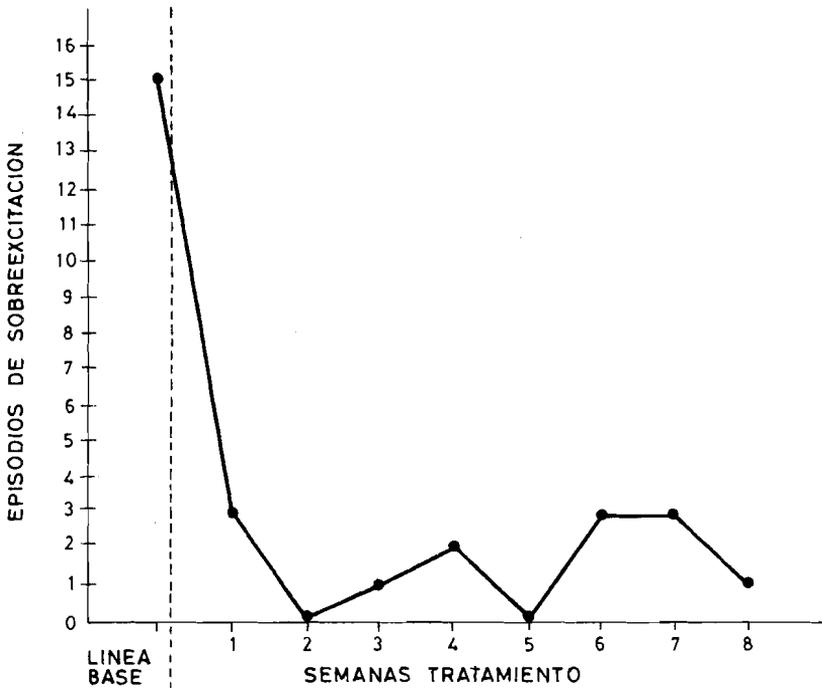


FIGURA 1.- Conducta de sobreexcitación

familiarizado con la aplicación y el niño interesado en el sistema pasaríamos a aplicarlo también en el colegio (más adelante se describe el plan llevado a cabo en el colegio).

El padre captó bien las indicaciones y comenzamos a aplicar el sistema a las conductas que habíamos llamado "socialización": relacionarse, jugar con otros niños...; "resistencia a la frustración": saber perder, saber esperar,

saber seguir las reglas sin enfadarse; y "realización de tareas escolares en el hogar". Pasamos a describir el procedimiento utilizado en cada una de ellas.

2.3. Socialización

Con respecto a "socialización" el padre en un principio señalaba que J. se "desconectaba", que no era capaz de seguir el juego. Le pedimos que registrara observando:

- 1) En qué consiste el juego.
- 2) Quién inicia el juego.
- 3) Quién abandona el juego.
- 4) Qué ocurre inmediatamente antes de que se abandone el juego.
- 5) Qué ocurre después.

De los registros efectuados por los padres se concluye que J. se "desconecta" cuando se estaba jugando o realizando alguna actividad que a él no le interesaba. El caso clásico era el juego con las primas que viven debajo de su casa (recordemos que J. es hijo único), si jugaban a muñecas el niño seguía el juego pero lo abandonaba a los 10 ó 15 minutos y se iba a jugar con sus cosas. Si leían cuentos (J. no sabía leer) él también se iba a jugar sólo. Si jugaban a algo que a J. le gustaba (con sus barcos y soldados) se "desconectaban" las primas.

También se observó la conducta del niño en jardines públicos y no rechazaba jugar con otros niños si éstos se acercaban (el padre colaboraba) e incluso posteriormente alguna vez inició J. el contacto en estas situaciones.

Se pidió también la colaboración de la profesora para observar la conducta de J. en el jardín del colegio, pero aquí no fue posible una colaboración total, ésta se limitó a informes verbales semanales.

Aunque la profesora no pudiera registrar se pidió

a los padres que diariamente preguntaran a J. qué había jugado en el colegio y con quién. Charlar con él sobre lo divertido que puede ser jugar con otros, alabar cualquier acercamiento... Se le explicaría al niño que la profesora iba a informar a los padres de cómo se desarrollaban los juegos de J. con otros niños, ya que ellos estaban muy interesados en esa conducta.

Se le explicó con mucho detalle a J. que ganaría un punto cada vez que jugaba con otros niños. En el hogar esto se desarrollaba sin problemas y el niño jugaba con las primas al parchís, dominó (se buscaron juegos que pudieran interesar a todos). El niño jugaba con los demás y no pareció "desconectarse" si el juego le interesaba. Seguían surgiendo problemas si J. perdía ya que se enfadaba. Esta conducta se comenzó a tratar también de inmediato. Más adelante describimos el procedimiento utilizado. En el colegio aunque no podíamos disponer de registros diarios de la profesora y nos teníamos que limitar a los informes verbales una vez a la semana, también se le prometió un punto cada vez que jugara en el jardín con otros niños. Se observó en las charlas con J. que al principio no nombraba más que a un niño y a medida que transcurría el tiempo llegó a tener como compañeros de juego hasta seis niños, este punto fue confirmado por la profesora.

2.4. Resistencia a la Frustración

Para la conducta de resistencia a la frustración se pensó una situación estructurada de juego en el hogar. A J. le gustaba jugar a un juego de cartas y al dominó, se le enseñaron más juegos de cartas y el parchís. La primera vez ganaría J. y el padre explicaría en voz alta que lo importante no era ganar sino disfrutar con el juego, que tenía interés en que el niño aprendiera esta importante cuestión y le iba a ayudar. Ganaría un punto cada vez que perdiera y no se enfadara o cada vez que jugara según las reglas del juego.

Durante el período de observación antes de empezar el tratamiento se comprobó que J. si perdía se enfadaba,

se iba al cuarto y estaba hasta 30 minutos debajo de la cama, decía en voz alta "si pierdo me muero", "a mí sólo me gusta ganar", había numerosos intentos de llorar...

En la primera sesión se intenta que gane el niño y obtiene 1 punto por seguir las reglas. En la segunda sesión se le recuerda que ganará puntos también si no se enfada. Pierde J. y hace como si se desmaya, pero indica que no está enfadado y gana punto. En sesiones sucesivas se observa al principio una continua atención por los puntos y que poco a poco esta atención disminuye. Le va gustando jugar por el placer de jugar. Ocasionalmente aparecen enfados y retiradas a la habitación voluntarias, pero con la no atención de los padres a este tipo de conducta está en franca extinción. Actualmente según señalan los padres a J. no le gusta perder, pero lo aguanta sin enfadarse.

2.5. Realización de tareas escolares en el hogar

Por último para la conducta de hacer tareas escolares en el hogar se realizó un estudio de las actividades que le gustaban más y menos. El plan a seguir sería el siguiente: una tarea que le gustara menos y luego una que le gustara más. Ganaría puntos por realizarla y por realizarla bien. Más adelante se añadieron recompensas por realizarla sin necesidad de que el padre estuviera a su lado. En este área se obtuvieron éxitos notables, J. pasó del nivel de 1º de preescolar a 1º de E.G.B. en el período comprendido de Abril de 1980 (primera visita a la consulta) a Septiembre de 1980 y en Noviembre de 1980 fue posible integrarlo en un centro normal.

2.6. Atención en clase

Aproximadamente al mes de haber dado comienzo el plan de intervención ya descrito y cuando tanto J. como su padre estaban familiarizados con el sistema de puntos se pensó en un plan para modificar la conducta de atención en clase. J. trabajaba en el hogar pero en clase seguía sin atender.

Se realizó otra visita al centro y se negoció con la profesora de J. un sistema de registro factible para ella. Se dividió cada hora de observación en cuatro períodos de 15 minutos. Se le proporcionaron hojas de registro. La profesora en cada período de observación preguntaría al niño de qué estaban hablando para comprobar si estaba atento o no. Si en ese momento se requería trabajo del niño se vería si J. lo realizaba o no.

Cada día se mandaría la hoja del registro a casa y por la noche se intercambiaría por los puntos ganados. Al niño se le explicó el sistema con toda clase de detalles, se realizaron ensayos en casa. El padre actuaría como la profesora, haría preguntas al niño, le explicaría que en tal ocasión había ganado puntos y por qué, o lo contrario.

El sistema tuvo éxito y la profesora reconoce que el cambio en J. fue notable. Se siguió con este plan desde el mes de Mayo hasta el mes de Junio que finalizó el período escolar.

Durante el mes de Junio se empezó a preparar un plan de trabajo para el verano y se comenzaron los registros de la tartamudez, aunque en el colegio había una logopeda no habían tratado esta conducta (únicamente reeducaban la dislalia).

Hasta ese momento habíamos obtenido buenos resultados en un plazo de tiempo corto. La primera visita a la consulta con el padre fue el día 3 de Abril de 1980 y en dos meses y medio, con una visita semanal, se habían llevado a cabo los planes de modificación ya descritos. Ahora preparábamos un plan que durara todo el verano ya que J. se iba con su padre a EE.UU. hasta finales de Septiembre. Se organizó un horario de trabajo diario para J. y los períodos de descanso, se indicó al padre la forma de ir presentando los contenidos de las materias. Para realizar este plan se recabó la ayuda del colegio de J. a quien se pidió la programación académica de las materias que debía aprender el niño.

2.7. *Tartamudez*

Como hemos indicado a la vez que realizábamos este plan se pidió al padre que observara y registrara la conducta de tartamudear. Con respecto al lenguaje del niño teníamos la información siguiente: había empezado a hablar tarde (palabras entre 3 y 4 años), durante una temporada larga notaron una resistencia a contestar (recordemos los períodos de baja audición de J.) y una adquisición del lenguaje muy lenta. Pero en un principio no tartamudeaba, esto empezó a darse en el verano de 1978; el padre lo achaca a que él tuvo que ausentarse de casa en repetidas ocasiones. A partir de ese momento ha seguido dándose hasta la fecha.

El padre observó y registró la conducta de tartamudeo durante una semana en períodos de quince minutos diarios. Hay que hacer notar la insuficiencia y defectos del registro, cubría un período temporal muy corto y sólo en un momento del día, por lo tanto la información que íbamos a obtener también sería incompleta, pero desgraciadamente no disponíamos de nada mejor ya que J. estaba en el colegio durante todo el día.

Ya en este registro se ponen de manifiesto numerosos problemas de lenguaje que comentaremos más adelante. Por lo que se refiere a la tartamudez dado este caso concreto y ya que, según se desprende de la bibliografía sobre el tema, no parece estar completamente resuelto a nivel teórico el problema de la tartamudez, Yates (1975) y además distintos autores han aplicado diferentes técnicas para tratar este problema: desensibilización sistemática, Lanyon (1969), time out, Haroldson, Martin y Starr (1968); retroalimentación auditiva demorada, Goldiamond (1965); la utilización de ritmo, Brady (1968, 1969); el método del eco, Kondas (1967); terapias compuestas, Curles y Perkins (1969) y Andrews e Ingham (1972)... Se prepara un plan de actuación que pudiera ser eficaz y que, además, pudiera llevarse a cabo en el hogar y ser realizado por el padre de J.

En la figura nº 2 aparecen los registros de la tartamudez, corresponden a períodos de 15 minutos diarios en conversación normal y es conveniente recordar que J. no es muy hablador.

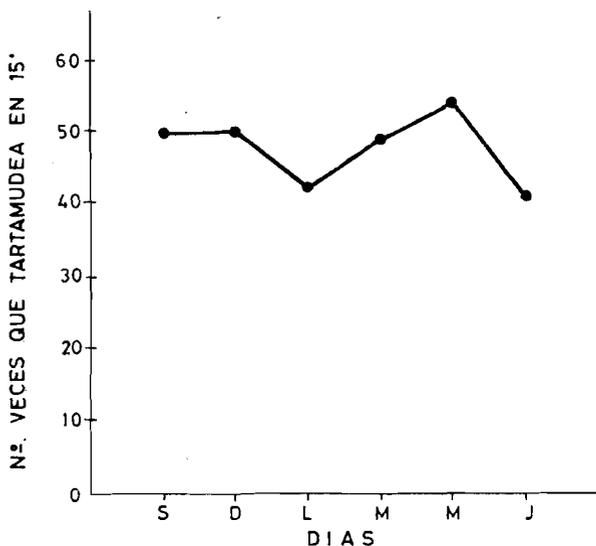


FIGURA 2.- Línea base de la conducta de tartamudeo

Según el padre los registros corresponden a la realidad, no ha notado grandes variaciones en esos días si los compara con cualquier otro día. Informa (aunque no se refleja en el registro) que aumentan notablemente los episodios de tartamudez cuando J. está nervioso.

A partir de aquí comenzamos a preparar un plan, siendo conscientes de que nos limitamos a las posibilidades de un niño de seis años que en este momento está aprendiendo a leer. Hicimos venir a J. a la consulta y en tres sesiones se le enseña la relajación muscular (Jacobson), a hablar con ritmo utilizando un metrónomo y la técnica del eco. Después practicaron en una sesión el padre y J. delante del terapeuta.

Se le explicó a J. que queríamos ayudarlo y se mostró muy interesado y cooperador, oía atentamente la explicación del plan a seguir. Cada día, J. se relajaría y luego durante 20 minutos (con periodos de descanso) practicaría con su

padre a hablar con ritmo utilizando el metrónomo y practicarían el eco. Ganaría puntos por bajar de un determinado número de episodios de tartamudez en cada sesión, que se reduciría progresivamente. El criterio se puso en un principio en 40 sabiendo que lo iba a superar fácilmente ya que las sesiones estaban muy estructuradas y utilizando el metrónomo y el eco J. tartamudeaba mucho menos. Se explicó a J. todo esto como un juego diciéndole que él ganaba cada vez que redujera el número de veces que se enganchaba, además de utilizar repetidamente técnicas de instigación.

Además durante todo el día se observaría la siguiente regla: cada vez que J. se enganchara se callaría, pensaría esa palabra y luego la pronunciaría despacito. Si se producían tres enganches seguidos todo el mundo se callaría y J. no tendría derecho a hablar hasta pasados 2 minutos (que J. controlaría en un reloj), en ese período pensaría la palabra y luego la diría en voz alta despacito. Ganaría un punto diario (independientemente del número de veces que se enganchara) por cumplir estas condiciones.

Volvimos a ver al padre de J. en consulta en el mes de Octubre. Habían cumplido el plan, J. había progresado notablemente en el área académica, tanto que parte de esa se dedicó a comentar la posibilidad de escolarizar al niño en un centro normal (lee y escribe al dictado, suma y resta). La tartamudez en ese verano había descendido notablemente y hubo numerosos días de tasa cero (aunque parece que esta conducta varía notablemente según el estado de ansiedad de J. y las personas con quien hable) según informaba el padre aunque no trajeron registros.

Durante el mes de Octubre se planeó el cambio de centro, se eligió un colegio donde el padre daba clases porque podría controlar diariamente al niño. En principio J. fue solamente por las tardes durante una semana ya que había de habituarle a estar en una clase con 35 niños cuando J. estaba acostumbrado a un grupo de 10 niños. En esa semana el padre estaba presente en los recreos de la tarde y sistemáticamente reforzaba a los niños que se acercaban a jugar con J. En el fin de semana se invitó a un niño a pasarlo en casa de J. y se intentó que se hicieran amigos.

Actualmente está escolarizado en ese centro a jornada completa, los profesores informan de que no hay problemas de relación entre J. y otros niños. El niño según indica el padre está completamente feliz de ir a un colegio de "mayores". Cada noche en casa se practica mediante juego de roles "cosas que hay que hacer en ese cole de mayores", es decir, actividades y disciplina a las que el niño no estaba acostumbrado.

Quedan todavía problemas importantes de lenguaje y ése es el problema que estamos siguiendo en la actualidad. Se pidió al padre que registrara durante una semana grabando las conversaciones en un magnetófono períodos de 15 minutos. En estos registros se observa que J. tiene numerosas omisiones (sujeto, verbo o predicado), defectos de sintaxis, es decir, construye las frases de forma desordenada, utiliza numerosas "muletillas" (sabes, sabes; y, y, y), entonaciones extrañas (tibiooo), además su vocabulario es pobre para un niño de su edad.

Como J. ya no recibe las clases especiales de lenguaje que tenía en el centro de educación especial estamos llevando a cabo el programa de entrenamiento. En la consulta se prepara el plan de actuación para 15 días y el padre lo aplica en el hogar. Se realiza un control y se prepara de nuevo otro plan a seguir en los siguientes 15 días. Desgraciadamente no podemos ofrecer resultados sobre este punto ya que en estos momentos estamos trabajando en ello.

RESUMEN

Se presenta una descripción de un niño con diagnóstico de disfunción cerebral mínima y brote psicótico que fue tratado con un modelo de mediadores (padres). El paquete de programas comportamentales se dirigieron a las áreas siguientes: 1) compulsiones y conductas rituales; 2) hiperactividad; 3) conductas de acercamiento y mantenimiento de contacto social; 4) tolerancia a la frustración, y 5)

incremento de rendimiento escolar en tareas realizadas en el hogar.

SUMMARY

We present a package of behavioral programs in a case with neurological diagnostic of minimal brain disfunction and psychiatric diagnostic of psychosis. The behavioral treatments were directed to: 1) compulsive behaviors and ritualism; 2) hiperactivity; 3) socialization; 4) tolerance of frustration and 5) increase in academic attainment. The principal therapeutic tasks were administred by the parents.

NOTAS

- (1) Trabajo presentado en el Congreso Internacional sobre "Psicología y Procesos de Socialización", Alicante 24-27 de febrero de 1981.

BIBLIOGRAFIA

- ALLEN and cols.: Control of hyperactivity by social reinforcement of attending behavior, *Journal of Educational Psychology*, 1967, 58, 231-237.
- ANDREWS, G. e INGHAM, R.J.: Stuttering an evaluation of follow-up procedures for syllable-timed speech-token system therapy, *Journal of Communication Disorders*, 1972, 5, 307-319 (a).
- AYLON, T. y MICHAEL, J.: The psychiatric nurse as a behavioral engineer, *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1959, 2, 323-334.
- BRADY, J.P.: A behavioral approach to the treatment of stuttering, *American Journal of Psychiatry*, 1968, 125, 843-848.
- BRADY, J.P.: Studies on the metronome effect on stuttering, *Behavior Research and Therapy*, 1969, 7, 197-204.
- CURLES, R.F. y PERKINS, W.H.: Conversational rate control therapy for stuttering, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1969, 34, 245-250.
- GOLDIAMDOND, I.: Stuttering and fluency as manipulatable operant responses classes. In L. Krasner and L. Ullman (eds.): *Research in Behavior Modification: New Developments and Implications*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1965.
- HAROLDSON, S.K.; MARTIN, R.R. and STARR, C.D.: Time-out as a punishment for stuttering, *Journal of Speech and Hearing Research*, 1968, 11, 550-566.
- KONDAS, O.: El tratamiento del tartamudeo en los niños por el método del eco. En B.A. Ashen y E.G. Posez: *Problemas menores de la conducta infantil*, ed. Fontanella, 1976.
- O'LEARY, K.D.; BECKER, W.C.; EVANS, M.B. and SANDASCAS, R.D.: A token reinforcement in a public school: implication and systematic analysis, *Journal of applied behavior analysis*, 1969, 2, 3-13.
- PATTERSON and cols.: A behavior modification technique for the hyperactive child, *Behavior Research and Therapy*, 1965, 2, 217-226.
- YATES, A.J.: *Teoría y práctica de la terapia conductual*, Ed. Trillas, 1977.
- ZIMMERMAN, E.H. and ZIMMERMAN, J.: The alteration of behavior in special classroom situation, *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1962, 5, 59-60.