

MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

Trastornos específicos

Vicente E. Caballo

Miguel Ángel Simón

(Dirección y coordinación)

PSICOLOGÍA PIRÁMIDE

**MANUAL DE PSICOLOGÍA
CLÍNICA INFANTIL
Y DEL ADOLESCENTE**

Trastornos específicos

Dirección y coordinación

VICENTE E. CABALLO

PROFESOR TITULAR DE PSICOPATOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

MIGUEL ÁNGEL SIMÓN

CATEDRÁTICO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD
DE LA UNIVERSIDAD DE LA CORUÑA

MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

Trastornos específicos

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:

Francisco J. Labrador

Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Diseño de cubierta: C. Carabina

Realización de cubierta: Anaí Miguel

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeran, plagiaran, distribuyeran o comunicaran públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier otro medio, sin la preceptiva autorización

© Vicente E. Caballo

Miguel Ángel Simón

© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2002, 2004, 2005, 2007, 2009, 2011, 2012, 2013

Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

www.edicionespiramide.es

Depósito legal: M. 567-2012

ISBN: 978-84-368-1641-9

Printed in Spain

Relación de autores

Guido Aguilar

Clínicas de Psicología y Biorretroalimentación, Guatemala (Guatemala).

Rosa María Bermejo

Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Murcia (España).

Carmen Bragado

Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid (España).

Vicente E. Caballo

Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada (España).

Hannia Cabezas

Facultad de Educación, Universidad de Costa Rica, San José (Costa Rica).

Gloria Carballo

Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada (España).

Betsy Espada del Valle

Clínicas de Psicología y Biorretroalimentación, Guatemala (Guatemala).

Miguel D. Fariz

Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba (Argentina).

Alicia Fernández Zúñiga

Instituto de Lenguaje y Desarrollo, Madrid (España).

María Dolores Fresneda

Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada (España).

Alan M. Gross

University of Mississippi, Department of Psychology, University MS (USA).

Alan E. Kazdin

Department of Psychology, Yale University, New Haven, Connecticut (USA).

Lisa M. Koch

University of Mississippi, Department of Psychology, University MS (USA).

James K. Luiselli

The May Institute Inc. and The May Center for Applied Research, Norwood, MA (USA).

Maria Luiza Marinho

Departamento de Psicologia Geral y Análisis del Comportamiento, Universidad Estatal de Londrina, Londrina (Brasil).

Francisco Xavier Méndez

Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Murcia (España).

Elvira Mendoza

Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada (España).

Carlos D. Mías

Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba (Argentina).

Cristina O. S. Miyazaki

Facultad de Medicina de São José do Rio Preto, S. J. Rio Preto, São Paulo (Brasil).

Inés Monjas

Facultad de Educación, Universidad de Valladolid, Valladolid (España).

Cynthia Borges de Moura

Departamento de Psicología General y Análisis del Comportamiento, Universidad Estatal de Londrina, Londrina (Brasil).

Juana Muñoz

Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada (España).

José Olivares

Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Murcia (España).

Magda S. V. Pestun

Departamento de Psicología Social e Institucional, Universidad Estatal de Londrina, Londrina (Brasil).

Kelly R. Risso

Facultad de Medicina de São José do Rio Preto, S. J. Rio Preto, São Paulo (Brasil).

María Carmen Ros

Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Murcia (España).

Ana I. Rosa Alcázar

Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Murcia (España).

João B. Salomão

Facultad de Medicina de São José do Rio Preto, S. J. Rio Preto, São Paulo (Brasil).

Matthew R. Sanders

Parenting and Family Support Centre, School of Psychology The University of Queensland, Brisbane (Australia).

Miguel A. Simón

Departamento de Psicología, Universidad de La Coruña, La Coruña (España).

Santiago Torres

Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, Málaga (España).

Índice

Prólogo (<i>Alan E. Kazdin</i>)	17
Prefacio (<i>Vicente E. Caballo y Miguel A. Simón</i>)	19

PARTE PRIMERA **Comportamiento negativista/antisocial/agresivo**

1. Características clínicas y tratamiento del trastorno disocial (<i>Lisa M. Koch y Alan M. Gross</i>)	23
1. Introducción	23
2. Descripción del trastorno	23
2.1. Definición	23
2.2. Epidemiología	24
2.3. Descripción clínica	26
3. Teorías	27
4. Evaluación	30
4.1. Entrevistas	30
4.2. Evaluación funcional de las interacciones coercitivas	31
4.3. Medidas de autoinforme	31
4.4. Tests de inteligencia/rendimiento	31
4.5. Registros de la comunidad	32
5. Tratamiento del trastorno disocial	32
6. Conclusión y tendencias futuras	35
Referencias	37
Lecturas recomendadas	38
2. Características clínicas y tratamiento del trastorno desafiante por oposición (<i>James K. Luiselli</i>)	39
1. Introducción	39
2. Descripción	40
3. Teorías sobre las causas	41
4. Evaluación	42
5. Tratamiento	44
5.1. Entrenamiento de padres	44
5.2. Entrenamiento en habilidades cognitivas	48
6. Conclusiones y directrices futuras	50

Referencias	53
Lecturas recomendadas	55
3. Comportamiento agresivo y terapia cognitivo-comportamental en la infancia (Miguel D. Fariz, Carlos D. Mías y Cynthia Borges de Moura)	57
1. Introducción	57
2. Distintas perspectivas teóricas	58
2.1. La perspectiva del aprendizaje	59
3. La agresión instrumental	60
4. La multidimensionalidad del comportamiento agresivo	61
4.1. Integración multifactorial	62
5. La evaluación diagnóstica y conductual	63
5.1. La entrevista con los padres	66
6. Estrategias de tratamiento	66
6.1. Análisis funcional de la agresión instrumental	67
6.2. Modelo de enseñanza de respuestas alternativas a la agresión.....	71
6.3. Principales problemas que pueden plantearse	73
Referencias	74
Lecturas recomendadas	75

PARTE SEGUNDA

Trastornos de la ingestión/conducta alimentaria y de la eliminación

4. Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia (José Olivares, Ana I. Rosa Alcázar y Francisco Xavier Méndez)	79
1. Introducción	79
2. Pica	79
2.1. Definición	79
2.2. Epidemiología	79
2.3. Descripción clínica	80
2.4. Modelos explicativos	81
2.5. Evaluación	82
2.6. Tratamiento	83
3. Trastorno de rumiación	85
3.1. Definición	85
3.2. Epidemiología	86
3.3. Descripción clínica	86
3.4. Modelos explicativos	87
3.5. Evaluación	88
3.6. Tratamiento	88
4. Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez	89
4.1. Definición	89
4.2. Epidemiología	89
4.3. Descripción clínica	90
4.4. Modelos explicativos	91
4.5. Evaluación	92
4.6. Tratamiento	92
5. Conclusión y tendencias futuras	94

Referencias	96
Lecturas recomendadas	98
5. Características clínicas, evaluación y tratamiento de la enuresis (Carmen Bragado)	99
1. Introducción	99
2. Concepto de enuresis	99
2.1. Tipos de enuresis	102
2.2. Diagnóstico diferencial	107
3. Epidemiología	109
4. Etiología	113
5. Evaluación	116
6. Tratamiento	119
6.1. Tratamiento farmacológico	123
6.2. Tratamiento conductual	125
7. Conclusiones	130
Referencias	131
Lecturas recomendadas	134
6. Características clínicas, evaluación y tratamiento de la encopresis (Miguel A. Simón)	135
1. Introducción	135
2. Descripción clínica	135
3. Epidemiología	138
4. Etiología	138
5. Evaluación	140
5.1. Entrevista clínica	140
5.2. Exploración física	141
5.3. Registros conductuales	142
5.4. Manometría anorrectal	142
5.5. Electromiografía	144
5.6. Ultrasonografía anal	144
5.7. Otros procedimientos y técnicas de evaluación	145
6. Tratamiento	145
6.1. Tratamiento dietético	145
6.2. Técnicas de biofeedback	146
6.3. Entrenamiento en hábitos defecatorios	151
6.4. Técnicas operantes	152
7. Conclusiones	152
Referencias	153
Lecturas recomendadas	155

PARTE TERCERA

Trastornos del aprendizaje

7. Descripción, evaluación y tratamiento de los trastornos del aprendizaje (Juana Muñoz, María Dolores Fresneda, Elvira Mendoza, Gloria Carballo y Magda S. V. Pestun)	159
1. Introducción	159
2. Procesos implicados en la lectura y la escritura	160

2.1.	Procesos implicados en la lectura	160
2.2.	Procesos implicados en la escritura	162
3.	Trastornos de aprendizaje de la lectura y la escritura	163
3.1.	Trastornos de aprendizaje de la lectura.....	163
3.2.	Trastornos de aprendizaje de la escritura.....	164
4.	Etiología de los trastornos de la lectura y la escritura.....	167
4.1.	Etiología de los trastornos de la lectura.....	167
4.2.	Etiología de los trastornos de la escritura.....	168
5.	Evaluación de los trastornos de la lectura y la escritura.....	169
5.1.	Evaluación de los trastornos de la lectura.....	169
5.2.	Evaluación de los trastornos de la escritura.....	172
6.	Tratamiento de los trastornos de la lectura y la escritura.....	173
6.1.	Tratamiento de los trastornos de la lectura.....	173
6.2.	Tratamiento de los trastornos de la escritura.....	174
	Referencias	176
	Lecturas recomendadas	178

PARTE CUARTA

Trastornos de la comunicación

8.	Descripción y tratamiento de los trastornos de la comunicación y del lenguaje (Alicia Fernández Zúñiga)	183
1.	Introducción	183
1.1.	Comunicación y lenguaje	183
1.2.	Concepto de lenguaje.....	183
1.3.	Desarrollo del lenguaje	184
1.4.	Los trastornos del lenguaje	186
2.	Trastorno del lenguaje expresivo y trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo	186
2.1.	Introducción	186
2.2.	Epidemiología	188
2.3.	Etiología	189
2.4.	Evaluación	191
2.5.	Tratamiento	193
3.	Trastorno fonológico.....	200
3.1.	Aspectos introductorios. Dimensiones de la producción del habla.....	200
3.2.	Definición.....	203
3.3.	Epidemiología	203
3.4.	Etiología	204
3.5.	Evaluación.....	205
3.6.	Tratamiento	207
4.	Tartamudeo.....	210
4.1.	Definición.....	210
4.2.	Epidemiología	211
4.3.	Etiología	212
4.4.	Evaluación	213
4.5.	Tratamiento	214

Referencias.....	220
Lecturas recomendadas.....	222
 9. Un programa estructurado para el tratamiento del tartamudeo en niños <i>(Guido Aguilar)</i>	223
1. Aspectos generales	223
1.1. Tipos de tartamudeo	223
1.2. Consistencias e inconsistencias en el tartamudeo	224
1.3. Causas del tartamudeo	224
2. Identificando las características del habla del niño	226
3. Tratamiento del tartamudeo	231
3.1. Programa estructurado para eliminar el tartamudeo	233
4. Extendiendo los resultados del tratamiento	235
Referencias	238
Lecturas recomendadas	239
 10. Deficiencia auditiva infantil: psicopatología y tratamiento <i>(Santiago Torres)</i>	241
1. Introducción	241
2. Descripción de la deficiencia auditiva.....	242
2.1. Definición.....	242
2.2. Clasificación de la deficiencia auditiva.....	246
2.3. Epidemiología	247
3. Evaluación de la sordera.....	249
4. Tratamiento.....	250
4.1. Bases empíricas del tratamiento.....	251
4.2. Programa estructurado de tratamiento	254
5. Conclusiones y tendencias futuras.....	264
Referencias	265
Lecturas recomendadas	268

PARTE QUINTA

Deterioro de la interacción social

11. Psicopatología y tratamiento de la timidez en la infancia <i>(Inés Monjas y Vicente E. Caballo)</i>	271
1. Introducción	271
2. Descripción de la timidez	272
2.1. Delimitación terminológica y conceptual	272
2.2. Definición y descripción conductual	275
2.3. Diagnóstico diferencial	276
2.4. Epidemiología	278
3. Antecedentes y consecuencias	279
3.1. Teorías etiológicas	279
3.2. Consecuencias	281
4. Evaluación	282
4.1. Heteroinformes	283

4.2.	Observación directa	285
4.3.	Autoinformes	286
5.	Tratamiento cognitivo-conductual de la timidez	288
5.1.	Bases empíricas del tratamiento	288
5.2.	Características generales	289
5.3.	Objetivos	290
5.4.	Habilidades	290
5.5.	Aspectos logísticos de la intervención	291
5.6.	Técnicas de intervención	291
5.7.	Procedimiento de entrenamiento	292
6.	Conclusión y tendencias futuras	293
	Referencias	294
	Lecturas recomendadas	296
12.	Mutismo selectivo: naturaleza, evaluación y tratamiento (<i>José Olivares, Francisco Xavier Méndez y Rosa María Bermejo</i>)	299
1.	Introducción	299
2.	Descripción del trastorno.....	299
2.1.	Definición.....	299
2.2.	Clases	300
2.3.	Epidemiología	301
2.4.	Descripción clínica.....	303
3.	Naturaleza del mutismo selectivo.....	305
4.	Evaluación	307
5.	Tratamiento.....	309
5.1.	Tratamiento psicológico.....	309
5.2.	Tratamiento psicofarmacológico.....	314
	Referencias	316
	Lecturas recomendadas	320
13.	El niño con autismo: un programa estructurado para su educación (<i>Hannia Cabezas</i>)	321
1.	Introducción	321
2.	Descripción del trastorno.....	321
2.1.	Definición.....	321
2.2.	Epidemiología	323
2.3.	Descripción clínica.....	324
3.	Teorías.....	325
4.	Evaluación	326
5.	Tratamiento.....	327
5.1.	El enfoque intrapsíquico	327
5.2.	El uso de megavitaminas.....	327
5.3.	Terapia electroconvulsiva.....	328
5.4.	Tratamiento bioquímico	328
6.	Programa estructurado de tratamiento.....	328
6.1.	Sujetos	328
6.2.	Procedimientos empleados.....	329
6.3.	Ambiente de trabajo.....	329

6.4. Desarrollo del programa.....	329
6.5. Puesta en práctica del programa	331
7. Conclusiones.....	342
Referencias	342
Lecturas recomendadas	345

PARTE SEXTA

Problemas físicos con una importante base psicológica

14. Características y tratamiento del asma en la infancia (<i>Cristina O. S. Miyazaki, Kelly R. Risso y João B. Salomão</i>).....	349
1. Introducción	349
2. Descripción del asma y problemas de tratamiento	349
3. Aspectos psicológicos del asma	351
4. Intervenciones psicológicas para pacientes asmáticos	351
4.1. Presentación del caso clínico de un paciente con asma	352
5. Conclusiones	357
Referencias	358
Lecturas recomendadas	359

PARTE SÉPTIMA

Los padres como agentes de cambio del comportamiento infantil

15. El entrenamiento de padres en contextos clínicos y de la salud (<i>José Olivares, Francisco Xavier Méndez y María Carmen Ros</i>)	365
1. Introducción	365
2. Descripción del entrenamiento de padres	366
2.1. Evolución histórica y desarrollos teóricos	366
2.2. Concepto y delimitación del entrenamiento de padres	373
3. La evaluación en el entrenamiento de padres	374
4. El entrenamiento de padres propiamente dicho	376
4.1. Instrucciones o pautas de carácter general para estructurar un programa de entrenamiento a padres	377
4.2. Estructura para la orientación del diseño y elaboración de un programa básico de entrenamiento a padres	379
5. Conclusiones y tendencias futuras	382
Referencias	382
Lecturas recomendadas	384
 16. Una estrategia de intervención conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles (<i>Matthew R. Sanders</i>)	387
1. Introducción	387
2. Definición de intervención familiar	388
3. ¿Qué es la Triple P - El Programa Parental Positivo?	388

4.	La base teórica de la Triple P	391
4.1.	La importancia de la autorregulación en modelos de competencia parental ..	393
5.	Principios de la educación parental positiva	393
6.	Características distintivas de la Triple P	397
7.	Niveles de intervención	398
7.1.	Nivel 1: La Triple P general (Estrategia promocional y de difusión)	398
7.2.	Nivel 2: La Triple P selectiva	399
7.3.	Nivel 3: La Triple P de atención primaria	400
7.4.	Nivel 4: La Triple P estándar / La Triple P en grupo / La Triple P asistida por teléfono y dirigida por uno mismo (entrenamiento intensivo en habilidades parentales)	401
7.5.	Nivel 5: La Triple P mejorada (intervención familiar)	403
8.	Las bases empíricas del programa	404
9.	Hacia un modelo de intervención familiar eficaz	409
10.	Conclusión	409
	Referencias	412
	Lecturas recomendadas	415
17.	Un programa estructurado para el entrenamiento de padres (Maria Luiza Marinho)	417
1.	Introducción	417
2.	Un programa de intervención conductual en grupo para padres de niños y pre-adolescentes	418
2.1.	Características de la clientela	418
2.2.	Composición del grupo	418
2.3.	Características de los terapeutas	419
2.4.	Componentes del programa	419
2.5.	Estrategias para la prevención de faltas y el abandono del tratamiento ...	421
2.6.	Evaluaciones	422
2.7.	Intervención	423
2.8.	Estrategias para el mantenimiento de los beneficios terapéuticos	432
2.9.	Consideraciones finales	432
	Referencias	432
	Lecturas recomendadas	433
PARTE OCTAVA		
El juego como terapia psicológica		
18.	Terapia de juego cognitivo-conductual (Guido Aguilar y Betsy Espada del Valle)	447
1.	Introducción	447
2.	El juego como relación interpersonal	448
3.	El juego estructurado	449
4.	El juego no estructurado	454
5.	El uso terapéutico de los cuentos	455
6.	Conclusiones	457
	Referencias	457
	Lecturas recomendadas	460

Prólogo

Los problemas sociales, emocionales y comportamentales de los niños y los adolescentes reflejan retos sociales y tragedias personales enormes. Aunque existen disponibles evidencias a nivel internacional en un grado insuficiente, la investigación realizada en muchos países indica una prevalencia de aproximadamente un 20 por 100 de niños y adolescentes que sufren importantes disfunciones clínicas. Esto se define habitualmente como la presencia de un trastorno diagnosticable utilizando el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* o la *Clasificación internacional de enfermedades*. Es probable que la estimación de ese 20 por 100 sea bastante conservadora e infravalore el alcance del problema. El umbral para establecer la presencia de un trastorno se encuentra demasiado alto; por consiguiente, los jóvenes que no satisfacen todos los criterios diagnósticos necesarios de un trastorno (por ejemplo, depresión, trastorno disocial) pueden sufrir todavía un importante deterioro en su vida diaria y tener un desfavorable pronóstico a largo plazo. Además, en muestras de la comunidad, aproximadamente un 50 por 100 de los niños y adolescentes que cumplen los criterios de un trastorno psiquiátrico también satisface los criterios de al menos otro trastorno, es decir, tienen trastornos comórbidos. La presencia de trastornos comórbidos es mucho más frecuente entre muestras clínicas. Añadido a todo esto podemos señalar la existencia de poblaciones con necesidades especiales. Por ejemplo, los jóvenes que satisfacen los criterios de delincuencia o de retraso mental tienen elevadas tasas de trastornos psiquiátricos y, a menudo, se olvida la salud mental de estas

poblaciones. El reto científico yace en generar teorías e investigaciones que sirvan para comprender el inicio, curso e interrelaciones de los trastornos y en desarrollar estrategias de prevención y tratamiento. El desafío científico consiste en abordar el rango de los síntomas actuales y las numerosas características parentales, familiares y contextuales con las que se encuentran asociados.

En muchos países, si no en la gran mayoría de ellos, existe un reconocimiento y una atención insuficientes con respecto a la importancia personal y social de los problemas evolutivos y de salud mental de niños y adolescentes. Los recursos bajo la forma de dinero, servicios clínicos y profesionales entrenados son insuficientes para abordar el alcance del problema. Igualmente, la infraestructura para el entrenamiento de investigadores y clínicos es inadecuada para satisfacer las necesidades actuales y futuras. Teniendo en cuenta la carga social que representan los problemas clínicos de los niños, de los adolescentes y, posteriormente, de los adultos, esta situación constituye una auténtica desgracia.

En marcado contraste con este olvido público y social de los problemas infantiles y adolescentes tenemos notables avances de la investigación. En las dos últimas décadas en especial se han producido importantes progresos de la psicopatología evolutiva. Por ejemplo, la literatura sobre los precursores de la psicopatología infantil y del adulto, el desarrollo de técnicas (por ejemplo, neuroimagen) para evaluar las disfunciones, la evaluación de los factores parentales, familiares, culturales y contextuales que influyen sobre el desarrollo y la identifi-

cación de tratamientos de base empírica, representan una pequeña muestra de las áreas activas de la investigación en las que los avances han sido evidentes.

Es notable que la investigación clínica infantil y del adolescente haya progresado tanto. Otro asunto muy diferente es intentar estar informado de los principales avances. Somos muy afortunados al disponer de estos dos volúmenes del *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Los volúmenes proporcionan una visión amplia y autorizada del estado actual del conocimiento en estas áreas. Los doctores Vicente Caballo y Miguel Ángel Simón han reunido a un grupo internacional de autores para abordar un amplio rango de problemas que sufren niños y adolescentes. El manual no tiene rival en su alcance y perspectiva del campo de la salud mental infantil y adolescente.

En este segundo volumen, *Trastornos específicos*, los capítulos se encuentran organizados en varias secciones: conducta negativista, problemas de la ingestión y la alimentación, trastornos del aprendizaje, trastornos de la comunicación, deterioro de la interacción social, problemas de salud física, los padres como agentes del cambio y terapia de juego cognitivo-conductual. Dentro de las distintas secciones, se describen los problemas clínicos, se subraya la investigación y se especifica el tratamiento. El volumen abarca un amplio rango de trastornos psiquiátricos, pero no se limita a la organización que vendría impuesta si sólo se centrara en los trastornos. No todos los problemas sociales, emocionales y conductuales de los niños, los adolescentes y los adultos se incluyen en las categorías diagnósticas y no todos los progresos en el trabajo clínico y de investigación estarían representados en esa perspectiva. Por ejemplo, los capítulos sobre timidez, entrenamiento de padres y aplicaciones a la salud del tratamiento se extienden más allá de lo que incluiría

una adherencia estricta a los trastornos psiquiátricos como base para cada uno de los capítulos.

Entre las muchas virtudes de este volumen se encuentra la atención al tratamiento. Los capítulos repasan el tratamiento para cada una de las áreas problema. Además, se describen de forma sistemática tratamientos seleccionados, incluyendo el contenido y el continente de la intervención y lo que se transpira en las sesiones individuales. El énfasis en el tratamiento refleja también el estado actual de las evidencias. Por ejemplo, es probable que el tratamiento mejor investigado en el caso de los niños y los adolescentes sea el entrenamiento de padres. Esta intervención se ha estudiado en ensayos clínicos controlados y se ha aplicado a muchos problemas diferentes. En este volumen, varios capítulos abordan variaciones del entrenamiento de padres y su uso para el tratamiento y la prevención.

Los doctores Caballo y Simón proporcionan un soberbio conjunto de capítulos. Su cuidadosa dirección editorial es evidente a lo largo de todos ellos en términos de la consistencia del contenido, el índice general y el nivel de excelencia. Hay que darles el mérito a los directores por integrar los progresos científicos y el trabajo clínico a lo largo de los capítulos. La lista internacional de autores sirve para fortalecer el volumen y asegura que la relevancia de la investigación propague circunstancias únicas de determinadas culturas. El libro es documentado, amplio y fácilmente leíble. Tanto este volumen como su publicación hermana servirán como un excelente recurso para estudiantes y profesionales. Me considero a mí mismo entre estos dos grupos y por ello pude apreciar especialmente lo que los directores han realizado. Recomendando muy encarecidamente estos dos volúmenes.

ALAN E. KAZDIN
Yale University

Prefacio

El libro que el lector tiene en sus manos constituye el segundo volumen del *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* y cubre de una forma bastante amplia y sistemática el campo de los trastornos psicológicos de la infancia, haciendo algunas incursiones al período de la adolescencia. Al igual que el primer volumen, este segundo sigue de cerca la clasificación del DSM-IV-TR (APA, 2000) sobre los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, completando una extensa visión de corte empírico con respecto a dichos trastornos. Al igual que el volumen anterior, cada capítulo incluye dos amplios apartados, uno primero dedicado a la descripción de las características clínicas del problema y un segundo centrado sobre todo en el tratamiento (fundamentalmente conductual o cognitivo-conductual) del mismo, sin olvidar en muchos casos una breve perspectiva sobre la evaluación.

En este volumen se incluyen 18 capítulos sobre temas tan diversos como el trastorno disocial, el trastorno desafiante por oposición, la conducta agresiva, los trastornos de la ingestión, los problemas de la eliminación (como la enuresis y la encopresis), trastornos del aprendizaje, problemas de comunicación y lenguaje, deficiencia auditiva infantil, timidez, mutismo selectivo, autismo y asma. Los últimos capítulos están dedicados al entrenamiento de padres y a la terapia de juego, formas de modificar convenientemente el comportamiento del niño. Los tres primeros capítulos abordan el comportamiento negativista o agresivo, incluyendo uno dedicado al trastorno disocial, un tema de gran relevancia actual y sobre el que

se están llevando a cabo numerosas investigaciones, con más aplicaciones prácticas y terapéuticas que su contrapartida en la edad adulta, donde las expectativas son más pesimistas (Caballo, en prensa). Los capítulos dos y tres, dedicados al trastorno desafiante por oposición y a la agresividad infantil están muy relacionados con el trastorno del primer capítulo y juntos constituyen un área de enorme interés y relevancia en la sociedad que nos ha tocado vivir hoy día. En todos estos capítulos no sólo se presenta una descripción de los problemas correspondientes, sino que se proponen formas de tratamiento conductual o cognitivo-conductual que han tenido éxito a la hora de modificar dichos comportamientos.

Los tres capítulos que siguen, el cuarto, quinto y sexto, se incluyen en el área de los trastornos de la ingestión y de la eliminación, abordando problemas tan poco conocidos como la pica o el trastorno de rumiación, que además suelen ser poco frecuentes en sujetos sin otros trastornos. Más numerosos son los problemas de enuresis, que se abordan en el capítulo cinco y cuya autora presenta una visión sistemática y erudita sobre el tema. El capítulo seis versa sobre el relativamente poco conocido problema de la encopresis y el autor posee una conocida trayectoria de trabajos sobre el mismo.

Los siguientes tres capítulos tienen como base el aprendizaje de habilidades básicas en la infancia, habilidades que serán fundamentales para el desarrollo del resto de nuestra vida, tales como la escritura, la lectura y el lenguaje. Problemas en estos campos supondrá con frecuencia dificultades en los ámbitos académico/escolar, laboral y de interacción social,

por lo que las formas de intervención adquieren aquí una relevancia notable para impedir que dichos problemas lleguen a afectar el comportamiento del sujeto adulto. El capítulo décimo aborda la deficiencia auditiva infantil, un problema arduo que el autor expone con una importante claridad de ideas.

Los tres capítulos que siguen, el undécimo, duodécimo y decimotercero abordan problemas de interacción social, un área de fundamental importancia en la infancia. Desde la timidez, en la que se pueden ver las raíces de posibles futuros problemas de relaciones sociales en la edad adulta, pasando por el mutismo selectivo hasta problemas más graves y con bases biológicas más potentes como es el autismo, todos ellos plantean alteraciones de la interacción social, aspecto básico al ser humano que convive en grupos sociales. La modificación de estos problemas constituiría un aspecto esencial en la mejora de la calidad de vida de los niños que los padecen.

El capítulo decimocuarto aborda un problema relativamente frecuente en los niños, como es el asma, con importantes influencias emocionales, donde las intervenciones psicológicas tienen un importante papel a la hora de ayudar a los individuos que sufren de esa enfermedad. Los siguientes capítulos tratan el tema del entrenamiento de padres, un procedimiento con frecuencia esencial para el cambio de comportamiento en el niño. Su importancia bien merece dedicarle varios trabajos. Finalmente, el último capítulo se dedica a otra técnica de modificación de conducta infantil como es la terapia de juego cognitivo-conductual, un campo novedoso y con numerosas investigaciones por delante.

El objetivo de este manual sobre psicología clínica infantil y del adolescente en dos volúmenes, del que aquí se presenta el segundo, es ofrecer un amplio panorama de la psicopatología infantil, su evaluación (en muchos trastornos) y, sobre todo, su tratamiento desde una óptica empírica, es decir, desde una perspectiva conductual o cognitivo-conductual, con una visión sistemática y con una puesta en práctica paso a paso. Pensamos que, al igual que sucedía con el primer volumen, el conocimiento aquí reflejado será de utilidad a los psicólogos y psiquiatras infantiles, a los psicopedagogos, a los pediatras, a los asistentes sociales y a los maestros. A todos ellos les deseamos que el contenido de este manual en general, y este segundo volumen en particular, les ayude a comprender mejor y a abordar con más eficacia los problemas del comportamiento infantil y del adolescente.

VICENTE E. CABALLO
MIGUEL A. SIMÓN

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Autor.
- Caballo, V. E. (2002, en prensa): *Descripción, evaluación y tratamiento de los trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.

PARTE PRIMERA
Comportamiento
negativista/antisocial/agresivo

Características clínicas y tratamiento del trastorno disocial

1

LISA M. KOCH
ALAN M. GROSS¹

1. INTRODUCCIÓN

De todos los problemas diagnosticados en la infancia, los comportamientos antisociales, como los encontrados en los niños con trastorno disocial, provocan la mayor preocupación de la sociedad. Esto se debe, en parte, a su visibilidad, a la cantidad de personas que suelen estar afectadas y a sus graves implicaciones para la sociedad. Por ejemplo, en 1998 hubo 1.608.518 arrestos juveniles en los Estados Unidos, de los cuales 71.053 fueron por delitos violentos, 376.096 por delitos contra la propiedad, 129.996 por violaciones de la ley debido al abuso de drogas y consumo de licores y 264.287 por robo (Federal Bureau of Investigation, 1998). Estos números, aunque preocupantes por sí mismos, no reflejan la cantidad de delitos no informados, ni el coste para restaurar la propiedad y la salud a las víctimas, ni la importante cantidad de dinero necesaria para hacer funcionar el sistema de justicia ante los jóvenes (Feldman, Caplinger y Wodarski, 1983). Debido a la gravedad de esas conductas, es esencial no sólo identificar a los niños con riesgo de padecer este trastorno, sino también la búsqueda de protocolos eficaces de tratamiento.

2. DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO

2.1. Definición

A lo largo del curso del desarrollo, niños y adolescentes con una evolución normal manifestarán, en ocasiones, conducta antisocial. Se les podrá observar exhibiendo pataletas, peleando con sus hermanos, desobedeciendo a sus padres o destruyendo la propiedad de otros o la propia. Sin embargo, no realizarán estos actos en la mayoría de los contextos, ni con una frecuencia tal que puedan ser etiquetados como «niños problemáticos» por sus iguales, padres y profesores. Esto nos lleva a la distinción entre niños que se desarrollan normalmente y aquellos diagnosticados con un trastorno disocial. Este trastorno se ha definido como un conjunto de «patrones de conductas antisociales manifestados por los niños o adolescentes, que provocan un deterioro significativo en el funcionamiento cotidiano en casa y en la escuela, o bien las conductas se consideran como inmanejables por las personas significativas del entorno del sujeto» (Kazdin, 1995). A lo largo de los años, las conductas antisociales han recibido muchos nombres diferentes, incluyendo los de delincuencia, expresión manifiesta de aspectos reprimidos, conductas exteriorizadas y problemas de comportamiento (Herbert, 1987). En la definición anterior, el término «conductas antisociales» se utiliza de forma amplia para referirse a cualquier conducta que refleje la violación de las reglas sociales y/o actos contra los demás. Normalmente, se

¹ University of Mississippi (USA). Capítulo traducido y adaptado por V. E. Caballo.

incluyen comportamientos como la agresión, el robo, prender fuego, mentir, vandalismo y escaparse. Aunque este grupo de conductas es diverso, la mayoría de los investigadores y clínicos considera estas conductas de forma conjunta debido a sus elevadas tasas de ocurrencia simultánea en niños y adolescentes (Kazdin, 1995). De este modo, un niño que muestra un comportamiento agresivo es más probable que manifieste también algunas otras conductas antisociales.

2.2. Epidemiología

2.2.1. Prevalencia

La prevalencia del trastorno disocial varía ampliamente dependiendo de la población de donde se saca la muestra, de definiciones distintas empleadas para definir el trastorno disocial y del método utilizado para obtener dichas informaciones (Hoghugh, 1992). A pesar de las dificultades de evaluación, este problema es uno de los trastornos más frecuentemente diagnosticados, tanto en lugares ambulatorios como en lugares de internamiento, y de un tercio a la mitad de todos los casos de niños y adolescentes incluye algún tipo de agresividad, conducta incendiaria o vandalismo (Robins, 1981). Las estimaciones de la prevalencia del trastorno disocial van del 4 al 10 por 100 de la población infantil, aunque no se encuentran disponibles estadísticas fiables (Kazdin, 1995). Además, cuando se evaluaban las conductas específicas que constituyen el trastorno disocial, niños y adolescentes (edades entre 13 y 18 años) autoinformaban de tasas mucho más altas. Por ejemplo, más del 50 por 100 admitía haber robado, un 35 por 100 admitía haber cometido un asalto, un 45 por 100 haber destruido propiedad ajena y un 60 por 100 admitió haber realizado más de un tipo de conducta antisocial (Feldman, Caplinger y Wodarski, 1983).

2.2.2. Distribución por género

El trastorno disocial se diagnostica más frecuentemente en varones, con tasas de prevalencia que

van del 6 al 16 por 100, mientras que las estimaciones de mujeres diagnosticadas con un trastorno disocial van del 2 al 9 por 100 (APA, 1994). El DSM-IV-TR (APA, 2000) presenta tasas de la población general que van del 1 a más del 10 por 100 sin especificar la distribución por sexo. Aunque la diferencia de prevalencia del trastorno entre hombres y mujeres parece ser especialmente correcta para el trastorno disocial de inicio en la infancia (antes de los 10 años), conforme los hombres y las mujeres se acercan a la adolescencia, sus tasas de prevalencia suelen manifestar menos discrepancia.

Se ha demostrado que la presentación de síntomas varía dependiendo del género del niño. Normalmente, los varones que muestran conductas antisociales suelen presentar peleas, robos, vandalismo y problemas de disciplina en la escuela. En otras palabras, suelen manifestar conductas de enfrentamiento. Aunque las mujeres exhiben también conductas antisociales, aquellas que son diagnosticadas con un trastorno disocial suelen tener problemas con el mentir, faltar a clase, escaparse, abuso de sustancias psicoactivas y prostitución, es decir, problemas sin enfrentamiento. Las estimaciones han encontrado que los chicos con trastorno de comportamiento agresivo superan a las chicas por un amplio margen, posiblemente tres a una (Kauffman, 1992).

2.2.3. Distribución por edad

En el DSM-IV-TR, el trastorno disocial se incluye bajo el encabezamiento de «*Trastornos normalmente diagnosticados en la infancia, la niñez o la adolescencia*». El DSM-IV-TR categoriza al trastorno disocial en dos subtipos, que se diagnostican dependiendo de la edad de comienzo. El primer tipo es *de inicio en la niñez*, que se define por el inicio de al menos un criterio diagnóstico del trastorno disocial antes de los 10 años (APA, 2000). Aunque el trastorno disocial se diagnostica más frecuentemente en la mitad/final de la niñez o en la adolescencia, algunos estudios han mostrado que los síntomas pueden darse a una temprana edad como pueden ser los 5 años (Robins y Rutter, 1990). Según el DSM-

IV-TR, los niños que satisfacen este subtipo son normalmente varones y es más probable que o bien continúen teniendo un trastorno disocial o desarrollen un trastorno antisocial de la personalidad cuando llegan a adultos. Además, sus síntomas suelen agruparse alrededor de la agresión hacia los demás niños, tienen unas relaciones problemáticas con sus compañeros, pueden haber manifestado un trastorno negativista desafiante durante su primera infancia y normalmente presentan síntomas que satisfacen todos los criterios del trastorno disocial antes de la pubertad.

El tipo de *inicio en la adolescencia* se define por la ausencia de características del trastorno disocial antes de los 10 años. A diferencia de su contrapartida en la niñez, los adolescentes que satisfacen los criterios para este trastorno tienen una razón hombre/mujer más igualada y es menos probable que desarrollen un trastorno antisocial de la personalidad cuando lleguen a adultos. Además, estos adolescentes suelen manifestar menos conductas agresivas y habitualmente tienen relaciones más normales con los iguales (aunque a menudo muestran problemas de comportamiento cuando están en compañía de otras personas) (APA, 2000).

2.2.4. *Curso*

Como es habitual con la mayoría de los trastornos psicológicos, el curso del trastorno disocial es variable. Los teóricos del desarrollo han postulado que puede haber dos vías de desarrollo para la progresión del trastorno disocial denominadas «iniciadores tempranos» *versus* «iniciadores tardíos» (APA, 2000; Patterson, DeBaryshe y Ramsey, 1989). Como ya hemos visto en el apartado anterior, este planteamiento postula que algunos niños empiezan con síntomas relativamente moderados, desarrollando inicialmente conducta de oposición en la infancia, que luego empeora a un trastorno disocial en la niñez media y puede prolongarse hasta el trastorno antisocial de la personalidad como adultos (Lahey, Loeber, Quay, Frick y Grimm, 1992). Por el contrario, los «iniciadores tardíos» pueden tener pocos síntomas o ninguno cuando son niños y sólo

desarrollan síntomas antisociales cuando son adolescentes, que luego suelen desaparecer cuando el adolescente progresa hasta la edad adulta.

Estas teorías están respaldadas por la investigación que ha demostrado la estabilidad de la conducta agresiva a lo largo del tiempo (Robins, 1981). Richman, Stevenson y Graham (1982) encontraron que el 67 por 100 de los niños que tenían problemas externalizantes como preescolares, continuaba teniendo problemas de agresión a la edad de 8 años. Otros estudios han informado de correlaciones estables entre 0,5 y 0,7 para puntuaciones exteriorizadas (Rose, Rose y Feldman, 1989). También otros investigadores han afirmado que estas estimaciones pueden ser, de hecho, inferiores a las cifras reales debido a la naturaleza situacional y episódica de los problemas disociales (Loeber, 1991). Sin embargo, es importante hacer notar que éste no es un mensaje catastrófico. No todos los niños con problemas disociales continuarán con esos problemas cuando lleguen a adultos. Según el DSM-IV-TR, la mayoría de los niños suele mostrar cierta disminución de los síntomas conforme crece y los datos sugieren que menos del 50 por 100 de los niños con los problemas disociales más graves se convertirá en adultos antisociales (Webster-Stratton y Herbert, 1994).

Aunque los predictores de quien desarrollará síntomas en la edad adulta no constituyen una ciencia exacta, se han identificado ciertos factores de riesgo que parecen indicar una continuación del trastorno. El primer predictor, tal como se ha mencionado anteriormente, es la edad de inicio. Los niños que desarrollan síntomas del trastorno disocial antes de los seis años parecen tener un mayor riesgo de desarrollar conducta antisocial como adultos que aquellos que cumplen los criterios cuando son adolescentes. El segundo predictor se refiere a la amplitud de la conducta desviada. Los niños que muestran síntomas en la casa y en la escuela suelen correr un mayor riesgo (Webster-Stratton y Herbert, 1994). El tercer predictor es la frecuencia, la intensidad y la diversidad de las conductas antisociales. Robins, Tipp y Przybeck (1991) encontraron que el 46 por 100 de los niños con al menos seis conductas antisociales era diagnosticable como adulto, mientras que sólo el 18 por 100 de los que tenían tres con-

ductas podía ser diagnosticado en la edad adulta. El último predictor se refiere a las características de los padres y de la familia. Niños con padres que muestran conductas antisociales tienen un elevado riesgo de desarrollar conductas similares (Kazdin, 1995).

2.3. Descripción clínica

Los niños y adolescentes diagnosticados con un trastorno disocial representan desviaciones, comparados con los niños que tienen un desarrollo normal, en el extremismo, duración y consistencia de las conductas antisociales. Normalmente, estas conductas se categorizan de la forma siguiente: agresión hacia las personas o los animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo, y violaciones serias de las reglas (APA, 2000). Aunque no reconocido formalmente por el DSM, varios teóricos han propuesto un continuo de conductas antisociales, que van desde *actos manifiestos* que suelen ser de enfrentamiento, observables y directos, hasta actos encubiertos, que son de no enfrentamiento, ocultos o indirectos (Loeber, 1982). Según los investigadores, algunos niños suelen caer en un extremo de la dimensión, mostrando sólo un tipo de conducta, mientras que otros pueden mostrar conductas tanto manifiestas como encubiertas. La investigación ha demostrado que estos niños antisociales «versátiles» tienen, generalmente, problemas más graves y su pronóstico es peor que aquellos que sólo exhiben un tipo de conducta antisocial (Kazdin, 1995; Loeber y Schmaling, 1985). Aunque no se ha estimado la prevalencia de cada subtipo de trastorno disocial, se han llevado a cabo algunas investigaciones estimando las diferencias de género (véase en páginas anteriores la distribución por género).

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4.^a edición-Texto revisado), ha creado un sistema en el que se necesita cumplir un cierto número de criterios antes de que un niño/adolescente pueda ser diagnosticado con un trastorno disocial. Estos criterios son los siguientes:

a) Un patrón de comportamiento repetitivo y persistente por el que se violan los derechos básicos de los demás o importantes reglas o normas socia-

les apropiadas a la edad, tal como lo manifiesta la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios en los pasados doce meses, con al menos un criterio presente en los últimos seis meses:

Agresión a la gente y animales:

1. A menudo molesta, amenaza o intimida a los demás.
2. A menudo inicia peleas físicas.
3. Ha utilizado un arma que puede causar un daño físico importante a los demás (por ejemplo, un bate de béisbol, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, una pistola).
4. Ha sido cruel físicamente con la gente.
5. Ha sido cruel físicamente con los animales.
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (por ejemplo, atraco, robar bolsos, extorsión, asalto armado).
7. Ha forzado a alguien a tener una relación sexual.

Destrucción de la propiedad:

8. Ha provocado deliberadamente un incendio con la intención de causar un daño importante.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad ajena (diferente de provocar un incendio).

Engaño o robo:

10. Ha entrado a la fuerza en la casa, edificio o coche de otra persona.
11. A menudo miente para obtener cosas o favores o para evitar obligaciones (es decir, «engaña» a los demás).
12. Ha robado cosas de valor no despreciable sin enfrentarse a la víctima (por ejemplo, roba en las tiendas, pero sin violencia).

Violaciones serias de las reglas:

13. A menudo pasa la noche fuera de casa a pesar de las prohibiciones de los padres, empezando antes de los 13 años.

14. Se ha escapado de casa por la noche al menos dos veces mientras vivía con sus padres u otras personas que le cuidaban (o sin volver durante un largo período de tiempo).
15. A menudo falta a la escuela, empezando antes de los 13 años.

b) La perturbación del comportamiento causa un deterioro clínico significativo en el funcionamiento social, académico o laboral.

c) Si el individuo tiene 18 años o más, no satisface los criterios del trastorno antisocial de la personalidad.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) especifica dos tipos de trastorno disocial basándose en la edad de inicio: *tipo infantil*, definido como el comienzo de al menos un criterio antes de los 10 años, y *tipo adolescente*, que se refiere a la ausencia de criterios característicos del trastorno disocial antes de los 10 años. El DSM-IV-TR proporciona también descriptores de gravedad, incluyendo leve, moderado y grave, dependiendo del número de criterios satisfechos por encima de los que se requieren para realizar el diagnóstico del trastorno, además del probable daño a los demás.

3. TEORÍAS

La explicación sobre el desarrollo del trastorno disocial, al igual que muchos otros trastornos psicológicos, está lejos de estar resuelta. No existe un factor al que señalar y afirmar, «Ésta es la razón por la que este niño se está comportando de esta manera». Por el contrario, el desarrollo del trastorno disocial es complejo y la mejor representación del mismo es bajo la forma de una interrelación entre muchos factores. Esta sección tratará de presentar varios factores que contribuyen al desarrollo del trastorno disocial.

Normalmente, la explicación del desarrollo de los trastornos se divide en dos líneas de investigación: factores genéticos y factores ambientales. Se han llevado a cabo varios estudios que respaldan el hecho de que la genética puede desempeñar un

papel en el desarrollo del trastorno disocial. En estudios que implican parejas de gemelos, una mayor tasa de concordancia en gemelos monozigóticos, comparados con gemelos dizigóticos, sugeriría un posible factor genético debido a la cantidad de solapamiento genético. Estudios con gemelos adolescentes han indicado que las tasas de delincuencia son del 87 por 100 para gemelos monozigóticos y del 72 por 100 para gemelos dizigóticos (Plomin, 1990). Aunque esta diferencia es estadísticamente significativa, no indica una fuerte influencia de los factores genéticos.

Algunos investigadores han alegado que las tasas de concordancia para los gemelos monozigóticos podría no deberse a la genética, sino, por el contrario, ser una función del ambiente, más parecido para los gemelos monozigóticos que para los dizigóticos. Con el fin de controlar esta influencia, se pueden llevar a cabo estudios que examinen a niños adoptados desde el nacimiento. Varios estudios sobre adopción han mostrado que es más probable que el trastorno disocial y la criminalidad se den en los hijos de padres biológicos (comparados con los adoptados) que han manifestado estas conductas (Cadoret, 1978; Crowe, 1974). Sin embargo, los estudios sobre adopción han mostrado también influencias ambientales. Se ha comprobado que factores tales como la edad de la adopción, problemas de pareja y la exposición a diferentes madres antes de la adopción final influyen sobre las tasas del trastorno disocial (Cadoret, 1978). Como mucho, estos estudios sugieren una contribución genética de pequeña a moderada en el desarrollo del trastorno disocial. Sin embargo, puesto que el clínico no puede controlar los genes de un niño, la mayor parte de la investigación se ha centrado en el papel del ambiente en las conductas antisociales.

La teoría más ampliamente estudiada y aceptada sobre las posibles contribuciones ambientales para los problemas de conducta es el modelo de Patterson del proceso familiar coercitivo (Patterson, 1982). Aunque esta teoría se centra principalmente en la etiología de las conductas agresivas, es aplicable a la mayoría de los comportamientos que son característicos de los niños con problemas de conducta. La teoría de la coerción da importancia a los

acontecimientos aversivos de bajo nivel que se encuentran normalmente en las interacciones cotidianas. Aunque estos acontecimientos de bajo nivel puedan parecer inocuos, Patterson considera que las interacciones coercitivas tienen dos funciones que sirven para *crear* y *exacerbar* los problemas de carácter disocial. En primer lugar, los acontecimientos aversivos tienen un efecto a corto plazo sobre el sistema autónomo que, con una presentación continua, pueden llevar a una alteración del estado de ánimo y, finalmente, también del comportamiento parental. En segundo lugar, y con tiempo suficiente, estos acontecimientos pueden producir cambios extremos a la hora de moldear la conducta de un niño (Patterson, 1982).

Veamos primero la relación de los acontecimientos aversivos con la activación autónoma. Bandura (1973) identificó varios factores que contribuyen a los actos agresivos. Así, un acontecimiento aversivo externo puede, por sí mismo, provocar la agresión. Esta posibilidad se incrementaría aún más si la persona se activa. Además, si el individuo atribuye esta activación a estar implicado en una situación hostil y etiqueta su activación como «ira», aumenta todavía más la probabilidad de la agresión (Bandura, 1973). Esta secuencia de acontecimientos se relaciona con las interacciones familiares de varias maneras. Patterson cree que la mayoría de los intercambios coercitivos entre miembros normales de una familia conduce a niveles de activación bajos. Además, los datos indican que más de dos tercios de las cadenas de conducta coercitivas vistas en los niños con trastorno disocial no tenían, aparentemente, «provocación» (Patterson, 1982). Con esta clase de incertidumbre en el comportamiento infantil, el papel de la persona encargada de su cuidado se ve acompañado por un aumento del estrés, de los síntomas depresivos y de la ansiedad.

La atribución o «etiquetado cognitivo» constituye también un componente clave a la hora de determinar la ira y la agresión (Bandura, 1973). Por ejemplo, dos madres pueden experimentar experiencias estresantes similares, como, por ejemplo, la de un niño incontrolado cuando va de compras. Una madre puede atribuir este hecho al comportamiento normal de un niño, mientras que otra madre podría

atribuir la conducta revoltosa del niño como un ataque personal contra ella. La primera madre puede experimentar cierta frustración y fatiga debido a su atribución, pero la segunda madre probablemente etiquetará su activación como ira. Con la combinación de la activación y la etiqueta de «ira» es más probable que esta madre reaccione de forma agresiva hacia su hijo. Los adultos no son los únicos que llevan a cabo el proceso atribucional; los niños también aprenden a etiquetar su activación. En un estudio realizado por Dodge (1980), los resultados indican que cuando se coloca a niños agresivos en una situación social ambigua, es más probable que atribuyan intenciones hostiles a los demás comparados con iguales no agresivos.

Como se ha señalado anteriormente, acontecimientos aversivos de bajo nivel pueden aumentar la activación, lo que, en combinación con atribuciones negativas, puede conducir a un incremento de la probabilidad de una expresión conductual aversiva. Éste es el caso tanto para niños como para sus padres. Pero, ¿qué son exactamente estos acontecimientos estresantes de bajo nivel? Patterson cita dos fuentes de acontecimientos aversivos: el estrés dentro de la familia, o fuentes internas, y el estrés fuera de la familia, o fuentes externas. Los niños, por sí mismos, proporcionan un nivel significativo de estrés a la persona que los cuida. El temperamento de un niño, incluyendo el nivel de actividad, la facilidad de respuesta emocional y la adaptabilidad social, puede constituir un difícil problema de control, llevando a un aumento del estrés (Thomas y Chess, 1977). Incluso niños normales pueden provocar un estrés considerable. Por ejemplo, Fawl (1963) encontró que niños normales en edad preescolar manifestaban una media de 3,4 perturbaciones (durante las interacciones con los padres/iguales) por hora. Además, Schoggen (1963) encontró que el deseo número uno de las madres con niños normales en edad preescolar era conseguir un descanso de las constantes demandas que sus hijos les hacían. El estrés puede provenir de fuentes externas. Patterson ha encontrado que las familias normales experimentan una media de 4,75 «contratiempos» por semana, incluyendo acontecimientos como facturas, mantenimiento del coche, etc.

Los factores anteriores pueden combinarse para producir depresión, ansiedad y estrés en los cuidadores principales, lo que puede afectar a la familia de dos maneras. Indirectamente, estos estados de ánimo pueden conducir a problemas de comportamiento, puesto que los padres no están emocionalmente disponibles para sus hijos durante esos momentos (Webster-Stratton y Herbert, 1994). Se han comprobado también las repercusiones directas de este estrés. La investigación muestra que madres deprimidas manifiestan un aumento de las órdenes dadas a sus hijos, incrementan sus críticas y, frecuentemente, tienen dificultades para establecer límites de forma consistente (Webster-Stratton y Hammond, 1988).

La interrelación de los factores anteriores sólo cuenta parte de la historia sobre cómo un ciclo coercitivo de comportamiento puede provenir de acontecimientos «inocuos». La segunda parte del modelo de Patterson se basa en la suposición de que, a lo largo del tiempo, los acontecimientos coercitivos pueden moldear la conducta en el niño. Este cambio ocurre por medio del refuerzo positivo, el refuerzo negativo y el «castigo». Sin embargo, antes de que las conductas puedan ser reforzadas o castigadas tienen que manifestarse, lo que conduce a la pregunta «¿cómo se aprenden estas conductas?» Los teóricos han postulado que gran parte de lo que aprende un niño es modelado por los demás (Bandura, 1973). Esto puede realizarse por medio del modelado directo de la conducta parental u observando a otras personas, como sucede con la televisión. Aunque no podemos decir que la agresión parental cause el que un niño sea agresivo, ese tipo de comportamiento en los padres puede constituir una potente señal para el niño que le indica que es una acción aceptable (Bandura, 1973). Como ejemplo de aprendizaje pasivo, Fredrich y Stein (1973) informaron de un estudio que calculó una media de 25 actos agresivos por hora en los dibujos animados. Se debe también dar credibilidad a los valores sobre los que la sociedad tiene en elevada estima. Patterson (1982) afirma que, culturalmente, nuestra sociedad suele recompensar la agresión. Esto puede verse fácilmente en el exceso de admiración que se le da a las figuras del deporte, en la

violencia mostrada en televisión y en nuestras perspectivas aceptables sobre la guerra.

A pesar de la gran cantidad de modelado o aprendizaje por observación de la violencia en la sociedad de hoy día, los niños no llegarán a tener un trastorno disocial simplemente observando demasiada televisión. Este tipo de comportamiento no será mantenido e incorporado al propio repertorio a menos que sea reforzado de alguna manera. La conducta antisocial puede ser recompensada por medio del refuerzo de los padres/profesores y de los iguales. Experimentos llevados a cabo tanto en casa como en la escuela han mostrado, de forma consistente, altas tasas de consecuencias positivas contingentes con los comportamientos infantiles coercitivos (Madsen, Becker y Thomas, 1968; Buehler, Furniss y Patterson, 1966). Un estudio llevado a cabo por Walker y Buckley (1973) encontró que niños con conducta desviada recibían hasta el 77 por 100 de la atención del profesor. Tanto los padres como los profesores pueden proporcionar consecuencias positivas, bajo la forma de atención, a las conductas manifestadas. Por ejemplo, un niño está jugando tranquilamente mientras su madre se encuentra hablando por teléfono. No está recibiendo atención por su «buena» conducta y está siendo ignorado activamente por su madre. Con el fin de conseguir la atención de ésta, el niño puede llamarla, tirar de su falda o expresar órdenes verbales en voz cada vez más alta, todo en vano. En un acto desesperado, el niño tira su juguete por la habitación, golpeando la pared, lo que provoca la atención inmediata de la madre. De esta forma, ella recompensó, sin darse cuenta, la conducta violenta de su hijo.

Los padres y profesores no son los únicos que refuerzan este comportamiento; también los iguales proporcionan consecuencias positivas. Buehler, Furniss y Patterson (1966) observaron que los niños obtenían frecuentes reacciones de apoyo de sus iguales cuando realizaban manifestaciones verbales con connotaciones antisociales. Además del apoyo directo de los iguales, las acciones coercitivas frecuentemente dan como resultado que los agresores obtengan lo que quieren de la situación. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en un jardín de infancia encontró que las víctimas reaccionan frecuente-

mente a las respuestas coercitivas, retirándose del área y llorando o abandonando un objeto o área de juego. De hecho, se ha demostrado que las víctimas de los iguales reaccionan con este tipo de comportamiento reforzador el 80 por 100 del tiempo (Patterson, 1982).

Aunque el refuerzo positivo es una forma de mantener las conductas perturbadoras, el refuerzo negativo podría desempeñar un papel más importante en dicho mantenimiento. Datos provenientes de varios estudios indican que aproximadamente 1/4 de las veces que el niño manifiesta una respuesta coercitiva es seguido por la retirada de un estímulo aversivo, haciendo del refuerzo negativo una manera poderosa de producir y mantener el comportamiento (Patterson, 1982). Por ejemplo, uno de los padres ha enviado la orden de terminar las tareas del día. El niño, a su vez, lloriquea durante varios minutos, pero no obedece la orden. El lloriqueo es aversivo para la madre, de modo que, para terminar este acontecimiento desagradable, puede retirar su orden de terminar las tareas. El niño reacciona cesando su lloriqueo. Aparentemente, ambos han ganado a corto plazo —la madre no tiene que seguir escuchando el lloriqueo del niño y el niño no tiene que hacer las tareas—. Sin embargo, en situaciones futuras, es más probable que el niño se comporte de una manera coercitiva. Utilizando estos principios, se puede deducir que gran parte de la agresión de los niños no es una conducta de ataque, sino de contraataque (es decir, reacciones ante instrucciones molestas).

De una forma similar, se ha demostrado también que lo que muchos padres consideran que es un «castigo» de respuestas coercitivas ayuda a mantener la conducta antisocial. Los padres proporcionarán avisos (gritar, amenazar y mirar fijamente) de que se aproximan castigos si el niño no deja de comportarse mal. Cuando esta amenaza se respalda por medio del castigo (tiempo fuera, pérdida de privilegios, etc.), dicho aviso puede convertirse en una señal para detener la conducta. Sin embargo, si estas amenazas raramente son seguidas por castigo, servirán entonces como un control muy débil para los acontecimientos antisociales. Patterson cree que «los padres de niños antisociales raramente conclu-

yen sus amenazas o reprimendas, algo de lo que el niño se da cuenta rápidamente» (Patterson, 1982). Desde el punto de vista del niño, esta conducta amenazante no es una señal para que deje de realizar su comportamiento, sino que la ve como un elemento irritante, lo que frecuentemente conduce a un contraataque por parte del niño (Patterson, 1982).

Esta introducción a la teoría de la coerción no significa que proporcionemos una explicación completa y amplia sobre la etiología del trastorno disocial, sino que la idea fue presentar un breve bosquejo de la teoría de la coerción de Patterson. El punto principal que debemos tener en cuenta cuando tratemos de entender al niño con un trastorno disocial es comprender, paso a paso, cómo las demás personas reaccionan ante él. Para comprender y tratar eficazmente a este niño con un trastorno disocial, deberíamos empezar a observar las interacciones de la familia.

4. EVALUACIÓN

Como se ha señalado anteriormente, el trastorno disocial es un problema con muchas facetas, incluye muchos síntomas diferentes y ocurre a lo largo de muchas situaciones. Actualmente no existe una batería estándar para diagnosticar el trastorno disocial en niños o adolescentes. Por el contrario, es tarea de los clínicos recoger datos de tantas fuentes como sea posible (niño, padres, escuela y comunidad) y por tantos medios como se encuentren disponibles (entrevistas, evaluación funcional de las interacciones coercitivas, medidas de autoinforme, test de inteligencia/rendimiento e informes de la comunidad).

4.1. Entrevistas

La primera información que un clínico obtiene será el informe de los síntomas por las personas que cuidan del niño y por el propio niño/adolescente. Existen actualmente varios formatos de entrevista semiestructurada, incluyendo la «Entrevista de conducta antisocial» (*Interview for Antisocial*

Behavior; Kazdin y Esveldt-Dawson, 1986) y la «Entrevista clínica semiestructurada para niños» (*Semistructured Clinical Interview for Children*; Achenbach y McConaughy, 1989). Aunque los padres son la fuente de información habitual, sería de utilidad para el clínico entrevistar tanto al/la padre/madre como al niño, ya que frecuentemente el niño puede proporcionar información sobre problemas específicos que no siempre es evidente para sus padres (Herjanic y Reich, 1982). Estos problemas incluyen comportamientos de engaño, como mentir, robar y hacer novillos. Sin embargo, al entrevistar al niño/adolescente es importante recordar que después de una historia de conducta antisocial, se pueden haber desarrollado actitudes negativas y de oposición hacia la autoridad, haciendo muy importante el establecimiento de la relación.

4.2. Evaluación funcional de las interacciones coercitivas

Teniendo en cuenta las perspectivas actuales sobre la etiología del trastorno disocial, una evaluación funcional de las interacciones padres/hijo constituye la información más significativa que un clínico podría recibir. De forma específica, el clínico querrá evaluar «¿Qué está haciendo el niño que es problemático? ¿Bajo qué condiciones se producen estas conductas? ¿Cuáles son los efectos de estos actos? ¿Qué cambios resultarán de estos comportamientos? ¿Qué otras conductas alternativas tiene el niño? ¿Qué situaciones se están evitando? ¿Qué conductas podrían ser fomentadas?» (Webster-Stratton y Herbert, 1994).

Con el fin de evaluar estas variables, el clínico puede pedir a los padres que lleven un diario ABC, registrando los antecedentes de la conducta, la conducta misma y las consecuencias que le siguen. Los antecedentes de la conducta ayudan a identificar patrones o temas que estimulan el comportamiento problemático. ¿Sucede en un determinado momento?, ¿en ciertos lugares?, ¿con determinadas personas? Además, el clínico intenta ver qué tipos de límites establecen los padres/la escuela (Webster-Stratton y Herbert, 1994). Las conductas mismas

necesitan ser definidas específicamente para que no haya confusión sobre los términos que los padres están utilizando. Por ejemplo, agresión puede significar cosas diferentes para personas distintas. Las consecuencias se refieren a acontecimientos tanto positivos como negativos que ocurren después del comportamiento problemático. De modo específico, el clínico trata de ver cómo se da la atención de los padres, qué conductas se están reforzando y el tipo de disciplina que se está empleando. En esencia, el clínico trata de ver cómo se está manteniendo el comportamiento (Herbert, 1987).

4.3. Medidas de autoinforme

Las medidas de autoinforme constituyen probablemente algunos de los instrumentos de evaluación más ampliamente utilizados, existiendo formatos para los padres, los profesores y el niño/adolescente. Aunque estas listas no deberían usarse como instrumentos únicos para diagnosticar un trastorno disocial, pueden arrojar información importante, especialmente si es recogida a partir de diferentes fuentes. El instrumento usado más frecuentemente es la «Lista de comportamientos infantiles» (*Child Behavior Checklist*), que tiene un formato para los padres y otro para el profesor (Achenbach, 1991). Esta lista tiene la ventaja de tener normas amplias con las que comparar a los niños con el «niño promedio». La lista contiene datos normativos para edades de 4 a 18 años recogidos en una encuesta por medio de entrevistas realizadas en las casas en 1989. Se escogió a los sujetos de tal manera que fuesen representativos de los 50 estados (de Estados Unidos) con respecto al estatus socioeconómico, la raza, la región y la residencia urbana/suburbana/rural. Además, esta lista muestra una fiabilidad, validez de contenido, validez de constructo y validez de criterio adecuadas.

4.4. Tests de inteligencia/rendimiento

Se ha demostrado que los niños diagnosticados con un trastorno disocial frecuentemente tienen

problemas académicos concomitantes (Herbert, 1987). Aunque un test de inteligencia o de rendimiento no ayudará en el diagnóstico, es importante que el niño pase un cribado cognitivo de modo que pueda ser colocado correctamente en los programas escolares. Si el niño está en clases que son demasiado elevadas, los altos niveles de frustración pueden conducir a la agresión o a conductas típicas del trastorno disocial (Kauffman, 1993).

4.5. Registros de la comunidad

La información de la comunidad incluye los informes médicos, los informes judiciales y de la policía, los registros de hospitalizaciones psiquiátricas y la información de los servicios de protección al menor. Estos registros pueden ser importantes porque «representan medidas socialmente significativas del impacto del problema» (Kazdin, 1995). Sin embargo, es importante darse cuenta de que estos registros reflejan sólo los actos antisociales observados y registrados. La dependencia exclusiva de estos registros podría llevar a una infraestimación de la seriedad y profundidad del problema.

5. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DISOCIAL

La terapia de conducta ha sido la intervención elegida en la mayoría de los tratamientos con base empírica para el trastorno disocial (Horne y Glaser, 1993). De acuerdo con la etiología hipotetizada del trastorno disocial, la terapia de conducta enfatiza el aprendizaje de nuevos comportamientos y la disminución de los desadaptativos por medio de técnicas tales como el refuerzo de la conducta apropiada, la extinción, el coste de respuesta, etc. De modo específico, el enfoque que ha recibido el respaldo más favorable es el entrenamiento de padres (EP) basado en el modelo conceptual propuesto por la teoría de la coerción de Patterson (Patterson, 1982). Aunque varios investigadores y clínicos han utilizado este tipo de enfoque, el método presentado aquí se centrará en el programa de entrenamiento de

padres de Barkley para niños desafiantes (Barkley, 1987). No se desarrollará el programa de Barkley en su totalidad, ni con el tipo de detalle con el que él lo describe; esta sección trata de proporcionar una revisión de su programa de entrenamiento y presentar un esquema del mismo, sesión por sesión, para empezar el entrenamiento de padres².

Se eligió el programa de entrenamiento de Barkley por varias razones. En primer lugar, este programa es la culminación de más de 20 años de investigación y experiencia clínica. El procedimiento de diez pasos de Barkley «presenta instrucciones detalladas para llevar a cabo un programa altamente eficaz, empíricamente validado, para el entrenamiento clínico de los padres en el manejo de los niños con problemas de comportamiento» (Barkley, 1987). En segundo lugar, el programa enseña un amplio rango de técnicas para el control del niño, convirtiéndolo en un programa válido para todos los padres. En tercer lugar, el enfoque de Barkley incluye entrenamiento didáctico, hojas breves de ejercicios y tareas para casa para los padres, con el fin de facilitar el aprendizaje y el dominio de las habilidades fuera de la sesión.

El enfoque de Barkley es un programa de diez pasos para niños con edades de 2 a 11 años y su objetivo son los niños que tienen trastornos «exteriorizados» o «expresivos». Estos trastornos normalmente se encuentran bajo la denominación de trastorno desafiante por oposición, trastorno por déficit de atención y trastorno disocial (Barkley, 1987). Aunque el principal objetivo de Barkley es la conducta «desobediente» (como gritar, arrojar objetos, robar, mentir, destruir la propiedad, pelear físicamente con otros y discutir), este tipo de programa puede ser útil para niños con trastorno disocial por tres razones principales. En primer lugar, como se ha indicado previamente, algunos niños empiezan con síntomas relativamente leves, desarrollando conductas de oposición en una época temprana en la infancia, que luego empeora hacia el trastorno disocial en la niñez media y puede extenderse más allá hasta desarrollar un trastorno antisocial de la perso-

² Véanse también los capítulos correspondientes de este libro dedicados al entrenamiento de padres

nalidad como adultos (Lahey, Loeber, Quay, Frick y Grimm, 1992). En segundo lugar, parece darse cierto solapamiento entre el trastorno disocial, el trastorno desafiante por oposición y el trastorno por hiperactividad con déficit de atención. De hecho, en aquellos niños remitidos a la clínica que satisfacen los criterios para el trastorno disocial, del 84 al 96 por 100 satisfacen también los criterios para el trastorno desafiante por oposición (Hinshaw, Lahey y Hart, 1993). En tercer lugar, son estos tipos de conductas los que subyacen a muchos de los patrones coercitivos en los que se encuentran implicados los padres y los hijos (Patterson, 1982).

Los objetivos de este programa de entrenamiento incluyen «mejorar la competencia y habilidades parentales para vérselas con los problemas del comportamiento infantil, aumentar el conocimiento parental sobre las causas del comportamiento infantil inadecuado y los principios que subyacen al aprendizaje social de este comportamiento, y mejorar la aceptación por parte del niño de las órdenes y reglas dadas por los padres» (Barkley, 1987). Seguidamente se proporciona una descripción del programa sesión a sesión.

Sesión 1

Se supone que esta sesión tiene lugar después de una entrevista inicial con los padres y con el niño durante la cual se recoge información sobre los antecedentes y se evalúa la adecuación del modelo de entrenamiento de padres. El principal objetivo del clínico para esta primera sesión es educar a los padres sobre las causas de la conducta inapropiada del niño. Aunque la investigación ha identificado muchas causas específicas diferentes para la conducta inapropiada de éste, Barkley presenta un modelo simplificado de cuatro factores para entender las manifestaciones del niño. Dichos factores incluyen las características individuales del niño, las características de los padres, los acontecimientos ambientales estresantes y las consecuencias situacionales (Barkley, 1987). El clínico tendrá que pasar algún tiempo con los padres revisando características específicas del niño, más frecuentemente conocidas con el término de *temperamento*. Éste se refie-

re al nivel de actividad del niño, a la emocionalidad, a la respuesta ante la estimulación, a la capacidad cognitiva e incluso a las características físicas desviadas (Barkley, 1987). En segundo lugar, se debería examinar el temperamento de los padres. El tercer factor se refiere a los acontecimientos ambientales estresantes, como los problemas de pareja, los problemas financieros, la depresión en los padres, etc. Se debe dar una explicación de cómo estos acontecimientos estresantes pueden producir dificultades en la educación parental. Finalmente, el cuarto, y más importante, factor se refiere a las consecuencias situacionales. Aquí los padres obtienen una explicación introductoria sobre cómo la compleja interrelación entre factores como el refuerzo, el castigo, etc., puede afectar al comportamiento de su hijo.

Sesión 2

Los objetivos de la segunda sesión son, en primer lugar, señalar la necesidad de mejorar la calidad de la atención dada al niño problemático y, en segundo lugar, proporcionar a los padres un mecanismo para realizar justamente eso. El aspecto central de esta segunda sesión es introducir un «tiempo especial» para los padres durante el cual los padres y el niño pasen de 15 a 20 minutos por día comprometidos en una actividad de juego libre, sin que los padres cuestionen, manden o critiquen al niño. Al programar este tiempo conjunto, el clínico espera mejorar la calidad de la interacción entre el niño y los padres y empezar a cambiar los patrones parentales de atención y refuerzo. Durante este tiempo de juego, los padres deberían hacer comentarios positivos frecuentes y específicos al niño e ignorar simplemente cualquier conducta de expresión inapropiada realizada por éste.

Sesión 3

El objetivo de esta sesión es simple: aumentar la aceptación de las órdenes dadas por los padres. Se instruye a los padres que esta semana tienen que intentar y «conseguir que su hijo se comporte bien». Con el fin de hacer esto, se programan sesiones de entrenamiento en obediencia durante las cuales los

padres piden cosas relativamente simples al niño, a lo que le sigue la alabanza y la atención positiva. El clínico deberá explicar también cómo aumentar la eficacia de las órdenes parentales. Ejemplos incluyen presentar la orden como una afirmación, dar órdenes simples *versus* complejas, hacer contacto ocular con el niño y asignar un tiempo límite.

Sesión 4

El objetivo de la sesión cuatro es disminuir la conducta perturbadora por medio de refuerzos al niño durante el tiempo de juego independiente. En esencia, el clínico trata de conseguir que los padres empiecen a moldear la conducta de su hijo para períodos de juego independiente, cada vez más largos, y disminuir el número de interrupciones que realiza el niño, por medio del cambio de la atención diferencial. Se dice a los padres que asignen una actividad a su hijo, como colorear un dibujo o cualquier otra actividad en la que éste se encuentre interesado. Se instruye luego a los padres para que empiecen su propia actividad —una que el niño interrumpa habitualmente, como cocinar—. Inicialmente, el/la padre/madre tiene que alabar al niño frecuentemente por no interrumpirle. Estos intervalos se amplían de forma progresiva antes de que se proporcione alabanzas de nuevo.

Sesión 5

El objetivo de la sesión cinco es establecer un sistema de economía de fichas en casa, con el fin de aumentar el cumplimiento de las peticiones. Este sistema es especialmente útil con niños que tienen problemas para mantener la atención, con la impulsividad y con el autocontrol, ya que éstos son menos sensibles a la alabanza y a la atención de los padres y parecen necesitar recompensas más inmediatas y tangibles (Barkley, 1987). Durante esta sesión, el clínico ayuda a los padres a que detallen la economía de fichas construyendo una lista de privilegios, una lista de responsabilidades del niño, cuánto se le ha de «pagar» al niño por cada trabajo y cuánto «cobrarle» por las recompensas. Es importante que los padres no retiren puntos por el

comportamiento inadecuado durante esta primera semana del programa con el fin de mantener el interés del niño.

Sesión 6

La sesión seis es la primera sesión en la que empieza la fase de «castigo» del programa. Durante esta sesión, el clínico introduce el concepto de coste de respuesta con el sistema de fichas. El clínico tiene que ayudar a los padres a crear una lista con el número de puntos o fichas que se deben retirar por el comportamiento inadecuado. Además, el clínico introduce el concepto de *tiempo fuera*. Durante la primera semana en la que se lleva a cabo el tiempo fuera, los padres deberían elegir solamente un comportamiento como objetivo. Esto se extendería a la siguiente sesión. Los detalles del tiempo fuera deben ser completamente explicados a los padres, ya que éste es el paso más importante del programa (Barkley, 1987). El clínico necesita explicar la regla fundamental del *aviso* antes de que se ponga en práctica el tiempo fuera, dónde se debe mantener el tiempo fuera, cuánto tiempo el niño debería estar en tiempo fuera, cómo responder a las estrategias para conseguir la atención (por ejemplo, el niño intentando abandonar la silla) y cómo tratar al niño una vez que ha transcurrido el tiempo fuera. Al igual que con otras fases del programa, la coherencia es la clave del éxito.

Sesión 7

La sesión siete se utiliza para revisar los problemas encontrados al llevar a cabo el tiempo fuera y para ayudar a realizar pequeños ajustes. Durante esta sesión, se pueden incluir conductas adicionales como objetivos para la aplicación del tiempo fuera. No se presenta nuevo material en esta sesión.

Sesión 8

El objetivo de la sesión ocho es ayudar a los padres a utilizar sus habilidades recién adquiridas para mejorar el comportamiento en lugares públicos. Barkley recomienda presentar este material como un proceso de tres pasos. En primer lugar, antes de

entrar en un lugar público, los padres y el niño deberían establecer las reglas de comportamiento para ese lugar. Esto debería constar de dos o tres órdenes simples que aborden la conducta con la que el niño tiene alguna dificultad. En segundo lugar, los padres deberían establecer un incentivo para el cumplimiento de las órdenes. Éste puede ser una pequeña recompensa material o puntos en su sistema de fichas. En tercer lugar, se debería establecer una respuesta disciplinaria para la falta de cumplimiento de las órdenes antes de entrar en el lugar público.

Sesión 9

El objetivo del paso nueve consiste en ayudar a los padres a manejar los futuros problemas de conducta que puedan surgir y prepararles para la terminación del programa. Se debería realizar una revisión de todos los pasos previos y debería abordarse cualquier problema que esté causando actualmente algún malestar. Es útil que el clínico rete a los padres en esta etapa con hipotéticos problemas del comportamiento. Esto se hace para evaluar en qué grado los padres han aprendido e integrado sus nuevas habilidades.

Sesión 10

La última sesión se plantea normalmente como una sesión de apoyo para realizarse aproximadamente un mes después de que hayan terminado las sesiones de entrenamiento de padres. El objetivo de esta sesión consiste en revisar procedimientos y solucionar cualquier problema que haya ocurrido durante el último mes.

Aunque el programa de Barkley puede, con seguridad, aplicarse solo, como la forma principal de intervención, es posible que el clínico desee variar el programa para que encaje con las necesidades específicas del paciente o para que incorpore otros enfoques dentro de este proceso de diez pasos. Por ejemplo, en el caso de niños mayores de 11 años, o de aquellos que podrían beneficiarse de sesiones individuales, puede ser que el clínico quisiera pasar algún tiempo con el niño/adolescente abordando sus maneras cognitivas de abordar las situaciones.

Además del entrenamiento de padres, se ha encontrado que el entrenamiento cognitivo en solución de problemas es eficaz para disminuir la conducta agresiva y antisocial en la casa, la escuela y la comunidad (Durlak, Fuhrman y Lampman, 1991).

El objetivo del entrenamiento en habilidades de solución de problemas es comprender los constructos que los niños/adolescentes utilizan para percibir el mundo y, luego, ayudarles a modificar sus patrones desadaptativos (Kazdin, 1995). Como se ha señalado anteriormente, los niños agresivos suelen atribuir intenciones hostiles a los demás, especialmente cuando las señales de la situación son ambiguas (Dodge, 1980; Crick y Dodge, 1994). La terapia de solución de problemas se centra, en primer lugar, en cómo el niño aborda la situación, no en el resultado conductual específico en sí mismo. El siguiente paso es enseñar al niño a implicarse en un enfoque activo para resolver problemas interpersonales. Este tipo de tratamiento utiliza habitualmente el modelado de la conducta apropiada, la representación de situaciones interpersonales y el refuerzo/castigo de las respuestas (Kazdin, 1995).

6. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS

Dada la gravedad de las conductas antisociales, los niños y adolescentes diagnosticados con trastorno disocial se han convertido en una preocupación cada vez mayor para los teóricos, los clínicos y la sociedad en general. Además, teniendo en cuenta las estimaciones sobre el trastorno disocial, que van del 4 al 10 por 100 de la población infantil, la investigación demostrando la estabilidad de la agresión y de otras conductas del trastorno disocial y el que de un 1/3 a 1/2 de todos los casos de niños y adolescentes incluya algún tipo de agresión, es difícil encontrar, a veces, algo positivo en tantas cosas negativas. Sin embargo, la investigación está empezando a demostrar varias líneas de intervenciones con éxito, incluyendo los programas de entrenamiento de padres como el presentado en este capítulo, el entrenamiento en solución de problemas y programas con base en la comunidad. Es más, si se pueden identificar y abordar los problemas en los

primeros estadios del desarrollo del niño, las intervenciones han demostrado éxito para sustituir la conducta agresiva por comportamientos prosociales y habilidades de solución de conflictos (Webster-Stratton y Herbert, 1994).

Teniendo en cuenta el éxito de intervenciones tempranas, se concluiría que las medidas preventivas serían una prometedora línea de investigación. En años recientes, la investigación con programas de prevención ha seguido varias líneas, incluyendo las intervenciones parentales y familiares, las intervenciones aplicadas en la escuela y los programas comunitarios. En un ejemplo con una intervención familiar, Lally, Mangione y Honig (1988) seleccionaron madres con problemas económicos y proporcionaron contacto con paraprofesionales que dieron información sobre la nutrición, el desarrollo del niño y la atención de los servicios de la comunidad. Las visitas a la casa eran realizadas semanalmente y la atención durante el día se proporcionó a lo largo de aproximadamente 5 años. Se realizó una evaluación de seguimiento a los 10 años después de que terminó el programa comparando los adolescentes que siguieron el programa con una muestra similar de familias que no recibieron la intervención. Los resultados mostraron que, comparados con los sujetos control, los adolescentes del grupo de intervención manifestaron menos casos de envíos al juez de menores, un menor grado de cronicidad de los problemas y una menor gravedad de los delitos cometidos.

Weikart y Schweinhart (1987, 1992) desarrollaron un programa aplicado en la escuela en el que niños de 3 a 4 años que, según se consideraba, tenían cierto riesgo para el fracaso escolar (basándose en el nivel de educación parental, ingresos familiares y ambientes estresantes), se distribuían al azar a grupos con intervención y sin intervención. Los programas duraron dos años e incluían visitas semanales del profesor a la casa del niño y unos contenidos que abordaban las necesidades intelectuales, sociales y físicas del mismo. El estudio de seguimiento, llevado a cabo 19 años más tarde, reveló que los niños que participaron en el programa preescolar tuvieron menos casos de abandono escolar, mayores tasas de alfabetización, mayores niveles de empleo y mayor asistencia a la universidad que los sujetos del grupo control. Algo aún más importante, por medio de eva-

luaciones de autoinforme y de los registros de arrestos, se encontró que los niños que participaron en el programa tenían menores tasas de conducta antisocial y había un menor número que había sido puesto a disposición de las autoridades juveniles.

Los resultados de estos dos estudios y de varios otros no citados aquí han mostrado cierta evidencia prometedora de que los programas de prevención han reducido la gravedad de los síntomas del trastorno disocial. Sin embargo, como apunta Kazdin (1995), se deben señalar algunas observaciones y directrices para la investigación futura. En primer lugar, pocos estudios han tenido como medidas de los resultados, de forma específica, los síntomas del trastorno disocial. Sin tener información de las conductas antisociales en diferentes lugares y con informaciones provenientes de distintas fuentes y de diferentes métodos de evaluación, no se conoce el efecto directo de estos programas de prevención. En segundo lugar, poco se sabe sobre el momento crítico para intervenir. La mayoría de los estudios se ha centrado en la intervención en épocas tempranas de la vida; sin embargo, estos pocos estudios no permiten sacar conclusiones sobre las edades críticas en las que los programas serían más eficaces. En tercer lugar, no se conocen los componentes críticos que producen el cambio. La mayoría de los estudios ha comparado grupos con intervención frente a grupos sin intervención y se han empleado diferentes estrategias de tratamiento. Sin describir componentes específicos, es difícil descifrar qué componente del programa ha producido cambios. Finalmente, con el fin de establecer programas eficaces de prevención, se necesita más investigación para identificar aquellos sujetos que tienen riesgo de desarrollar un trastorno disocial. La investigación sobre los factores de riesgo ha puesto de relieve varios elementos que parecen ser predictores del inicio del trastorno disocial. Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, en algún momento durante su desarrollo la mayoría de los niños manifestará conductas perturbadoras y antisociales. Aunque las conductas de estos niños no sean graves y no muestren el mismo curso crónico que aquellos que más tarde serán diagnosticados con trastorno disocial, esto podría llevar a identificaciones falsas de niños con riesgo de desarrollar este trastorno.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1991): *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. y McConaughy, S. (1989): *Semistructured clinical interview for children aged 6-11*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición) (DSM-IV)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Autor.
- Bandura, A. (1973): *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barkley, R. A. (1987): *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. Nueva York: Guilford.
- Buehler, R. E., Furniss, J. M. y Patterson, G. R. (1966): The reinforcement of behavior in institutional settings. *Behavior Research and Therapy*, 4, 157-167.
- Cadoret, R. (1978): Psychopathology in adopted-away offspring of biological parents with antisocial behavior. *Archives of General Psychology*, 37, 1171-1175.
- Crick, N. R. y Dodge K. A. (1994): A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Crowe, R. (1974): An adoption study of antisocial personality. *Archives of General Psychiatry*, 31, 785-791.
- Dodge, K. (1980): Social cognition and children's aggressive behavior. *Child Development*, 51, 162-170.
- Durlak, J. A., Fuhrman, T. y Lampman, C. (1991): Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for maladaptive children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204-214.
- Fawl, C. L. (1963): Disturbances experienced by children in their natural habitats. En R. Barker (dir.), *The stream of behavior*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Federal Bureau of Investigation (1998): *Uniform crime reports: Crime in the United States, 1998*. Washington, DC: Autor.
- Feldman, R. A., Caplinger, T. W. y Wodarski, J. S. (1983): *The St. Louis conundrum: The effective treatment of antisocial youths*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Friedrich, L. K. y Stein, A. H. (1973): Aggressive and prosocial television programs and the natural behavior of preschool children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 38, 1-63.
- Herbert, M. (1987): *Conduct disorder of childhood and adolescence: A social learning perspective*. Chichester: Wiley.
- Herjanc, B. y Reich, W. (1982): Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324.
- Hindshaw, S. P., Lahey, B. B. y Hart, E. L. (1993): Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.
- Hoguhgh, M. (1992): *Assessing child and adolescent disorders: A practice manual*. Londres: Sage.
- Horne, A. M., Glaser, B. A. y Calhoun, G. B. (1993): Conduct disorders. En R. Ammerman, C. Last y M. Hersen (dirs.), *Handbook of prescriptive treatments for children and adolescents*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kauffman, J. M. (1992): *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth*. Nueva York: Macmillan.
- Kazdin, A. E. (1995): *Conduct disorder in childhood and adolescence (2.ª edición)*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kazdin, A. E. y Esveltd-Dawson, K. (1986): The interview for antisocial behavior: Psychometric characteristics and concurrent validity with child psychiatric inpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8, 289-303.
- Lally, R., Mangione, P. L. y Honig, A. S. (1988): The Syracuse University Family Development Research Project: Long-range impact on an early intervention with low-income children and their families. En D. Powell (dir.), *Parent education as early childhood intervention: Emerging directions in theory, research, and practice*. Norwood, NJ: Ablex.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Quay, H. C., Frick, P. J. y Grimm, J. (1992): Oppositional defiant and conduct disorders: Issues to be resolved for DSM-IV. *Journal of Academy of Child Psychiatry*, 31, 539-546.
- Loeber, R. (1982): The stability of antisocial and delinquent child behavior: A review. *Child Development*, 53, 1431-1446.
- Loeber, R. (1991): Antisocial behavior: More enduring than changeable? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 393-397.
- Loeber, R. y Schmalting, K. B. (1985): Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct

- problems: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 337-352.
- Madsen, C., Becker, W. y Thomas, D. (1968): Rules, praise, and ignoring: Elements of elementary classroom control. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 139-150.
- Patterson, G. R. (1982): *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D. y Ramsey, E. (1989): A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Plomin, R. (1990): *Nature and nurture: An introduction to human behavioral genetics*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Richman, N., Stevenson, J. y Graham, P. J. (1982): Preschool to school: A behavioral study. *Behavioural Development: A Series of Monographs*, 228.
- Robins, L. N. (1981): Epidemiological approaches to natural history research: Anti-social disorders in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 566-680.
- Robins, L. N. y Rutter, M. (1990): *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Robins, L. N., Tipp, J. y Przybeck, T. (1991): Antisocial personality. En L. N. Robins y D. A. Reegier (dirs.), *Psychiatric disorders in America*. Nueva York: The Free Press.
- Rose, S. L., Rose, S. A. y Feldman, J. (1989): Stability of behavior problems in very young children. *Development and Psychopathology*, 1, 5-20.
- Schoggen, P. (1963): Environmental forces in the everyday lives of children. En R. G. Barker (dir.), *The stream of behavior*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Thomas, A. y Chess, S. (1977): *Temperament and development*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Walker, H. M. y Buckley, N. K. (1973): Teacher attention to appropriate and inappropriate classroom behavior: An individual case study. *Focus of Exceptional Children*, 5, 5-11.
- Webster-Stratton, C. y Herbert, M. (1994): *Troubled families—Problem children*. Chichester: Wiley.
- Webster-Stratton, C. y Hammond, M. (1988): Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviors, and child conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 299-315.
- Weikart, D. P. y Schweinhart, L. J. (1987): The High/Scope Cognitively Oriented Curriculum in early education. En J. L. Roopnarine y J. E. Johnson (dirs.), *Approaches to early childhood education*. Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Weikart, D. P. y Schweinhart, L. J. (1992): High/Scope preschool program outcomes. En J. McCord y R. W. Tremblay (dirs.), *Preventing antisocial behavior*. Nueva York: Guilford.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Barkley, R. A. (1987): *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. Nueva York: Guilford.
- Kazdin, A. E. (1995): *Conduct disorder in childhood and adolescence* (2.^a edición). Newbury Park, CA: Sage.
- Miller, L. (1994): Primary prevention of conduct disorder. Special Issue: The Sixth Annual New York State Office of Mental Health Research Conference. *Psychiatric Quarterly*, 65, 273-285.
- Patterson, G. R. (1982): *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Webster-Stratton, C. y Hammond, M. (1997): Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.

Características clínicas y tratamiento del trastorno desafiante por oposición

2

JAMES K. LUISELLI¹

1. INTRODUCCIÓN

Las conductas de oposición, desobedientes y desafiantes se encuentran frecuentemente en niños, asociadas a menudo con el curso del desarrollo normal, pero siempre como síntomas de trastornos clínicos que llaman la atención de los especialistas de la salud mental. Barkley (1997) identificó tres categorías que estarían incluidas en la descripción general de «comportamiento desobediente» (*noncompliant*). En primer lugar, los niños no inician las acciones solicitadas por un adulto dentro de un período razonable de tiempo después de ser presentada la orden. Por ejemplo, una respuesta desobediente podría referirse a que un niño no empezó una tarea en la escuela 15 segundos después de que el profesor presentó la orden. El segundo tipo de desobediencia sería cuando los niños responden de forma apropiada a una petición dentro de un razonable período de tiempo, pero, posteriormente, no mantienen esta conducta. En estos casos, parece darse una escasa atención, y persistencia, hacia la actividad o tarea solicitadas. En tercer lugar, Barkley (1997) subraya una forma de desobediencia que se caracteriza por el fracaso de los niños para seguir «reglas de conducta» previamente enseñadas que se aplican a situaciones específicas (por ejemplo, fuga de casa de los padres, llevándose posesiones de alguien sin permiso).

La conducta de oposición y desobediente puede ser «pasiva», en el sentido de que un niño puede «no responder», sino permanecer inactivo, tranquilo y sumiso. Por el contrario, conductas más «desafiantes» incluirían verbalizaciones negativas, hostilidad y resistencia física que ocurrirían al mismo tiempo que la desobediencia. Estas consideraciones y las descripciones anteriores revelan que la «conducta de oposición» puede tomar muchas formas.

La conducta desafiante y de oposición de inicio temprano, persistente y recalcitrante se encuentra asociada a diversos tipos de patología infantil, adolescente y adulta posterior. La investigación sugiere que la conducta perturbadora, antisocial, coercitiva y delictiva es una secuela frecuente cuando se remite a tratamiento a los niños a causa de una desobediencia extrema (Barkley, Fischer, Edelbrock y Smellish, 1990; Lahey y Loeber, 1994; Lynskey y Fergusson, 1994; Patterson, Reid y Dishion, 1992). Dicho de forma sucinta, «la presencia de conducta desafiante por oposición, o agresión social, en niños es la más estable de las psicopatologías infantiles a lo largo del desarrollo y constituye el elemento predictor más significativo de un amplio conjunto de riesgos académicos y sociales negativos que el resto de las otras formas de comportamiento infantil desviado» (Barkley, 1997, p. 33).

Este capítulo aborda el tema del trastorno desafiante por oposición desde varias perspectivas. El trastorno y los factores asociados se describen, en primer lugar, con referencia a las definiciones psiquiátricas incluidas en el *Manual diagnóstico y*

¹ The May Institute (USA). Capítulo traducido y adaptado por V. E. Caballo.

estadístico de los trastornos mentales (4.ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR, APA, 2000). Luego se abordan teorías sobre las causas del trastorno. Le sigue una descripción de la evaluación que incluye información pertinente al cribado diagnóstico, a la identificación de las condiciones que contribuyen a la presentación de los síntomas y a la evaluación de los efectos del tratamiento sistemático. El núcleo del capítulo examina los enfoques conductuales y cognitivo-conductuales de intervención. Para concluir, una sección final resume la información esencial para mejorar nuestra comprensión del trastorno desafiante por oposición y presenta varias recomendaciones para la formulación y puesta en práctica del tratamiento.

2. DESCRIPCIÓN

El DSM-IV-TR (APA, 2000) define el Trastorno desafiante por oposición (TDO) como «un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil hacia figuras de autoridad que se mantiene durante al menos seis meses» (p. 100). Dentro del DSM-IV-TR, el TDO se clasifica bajo la categoría de «*Trastornos por déficit de atención y conducta perturbadora*» y se incluye en la sección denominada «*Trastornos diagnosticados normalmente en la infancia, la niñez o la adolescencia*». El trastorno por hiperactividad con déficit de atención (THDA) y el trastorno del comportamiento también se incluyen en la categoría de los «*Trastornos por déficit de atención y conducta perturbadora*» y como se verá más tarde en el capítulo, están estrechamente asociados con el TDO.

Hay ocho criterios para el TDO especificados en el DSM-IV-TR, caracterizado por la «ocurrencia frecuente» de: 1) perder los estribos, 2) discutir con los adultos, 3) desafiar o rehusar acatar, de forma activa, las peticiones o reglas de los adultos, 4) hacer cosas, de forma deliberada, que molesten a otras personas, 5) culpar a los demás por errores o conducta inadecuada, 6) ser muy susceptible o fácilmente irritable ante los demás, 7) estar enfadado o resentido, y 8) ser rencoroso y vengativo. Para satisfacer el diagnóstico de TDO, un niño tiene que

presentar cuatro o más de estas conductas, durante un mínimo de seis meses y «las conductas tienen que ocurrir con más frecuencia de lo que normalmente se observa en individuos de nivel de desarrollo y edad comparables y debe producir un deterioro significativo en el funcionamiento social, académico o laboral» (p. 100). El diagnóstico de TDO no se realiza si las conductas criterio ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno del estado de ánimo o psicótico o si puede confirmarse un diagnóstico de trastorno del comportamiento o trastorno antisocial de la personalidad.

El DSM-IV-TR proporciona definiciones operacionales de las principales características clínicas que caracterizan al TDO. La *conductas negativistas y desafiantes* se «expresan por medio de una terquedad y resistencia persistentes a las instrucciones y una falta de disposición a llegar a un compromiso, a ceder o a negociar con los adultos o con los iguales» (p. 100). El *desafío* incluye «comprobar deliberada o persistentemente los límites, normalmente por medio de ignorar a los demás, discutir o no aceptar la culpa de sus fechorías» (p. 91). Finalmente, la *hostilidad* es indicativa de la «agresión verbal» que «habitualmente no se acompaña por la más seria agresión física vista en el trastorno disocial» (p. 92).

Otra manifestación clínica del TDO que se debería considerar cuando se realiza un diagnóstico es que el trastorno normalmente se presenta en la casa, la escuela y lugares públicos. Las conductas negativistas normalmente son más claras cuando un niño interacciona con iguales y adultos que le son familiares en contraste con individuos desconocidos. Los niños con un TDO no asumen ninguna responsabilidad por su comportamiento inadecuado y, por el contrario, lo justificarán como una respuesta ante «circunstancias o demandas poco razonables».

Se estima que del 2 al 16 por 100 de los niños tienen un TDP (APA, 2000; Jensen, Watanabe, Richters, Cortes, Roper y Lau, 1995; Pelham, Gnagy, Greenslade y Milich, 1992). Antes de la pubertad, el trastorno es más frecuente en varones que en mujeres, con proporciones que son más parecidas después de la pubertad. La presentación de los síntomas parece ser similar para hombres y

mujeres, aunque entre los hombres las conductas externalizantes pueden ser más persistentes y beligerantes. El TDO normalmente es evidente antes de los 8 años y nunca después de la adolescencia. El trastorno empieza en la casa y suele haber un surgimiento gradual de los síntomas.

Entre los varones, el TDO es más frecuente en aquellos que manifiestan exceso de actividad, dificultad para calmarse y una reactividad extrema durante los años preescolares. Sin embargo, el DSM-IV-TR advierte que la «conducta transitoria de oposición» ocurre frecuentemente en los niños en edad preescolar y, por esta razón, llegar a un diagnóstico de TDO durante este período de desarrollo puede ser problemático. El mismo aviso se extiende a los individuos en edad adolescente.

La mayoría de los niños con un TDO frecuentemente tienen un diagnóstico comórbido de THDA. Es también habitual encontrar trastornos de la comunicación y del aprendizaje como condiciones asociadas. La presencia del TDO es un potente factor de riesgo para el trastorno disocial (Lahey y Loeber, 1994; Lahey, Loeber, Quay, Frick y Grimm, 1992; Patterson et al., 1992), tal como lo indica el hallazgo de que entre los niños que acaban teniendo un trastorno disocial durante más de tres años, más del 80 por 100 habrá tenido un TDO como una condición previa (Barkley, 1997).

Una consideración importante con respecto a establecer un diagnóstico de TDO es cómo diferenciar el trastorno de otras condiciones clínicas, especialmente las incluidas como «Trastornos por déficit de atención y conducta perturbadora». Con respecto al THDA, las directrices del DSM-IV-TR especifican que debería considerarse este diagnóstico cuando las conductas de oposición son secundarias a los problemas de falta de atención e impulsividad. Cuando coexisten el THDA y el TDO, deberían hacerse ambos diagnósticos. Debido a la cercana relación entre el TDO y el trastorno disocial, el diagnóstico anterior no se realiza si se satisfacen los criterios del trastorno disocial. Como se señala en el DSM-IV-TR: «Los comportamientos perturbadores de los individuos con un trastorno desafiante por oposición son de una naturaleza menos grave que aquellos individuos con un trastorno disocial y nor-

malmente no incluyen agresión hacia personas o animales, destrucción de la propiedad o un patrón de robos y engaños» (p. 93). Como se indica en los criterios diagnósticos del TDO, dicho diagnóstico no debería hacerse si los síntomas ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico o del estado de ánimo.

A la luz de la discusión anterior, se debe subrayar que muchos niños con un TDO no desarrollan un trastorno disocial y que cuando éste se diagnostica por primera vez en la adolescencia parece ser independiente del TDO (Lahey et al., 1992). La posición mantenida por muchos profesionales es que el TDO y el trastorno disocial son trastornos clínicos diferentes que están relacionados evolutiva y jerárquicamente, a pesar del importante solapamiento que existe entre ellos.

3. TEORÍAS SOBRE LAS CAUSAS

Comprender las causas del TDO en los niños es una empresa compleja y, claramente, no existe una teoría uniforme de la etiología. Al igual que sucede con la mayoría de los trastornos clínicos, el TDO está influenciado por múltiples factores que se encuentran interrelacionados en el sentido de que pueden funcionar como variables que actúan como causa y variables que actúan como efecto. Hay claras evidencias de que el TDO es moldeado y mantenido por la naturaleza de los intercambios recíprocos entre un niño y los adultos significativos de su entorno, empezando con los padres y extendiéndose a otras figuras con autoridad. Por consiguiente, cuando se aborda el tema de las causas, es conveniente tener en cuenta las características del niño y de los padres, al igual que las variables (del contexto) situacionales que pueden controlar la calidad de las interacciones niño-adulto.

Es probable que los niños que muestran reacciones emocionales extremas, irritabilidad crónica, impulsividad y falta de atención desarrollen conducta de oposición (Prior, 1992; Tschann, Kaiser, Chesney, Alkon y Boyce, 1996). Estas respuestas se relacionan con el temperamento infantil, que puede definirse como «los aspectos prevalentes de la per-

sonalidad que muestran cierta consistencia a través del tiempo y de las situaciones» (Kazdin, 1996, p. 51) y está ligado a una base genética o constitucional. Los niños con temperamento difícil no se calman con facilidad, son «gruñones» y no se adaptan bien a los cambios ambientales. Se les describe frecuentemente como «quisquillosos», con escasa adaptación a su entorno.

En cuanto a las variables de los padres, la inmadurez, la falta de experiencia con respecto a la educación de los hijos, la hostilidad y la labilidad emocional son variables observadas en familias de niños que tienen TDO. La presencia de conflictos maritales, de depresión materna y de psicopatología parental plantean también un riesgo para el TDO (Farrington, 1995; Frick et al., 1992; Kennan y Shaw, 1994). En cierto sentido, estos y otros factores relacionados pueden «predisponer» a los padres a comportarse hacia, y responder a, sus hijos de forma que aumenten la probabilidad de encontrarse con desobediencia, oposición y desafío.

La identificación de las características del niño y los padres indica la importancia de comprender los intercambios recíprocos en las interacciones niño-padres a la hora del desarrollo y mantenimiento del TDO. En un primer nivel, el temperamento de los padres y del niño plantean la ocasión para que se produzcan conductas negativas y de oposición. Las habilidades parentales deficientes, como no prestar atención a señales significativas del niño (por ejemplo, cuando está claro el malestar), no colocar límites al comportamiento inapropiado y no vigilar de forma constante el nivel de actividad (Hinshaw y Anderson, 1996) pueden funcionar también como acontecimientos antecedentes que provoquen y mantengan el desafío.

En un segundo nivel, los niños con un TDO y sus padres realizan numerosos intercambios interpersonales que son «reforzados negativamente». La investigación de Patterson y sus colaboradores, por ejemplo, demuestra que cuando los niños actúan de manera desafiante, negativa y agresiva hacia sus padres, dicha conducta frecuentemente produce consecuencias favorables, como la terminación de las demandas, la retirada de la atención no deseable o la obtención de algo agradable (Patterson, 1982;

Patterson et al., 1992; Snyder y Patterson, 1995). Como resultado, estas conductas se fortalecen y ocurrirán con mayor probabilidad en el futuro. De igual manera, cuando los padres son severos, punitivos o negativos en sus interacciones con el niño, a veces son reforzados porque esa conducta produce obediencia o elimina una fuente de irritación (por ejemplo, el niño «cede»). En efecto, tanto el niño como los padres *aprenden* a realizar comportamientos negativos y coercitivos cuando se enfrentan con acontecimientos desagradables o «aversivos».

4. EVALUACIÓN

La evaluación del TDO infantil conlleva varios métodos y objetivos interrelacionados. Por ejemplo, los procedimientos de evaluación se utilizan con los propósitos de cribado diagnóstico, determinar la gravedad de los problemas presentados, establecer un criterio pretratamiento (línea base) con el que evaluar los efectos de la intervención terapéutica y aislar las condiciones que parecen contribuir y mantener las dificultades conductuales. El centro de la evaluación incluye al niño con el TDO, a sus padres y lugares naturales, como la casa y la escuela.

Para la mayoría de los clínicos el primer paso de la evaluación es determinar si el niño tiene un TDO. Normalmente, este objetivo se lleva a cabo basándose en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Las entrevistas se realizan con los padres del niño, con otras personas significativas (por ejemplo, profesores) y, posiblemente, con el niño. Muchas veces el formato de la entrevista es «de final abierto» y el clínico obtiene un diagnóstico recogiendo una detallada historia conductual, observando la presencia de síntomas y determinando la gravedad del problema. Se encuentran también disponibles entrevistas semiestructuradas, como la «Entrevista clínica-Formato para el informe del padre» (*Clinical Interview-Parent Report Form*) de Barkley (1997). Este instrumento de evaluación permite que el clínico plantee preguntas a los padres del niño que están vinculadas con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TDO (al igual que para el THDA, el trastorno disocial y otros trastornos

infantiles) y que cuantifique sus respuestas indicando si los síntomas están presentes, ausentes o existe incertidumbre. Otros indicadores, como la duración del tiempo que han estado presentes los síntomas, el deterioro causado por los síntomas y los criterios de exclusión, se miden de igual manera. Si se cumplen los requisitos específicos necesarios, se realiza el diagnóstico de TDO.

Las escalas de evaluación conductual, como la «Lista de conductas infantiles» (*Child Behavior Checklist, CBCL*; Achenbach y Edebrock, 1983) y las «Escala de evaluación del profesor y de los padres, de Conners» (*Conners Parent and Teacher Rating Scales*; Conners, 1990) se utilizan frecuentemente en la evaluación global de la psicopatología infantil. Otros instrumentos de evaluación conductual como el «Inventario de la conducta infantil, de Eyberg» (*Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI*; Eyberg, 1980), el «Cuestionario de situaciones en la casa» (*Home Situations Questionnaire, HSQ*; Barkley, 1987) y el «Cuestionario de situaciones escolares» (*School Situations Questionnaire, SSQ*; Barkley, 1987) son útiles cuando el interés es evaluar las conductas desafiantes y de oposición. Las escalas de evaluación conductual requieren que un informador indique la presencia, frecuencia y/o gravedad de las conductas (por ejemplo, «el niño discute con otros niños») y se obtienen una o más puntuaciones que definen el perfil del niño, normalmente en relación con una muestra normativa. Este método de evaluación se basa en las impresiones subjetivas y el recuerdo por parte de la persona que informa de las evaluaciones, pero como es relativamente simple de llevar a cabo y produce una medida cuantificable, es válido como estrategia de evaluación inicial o como un procedimiento que puede ser complementado por otras medidas. Y dado que son comparados con la norma, estos y otros instrumentos similares permiten a los profesionales verificar si los cambios en el comportamiento desadaptativo de los niños hacen que éste esté dentro de los límites normales después del tratamiento y comparar resultados evaluables a través de distintos estudios (McNeil, 1996).

Conseguir información sobre la frecuencia de las conductas específicas y el contexto en el que tienen lugar, es un objetivo crítico de la *evaluación*

conductual. Una ventaja de esta evaluación es que el registro de conductas, tales como la frecuencia de los comentarios negativos realizados por el niño o el porcentaje de obediencia de las peticiones de los padres, proporciona información sobre la ocurrencia real de las respuestas clínicamente relevantes. Además, al llevar a cabo esta evaluación en la casa, la comunidad y la escuela, es posible aislar las *influencias funcionales* que establecen la ocasión y mantienen las conductas desafiantes y por oposición. La evaluación conductual funcional tiene una larga tradición en el campo de las discapacidades del desarrollo (Iwata, Vollmer y Zarcone, 1990) y se está incorporando de forma regular en la evaluación de los trastornos del comportamiento perturbadores en el niño (Luiselli, 1991). En lo referente al TDO, el proceso de la evaluación conductual funcional podría componerse de los siguientes pasos:

1. Después de confirmar un diagnóstico de TDO, cada uno de los síntomas definidos en el DSM-IV-TR se revisaría individualmente para determinar aquellos que son más problemáticos debido a que ocurren con una intensidad o frecuencia extremas.
2. Cada una de las conductas síntoma se evaluaría por medio de la recogida de datos que inicialmente sería realizada en la casa del niño y en la escuela. Con el fin de ilustrarlo, el criterio del DSM-IV-TR, «A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas» podría evaluarse registrando el porcentaje de tiempo que el niño responde obedeciendo las diez instrucciones predeterminadas que presentan sus padres y el profesor cada día.
3. Los datos de la obediencia porcentual a padres y profesor se examinarían con más detalle analizando las condiciones asociadas con el comportamiento del niño. Por ejemplo, ¿hay ciertas oportunidades de obedecer en la casa y en la escuela donde el niño responde con más éxito que en otras? ¿Depende el cambio en la conducta de obediencia de los tipos de consecuencias que imponen los adultos?

Tal como se revela en los pasos anteriores, una evaluación conductual funcional del TDO comienza con una orientación *nomotética* y luego avanza hacia una perspectiva *ideográfica* más detallada y refinada (Kazdin, 1983; Powers, 1984). Insistiendo, al aislar el comportamiento-función, este tipo de evaluación guía la toma de decisiones clínicas porque la selección de los métodos de tratamiento está ligada a los determinantes del trastorno. La investigación reciente sugiere que las propiedades funcionales del comportamiento desobediente en niños puede aislarse utilizando una metodología de evaluación funcional breve dentro de un servicio ambulatorio (Reimers, Wacker, Cooper, Sasso, Berg y Steege, 1993).

Se deberían señalar otras dos preocupaciones relativas a la evaluación. La evaluación familiar debería centrarse en la presencia de psicopatología maternal y paternal, en las variables situacionales que podrían tener un efecto perjudicial sobre la adaptación de la familia (por ejemplo, cargas financieras, estatus del empleo, aislamiento social) y, por supuesto, las tácticas de educación y disciplina de los hijos llevadas a cabo por los padres. En segundo lugar, el clínico tiene que abordar el diagnóstico diferencial del TDO, especialmente en lo que se refiere a la comorbilidad con el THDA, el desarrollo del trastorno disocial y la presencia de ansiedad y trastornos del ánimo.

5. TRATAMIENTO

Se han utilizado con éxito en el tratamiento del TDO estrategias tanto conductuales (modificación de conducta, terapia de conducta, análisis aplicado de la conducta) como cognitivo-conductuales. Cada orientación está apoyada por la investigación clínica que ha definido una metodología de tratamiento, aislado procedimientos esenciales y evaluado los efectos de la intervención. En varios casos, se han presentado procedimientos en formato de manuales sistemáticos de tratamiento y protocolos de enseñanza paso a paso.

5.1. Entrenamiento de padres

Para prácticamente todos los niños diagnosticados con un TDO, los padres son los que se enfrentan inicialmente con los problemas clínicos antes de que sean observados por otros adultos, como los profesores en la escuela. Los padres normalmente pasan muchos años de conflictos y malestar en sus esfuerzos por superar los desafíos conductuales planteados por sus hijos. Como consecuencia, suele haber una extensa historia de aprendizaje de interacciones negativas que llega a la consulta de los especialistas en salud mental.

El centro de atención del entrenamiento de padres está en cambiar las interacciones desadaptativas y coercitivas que existen entre padres y el niño con un TDO. Estos patrones se consideran tanto un elemento contribuyente como una consecuencia de los problemas actuales. Algunas de las influencias parentales que deben abordarse incluyen el empleo de procedimientos hostiles y muy severos en la educación de los hijos, proporcionando escasa supervisión y vigilancia del comportamiento del niño y aplicando consecuencias contingentes a la conducta de forma impredecible e inconsistente (Wahler y Dumas, 1986). Otro objetivo crítico es enseñar a los padres cómo atender y responder a los comportamientos positivos que el niño manifiesta. Se subraya este objetivo porque muchos padres de niños con un TDO pasan por alto o no reconocen dichas conductas, prestando atención casi exclusivamente a las interacciones problemáticas.

Aunque hay variaciones en el formato y la secuencia de los programas de entrenamiento de padres, se pueden definir varios elementos:

1. El objetivo del «tratamiento» es enseñar a los padres cómo interactuar más eficazmente con el niño por medio de la adquisición de nuevas habilidades y la eliminación de estrategias ineficaces. Por consiguiente, la intervención tiene una tendencia de orientación activa y una orientación de desarrollo de habilidades que difiere de la terapia familiar tradicional que se proporcionaría a través del asesoramiento de forma ambulatoria.

2. El terapeuta adopta un estilo de enseñanza directo que incorpora demostración, representación de papeles, ensayo de conducta y «tareas para casa» para lograr los objetivos terapéuticos.
3. El entrenamiento puede realizarse en el gabinete del terapeuta o en una clínica, pero también puede llevarse a cabo en la casa del niño bajo condiciones naturales.
4. Los programas de entrenamiento se basan en un modelo de dominio de la información, que requiere que los padres aprendan y demuestren habilidades específicas como un prerequisite antes de avanzar a otros objetivos de entrenamiento.

Un modelo ejemplar de entrenamiento de padres para niños con un TDO es el programa desarrollado por Barkley (1997) denominado «Niños desafiantes: Manual del clínico para la evaluación y entrenamiento de padres» (*Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*). El programa se dirige a niños que manifiestan «comportamientos desobedientes, desafiantes, de oposición, tercos y socialmente hostiles, juntos o en combinación con otros trastornos infantiles» (p. 2). Los niños diagnosticados con un TDO y los que tienen un TDO junto con THDA o un trastorno disocial, son enviados habitualmente a intervención. En la mayoría de los casos, estos niños manifiestan trastornos exteriorizados o «expresivos».

El programa de Barkley (1997) está basado en varios supuestos subyacentes que siguen los principios básicos del aprendizaje. Un concepto fundamental resaltado en el programa es que el tratamiento eficaz está determinado por la aplicación sistemática de las consecuencias que se producen después de las conductas apropiadas e inapropiadas. Estas consecuencias deberían ofrecerse de forma inmediata, consistente y de un modo específico a la conducta. Otro principio directriz es que los padres tienen que aprender a fomentar y reforzar («recompensar») las conductas deseables antes de volver a la utilización de procedimientos de «castigo», como el tiempo fuera y la retirada de privilegios. De nue-

vo, este centro de atención es básico teniendo en cuenta la frecuente observación de que los padres de niños que tienen conducta de oposición pasan una gran cantidad de tiempo favoreciendo situaciones negativas y conflictivas. Y, aunque el programa de entrenamiento se concentra sobre las estrategias de control consecuentes, también se apoya notablemente en los métodos antecedentes o preventivos para ayudar a los padres a anticipar situaciones difíciles y evitar la ocurrencia de las conductas de desafío (Luiselli y Cameron, 1998).

El programa se compone de los siguientes diez pasos:

- Paso 1:* Entender las causas de la conducta inadecuada del niño.
- Paso 2:* Aprender a utilizar la atención de forma más eficaz y eficiente.
- Paso 3:* Aumentar la obediencia y el juego independiente.
- Paso 4:* Poner en práctica un sistema de economía de fichas.
- Paso 5:* Utilizar el tiempo fuera y otros procedimientos disciplinarios contingentes a la conducta para comportamientos específicos inadecuados.
- Paso 6:* Extender el tiempo fuera a otras conductas inadecuadas.
- Paso 7:* Anticipar problemas y manejar el comportamiento del niño en lugares públicos.
- Paso 8:* Mejorar la actuación en la escuela utilizando una «Tarjeta de informe diario de la conducta en la escuela».
- Paso 9:* Diseñar intervenciones de cambio de conducta para problemas futuros.
- Paso 10:* Sesiones de apoyo (*booster sessions*) para evaluar la adhesión de los padres al tratamiento, revisar el progreso y solucionar áreas de preocupación.

Para cada paso, en el programa de entrenamiento hay una lista de objetivos, materiales necesarios, esquema de los procedimientos y tareas para casa. Así, por ejemplo, el paso 1 del programa se denomina «Por qué los niños se comportan de forma ina-

deuada». Los tres objetivos especificados en este paso son: *a)* educar a los padres sobre las causas de las conductas desafiantes de los niños, *b)* dirigir a los padres para que identifiquen estas causas en su familia, y *c)* estimular a los padres a que aborden estas causas como la primera fase de la intervención. Los materiales que se requieren en esta fase incluyen dos protocolos de evaluación, el «Cuestionario de situaciones en la casa» (*Home Situations Questionnaire*) y la «Escala de evaluación de los trastornos de la conducta perturbadora-Formato de los padres» (*Disruptive Behavior Disorders Rating Scale-Parent Form*), dos «folletos» que obtengan información adicional de los padres, el «Perfil de las características del niño y de la familia» (*Profile of Child and Family Characteristics*) y el «Inventario de problemas familiares» (*Family Problems Inventory*), y un gráfico que ilustra las relaciones entre las órdenes parentales y la conducta de oposición, el «Diagrama de la interacción desafiante por oposición» (*Diagram of Oppositional Defiant Interaction*). Los procedimientos que el terapeuta lleva a cabo en esta fase se dirigen a revisar los acontecimientos posteriores a la evaluación inicial, reevaluar brevemente los datos de la escala de evaluación que se obtuvieron de los padres, hablar sobre las percepciones de los padres acerca de las causas del comportamiento inadecuado de su hijo, presentar un modelo para entender la conducta inadecuada y explicar los objetivos del programa de entrenamiento. Con respecto a las tareas para casa, se pide a los padres que rellenen un Inventario de problemas familiares y que arreglen su casa «a prueba del hijo» debido al hecho de que muchos niños con TDO «son más propensos a tener accidentes, tienen una mayor probabilidad de dañar la propiedad y objetos valiosos y crear accidentes en los demás que en el caso de niños normales» (p. 101).

El programa de entrenamiento de padres elaborado por Barkley (1997) es seguido mejor por niños entre 2 y 12 años que no tienen problemas graves de agresividad. La aplicación del programa a gran escala sugiere que los padres que tienen al menos una educación a nivel de bachillerato y «grados mínimos de problemas personales y familiares» son

los mejores candidatos para el entrenamiento. Barkley (1997) advierte que aunque el entrenamiento puede aplicarse eficazmente a familias individuales, un formato de grupo tiene una mejor relación coste/eficacia. A este respecto, un número entre 6 a 10 familias es óptimo para el entrenamiento de grupo.

Los terapeutas que realizan el entrenamiento deberían ser clínicos expertos en proporcionar servicios psicológicos a familias que tienen hijos con trastornos de la conducta perturbadora. Dentro de un contexto de entrenamiento grupal, se llevan a cabo sesiones semanales con una duración de 2 a 2,5 horas. El entrenamiento parece más eficaz cuando las sesiones se realizan en una clínica o gabinete, mientras que «el entrenamiento dentro de casa debería reservarse para los niños con un comportamiento perturbador más grave, cuyos padres requieren esos esfuerzos intensos» (p. 74). El programa de diez pasos se enseña habitualmente como una unidad completa, pero es posible utilizar parte del programa (por ejemplo, pasos seleccionados) en casos en los que los problemas del niño y de la familia son menos serios.

El manual de entrenamiento incluye información detallada de cada paso para guiar a los terapeutas en la aplicación de los procedimientos de enseñanza. Barkley (1997) defiende varias estrategias esenciales para asegurarse una utilización más satisfactoria del programa. Por ejemplo, cada sesión semanal debería seguir una secuencia predefinida de actividades: *a)* una revisión de las tareas para casa de la semana anterior, *b)* solución de los problemas que los padres hayan experimentado a la hora de realizar las tareas para casa, *c)* discusión y práctica de los procedimientos que se acaban de entrenar, *d)* presentación de las tareas para casa para la siguiente semana, y *e)* anticipación de las dificultades potenciales que puedan surgir cuando se introducen nuevos procedimientos. Con respecto a cómo los terapeutas deberían interactuar con los padres durante las sesiones de entrenamiento, el enfoque general se describe como un «estilo socrático» de diálogo que sirva de apoyo, sea reflexivo y no sea crítico. Barkley (1997) aconseja que la mejor forma de guiar a los padres de esta manera consiste en evi-

tar el uso de jerga técnica, adaptar los procedimientos según las idiosincrasias del estilo de vida familiar y considerar a los padres como «expertos conductuales» con respecto a sus hijos.

El enfoque de intervención diseñado por Barkley (1997) se ha revisado con cierto detalle para mostrar los objetivos, procedimientos y secuencia de entrenamiento que son habituales en los programas de entrenamiento de padres para niños con un TDO. Se han evaluado también otros programas similares y apuntan a alternativas y variaciones interesantes en la aplicación que pueden ser determinadas por las demandas clínicas, las características familiares únicas y los esfuerzos para expandir la eficacia terapéutica. Sanders y Markie-Dadds (1996), por ejemplo, describieron el programa para la educación parental positiva en preescolares, una intervención a múltiples niveles para familias de niños que tienen riesgo de desarrollar trastornos de conducta perturbadora, incluyendo el TDO. El programa se compone de cinco niveles que avanzan desde la consulta por parte de los padres con un contacto mínimo con el terapeuta hasta el entrenamiento de padres intensivo. Al igual que el programa de Barkley (1997) para los niños desafiantes, el componente intensivo de entrenamiento de padres en el programa de educación parental positiva en preescolares incluye sesiones individuales o de grupo que son programadas a lo largo de un período de 8 a 10 semanas. Se enseña a los padres una variedad de habilidades que aborden los comportamientos objetivo manifestados por sus hijos, combinándose con estrategias para la mejora de la generalización y el afrontamiento del estrés. Se proporcionan dos libros de ejercicios como guías de entrenamiento (Sanders, 1992; Sanders, Lynch y Markie-Dadds, 1994).

En una adaptación de su programa de entrenamiento, Connell, Sanders y Markie-Dadds (1997) evaluaron una intervención conductual, autodirigida, en padres de niños preescolares con trastornos por oposición que vivían en áreas rurales y remotas de Australia. Doce familias recibieron el programa de entrenamiento autodirigido y 11 familias componían el grupo control de lista de espera. El programa autodirigido se realizó a lo largo de 10 semanas

durante las cuales se pedía a los padres que leyesen secciones de los libros de ejercicios y que participasen en una consulta telefónica semanal con el terapeuta. Se animaba a los padres a que seleccionasen objetivos para el cambio de conducta, que escogiesen estrategias de intervención que mejor se adaptasen a las circunstancias de su casa y que autorregistrasen el comportamiento propio y de sus hijos. Las primeras cuatro semanas del programa autodirigido se dedicaban a una comprensión de las conductas problema, fomentando las habilidades sociales deseables y presentando las consecuencias para la conducta inadecuada. Las siguientes cuatro semanas incluían la puesta en práctica de las estrategias conductuales basadas en las directrices escritas y en las listas de educación parental. Durante las dos últimas semanas, los padres recibían apoyo para refinar, solucionar problemas y mantener sus habilidades recién adquiridas.

Connell et al. (1997) encontraron que, a diferencia del grupo control, los padres que recibían la intervención familiar conductual autodirigida informaban de menos problemas de comportamiento en el hijo, mayores niveles de competencia parental y menores niveles de prácticas desadaptativas en la educación de los hijos. De esta forma, este estudio sugiere que en los casos en los que se necesita un mínimo contacto con el terapeuta, se puede proporcionar un entrenamiento de padres eficaz para la conducta de oposición del hijo utilizando un modelo de autorregulación. Con seguridad, son necesarias réplicas y perfeccionamiento de esta metodología, pero teniendo en cuenta estas consideraciones, la capacidad para proporcionar servicios de salud mental al niño y a la familia de una manera más eficiente con respecto al tiempo, llegando a poblaciones poco atendidas que residen en áreas rurales, es de gran valor en la época del cuidado de la salud controlado y con contención de gastos.

Un segundo programa de entrenamiento de padres es la «Terapia de interacción padres-hijo» (*Parent-Child Interaction Therapy, PCIT*) (Eyberg, Boggs y Algina, 1995; Hembree-Kigin y McNeil, 1995). El modelo de la PCIT se centra en niños en edad preescolar con trastornos del comportamiento perturbador y enseña a los padres habilidades disci-

plinarias más eficaces. El entrenamiento se lleva a cabo durante 14 sesiones semanales y se ha demostrado que produce mejorías en la conducta infantil dentro de los límites normales, con unos resultados que se mantenían en el postratamiento a los 12 a 18 meses (Eisenstadt, Eyberg, McNeil, Newcomb y Funderburk, 1993; Newcomb, Eyberg, Funderburk, Eisenstadt y McNeil, 1990).

Recientemente, Funderburk, Eisenstadt, McNeil, Henbree-Kigin y Capage (1998) evaluaron la conducta en la escuela de niños en edad preescolar que recibieron y no recibieron la TCIP. Este estudio examinó la generalización del cambio positivo de conducta de la casa a la escuela, donde no se realizó la intervención sistemática. Los niños del estudio de Funderburk et al. (1998) tenían entre 2 y 7 años y presentaban diagnósticos de TDO, THDA y trastorno disocial. Después de terminar el programa PCIT, los niños mostraron mejorías significativas en la casa y generalización de cambios positivos en la escuela. Estas ganancias se mantenían en un seguimiento de 12 meses. Los niños que no recibieron la PCIT no mejoraron. En un seguimiento a los 18 meses, los niños que recibieron el tratamiento mantenían mayores niveles de obediencia, pero su comportamiento adecuado, su atención a las tareas y sus problemas objetivo eran similares a la evaluación antes de la intervención. La relevancia de este estudio yace en que el entrenamiento de padres estructurado para la conducta por oposición del niño no sólo es eficaz en la casa, sino que las mejorías clínicas pueden extenderse a la escuela, con un buen mantenimiento después del tratamiento. Los hallazgos de las diferencias en el mantenimiento en períodos de seguimiento a los 12 y los 18 meses indica que se podría requerir un apoyo adicional cuando los niños entran en los grados posteriores de la escuela elemental, proporcionado como sesiones de apoyo (*booster sessions*) con los padres o consultas conductuales dentro de la escuela.

5.2. Entrenamiento en habilidades cognitivas

Los procedimientos del entrenamiento de padres presentados anteriormente incluyen varios enfoques

de manejo de las contingencias que los padres aplican para cambiar el comportamiento del hijo. Por extensión, estos procedimientos pueden ser utilizados eficazmente por profesores y otros adultos importantes en la vida del niño. Por consiguiente, los padres y los profesores son los «receptores» del tratamiento. Por el contrario, el entrenamiento en habilidades cognitivas enseña al niño con un TDO habilidades compensatorias para mejorar la adaptación en la casa y en la escuela y para responder más eficientemente cuando se enfrente con situaciones conflictivas. Aunque los padres, profesores y otros agentes de cambio estén implicados en el proceso de tratamiento, el objetivo del entrenamiento en habilidades cognitivas es el niño y el resultado deseado se centra en su capacidad para utilizar estrategias de autocontrol.

El entrenamiento en habilidades cognitivas aborda comportamientos perturbadores, desafiantes y de oposición de dos maneras generales. En primer lugar, se enseña a los niños a evaluar sus percepciones sobre el mundo, sus interpretaciones de los acontecimientos de la vida y sus atribuciones sobre el comportamiento. Terapéuticamente, este centro de atención descansa en los principios de varios sistemas cognitivo-conductuales que plantean que la conducta desadaptativa es el resultado de atribuciones e interpretaciones erróneas de las interacciones respuesta-ambiente (Kazdin, 1996).

Un segundo objetivo del entrenamiento en habilidades cognitivas es enseñar a los niños a afrontar situaciones difíciles y a responder a acontecimientos «desencadenantes» abordando las autoverbalizaciones y otros esquemas organizadores. Los procedimientos aprendidos en el entrenamiento permiten a los niños dejar de responder de forma impulsiva, considerar múltiples opciones de respuesta, seleccionar una o más conductas apropiadas y evaluar su actuación.

Hay varios métodos comunes que se incluyen en el entrenamiento en habilidades cognitivas:

1. Como se ha señalado anteriormente, el entrenamiento se lleva a cabo directamente con el niño. Una opción consiste en planear el entrenamiento individual en el contex-

to de la terapia 1 a 1. Sin embargo, más a menudo, el entrenamiento se proporciona dentro del contexto de un pequeño grupo en el que varios niños reciben la intervención por parte de uno o más terapeutas.

2. Los procedimientos utilizados en el entrenamiento incluyen instrucciones, demostración, representación de papeles, ensayo de conducta, retroalimentación de la actuación y refuerzo positivo. Se presenta a los niños una secuencia de pasos de que se compone una o más habilidades de «solución de problemas». Se les enseña a realizar estos pasos utilizando los procedimientos indicados anteriormente y luego se disminuyen las interacciones del terapeuta (se «atenuan»), de modo que los niños aprenden a responder de forma independiente.
3. Existe la suposición de que las habilidades adquiridas durante el entrenamiento no se transferirán automáticamente a lugares «naturales» como la casa, la escuela y la comunidad. Por consiguiente, un componente adicional del entrenamiento es establecer contingencias que fomenten y mantengan las habilidades de autocontrol de los niños. Como ejemplo, se podría incitar a los niños a que demuestren ciertos procedimientos de autocontrol en presencia de sus padres como un prerrequisito para recibir refuerzo positivo.

Se han descrito varios programas cognitivo-conductuales para niños que tienen trastornos de comportamiento exteriorizados, impulsivos y por oposición (Camp y Bash, 1981; Shure, 1992; Finch, Nelson y Ott, 1993). Kazdin, Ayers, Stoddard y Bullerick (1990) elaboraron un programa de terapia de habilidades de solución de problemas para niños con un trastorno disocial, programa que se presenta seguidamente con el fin de ofrecer al lector una metodología de tratamiento más detallada. Aunque está pensado para los trastornos del comportamiento y la conducta antisocial, su modelo representa un enfoque del entrenamiento en habilidades cognitivas que es aplicable a los niños con un TDO.

El entrenamiento se lleva a cabo en 20 sesiones semanales (una sesión por semana), con una duración de cada sesión de 40 a 50 minutos aproximadamente. Los procedimientos se pueden aplicar en el contexto de la terapia individual con un niño o en un grupo con varios niños. El entrenamiento se centra en enseñar autoinstrucciones verbales a los niños como un enfoque para la «solución de problemas». Se resumen los cinco pasos que corresponden a una autoverbalización: 1) *Definir el problema* («¿Qué se supone que tengo que hacer?»), 2) *Enfocar el problema* («Tengo que considerar todas mis posibilidades»), 3) *Centrar la atención* («Mejor me concentro en ello»), 4) *Elegir una respuesta* («Necesito realizar una elección») y 5) *Verbalización de autorrefuerzo o de afrontamiento* («Hice un buen trabajo» o «Cometí un error. Tengo que ir más despacio y concentrarme más»).

El terapeuta utiliza tarjetas estímulo que muestran los pasos de la solución de problemas acompañados por un dibujo. Las tarjetas se emplean inicialmente durante los juegos y las tareas académicas para ayudar a los niños a adquirir los pasos de la solución de problemas de forma secuencial. Con el tiempo, las situaciones que requieren de estrategias de solución de problemas progresan hacia las interacciones sociales e interpersonales. En las primeras etapas del entrenamiento, el terapeuta modela las autoverbalizaciones que son apropiadas a cada paso en la secuencia de la solución de problemas. Se incita a los niños a que imiten estas demostraciones y, gradualmente, el modelado del terapeuta se va retirando para fomentar la respuesta espontánea. En este nivel, los niños aprenden a hablar en voz alta cuando recuerdan cada autoverbalización y luego a utilizar un susurro, para, finalmente, emplear el habla silenciosa (encubierta). El objetivo de esta metodología de la «atenuación» es enseñar a los niños a «internalizar» las autoverbalizaciones.

El terapeuta proporciona alabanza social, aprobación y afecto cuando los niños realizan las tareas presentadas durante el entrenamiento, cuando dominan con éxito las etapas preliminares del programa y cuando comienzan a responder de forma independiente durante situaciones más complejas. Otro tipo de consecuencia positiva que se incorpora

durante el entrenamiento es el refuerzo por fichas. Los niños comienzan cada sesión con un número de fichas que son intercambiadas por «premios» cuando la sesión termina (por ejemplo, tarjetas, libros, pósters). Los «premios» están graduados de modo que los objetos más atractivos requieren más fichas. Por consiguiente, los niños tienen la opción de guardar las fichas que reciben al final de cada sesión con el fin de comprar un elemento más caro en el futuro. Igualmente, los niños pueden perder fichas durante las sesiones (coste de respuesta) cuando responden de forma impulsiva, no son capaces de emplear (o emplean mal) los pasos de la solución de problemas y reaccionan con demasiada rapidez durante la presentación de la tarea. Esta combinación de refuerzo y coste de respuesta por medio de fichas asegura que los niños estén lo suficientemente motivados para interactuar de acuerdo con el terapeuta y para seguir los pasos de entrenamiento de forma precisa.

Cuando termina cada sesión, se pide a los niños que evalúen su actuación en una simple escala de tres puntos: «¿Cómo lo hice hoy?» (1 = más o menos, 2 = bien, 3 = fenomenal). Si la autoevaluación de un niño es similar a la opinión del terapeuta, se le da una ficha adicional. Este procedimiento proporciona otra fuente de refuerzo positivo, en este caso para moldear y apoyar la autoevaluación precisa.

Un componente esencial de la terapia de solución de problemas, desarrollado por Kazdin et al. (1990), es la programación de la *práctica en vivo*. La práctica implica animar a los niños a que utilicen sus habilidades de solución de problemas recién adquiridas en situaciones de la «vida real» con la ayuda de los padres, del terapeuta y de otras personas. Por ejemplo, se proporciona a los padres por escrito varias directrices sugiriendo formas de interactuar con su hijo que fomenten la solución de problemas apropiada. Cuando se aplican a los comportamientos desafiantes y por oposición, estas sugerencias incluirían tácticas como pedir al niño que realice actividades que no le gustan mucho o bien hacer una petición y luego solicitar al niño que convenza a los padres de por qué se merece una «recompensa». En estas y otras situaciones similares, se incita a los niños a que utilicen «los pasos»

para superar la resistencia y solucionar el problema de una manera razonable. Elementos adicionales de la práctica en vivo incluyen el hacer que los padres y el niño evalúen la actuación durante los momentos de práctica y reforzar al niño con fichas cuando realiza las habilidades requeridas de forma correcta. El componente del entrenamiento de la práctica en vivo se modifica y se adapta a cada situación familiar y tal como se esperaría, se requieren frecuentes ajustes y deben estar disponibles diferentes niveles de apoyo del terapeuta para producir los resultados deseables. Sin embargo, sin estas experiencias en vivo, es poco probable que las habilidades adquiridas durante el entrenamiento en solución de problemas, y después de la exposición a métodos similares de intervención cognitivo-conductual, sean puestas en práctica y mantenidas en situaciones y lugares fuera de la terapia.

6. CONCLUSIONES Y DIRECTRICES FUTURAS

La gravedad de los problemas de comportamiento planteados por los niños con un TDO exige la aplicación de un tratamiento amplio que abarque al niño, a la familia, a la escuela y a la comunidad a largo plazo. Este capítulo ha revisado el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento del TDO y ha presentado algunos enfoques conductuales y cognitivo-conductuales de intervención. A lo largo de años de investigación, se han realizado muchos progresos a la hora de la comprensión del TDO, su comorbilidad con otras formas de psicopatología infantil y la formulación de programas de terapia siguiendo un protocolo. Conforme continúa la investigación clínica, deberíamos esperar un mayor refinamiento en la metodología de tratamiento. Además, deberían mejorar nuestros sistemas de diagnóstico, evaluación y valoración.

El diagnóstico del TDO, al igual que otros trastornos infantiles, puede ser una tarea compleja debido a la extrema variabilidad que se da en la presentación de los síntomas, la dificultad para conseguir información relevante de otras personas significativas y la subjetividad que todavía acompaña a los

sistemas formales de diagnóstico. Barkley (1997) ha planteado varias limitaciones asociadas con las directrices diagnósticas para el TDO que se encuentran incluidas en el DSM-IV-TR. Plantea la preocupación de que los criterios diagnósticos presentados se refieren principalmente a los niños entre los 4 y los 16 años de edad. Por consiguiente, se requeriría un umbral mayor para niños entre 2 y 4 años (edad preescolar). Otra cuestión que merece considerarse es el hecho de que los criterios diagnósticos que existen para el TDO y el trastorno disocial se basan principalmente en una población masculina. Como consecuencia, el nivel de corte de la sintomatología puede ser demasiado alto para las mujeres, sugiriendo que «una chica tiene que cumplir un patrón más elevado de desviación con respecto a las chicas que el que un chico tiene que alcanzar con respecto a los chicos, con el fin de recibir un diagnóstico de TDO/trastorno disocial» (Barkley, 1997, p. 50). Finalmente, la duración de seis meses que se especifica en el DSM-IV-TR podría ser un período demasiado breve para asegurarse un diagnóstico de TDO. La sugerencia de Barkley (1997) es que debido a que muchos niños diagnosticados con un TDO no seguirán manteniendo este diagnóstico un año más tarde, podría ser más prudente ampliar el período de tiempo para el diagnóstico más allá de los seis meses. Estas cuestiones llevan a la observación de que a falta de un mayor perfeccionamiento, los métodos actuales de diagnóstico del TDO se encuentran todavía en las etapas de formación.

La comparación de los enfoques de tratamiento para el TDO representa un área fructífera de investigación, pero que no ha sido muy estudiada. Un buen ejemplo de esa investigación lo constituye un estudio de Kazdin, Siegel y Bass (1992). Aunque el centro de la investigación eran niños con un trastorno disocial y conducta antisocial, las medidas dependientes, las modalidades de tratamiento y el método de evaluación son relevantes para aquellos sujetos que padecen un TDO. La investigación incluyó 97 niños, de 7 a 13 años, que fueron remitidos a tratamiento a causa de trastornos graves de comportamiento. Un grupo de niños recibió terapia cognitivo-conductual (entrenamiento en habilidades de solución de problemas), un segundo grupo recibió

entrenamiento de padres y un tercer grupo una combinación de ambos tratamientos. Los hallazgos fueron que los cambios terapéuticos más significativos los obtuvo el grupo de tratamiento combinado en índices específicos del niño y del entrenamiento de padres. La investigación de este tipo es útil porque puede ayudar a diferenciar entre distintas opciones de tratamiento, adaptar tratamientos específicos a determinados trastornos clínicos presentados y conseguir la mejor combinación del tratamiento para producir los resultados más potentes.

La mayoría de los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales para el TDO se aplican cuando los niños y las familias presentan problemas conductuales importantes. En estos casos, hay una necesidad de que la intervención sea intensiva, ya que se han desarrollado historias duraderas de interacciones y conductas desadaptativas. En este punto, el tratamiento puede concebirse como prevención terciaria porque se dirige a la «reducción de los síntomas». Sin embargo, es probable que los servicios de salud mental produzcan resultados más favorables si se insiste en los esfuerzos de prevención primaria y secundaria. En el nivel de la prevención secundaria, la intervención trata de reducir y eliminar factores de riesgo que predisponen o predicen psicopatología más grave. El «Programa de educación parental positiva para preescolares» (Sanders y Markie-Dadds, 1996) y la «Terapia de interacción padres-hijo» (Capage, Foote, McNeil y Eyberg, 1998) señalados anteriormente en este capítulo son ejemplos de modelos de prevención secundaria porque se centran en familias de niños pequeños en un momento en que los desafíos de la conducta están menos arraigados y hay una mayor probabilidad de que las dificultades interpersonales puedan superarse. Con la prevención primaria, la intervención comienza antes de que surjan los factores de riesgo.

Aunque estudiados con menos frecuencia que otros enfoques preventivos, los tipos de prevención primaria a ser evaluados podrían enseñar habilidades apropiadas para la educación de los hijos a nuevos padres, orientando a los educadores preescolares hacia la identificación de los factores de riesgo asociados con el TDO y proporcionando apoyo den-

tro de casa a las familias antes de que sean manifestados los comportamientos desafiantes.

Los programas de tratamiento conductual y cognitivo-conductual revisados en este capítulo se basan en estrategias positivamente orientadas de control de los antecedentes y de desarrollo de las habilidades. La orientación es muy prometedora y debería ser adoptada por terapeutas que trabajan con niños que tienen un TDO y sus familias. Por supuesto, hay diferencias de opinión con respecto a la inclusión de procedimientos disciplinarios específicos en el control de la conducta infantil y en los programas de entrenamiento de padres para niños con trastornos desafiantes y por oposición (Lutzker, 1994; McNeil, Clemens-Mowrer, Gurwitsch y Funderburk, 1994). Sin embargo, el consenso de profesionales experimentados es que se debería colocar el énfasis en procedimientos de enseñanza positiva que fomenten habilidades compensatorias, que establezcan antecedentes y consecuencias predecibles para el comportamiento y que favorezcan la solución de problemas.

Se deberían considerar varias limitaciones con respecto al tratamiento. Tanto para el entrenamiento de padres como para el entrenamiento en habilidades cognitivas existe siempre la preocupación sobre la escasa adherencia al tratamiento. Así, puede que los padres no asistan a las sesiones de entrenamiento, participen en el entrenamiento de forma inconsistente, abandonen el entrenamiento de modo prematuro o no realicen las tareas para casa. Igualmente, los niños a menudo se resisten a seguir las instrucciones del terapeuta durante las sesiones clínicas y los intentos de los padres de imponer intervenciones para el cambio del comportamiento en casa. Sigue siendo una preocupación constante para los clínicos cómo vencer esta resistencia y la escasa adherencia.

No es infrecuente encontrar que los beneficios terapéuticos iniciales asociados con el tratamiento desaparecen con el paso del tiempo. Es decir, los efectos de la intervención no son duraderos y no persisten cuando el tratamiento se ha terminado. Por consiguiente, se debe estudiar de forma sistemática los factores que contribuyen al *mantenimiento de la conducta*. Actualmente, nuestro cono-

cimiento sobre este tema sugiere que el mantenimiento del tratamiento para el TDO y otros trastornos del comportamiento perturbador infantil tienen que programarse deliberadamente. Así, en vez de terminar el tratamiento abruptamente cuando se ha alcanzado un número específico de sesiones semanales de entrenamiento, podría ser más productivo programar encuentros periódicos de comprobación después del tratamiento, quizá una vez al mes, de modo que el contacto con el terapeuta se reduzca de forma gradual. Otra opción sería establecer un servicio de llamadas telefónicas que permita a los padres recibir asesoramiento profesional como seguimiento de su entrenamiento. Ese contacto debería ser breve, pero estar disponible cuando surge una situación de «crisis» o cuando se requiere «afinar» las habilidades adquiridas. Los niños que reciben terapia cognitivo-conductual podrían requerir también sesiones de «apoyo» ocasionales para mantener la mejoría clínica. Y el componente de la práctica en vivo de ese entrenamiento debería considerarse como una estrategia vital para la/el facilitación/mantenimiento.

Los criterios por medio de los cuales juzgar el éxito del tratamiento es una parte fundamental a la hora de llevarlo a cabo. Cambios en la sintomatología del TDO tienen lugar frecuentemente como función del tratamiento, pero el grado y la importancia de la mejoría tienen que considerarse con reservas. Pocos profesionales y padres alegrarían que el aumento de la aceptación de las órdenes, la disminución de las conductas de desafío, la mejor expresión verbal y la disminución de los problemas en la escuela, representen cambios terapéuticos significativos para los niños. Sin embargo, se debe plantear la cuestión de si estos y otros beneficios colocarán al niño dentro de los límites normales cuando se compara con los iguales del mismo sexo y la misma edad. Al final, el conseguir un funcionamiento normal podría ser el punto de referencia definitivo con respecto al cual juzgar los resultados del tratamiento.

Un punto final de discusión es la persuasiva recomendación planteada por McNeil (1996) que pedía un aumento de la comunicación entre los terapeutas conductuales infantiles y los profesionales que trabajan en el «campo de la psicología clínica infantil»

(Peterson y Bell-Dolan, 1995). Dicha autora comenta que el primer grupo enfatiza el cambio de comportamiento en los niños que tienen discapacidades en el desarrollo, un diseño de investigación ideográfico, la evaluación funcional y el análisis detallado de los procedimientos de tratamiento. Por el contrario, la psicología clínica infantil más tradicional trata con niños que tienen un desarrollo normal, con diseños de investigación que comparan grupos, con la evaluación que se remite a normas estandarizadas y con programas de tratamiento «empaquetados». A pesar de estas aparentes diferencias, es posible y necesaria una colaboración entre dichas disciplinas, ya que ambas han contribuido de forma significativa a la comprensión de los trastornos del comportamiento infantil. La opinión del autor es que el tratamiento conductual y cognitivo-conductual de los niños con un TDO constituyen disciplinas que han convergido de forma admirable y con una continua colaboración, lo que redundará en más contribuciones al campo de la psicología clínica infantil.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1986): *Manual for the Teacher report Form and the Child Behavior Profile*. Burlington, VT: Thomas Achenbach.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Autor.
- Barkley, R. A. (1987): *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. Nueva York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1997): *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training* (2.ª edición). Nueva York: Guilford.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S. y Smallish, L. (1990): The adolescent outcome of hyperactive children diagnoses by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Camp, B. W. y Bash, M. S. (1981): *Think aloud: Increasing social and cognitive skills: A problem solving program for children*. Champaign, IL: Research Press.
- Capage, L. C., Foote, R., McNeil, C. B. y Eyberg, S. M. (1998): Parent-child interaction therapy: An effective treatment for young children with conduct problems. *The Behavior Therapist*, 21, 137-138.
- Connell, S. C., Sanders, M. R. y Markie-Dadds, C. (1997): Self-directed behavioral family intervention for parents of oppositional children in rural and remote areas. *Behavior Modification*, 21, 379-408.
- Conners, C. K. (1990): *The Conners Rating Scales*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Eisenstadt, T. H., Eyberg, S. M., McNeil, C. B., Newcomb, K. y Funderburk, B. (1993): Parent child interaction therapy with behavior problem children: Relative effectiveness of two stages and overall treatment outcome. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 42-51.
- Eyberg, S. M. (1980). Eyberg Child Behavior Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9, 22-28.
- Eyberg, S. M., Boggs, S. R. y Algina, J. (1995): New developments in psychosocial, pharmacological, and combined treatments of conduct disorders in aggressive children. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 83-91.
- Farrington, D. P. (1995): The twelfth Jack Tizard memorial lecture. The development of offending and antisocial behavior from childhood: Key findings from the Cambridge study in delinquent development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 929-964.
- Finch, A. J., Nelson, W. M. y Ott, E. S. (1993): *Cognitive behavioral procedures with children and adolescents: A practical guide*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Funderburk, B. W., Eyberg, S. M., Newcomb, K., McNeil, C. B., Hembree-Kigin, T. y Capage, L. (1998): Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Maintenance of treatment effects in the school setting. *Child & Family Behavior Therapy*, 20, 17-38.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. y Hanson, K. (1992): Family risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 49-55.
- Hinshaw, S. P. y Anderson, C. A. (1996): Conduct and oppositional defiant disorders. En E. J. Mash y R. A. Barkley (dirs.), *Child psychopathology* (pp. 113-152). Nueva York: Guilford.

- Iwata, B. A., Vollmer, T. R. y Zarcone, J. (1990): The experimental (functional) analysis of behavior disorders: methodology, applications, and limitations. En A. C. Repp y N. N. Singh (dirs.), *Perspectives on the use of nonaversive and aversive interventions for persons with developmental disabilities* (pp. 302-330). Sycamore, IL: Sycamore Press.
- Jensen, P. S., Watanabe, H. K., Richters, J. E., Cortes, R., Roper, M. y Liu, S. (1995): Prevalence of mental disorder in military children and adolescents: Findings from a two-stage community survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1514-1524.
- Kazdin, A. E. (1983): Psychiatric diagnosis, dimensions of dysfunction, and child behavior therapy. *Behavior Therapy*, 14, 73-99.
- Kazdin, A. E. (1996): *Conduct disorders in childhood and adolescence* (2.ª edición). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kazdin, A. E., Ayers, W. A., Stoddard, L. S. y Bullerick, S. K. (1990): Problem solving skills therapy for conduct problem children. Taller presentado en la reunión anual de la American Psychological Association, Boston, MA.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C. y Bass, D. (1992): Cognitive problem solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.
- Keenan, K. y Shaw, D. S. (1994): The development of aggression in toddlers: A study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 53-77.
- Lahey, B. B. y Loeber, R. (1994): Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder. En D. K. Routh (dir.), *Disruptive behavior disorders in childhood* (pp. 139-180). Nueva York: Plenum.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Quay, H. C., Frick, P. J. y Grimm, J. (1992): Oppositional defiant and conduct disorders: Issues to be resolved for DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 539-546.
- Luiselli, J. K. (1991): Assessment-derived treatment of children's disruptive behavior disorders. *Behavior Modification*, 15, 294-309.
- Luiselli, J. K. y Cameron, M. J. (1998) (dirs.): *Antecedent control: Innovative approaches to behavioral support*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Lutzker, J. R. (1994): Referee's evaluation of Assessment of a new procedure to Prevent Time-out Escape in Preschoolers. *Child & Family Behavior Therapy*, 16, 33-35.
- Lynskey, M. T. y Fergusson, D. M. (1994): Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 281-302.
- McNeil, C. B. (1996): Aversive-nonaversive issue: Tip of the iceberg. *Child & Family Behavior Therapy*, 18, 17-23.
- McNeil, C. B., Clemens-Mowrer, L., Gurwitch, R. H. y Funderburk, B. W. (1994): Authors' response to Lutzker's evaluation. *Child & Family Behavior Therapy*, 16, 37-46.
- Newcomb, K., Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Eisenstadt, T. H. y McNeil, C. B. (1990): Parent-child interaction therapy: Maintenance of treatment gains at 8 months and 1 and 1/2 years. Comunicación presentada en la reunión anual de la American Psychological Association, San Francisco, CA.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishion, T. J. (1992): *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Greenslade, K. E. y Milich, R. (1992): Teacher ratings of DSM-III symptoms for the disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 210-218.
- Peterson, L. y Bell-Dolan, D. (1995): Treatment outcome research in child psychology: Realistic coping with the «Ten Commandments of Methodology». *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 149-162.
- Powers, M. D. (1984): Syndromal diagnosis and the behavioral assessment of childhood disorders. *Child & Family Behavior Therapy*, 6, 1-15.
- Prior, M. (1992): Childhood temperament. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 249-279.
- Reimers, T. M., Wacker, D. P., Cooper, L. J., Sasso, G. M., Berg, W. K. y Steege, M. W. (1993): Assessing the functional properties of noncompliant behavior in an outpatient setting. *Child & Family Behavior Therapy*, 15, 1-15.
- Sanders, M. R. (1992): *Every parent: A positive guide to children's behavior*. Sydney, Australia: Addison-Wesley.
- Sanders, M. R. y Markie-Dadds, C. (1996): Triple P: A multilevel family intervention program for children

- with disruptive behavior disorders. En P. Cotton y H. Jackson (dirs.), *Early intervention and preventive mental health applications of clinical psychology*. Melbourne, Australia: Australian Psychological Society.
- Sanders, M. R., Lynch, M. E. y Markie-Dadds, C. (1994): *Everyparent's workbook: A practical guide to positive parenting*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Shure, M. B. (1992): *I can problem solve (ICPS): An interpersonal cognitive problem solving program*. Champaign, IL: Research Press.
- Snyder, J. y Patterson, G. R. (1995): Individual differences in social aggression: A test of the reinforcement model of socialization in the natural environment. *Behavior Therapy*, 26, 371-391.
- Tschann, J. M., Kaiser, P., Chesney, M. A., Alkon, A. y Boyce, W. T. (1996): Resilience and vulnerability among preschool children: Family functioning, temperament, and behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 184-191.
- Wahler, R. G. y Dumas, J. E. (1986): Maintenance factors in coercive mother-child interactions: The compliance and predictability hypotheses. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19, 13-22.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Barkley, R. A. (1990): *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Dumas, J. E. y Wahler, R. G. (1985): Indiscriminate mothering as a contextual factor in aggressive-oppositional child behavior: «Damned if you do and damned if you don't». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 1-17.
- Fletcher, K., Fischer, M., Barkley, R. A. y Smallish, L. (1996): Sequential analysis of mother-adolescent interactions of ADHD, ADHD/ODD, and normal teenagers during neutral and conflict discussions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 271-297.
- Forehan, R. L. y McMahon, R. J. (1981): *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. Nueva York: Guilford Press.
- Frick, P. J., Van Horn, Y., Lahey, B. B., Christ, M. A., Loeber, R., Hart, E. A., Tannenbaum, L. y Hanson, K. (1993): Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review*, 13, 319-340.

Comportamiento agresivo y terapia cognitivo-comportamental en la infancia

3

MIGUEL D. FARIZ¹

CARLOS D. MÍAS¹

CYNTHIA BORGES DE MOURA²

1. INTRODUCCIÓN

La adquisición y el desarrollo de conductas agresivas en la infancia es fuente de preocupación creciente en el medio familiar, en el escolar y en el social. Desde distintas disciplinas se ensayan explicaciones diversas que parten de numerosos interrogantes: ¿Cuándo una conducta es agresiva? ¿Es la agresión algo innato o adquirido? ¿Es una forma de adaptación a un medio hostil o la expresión de frustraciones tempranas? ¿Es primaria o secundaria a otros trastornos de conducta? ¿Es algo propio de la especie o de un cerebro disfuncional? ¿Es propio del individuo o de la sociedad?

El problema de la agresión ha sido investigado por diferentes autores en las últimas décadas y desde distintos enfoques. Se ha tratado de demostrar desde diversas teorías las causas por las cuales una persona es agresiva. De la revisión bibliográfica no resulta fácil encontrar una definición única del término. Por ejemplo, en 1939, Dollar, Dobb, Miller, Mowrer y Sears definen la agresión como cualquier secuencia de conducta cuyo objetivo sea dañar a la persona a la que va dirigida. Buss (1971), por su parte, define la agresión como una respuesta que provoca una estimulación nociva a otro organismo. Según Edmunds y Kendrick (1980) la agresividad instrumental sería la disposición a emplear estímulos nocivos como un medio de adquirir refuerzos

extrínsecos y se diferencia de la hostilidad cuando se intenta producir un daño en el otro en búsqueda de refuerzos intrínsecos (agresión reforzada por el daño realizado a otro). La violencia, según Lolas (1991), sería la manifestación o ejercicio inadecuado de la fuerza o el poder, ya sea por la extemporaneidad o por la desmesura, no existiendo intencionalidad por parte del agente o del paciente de la acción.

Es también frecuente el empleo del término en referencia a distintas caracterizaciones conductuales (gritos, golpes, amenazas, daños, ataques, invasión, humillación, etc.). En otros casos, se confunde con la hostilidad y la violencia. Ello demuestra que no es un concepto unívoco y que tiene distintas connotaciones (psicológicas, sociales, jurídicas, morales, etc.).

A modo de síntesis, encontramos que el concepto de agresión comprende un abanico de expresiones conductuales de intensidad variable, incluyendo componentes verbales y no verbales, físicos y psicológicos, con el fin de conseguir distintos propósitos en el curso de cualquier transacción social. Un elemento importante es la intencionalidad en el daño producido, ya que puede haber daño a un tercero sin ser agresión. Existe también la posibilidad de que exista una conducta agresiva en defensa ante otra agresión (la mejor defensa es el ataque). En el presente capítulo trataremos de detenernos en primer lugar en distintas explicaciones teóricas relativas al concepto de agresión, para remarcar luego el carácter multidimensional de la agresividad. Finalmente, nos

¹ Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).

² Universidad Estatal de Londrina (Brasil).

referiremos a cuestiones relativas a la evaluación clínica y a la intervención conductual de lo que consideramos como agresión instrumental en la infancia.

2. DISTINTAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS

Existen distintas perspectivas teóricas acerca de la agresividad. No es objeto del presente capítulo revisarlas en detalle, por lo que sólo mencionaremos algunas de ellas en forma sintética (véase figura 3.1, tomada de Lamberth, 1989).

Hay teorías provenientes de la *etología* que postulan la agresión como un instinto común a las distintas especies y derivado de la defensa de la territorialidad y la supervivencia (Lorenz, 1976). No obstante, los animales tienen desarrollada de forma

innata la inhibición que impide que maten a miembros de su propia especie (con excepciones); en el hombre, en cambio, mientras el impulso innato a agredir está desarrollado, no ocurre lo mismo con el sistema de inhibición que impide que mate a miembros de su misma especie. Por tal motivo, otros autores consideran que resulta dificultoso aplicar la teoría planteada por Lorenz cuando se traslada la violencia de los animales al hombre (Lion, 1997)

Por otro lado, desde una *perspectiva biológica* se aportan numerosas pruebas indicadoras de un sustrato nervioso para ciertas formas de agresión. Existen bases anatómicas y funcionales para la agresión que involucran estructuras del sistema límbico, corteza temporal y prefrontal (de predominio derecho), entre otras. Se han observado también reacciones de ira y agresión, consecuencia de la función hipotalámica y del sistema endocrino. El eje

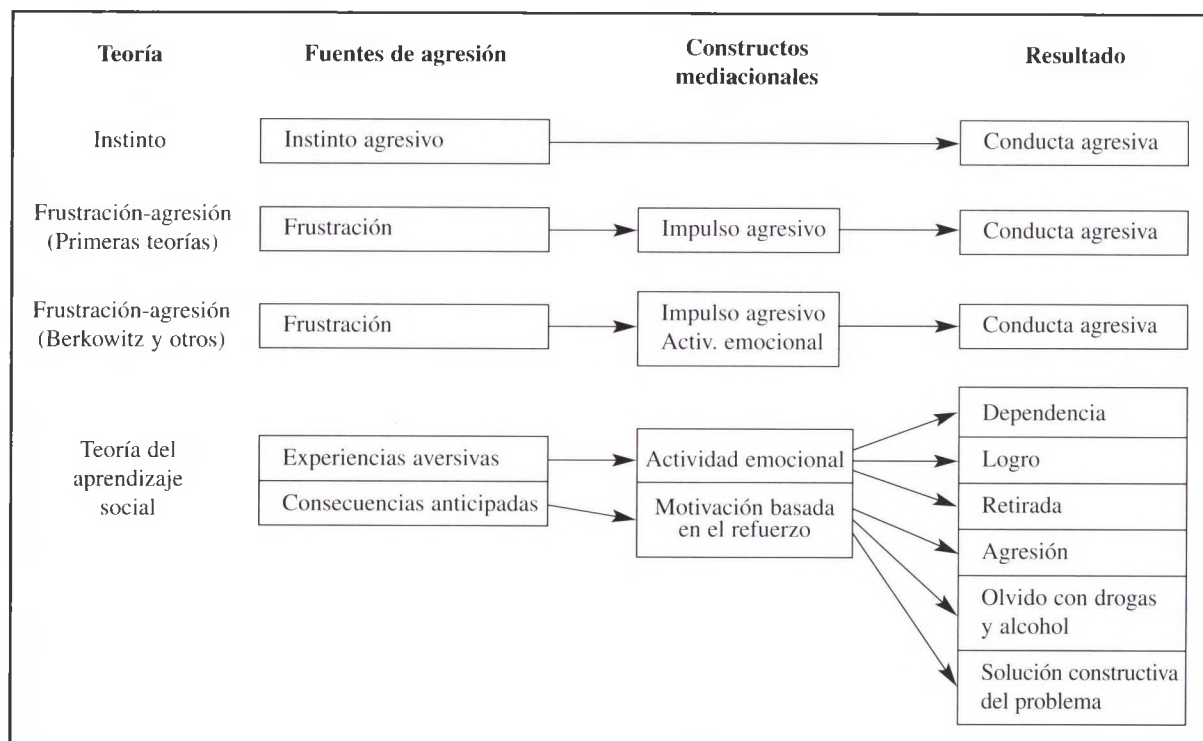


Figura 3.1.—Representación esquemática de varias teorías de la agresión.

hipotálamo-hipofisiario y adrenocortical parece tener una influencia bastante directa sobre la agresión en general. Trastornos neuroquímicos han demostrado también su mediación en el comportamiento agresivo, tales como el incremento de adrenalina y la disminución de serotonina.

Otros modelos se basan en el importante papel que tiene la *frustración* en la generación de la agresión. Se observa que la agresión es más frecuente en personas que han crecido bajo condiciones negativas, de constante frustración. Cuando no se logran satisfacer distintas y reiteradas necesidades y no se vislumbran perspectivas de solución, la búsqueda de satisfacción cedería a la expresión agresiva. Sin embargo, la frustración no es una condición suficiente ni necesaria para la agresión, pero sí claramente facilitadora (Rapaport, 1992).

2.1. La perspectiva del aprendizaje

Desde la perspectiva del aprendizaje se proponen diversos modelos. Para Skinner (1986), el niño viene al mundo con características genéticas propias de la especie humana y adquiere conductas bajo las contingencias del refuerzo. Para esta orientación teórica, la influencia del medio ambiente es un factor determinante en la adquisición y mantenimiento de comportamientos, ya sean considerados socialmente adecuados o inadecuados. El aprendizaje de tales patrones comportamentales tiene lugar en función de un contexto específico, que refuerza determinadas conductas y no otras. Así, la agresión, como patrón comportamental puede tener un valor adaptativo para un determinado contexto, aunque no siempre sea considerado adecuado o apropiado como respuesta a este mismo contexto.

Por otro lado, los modelos cognitivos en el campo del aprendizaje consideran que un sujeto responde a los estímulos ambientales también en función de los significados que atribuye a los acontecimientos antecedentes y consecuentes de sus comportamientos. Se deduce, de este modo, que la conducta agresiva no solamente se verá influida por el medio ambiente, sino también por cómo es percibido el entorno y la conducta por el propio niño. Así, para

Kazdin (2000), desde la perspectiva del procesamiento de información el aspecto fundamental se encuentra en la evaluación que el niño hace de la situación, la anticipación de la reacción de los demás y las autocríticas en respuesta a sucesos concretos. Para otros autores, la conducta aprendida por un niño es modelada, controlada y regida por valores y pautas culturales específicas de una sociedad determinada. Las diferencias individuales entre las personas en lo que se refiere a comportamientos se adquieren en la primera infancia, es decir, que lo vivido en la primera etapa de la vida tendrá sus consecuencias directas en la vida adulta (Ardila, 1988; Chavira et al., 2000). Los niños pueden adquirir valores y actitudes al igual que conductas nocivas para su desarrollo (Ardila, 1988; Crijnen, Achenbach y Verhulst, 1999). Otra perspectiva es la del modelo de la deficiencia conductual. Se centra en las habilidades sociales no desarrolladas como consecuencia de historias de refuerzo y de enseñanza inadecuadas. Se alude a un ambiente poco estimulante, que no ha proporcionado las oportunidades, los modelos ni las contingencias de refuerzo suficientes para una conducta socialmente apropiada y eficaz.

Un enfoque de gran desarrollo en la adquisición de la conducta agresiva y su posterior incidencia en la estructura personal del niño es la teoría cognitivo-social de Bandura (1987), que explica el funcionamiento humano como un modelo de reciprocidad triádica en el que la conducta, las cogniciones y los acontecimientos ambientales actúan entre sí como determinantes interactivos. La conducta agresiva en el niño se adquiere por medio del aprendizaje observacional siguiendo un proceso de modelado. Es decir, que lo observado de padres, docentes, compañeros y amigos son modelos significativos que permiten al niño identificarse con estos tipos de conductas. De este modo, un niño que ha sido reiteradamente castigado puede llegar a suprimir la conducta inapropiada, aunque podría volverse agresivo. Es posible que aprenda a imitar la conducta agresiva de los padres en un intento de controlar las acciones de las otras personas.

En un experimento clásico de Bandura y sus colaboradores se registró y comparó el nivel de agresión imitativa (agredir a un muñeco) y agresión no

imitativa (conducta no realizada por el modelo). Se comprobó luego que todos los niños mostraban formas no imitativas de agresión cuando se sentían frustrados, pero solamente los niños que habían observado al modelo mostraban los patrones imitativos de agresión (Klein, 1994). Entre las conductas agresivas imitadas (y mostradas previamente por el modelo) se incluía golpear, empujar, dar patadas y arrojar objetos. Por tanto, vemos que se puede aprender a expresar un comportamiento agresivo simplemente observando a otras personas que lo exhiben. La posterior puesta en práctica le permite al niño medir la eficacia de dicha conducta con el fin de controlar las acciones de los demás. La autoeficacia percibida comporta una capacidad en la que es necesario integrar subcompetencias cognitivas, sociales y conductuales en cursos de acción a fin de conseguir distintos propósitos (Bandura, 1987). Muchas de las conductas son generalizadas a diferentes situaciones, pero la autoeficacia de la conducta agresiva en los diferentes ambientes depende del refuerzo negativo o positivo que reciba en forma contingente. Bandura, en referencia a la determinación de la conducta agresiva, cita a Berkowitz (1973), que plantea que los factores que provocan agresión son eficaces cuando concurren con otros inductores de agresión, como los accesos de cólera, la influencia de modelos agresivos y las justificaciones que desinhiben la conducta de atacar.

En síntesis, los niños que son castigados físicamente de forma importante pueden aprender, por modelado, a comportarse de la misma manera, comprobando luego la eficacia de la conducta en el control de los demás. Dos pruebas apoyan este punto de vista según Klein (1994). Primero, la investigación experimental demuestra que los niños que son castigados utilizan el mismo método de castigo cuando intentan controlar las acciones de otros niños. En segundo lugar, los estudios correlacionales han observado una fuerte relación entre el uso del castigo por parte de los padres y el nivel de conducta agresiva de sus hijos. Esto sugiere, además, que los padres pueden haber sido, a su vez, castigados en la infancia, conservando el patrón de conducta en la edad adulta al castigar ahora a sus propios hijos.

3. LA AGRESIÓN INSTRUMENTAL

Dada la amplitud semántica y de perspectivas con que se emplea el término y considerando los objetivos del presente capítulo, es importante caracterizar la agresión a la cual nos referiremos en adelante con el fin de reconocer algunas estrategias y técnicas cognitivas y conductuales en su intervención. En primer lugar, la conducta agresiva es propia de los seres vivos y permite reconocer distintos niveles de análisis que le otorgan una configuración multidimensional y compleja. Puede presentarse también en distintos niveles de la conducta, sean explícitos o implícitos, como los siguientes: 1) *Motor*: Movimientos más o menos organizados de ataque y huida; 2) *Emocional*: sentimientos de rabia, odio, cólera, gesticulación grosera, etc.; 3) *Somático*: expresiones viscerales de distinta índole que indican activación autónoma; 4) *Cognitivo*: creencias de logro sin importar los medios, fantasías e imágenes destructivas, planes de acción que fomentan la manipulación o la molestia a terceros, y 5) *Verbal*: empleo de la semántica y el sentido de las palabras con el fin de controlar a los demás.

En segundo lugar, se trata de expresiones conductuales no necesariamente intencionales que pueden convertirse en un estilo de actuación (patrón de conducta relativamente estable) frente a la transacción social. Por tanto, se trata de conductas muy influidas por el contexto y el ambiente, en donde las consecuencias contingentes han sido altamente reforzantes.

En tercer lugar, nos referimos a la «agresión instrumental» (funcional) como aquella que despliega una serie de conductas verbales y no verbales, tales como gritar, amenazar, iniciar peleas, dañar, romper, emplear lenguaje y gestos groseros, etc., teniendo lugar en un medio socioafectivo al cual se intenta controlar, pero que posee consecuencias recíprocas de refuerzo. Con frecuencia se trata de expresiones de carácter puntual y reactivo (contextualizadas), aunque también pueden ser, como ya dijimos, producto de un estilo de actuación operante (por generalización y estabilización de los aprendizajes). Cuando este estilo se manifiesta de forma continua en los años de vida del joven, podría considerarse la presencia de una personalidad antisocial.

cial como trastorno principal. Igualmente, la adquisición temprana de un estilo de actuación agresivo puede ser causa en el futuro de otros trastornos más específicos, como el fracaso escolar, la conducta antisocial, el abuso de sustancias psicoactivas y la delincuencia durante la adolescencia (Crick, 1996).

4. LA MULTIDIMENSIONALIDAD DEL COMPORTAMIENTO AGRESIVO

La naturaleza multidimensional de la conducta agresiva exige la investigación y el conocimiento de distintos factores intervinientes con el fin de su encuadre diagnóstico. Esto es importante, dado que la agresividad, con frecuencia, se asocia a distintos trastornos de base (déficit de atención con hiperactividad, síndromes de desinhibición neurocomportamental, trastornos en el control de impulsos, trastorno negativista desafiante, trastornos del aprendizaje y de la adaptación, entre otros) que exigen su reconocimiento. Por otro lado, será de gran importancia reconocer aquellas modalidades vinculares familiares conflictivas, así como la presencia de padres que castigan en forma reiterada a sus hijos. A este respecto, Klein (1994) observa que la literatura muestra que la mayoría de los padres emplean el castigo para controlar las acciones de sus hijos. Esto se debe a que el empleo del castigo es altamente reforzante para los padres, ya que modifica en forma inmediata la conducta del niño. Claro que no garantiza un cambio a largo plazo y trae aparejados efectos emocionales totalmente indeseados que pueden perdurar toda la vida. Los efectos supresores del castigo pueden generalizarse también a otras conductas no merecedoras de castigo. Por ejemplo, el castigo por gritar puede llevar a no hablar; el castigo por pelear con el hermano puede llevar a no querer jugar con él. Por otro lado, puede ocurrir que no se identifique la relación contingente entre el castigo y la conducta indeseada, por lo que es posible la adquisición de un grado de indefensión que sea fuente generadora, en un futuro, de depresión y ansiedad.

No puede ignorarse tampoco a la escuela y a los grupos de iguales por su influencia a través del modelado social y facilitador de la conducta agresiva. Los

docentes con frecuencia emplean castigos negativos para modificar la conducta perturbadora de los niños. La eficacia inmediata e inicial de este tipo de castigos hace que se vean altamente reforzados para continuar con su empleo. Cuando el control del niño en el aula se torna muy dificultoso, es posible trasladar el problema a las autoridades de la escuela, quienes intentan, con frecuencia, el empleo de estímulos aversivos para la modificación de la conducta. De esta manera, un niño que ya muestra una conducta agresiva en la familia percibe una continuidad de castigos en la escuela que puede terminar por exacerbarla.

Especial atención merece el análisis del vínculo de los niños con el mundo de los objetos y de lo virtual, como, por ejemplo, con los monitores o pantallas de televisión que proyectan desde videojuegos tensionantes y altamente agresivos hasta programas infantiles en donde la burla, los golpes, los gritos y el comportamiento de romper son moneda corriente. Por si esto fuera poco, ocurre con cierta frecuencia en el marco de escenas inconexas entre sí, sin coherencia lógica y sin un comienzo y final claro en cada capítulo, lo que hace imposible a los niños llegar a una comprensión del significado o mensaje del dibujo animado en competencia con escenas aisladas de agresión típicas. Es necesario considerar también que diversas fuentes de estrés pueden ser generadoras de estados emocionales y cognitivos que predisponen a la expresión de una conducta agresiva. A este respecto, la principal fuente de estresores en la infancia proviene del contexto familiar y escolar e incluye entre otros (Madres, 1987):

- Pérdida de algún padre (por fallecimiento o divorcio).
- Peleas entre los padres.
- El nacimiento de un hermano.
- Perderse, ser dejado solo o abandonado.
- Ser molestado por otros niños.
- Ser el último en lograr algo.
- Ser ridiculizado en clase.
- Mudarse de casa o colegio.
- Ir al dentista o al hospital.
- Romper o perder cosas.
- Ser diferente (en algún aspecto).
- Hacer algo ante un público.

Por los motivos expuestos, con el fin de conocer el encuadre diagnóstico y la orientación terapéutica, la conducta agresiva merece considerarse desde una perspectiva multidimensional y multifactorial (Schwartz y Proctor, 2000; Mias, 2000). No se trata de establecer explicaciones monocausales, sino de valorar el efecto de distintas variables en el desarrollo de la conducta infantil. En todos los casos, el niño se desarrolla en un sistema social y ecológico en donde no faltan experiencias observadas o experimentadas por él mismo en torno a la expresión de cierto grado de agresividad instrumental, en la cual no es necesaria la existencia de un estado de frustración previa. Según Bandura (1987), la exposición a modelos agresivos establece una relación directa que determina la conducta agresiva en el niño y plantea que analizando el determinismo desde el punto de vista de la reciprocidad triádica de la influencia se puede llegar a comprender cómo los individuos son influenciados por el contexto y, a su vez, ejercen su influencia sobre él. Será necesario, entonces, para la agresión instrumental a la que nos referimos, el aprendizaje y el refuerzo recíproco jugando un papel crítico en su mantenimiento y desarrollo, en virtud de las transacciones con el medio ambiente. A este respecto, será importante guiarse por un modelo de análisis multifactorial de la conducta en el momento de realizar una lectura clínica que encuadre el comportamiento referido.

4.1. Integración multifactorial

Siguiendo el planteamiento de integración dinámica de la multifactorialidad de la conducta, propuesto por Mias (1997, 2000), y considerando el concepto del comportamiento como fenómeno *biopsicosocial*, vemos los principales factores que exigen su análisis y estudio, según el esquema de la figura 3.2.

1. El cerebro

Se ha comentado que factores biológicos pueden ser fuente de agresión. Sin embargo, la sospecha de factores primarios en el sustrato cerebral no debe

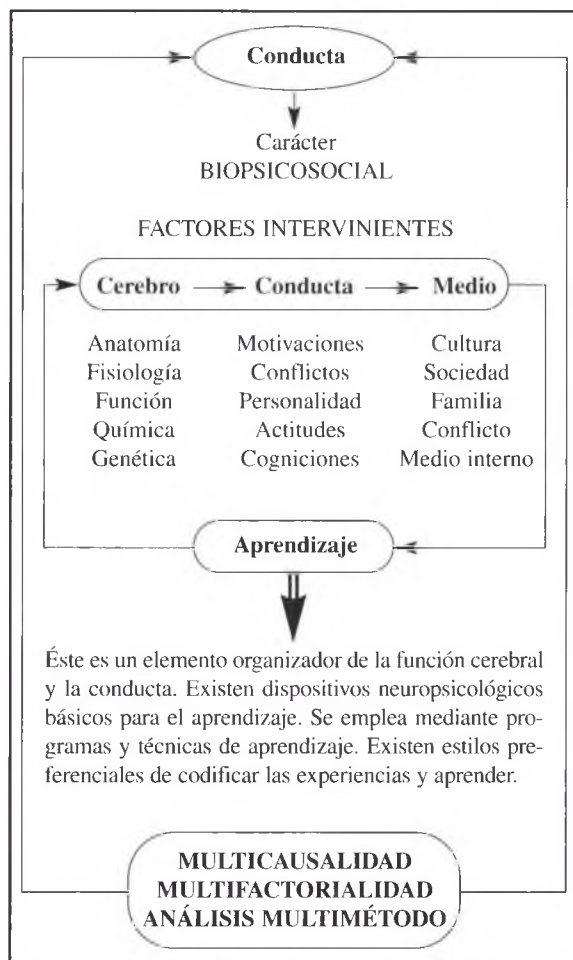


Figura 3.2.—Ilustración multifactorial de la conducta.

hacernos olvidar que el aprendizaje modela igualmente la función cerebral facilitando la expresión de conductas adquiridas de distinto modo. Ello supone que, a medida que el problema se hace crónico, se estabilizan los engramas neurales que sostienen un modo de actuación en este caso perturbador.

2. La conducta

La conducta, como expresión de la actividad cerebral, exige no sólo su descripción y evaluación, sino el conocimiento de sus motivaciones y el com-

plejo psicológico que le da individualidad y pertenencia. Por tal motivo, será necesario averiguar, por medio de la evaluación conductual, cómo distintas variables influyen sobre el comportamiento, considerando que a partir de la propia experiencia el niño en desarrollo adquiere motivaciones y actitudes que, a su vez, generan cogniciones (ideas, fantasías, valores, imágenes, etc.) que configuran un modo particular de conocer y percibir el mundo. Igualmente, las *emociones* influyen en la conducta y son, a su vez, influidas o modeladas por las cogniciones. La transformación de las emociones (sensaciones físicas de agrado o desagrado con cambios fisiológicos) en afectos (placer, tristeza, miedo, ansiedad, etc.) dependerá de la interpretación de la situación y no de la situación en sí misma (Cottraux, 1991).

3. El medio

Se acepta la importancia del ambiente y el contexto sobre la conducta, dado que no hay comportamiento que no se desarrolle en un medio y no esté bajo los efectos de eventos reforzantes. El medio ambiente admite distintos niveles de análisis, siendo la familia y el contexto los de mayor relevancia para el niño. Será fundamental el análisis del medio y su interacción recíproca con la estructura cognitivo-afectiva del niño, debido a que su conducta en gran medida ocurre, se desarrolla y se modifica en función de condiciones ambientales: el sujeto está *sujeto* a un ambiente (Pérez, 1991). Además, difícilmente las personas (niños y padres) serán capaces de desplegar un comportamiento (o mantenerlo) si en el ambiente no se generan las condiciones que lo hagan posible.

4. El aprendizaje

Se comprende que el *cerebro* posibilita la expresión de la *conducta* y ésta tiene un efecto sobre el medio ambiente en el que opera (e interactúa). Ello posibilita un *aprendizaje* que, a su vez, genera cambios en la actividad cerebral (Kandel y Schwartz, 1982; Bailey y Kandel, 1986; Neistadt, 1994; Mendoza, 1993) y posibilita, por consiguiente, la *memoria* de una experiencia para el logro de una conducta nueva y de mayor complejidad (Mías, 2000).

En consecuencia, el aprendizaje será importante como instrumento reorganizador tanto de la conducta y el medio como de las funciones cerebrales superiores que la sostienen. En coincidencia con Azcoaga (1979), se entiende por aprendizaje al proceso que se traduce en una reorganización del comportamiento preexistente, que va elaborándose gradualmente en función de la estabilidad que adquieren las modificaciones del medio, creando las bases para procesos de aprendizaje más complejos.

Por su parte, Skinner (1985) sostiene que podemos definir el aprendizaje como un cambio en la probabilidad de respuesta, aunque debemos especificar también las *condiciones* en que se produce, para lo que debemos analizar algunas de las variables independientes de las que es función la probabilidad de la respuesta.

Señalamos, por último, que llevar a cabo programas de aprendizaje será la principal herramienta con que contaremos para el trabajo terapéutico, ya que toda intervención conductual se justifica en la medida en que las personas cambian su conducta (motivo de consulta). Finalmente, y en coincidencia con Swenson (1984), consideramos que el aprendizaje es el fenómeno más importante mediante el cual «logramos cambiar, crecer, adaptarnos y, si todo marcha bien, adquirir mayor competencia en el curso del tiempo».

5. LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y CONDUCTUAL

Cuando un niño es enviado a psicoterapia debido a las quejas formuladas por la familia o la escuela por su comportamiento agresivo, la evaluación inicial del problema es muy importante en la determinación de una línea de tratamiento. La evaluación parcial de la conducta agresiva en los niños puede resultar un escollo para llevar a cabo las técnicas de tratamiento adecuadas. Por ello, la información a obtener debe permitir delimitar la conducta problema dentro del comportamiento infantil global y diagnosticar la eventual patología asociada que presenta el niño y su familia y que necesita de intervención clínica (Barton, Alexander y Robins, 1998). Esta intervención puede organizarse siguiendo las

directrices abajo expuestas, con el fin de guiarnos en el proceso de puesta en práctica. La tabla 3.1 presenta las etapas del diagnóstico y la intervención y describe resumidamente las conductas generales del terapeuta en cada fase.

En el proceso de evaluación y diagnóstico del niño tenemos que tener en cuenta el grado de desarrollo, la edad y el contexto familiar donde se desenvuelven las variables psicológicas y las pautas de convivencia que tiene la familia. Se debe investigar también cómo per-

TABLA 3.1

Directrices referenciales del proceso clínico-terapéutico

1. Etapa preterapéutica	
1.1. <i>Identificación y operacionalización de problemas.</i>	Descripción operacional del patrón comportamental agresivo en términos de respuestas observables (lo que hace y cómo la hace).
a) Historia clínica	Obtener la historia del comportamiento agresivo: cómo surgió, cómo se mantiene, qué tipo de reforzadores intervienen, qué consecuencias provoca en las relaciones sociales y con el ambiente.
b) Análisis topográfico	Determinar las características de la respuesta agresiva descrita: frecuencia, intensidad, duración de los episodios de agresión (verbal y/o motora).
c) Análisis funcional	Identificar y conceptualizar las relaciones entre variables de control o de mantenimiento de los comportamientos-problema descritos (antecedentes y consecuencias).
d) Objetivos terapéuticos	Seleccionar metas para el tratamiento (metas generales y específicas, metas a corto, medio y largo plazo, con el niño y con la familia).
1.2. <i>Obtención de la línea base</i>	Evaluación del comportamiento por medio de medidas de autoinforme (cuestionarios, escalas, etc.) y de observación (en situación natural o controlada).
1.3. <i>Establecimiento del tratamiento</i>	Propuesta de una línea de intervención y selección de los procedimientos terapéuticos.
a) Evaluación de la motivación, las habilidades y los recursos disponibles	Evaluar la motivación de la familia y del niño para el cambio, sus habilidades y recursos personales que pueden ser utilizados en la terapia. Reconocer conductas alternativas a las problemáticas.
b) Selección de métodos	Escoger métodos sencillos que requieran menor esfuerzo y menor coste, con mayor probabilidad de eficacia, que se adapte al estilo de solución de problemas de la familia.
c) Contrato terapéutico.	Presentar a la familia una explicación de los problemas como resultado del aprendizaje, la solución de problemas como nuevo aprendizaje y una propuesta de tratamiento.
2. Etapa terapéutica	
a) Aplicación de programas terapéuticos.	Llevar a cabo la estrategia propuesta y observar sus efectos sobre la disminución de los comportamientos agresivos (aunque sea parcial).
b) Mantenimiento de registros de conductas.	Registrar las ocurrencias del comportamiento para la evaluación del programa y cambio en las estrategias (si fuese necesario).
c) Permanentes actividades intersesiones.	Programar con el niño y la familia tareas para casa, donde ambos necesiten ejercitar las habilidades aprendidas en las sesiones.

TABLA 3.1 (continuación)

3. Etapa final y seguimiento	
a) Evaluación de los resultados a lo largo y final del tratamiento.	Comparar las medidas de línea base con nuevas medidas del comportamiento-problema. Obtener también medidas de los comportamientos alternativos en curso.
b) Reportes de seguimiento y sesiones de refuerzo eventual.	Realizar una atenuación gradual de la atención al niño y a las personas que le acompañan para garantizar la generalización y el mantenimiento de los resultados.

ciben los padres la gravedad de la situación, si están utilizando la agresión como un patrón ocasional o frecuente de castigo y cuáles son sus expectativas de solución del problema. Las variables del contexto escolar también deben ser consideradas, se tiene que evaluar si la escuela está funcionando como factor de protección o de contribución al problema. Estos aspectos pueden contribuir a un análisis más amplio del comportamiento agresivo del niño, facilitando que el terapeuta perciba su funcionalidad y adaptabilidad

al contexto en el que ocurre, determinando así el tipo de conducta terapéutica que se ha de adoptar.

Para obtener los datos antes mencionados es necesario la combinación de técnicas de evaluación, como la entrevista clínica, técnicas de registro y de autorregistro, análisis funcional y topográfico de la conducta y contrato terapéutico, entre otras. Para la agresión instrumental también podemos guiarnos por las directrices propuestas por Gardner y Cole (1987) y reflejadas en la figura 3.3.

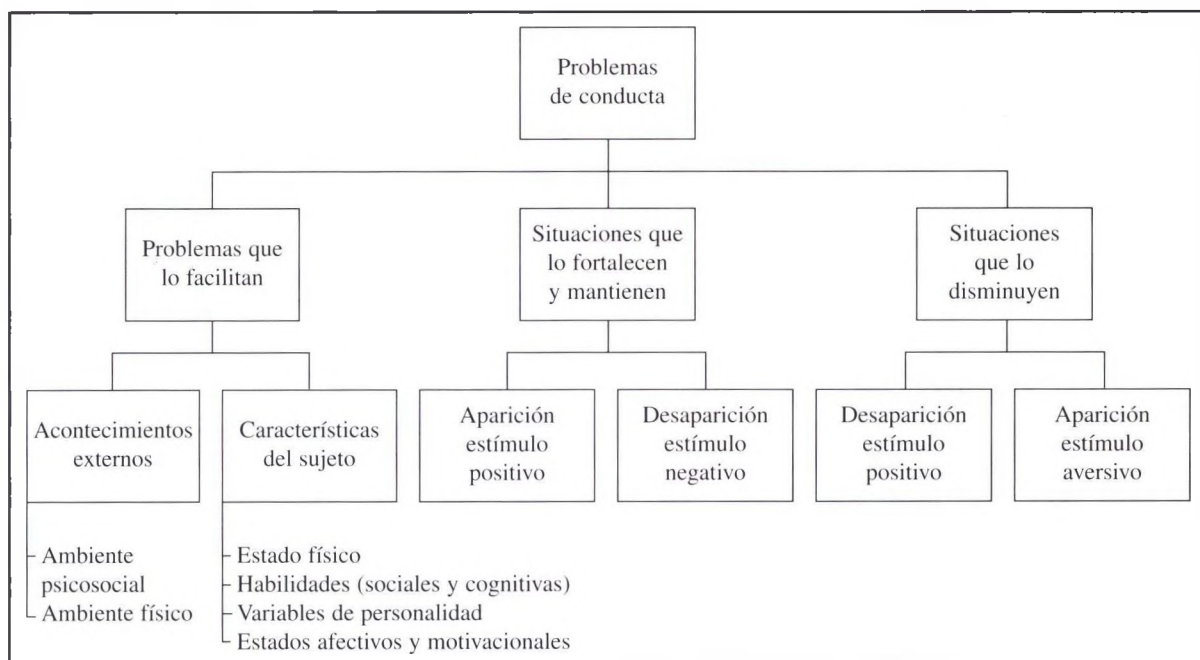


Figura 3.3.—Factores implicados en los problemas de conducta (tomado de Larroy y De la Puente, 1999, p. 50).

Hay que señalar que algunos niños pueden adquirir conductas agresivas porque su repertorio de conductas es deficitario en cuanto a las habilidades sociales para afrontar determinados problemas que podrían tener otra solución o que no tienen un autocontrol suficiente en situaciones que son estresantes para ellos. Por ello, también es importante, a veces, la evaluación de sus habilidades sociales. Algunos autores (por ejemplo, O'Leary y Dubey, 1979; Boren, Weir y Benegar, 1987; Moura, 1999) han mostrado que puede lograrse el manejo de la agresividad por medio del desarrollo de repertorios alternativos que permitan a los niños acceso a los mismos reforzadores sociales, aunque a través de conductas más valoradas socialmente, principalmente aquellas asociadas a la verbalización adecuada de las necesidades y a la espera de refuerzo posterior.

5.1. La entrevista con los padres

La entrevista con los padres resulta, en algunos casos, poco esclarecedora debido a que la información que aportan no es expresada en términos conductuales, sino más bien interpretativa (atribuciones causales de la conducta del niño). Otra posibilidad que ha de tenerse en cuenta es el ocultamiento, minimización o justificación de conductas agresivas propias, incluyendo un patrón de castigos específico. Puede ocurrir también que exista una franca discrepancia entre la percepción del padre y la de la madre respecto al comportamiento infantil.

En otras ocasiones los padres asisten a consulta con una etiqueta del tipo «mi hijo es un problema, no respeta, se pelea, no obedece...» sin asumir compromiso alguno. Kozloff (1980) sostiene que las etiquetas que se ponen a un niño nos dicen tan sólo aquello que nosotros habíamos observado ya con nuestros propios ojos. El problema del niño no es la etiqueta. Es su conducta. Hay que considerar también que el etiquetamiento por parte de los padres puede llegar a sesgar la orientación de evaluación que tiene el psicólogo. A este respecto, un estudio realizado por Keltikangas-Jaervinen (1990) revela que el estilo atribucional y una baja capacidad de autocontrol de la madre guardan relación con la con-

ducta agresiva. Con frecuencia, los padres acuden a consulta con la expectativa de que el psicólogo solucione los problemas planteados, debiendo esperar pasivamente los cambios deseados en el niño. Se suele escuchar «aquí le traigo a mi hijo para que usted lo trate». Muchas de estas ideas que traen los padres a consulta tienen que ser replanteadas o modificadas y, además, deben procurar ser activos en los cambios que correspondan para que la ayuda que todos necesitan tenga resultados positivos.

Estos ejemplos no agotan ni mucho menos el abanico de posibilidades con que los padres acuden a consulta. No obstante, realizar la entrevista con los padres y el niño por separado, inicialmente, puede permitir un conocimiento más detallado y amplio de las conductas de ambos, evitando eventuales manipulaciones o alianzas con el terapeuta. Además, la observación del niño por el terapeuta, de forma aislada de los padres, favorece el proceso terapéutico, ya que así el profesional tiene la oportunidad de desarrollar su propia percepción del niño, lejos de las etiquetas que le han colocado. Puede evaluar también con mayor claridad el repertorio del niño, tanto en términos de los problemas que presenta como de los recursos de cambio disponibles.

6. ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

Realizada la evaluación clínica para el conocimiento de diversos factores que merecen una consideración especial, se han debido tomar para este entonces decisiones respecto de la misma. Por ejemplo, eventuales interconsultas, la indicación de farmacoterapia, de terapia familiar, entrenamiento conductual de padres, instrucciones a los docentes, etc. Así, la utilización de farmacoterapia en el tratamiento de agresión junto con el abordaje psicológico ha demostrado ser beneficiosa cuando las conductas agresivas son de peligro para el niño o hacia el entorno que lo rodea (Pine y Cohen, 1999). Sin embargo, la medicación se debe utilizar como último recurso y de forma temporal, hasta que se alcance un control comportamental adecuado y el problema minimizado.

Respecto a las conductas agresivas asociadas a otros trastornos, o cuando la agresión instrumental

es la figura de la intervención actual, se plantean los siguientes objetivos:

1. *Con el niño:* Modificar el comportamiento agresivo por medio del aprendizaje de nuevos repertorios que sean incompatibles con la agresión, tales como conductas prosociales, habilidades de comunicación, autocontrol y expresión de sentimientos. El entrenamiento en habilidades de solución de problemas es también útil para que el niño aprenda nuevas formas de resolver adecuadamente situaciones generadoras de tensión y, posiblemente, desencadenantes de agresión.
2. *Con los padres:* Establecer pautas de convivencia, mejorar la modalidad vincular familiar y aprender el adecuado refuerzo que los padres deben seguir para producir los cambios esperados. En este punto es de vital importancia establecer el compromiso de los padres para la participación y continuidad en el proceso terapéutico, cuidando que el abandono no sea un elemento más que intensifique el problema de consulta, en especial cuando deben afrontar la propia conducta agresiva.

Como podemos ver el abordaje de este problema resulta complejo debido a que el tratamiento no sólo tiene que estar centrado en la conducta agresiva del niño (terapia infantil individual), sino también en cambiar el estilo de convivencia y refuerzos recíprocos que mantienen la agresividad (terapia familiar). La continuidad en la intervención terapéutica es importante, pero hay tener presente la posibilidad de que la adversidad familiar, problemas socioeconómicos y el estrés pueden influir en el abandono temprano del tratamiento (Kazdin, 1994).

6.1. Análisis funcional de la agresión instrumental

El análisis funcional permitirá identificar las variables antecedentes y consecuentes que controlan y mantienen la conducta agresiva, ya que la

relación entre la conducta y sus consecuencias y los patrones únicos que pueden provenir de determinada clase de relaciones exige una búsqueda cuidadosa de las consecuencias que mantienen la conducta no deseable, así como las conductas deseables que pueden ser reforzadas (Caballo, 1993). Aunque a estas alturas de la intervención el terapeuta ya llevó a cabo su análisis funcional del problema, puede utilizarlo nuevamente como estrategia de tratamiento. Si el niño puede describir sus comportamientos problemáticos e identificar las situaciones provocadoras y las consecuencias mantenedoras, estará en mejores condiciones de controlar el curso de su comportamiento, emitiendo otra respuesta frente a la misma condición-estímulo (Moura y Conte, 1997).

Podemos utilizar el autorregistro como una forma de enseñar al niño a llevar a cabo un análisis funcional de su propio comportamiento, ya que fomenta la autoobservación y aumenta la conciencia por parte del niño de lo que hace, cuándo, cómo, dónde y por qué. El anexo 3.1 presenta un modelo de la ficha de registro que se puede utilizar semanalmente con el niño. Esta ficha solicita informaciones sobre:

1. Qué tipo de conducta agresiva presenta el niño: verbal/física.
2. Qué conductas agresivas recibe el niño.
3. Historia y evolución de la agresividad y probables reforzadores.
4. Observación y registro de la conducta (frecuencia e intensidad).
5. Análisis de las variables antecedentes y consecuentes.
6. Qué le gusta y qué evita (reforzadores generales).
7. Registro de conductas alternativas e incompatibles.
8. Manifestaciones somáticas de la agresión.
9. Ensayo de estrategias tendentes a su reducción.

Paralelamente al trabajo con la autoobservación, el terapeuta puede moldear conductas alternativas al comportamiento agresivo dentro de las sesiones y

fomentar su generalización en otros contextos. Aunque se puedan utilizar y combinar otras estrategias terapéuticas en un plan de trabajo con la familia y el niño, el moldeamiento de repertorios alternativos que compitan con la agresión se ha mostrado más eficaz, ya que trabaja con la construcción y fortalecimiento de un nuevo repertorio y no solamente con la debilitación de la conducta inapropiada. Seguidamente describimos una relación de técnicas que pueden ser utilizadas dependiendo del caso y de los objetivos planteados por el tratamiento.

a) Con el niño

- *Moldeamiento de la conducta.* Este procedimiento se emplea para iniciar una conducta que no estaba en el repertorio individual. El repertorio alternativo se enseña paso a paso y las aproximaciones sucesivas a la respuesta final son reforzadas hasta que se establezca el repertorio deseado. El comportamiento agresivo tiende a disminuir sin intervención directa, ya que se ha construido un nuevo repertorio más adecuado y funcional en sustitución del patrón no deseado, que ya no tiene ninguna funcionalidad en el ambiente del niño.
- *Economía de fichas.* Es un sistema de refuerzos que permite estipular el valor de una conducta en términos de reforzadores arbitrarios que serán intercambiados por otros específicos. Es muy útil su empleo para el desarrollo de conductas alternativas de colaboración en actividades de la vida diaria. No obstante, debe usarse con cautela y como procedimiento temporal de la terapia, hasta que los reforzadores naturales del ambiente del niño asuman mayor control sobre el comportamiento esperado.
- *Coste de respuesta.* Por medio de este procedimiento se retiran reforzadores positivos en forma contingente a la conducta problema, previo acuerdo entre las partes. Este procedimiento se debe utilizar paralelamente a la construcción de un repertorio alternativo, ya que se dirige a debilitar la respuesta-problema a través de la retirada de reforzadores,

pudiendo generar respuestas emocionales intensas en el niño y producir el efecto contrario en relación al control y a la disminución de la agresión.

- *Tiempo fuera.* Por medio de esta técnica se retira al niño de situaciones de refuerzo (especialmente aquellas que dan pertenencia a un lugar o grupo) durante un tiempo (5 o 10 minutos), contingente con algún comportamiento agresivo de difícil control. De la misma forma que en el coste de respuesta, al hacer uso de esta técnica el terapeuta debe disponer de refuerzo positivo para conductas alternativas, garantizar que la salida de la situación sea realmente algo desagradable y estar preparado para enfrentarse a las respuestas emocionales colaterales.
- *Reestructuración cognitiva y modificación semántica.* Se emplean para dar un nuevo significado a situaciones problemas y para usar las palabras pertinentes. Durante el moldeamiento de repertorios alternativos el terapeuta puede trabajar con el niño en el sentido de modificar las reglas verbales que puedan estar formando parte del control del comportamiento agresivo. Para que el niño acepte aprender a comportarse de forma más apropiada necesita estar convencido de que esta nueva forma le traerá más beneficios que su antigua manera de comportarse.
- *Entrenamiento en habilidades sociales.* Este conjunto de técnicas sirve para ensayar y adquirir conductas más eficaces que puedan ser empleadas en distintas situaciones sociales. Habilidades como conversar, negociar, expresar sus ideas y sentimientos sin agredir, esperar para ser atendido, oír y respetar el punto de vista del otro, pueden ser útiles para que el niño responda de forma diferente en situaciones que anteriormente provocaban agresión. Estas habilidades deben enseñarse también por medio de procedimientos de moldeamiento e incluso de modelado.
- *Ensayo de conducta* (en el consultorio, la casa y la escuela). Suele ser parte del procedimiento anterior. Es necesario para delimi-

tar conductas propias de distintos roles. Es importante que en el aprendizaje social del «dar y recibir» (refuerzo recíproco) esté claro el propio rol y lo que se espera de cada uno de los miembros. El ensayo de conducta puede ser necesario como una forma de garantizar la generalización de conductas más complejas al ambiente natural, principalmente cuando todavía existen probabilidades de castigo. El niño necesita estar preparado para enfrentarse a los mismos contextos que le eran aversivos entrenando formas de afrontar situaciones aversivas sin agresividad.

- *Autorregulación de la conducta* (reconocimiento y manejo de señales predictoras de la agresión mediante práctica de conductas incompatibles). Se enseña al niño a controlar la propia conducta aprendiendo a discriminar los acontecimientos del ambiente que aumentan la probabilidad de que se comporte agresivamente. Se le enseña también a discriminar sus estados internos concomitantes (cólera, indignación, sentimientos de estar siendo rechazado o enfrentado) y a utilizarlos como señalizadores para modificar el curso de la conducta agresiva, comportándose de las formas entrenadas en terapia.
- *Visualización de la conducta diaria*. Procedimiento mediante el cual se establece un calendario semanal en el que se marcarán diariamente y mediante símbolos arbitrarios (por ejemplo, caritas con humor o con ira, un círculo y una cruz, etc.) el cumplimiento de los objetivos pautados. Este calendario debe estar en un lugar visible de la vida diaria. El niño puede hacer también el mismo registro acerca del cumplimiento de los padres. Los registros constituyen una buena fuente de información para cliente y terapeuta de los progresos alcanzados y de las dificultades que todavía persisten. Ayudan al niño a avanzar en su proceso de cambio por ser un recurso concreto que le permite comparar de forma palpable su desempeño antes y después de los esfuerzos terapéuticos, aumen-

tando su motivación y su adhesión al tratamiento.

- *Contrato familiar*. Por medio de este procedimiento los padres y el niño acuerdan nuevas formas de actuar en determinadas situaciones. Pueden incluirse los hermanos en el caso de que se juzgue importante no marcar diferencias entre los mismos. El acuerdo se escribe y se firma, entregando una copia a cada uno, incluyendo el terapeuta. Los contratos son importantes cuando la familia tiene muchas dificultades en el control de las interacciones agresivas. El acuerdo proporciona un apoyo temporal para que disminuyan los niveles de coerción, puedan tener lugar las interacciones positivas y éstas asuman gradualmente el control de las relaciones cotidianas en la familia.

b) Con los padres

- *Refuerzo diferencial de las alternativas*. Mediante este procedimiento se refuerzan las conductas deseables en el proceso de educación y cambio de conducta. Se puede considerar también útil para trabajar conductas incompatibles con la agresión. A este respecto, los padres y maestros deben estar dispuestos a trabajar con los niños y no dejarlos abandonados o entregados al aburrimiento. Los padres de niños agresivos generalmente son inconsistentes en el refuerzo de conductas apropiadas y terminan reforzando, sin darse cuenta, lo que exactamente quieren suprimir. Necesitan que se les oriente y que se les apoye en las nuevas prácticas educativas para que sean capaces de percibir el efecto de los cambios de sus conductas sobre el comportamiento de los hijos.
- *Entrenamiento en el manejo contingente de reforzadores positivos*. Es necesario instruir a los padres en los principios básicos del refuerzo, para luego emplear de forma contingente los reforzadores positivos en la vida diaria. Puede ser útil enseñar a los padres los principios del aprendizaje operante para que

se den cuenta de cómo utilizar de forma más eficaz los reforzadores disponibles en el ambiente para producir los cambios deseados.

- *Relajación y ensayos de conducta en la imaginación.* Frente a la conducta reactiva que genera una agresión se puede contraponer la relajación y el ensayo en la imaginación de cómo se debe actuar. Es importante el trabajo previo en consultorio a través de la imaginación. Los padres deben prever el mayor número posible de situaciones problema que puedan llegar a afrontar y entrenar, junto con el terapeuta, distintas conductas alternativas frente a la agresión del niño. Esa preparación previa es importante para que tengan alternativas disponibles cuando fuera necesario decidir rápidamente cómo enfrentarse con una situación sin utilizar la contraagresión.
- *Técnicas de autocontrol y de autostop.* Este tipo de estrategias sirven para controlarse frente a la agresividad, para detener ideas negativas con base emocional (por ejemplo, contando hasta diez) y para buscar la actuación alternativa. Es necesario cuando además los padres se «enganchan» con la conducta del niño y se ponen a su altura, desdibujando el rol de autoridad y educador. Se debe enseñar a los padres a que, ante un episodio agresivo, permanezcan calmados, hablen tranquila y firmemente con el niño y continúen con el procedimiento planeado. Necesitan aprender también autocontrol para no permitir que sus sentimientos de frustra-

ción les lleven a emitir respuestas de contraagresión en la situación-conflicto.

- *Reestructuración cognitiva y modificación semántica.* Se utilizan para percibir de otro modo situaciones problema. La modificación semántica se emplea para dar un nuevo significado a estados frecuentemente asociados con términos como el de «culpa». Con frecuencia, los padres narran un estado de malestar que los inhibe para el cambio como consecuencia de pensamientos que reflejan un sentimiento de «culpa». Por ejemplo, padres angustiados y «culpables» por sentirse implicados en la enfermedad de un hijo o en las agresiones de éste. En estos casos, se instruye sobre el correcto significado del término y se advierte que no hay escuela para padres donde se enseñe la conducta eficaz con los niños. En consecuencia, se plantea la necesidad de *aprender* ahora cómo hacerlo.
- *Registro de conducta alternativa.* Se debe observar tanto las posibilidades de conductas alternativas del niño como las propias de los padres frente a la conducta agresiva del niño y registrarlas para un posterior análisis y discusión con el terapeuta. La tabla 3.2 presenta un formato de ese posible registro.

c) Con los docentes o tutores

- *Instrucción en los principios del aprendizaje.* Esto suele ser necesario para reconocer y trabajar tanto sobre conductas específicas

TABLA 3.2

Ejemplo de registro de conductas agresivas y alternativas

Describir la conducta agresiva	Hecho que la provoca	Cómo evalúa la conducta	Cómo actúa (frente a la conducta)	Cómo podría actuar (conducta alternativa)

como para advertir factores competitivos con la conducta deseada (fatiga, sueño, inercia conductual excitatoria, etc.). Es importante el trabajo en taller, de manera que se tenga la oportunidad de trabajar sobre ejemplos por ellos aportados con el fin de llevar a cabo ensayos de conducta. Debe señalarse especialmente la necesidad de trabajar sobre conductas incompatibles y emplear reforzadores positivos, ya que la modificación de conducta mediante el empleo de castigos negativos puede alimentar la agresión o bien generar un estado emocional indeseado que termina afectando la autoestima del niño.

- *Instrucciones acerca de procedimientos para aumentar el rendimiento escolar.* Existe una alta correlación entre el bajo rendimiento escolar y el comportamiento agresivo. Un rendimiento escolar bajo se refleja en la autoestima del niño que se siente muy frustrado e incapaz de responder adecuadamente a lo que se está requiriendo de él en este contexto. Los profesores deben aprender a fraccionar las metas y reforzar comportamientos intermedios del niño, valorando sus ganancias y motivándole a avanzar en el proceso de aprendizaje. Desarrollar formas para que el niño llegue a responder adecuadamente a la demanda escolar es una alternativa para enfrentarse con la agresión, al igual que la construcción de un repertorio incompatible.

Lo mismo que sucede con los padres, también será importante con los profesores un cierto grado de entrenamiento en el empleo de algunas técnicas para tratar con el niño, tales como:

- Refuerzo diferencial de conductas alternativas.
- Entrenamiento en el manejo contingente de reforzadores positivos y negativos.
- Tiempo fuera y castigos positivos (por ejemplo, quedarse sin recreo).
- Asignación de roles.
- Registro de conducta alternativa.

6.2. Modelo de enseñanza de respuestas alternativas a la agresión

El modelo sugerido en la tabla 3.3 se dirige prioritariamente a la enseñanza del autocontrol para niños que presentan un comportamiento agresivo. El autocontrol es el principal repertorio que ha de ser desarrollado como respuesta alternativa a la agresión. El procedimiento puede ser utilizado tanto por terapeutas en sesiones con el niño como enseñarse a padres y profesores para el entrenamiento en el ambiente natural.

Seguidamente se presenta una descripción más detallada de cada paso, de los objetivos y estrategias para llevar a cabo un programa terapéutico de autocontrol para niños con comportamiento agresivo:

1. *Explicita el comportamiento-objetivo específico:* El propósito de este paso es centrar la atención del niño en un comportamiento específico, aunque se necesite modificar muchos otros. El adulto debe describir y aclarar los comportamientos esperados y explicar su relevancia e importancia en la convivencia con otras personas en la escuela, en casa o en la comunidad, debiendo también ayudar al niño a comprender lo que se espera de él y por qué. De esta forma, se espera que el niño empiece a establecer relaciones entre sus acciones y los resultados que producen en el ambiente. Esa relación comportamiento-consecuencia puede parecer obvia al adulto, pero necesita enseñarse de forma explícita para niños con problemas de impulsividad y agresión.
2. *Ofrezca un modelo de comportamiento adecuado:* Hasta que el niño identifique el comportamiento y esté de acuerdo sobre el rendimiento esperado, el adulto es responsable de demostrar el comportamiento más adecuado. En primer lugar, el comportamiento debe describirse verbalmente, con un vocabulario apropiado para la edad del niño. Por tanto, el adulto debe presentar un modelo de cómo comportarse (demostrar o dramatizar). Un relato verbal del proceso

TABLA 3.3

Pasos (¿Qué hacer?)	Estrategias (¿Cómo hacerlo?)
1. <i>Explicitar el comportamiento-objetivo:</i> El adulto debe explicar qué comportamiento espera que el niño realice o modifique.	Verbalizar el comportamiento deseado. Proporcionar razones/explicaciones para la emisión del comportamiento. Valorar los sentimientos del niño frente a la situación. Desarrollar un consenso sobre el rendimiento que se ha de alcanzar.
2. <i>Presentar un modelo de comportamiento adecuado:</i> El adulto debe demostrar cómo se debe llevar a cabo el comportamiento esperado.	Aclarar cuáles son las expectativas del adulto y manifestarlas. Ensayar verbalmente la estrategia de acción (pensar en voz alta). Comparar el comportamiento esperado con el emitido actualmente. Solicitar retroalimentación del niño con respecto a las consecuencias lógicas y naturales por cumplir o no cumplir el objetivo.
3. <i>Construir oportunidades para la práctica:</i> El adulto debe hacer las tareas junto con el niño, proporcionando apoyo físico para la realización del comportamiento.	Generar opciones de comportamiento para la situación. Hacer representación de papeles/Dramatizar con el niño. Enseñar al niño a hablar consigo mismo. Dar retroalimentación evaluadora sobre la nueva actuación. Reforzar (verbal o materialmente) las tentativas positivas.
4. <i>Vigilar la emisión de los nuevos comportamientos:</i> El adulto observa al niño comportarse y proporciona solamente apoyo verbal.	Dar retroalimentación evaluadora. Anticipar las situaciones problema. Determinar opciones y consecuencias. Continuar con el entrenamiento. Continuar con el refuerzo.
5. <i>Fomentar la generalización:</i> Cuando el niño lo hace solo, el adulto debe animarle a comportarse de la misma forma en otros contextos.	Decirse a sí mismo lo que se debe hacer. Generar opciones de forma independiente. Seleccionar y llevar a cabo las opciones. Autoevaluarse y readecuar el comportamiento. Reforzar de forma tangible o no tangible.

Extraído de Moura (1999, p. 984).

interno de pensamiento o de las actuaciones externas debe acompañarse de una demostración, es decir, el adulto debe describir el comportamiento mientras se está comportando. De este modo, un niño con problemas de lenguaje puede relacionar con más facilidad el rótulo con la acción, lo que mejora su comprensión. El adulto debe verificar la comprensión del niño contrastando el modelo de comportamiento deseable con el indeseable y hacer que el niño evalúe la diferencia de forma constructiva. Se debe proporcionar otras oportunidades para revisar los patrones aprendidos en situaciones posteriores.

3. *Construya oportunidades para la práctica:* El objetivo de este paso es permitir que el niño practique lo que aprendió. Puede hacer una representación de papeles de la situación y los otros niños, lo mismo que el adulto, pueden proporcionar retroalimentación verbal sobre lo que se hizo bien y de lo que se necesita mejorar. Si la actuación del niño fuese pobre, se deben llevar a cabo de forma inmediata otros ensayos. El propósito de este paso es poner de relieve el valor del comportamiento esperado y al mismo tiempo centrar la atención del niño para practicar el comportamiento con éxito. Cuando surjan oportunidades, el adulto debe apro-

vechar para incentivar al niño a aplicar lo que aprendió, seleccionando una estrategia más apropiada para resolver una nueva situación sin agresión.

4. *Vigile el nuevo comportamiento:* En las actividades posteriores, el adulto debe vigilar el comportamiento cuidadosamente y proporcionar retroalimentación positiva. Esa asociación necesita ser consistente. Se pueden necesitar más ensayos, ya que incluso aunque los niños proporcionen evidencias fiables de comprensión en las situaciones seleccionadas, pueden tener lugar todavía actuaciones inadecuadas y agresivas. Se deben tomar algunos cuidados para que el nivel de entrenamiento se mantenga de forma intensiva hasta que el comportamiento adecuado sea gradualmente internalizado y el comportamiento agresivo se encuentre notablemente minimizado.
5. *Fomente la generalización:* Ahora que el comportamiento se está volviendo casi una rutina, el adulto debe fomentar una transferencia espontánea de este comportamiento para otras situaciones. Construya su autoconfianza ayudándole a experimentar situaciones en las que será reforzada. De esta forma, el niño aumenta gradualmente la aplicación del nuevo comportamiento sin ayuda de los adultos. Se vuelve más consciente del comportamiento apropiado, aprende a anticipar situaciones de «peligro» y a planificar una estrategia de actuación. Aunque inicialmente esto requiera esfuerzos deliberados, el proceso suele volverse automático con el tiempo y la práctica. Después de varios intentos con éxito, se espera que el niño crea más en sí mismo para generar alternativas positivas y volverse un evaluador realista de su propia actuación. En este punto, se puede considerar que se alcanzó la generalización del comportamiento apropiado y que el niño no necesita ya de la agresión como forma de expresión o comunicación.

6.3. Principales problemas que pueden plantearse

En el momento terapéutico, cuando se emplean las técnicas y estrategias dirigidas a la modificación de la conducta, pueden plantearse distintos problemas que harán fracasar el trabajo sobre la agresión instrumental. A continuación revisamos algunos de los principales problemas que pueden plantearse.

a) En la evaluación conductual

1. No se ha realizado correctamente el análisis funcional y el análisis topográfico; por tanto, la explicación funcional del comportamiento agresivo y sus componentes no es acertada.
2. No se ha evaluado correctamente la necesidad o motivación para el cambio de los padres y el niño, principalmente cuando la familia es enviada por otros profesionales y no acude por su propia motivación.
3. No se identifican adecuadamente los comportamientos más comprometidos con la agresión y, por tanto, no se formulan acertadamente los objetivos y técnicas de intervención.
4. No se contextualiza la agresión y se pierde la configuración del niño y su medio. Si el terapeuta no fuese capaz de entender el problema bajo una perspectiva más amplia, puede no ser capaz de formular correctamente la orientación del tratamiento.

b) En la puesta en práctica de los programas de intervención

1. No se comunican acertadamente las consecuencias o no se hacen explícitas y, por tanto, no se las discrimina como asociadas a la conducta.
2. Se trabaja únicamente sobre conductas problema y no se refuerzan conductas alternativas.
3. No se manejan adecuadamente los reforzadores o se los emplea bajo los efectos de reforzadores competitivos de la agresión.

4. Prevalece el empleo de reforzadores negativos o estímulos aversivos al manejo de reforzadores positivos.
5. El niño obtiene el refuerzo gratuitamente y no aprende las reglas del dar y recibir.
6. Se interviene exclusivamente sobre variables contextuales sin evaluar la influencia de factores cognitivos.
7. No se ha generado un medio favorable para el cambio de conducta.
8. No se realizó un adecuado análisis diagnóstico y, por tanto, intervienen distintos factores competitivos con la estrategia terapéutica.

Para finalizar, consideramos que las técnicas y estrategias trabajadas no agotan los medios para tratar el problema de la agresión. Sabemos también que su tratamiento debe afectar a la sociedad y a los sistemas de educación de nuestros niños. Aun así, la revisión del problema de la agresión, tal como se ha planteado, ha demostrado que es posible la intervención beneficiosa sobre este problema, siendo sus resultados alentadores para continuar con esta perspectiva.

REFERENCIAS

- Ardila, R. (1988): *Síntesis experimental del comportamiento*. Madrid: Alhambra.
- Azcoaga, J. E. (1979): Aprendizaje fisiológico y aprendizaje pedagógico. *El Ateneo Bs. As.*, 59-148.
- Bailey, C. H. y Kandel, E. R. (1986): Aproximaciones moleculares en el estudio de la memoria a corto y largo plazo. En W. Coen (dir.), *Las funciones del cerebro*. Buenos Aires: Panamericana.
- Bandura, A. (1987): *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Barton, C., Alexander, J. y Robbins, M. (1998): Tratamiento cognitivo-conductual de los problemas familiares. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- Berkowitz, L. (1973): Words and symbols as stimuli to aggressive responses. En J. F. Knutson (dir.), *The control of aggression: Implications from basic research*. Chicago: Aldine.
- Boren, R., Weir, L. y Benegar, C. (1987): Children and self-control. En A. Thomas y J. Grimes (dirs.), *Children's needs: Psychological perspectives*. Maryland, OH: NASP.
- Buss, A. H. (1971): Aggression pays. En J. L. Singer (dir.), *The control of aggressive and violence*. Nueva York: Academic Press.
- Caballo, V. E. (1993): *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Chavira, V., López, S., Blacher, J. y Shapiro J. (2000): Latinas mothers attributions, emotions and reactions to the problem behaviors of their children with developmental disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 245-252.
- Crijnen, A., Achenbach, T. y Verhulst, F. (1999): Problems reported by parents of children in multiple cultures: The Child Behavior Checklist syndrome constructs. *American Journal of Psychiatry*, 156, 69-74.
- Crick, N. (1996): The role of overt aggression, relational aggression, and prosocial behavior in the prediction of children's future social adjustment. *Child Development*, 67, 2317-27.
- Cottraux, J. (1991): *Terapias comportamentales y cognitivas*. Barcelona: Masson.
- Dollard, J., Doob, L. W., Miller, N., Mowrer, O. H. y Sears, R. (1939): *Frustration and aggression*. New Haven, CN: Yale University.
- Edmunds, G. y Kendrick, D. C. (1980): *The measurement of human aggressiveness*. Chichester: Ellis Horwood.
- Gardner, W. I. y Cole, C. L. (1987): Conduct problems. En C. L. Frame y L. L. Matson (dirs.), *Handbook of assesment in childhood psychopathology*. Nueva York: Plenum.
- Kandel, E. y Schwartz, J. (1982): Molecular biology of learning: modulation of transmitter release. *Science*, 218, 433-443.
- Kazdin, A. E. (1994): Adversidad familiar, desventajas socioeconómicas y estrés en los padres: Variables contextuales relacionadas con la terminación prematura de la terapia concuctual infantil. *Psicología Conductual*, 2, 5-21.
- Kazdin, A. E. (2000): *Psychotherapy for children and adolescents: directions for research and practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Keltikangas-Jaervinen, L. (1990): Attributional style of the mother as a predictor of aggressive behavior of the child. *Aggressive Behavior*, 16, 1-7.

- Klein, S. B. (1994): *Aprendizaje. Principios y aplicaciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Kozloff, M. A. (1980): *El aprendizaje y la conducta en la infancia. Problemas y tratamiento*. Barcelona: Fontanella.
- Lambert, C. (1989): *Psicología social*. Madrid: Pirámide.
- Larroy, C. y De la Puente, M. L. (1999): *El niño desobediente*. Madrid: Pirámide.
- Lion, J. (1997): Agresión. En H. Kaplan y B. Saddock (dirs.), *Tratado de psiquiatría, vol. 1*. Buenos Aires: Editorial Inter-Médica.
- Lolas, F. (1991): *Agresividad y violencia*. Buenos Aires: Losada.
- Lorenz, K. (1976): *Sobre la agresión*. Madrid: Siglo XXI.
- Mendoza, E. (1994): Recuperación de función: influencias terapéuticas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 301-311.
- Mías, C. D. (1997): Integración de la multifactorialidad de la conducta. Hacia un modelo referencial. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 15, 19-43.
- Mías, C. D. (2000): *Neuropsicología del comportamiento. Aspectos teóricos y procedimentales*. Buenos Aires: Brujas.
- Moura, C. B. (1999): Desenvolviendo o auto-controle em crianças. *Pediatria Moderna*, 35, 980-986.
- Moura, C. B. y Conte, F. C. S. (1997): A psicoterapia analítico-funcional aplicada a terapia comportamental infantil: A participação da criança. *Revista Torre de Babel: Reflexões e Pesquisa em Psicologia*, 4, 13-27.
- Neistadt, M. E. (1994): The neurobiology of learning: Implications for treatment on adults with brain injury. *American Journal Occupational Therapy*, 48, 5, 421-430.
- O'Leary, S. G. y Dubey, D. R. (1979): Applications of self-control procedures: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 449-465.
- Pérez Álvarez, M. (1991): El sujeto en la modificación de conducta. En V. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Pine D. y Cohen E. (1999): Therapeutics of aggression in children. *Pediatric Drugs*, 1, 183-196.
- Rapaport, E. (1992): Psicología de la violencia. *Revista Universitaria*, 36, 31-35.
- Schwartz, D. y Proctor, L. (2000): Community violence exposure and children's social adjustment in the school peer group: the mediating roles of emotion regulation and social cognition. *Journal Clinical Psychology*, 68, 670-683.
- Skinner, B. (1985): *Aprendizaje y comportamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Skinner, B. (1986): *Más allá de la libertad y la dignidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Swenson, L. (1984): *Teorías del aprendizaje*. Buenos Aires: Paidós.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Cavell, T. A. (2000): *Working with parents of aggressive children: A practitioner's guide*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Goldstein, A. P. y Glick, B. (1998): *Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, IL: Research Press.
- Moreno Vassart, M. (2001): *La agresividad de nuestros hijos*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Serrano Pintado, I. (1998): *La agresividad infantil*. Madrid: Pirámide.
- Train, A. (2001): *Agresividad en niños y niñas: ayudas, tratamiento y apoyos en la familia y en la escuela*. Madrid: Narcea.

ANEXO 3.1

*Registro de autoobservación de conductas agresivas.
(Recuerde que debe conocer todos los detalles de lo que se pretende cambiar)*

Día	Hora	Conducta agresiva	Situación (describir lugar, escena y qué ocurría)	Intensidad de la agresión (de 0 a 5)	Antecedentes (identificar hechos, acciones o ideas desencadenantes)	Indagar sobre pensamientos negativos o atribuciones	Expresiones somáticas (temblor, agitación, enrojecer, tensión, etc.)	Consecuencias (qué pasó después, idea o acción posterior)	Cómo se controla o qué hago para que se calme

PARTE SEGUNDA

Trastornos de la ingestión/conducta alimentaria y de la eliminación

Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia

4

JOSÉ OLIVARES
ANA I. ROSA ALCÁZAR
FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ¹

1. INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia o niñez estamos haciendo referencia a un conjunto de comportamientos problemáticos y persistentes relacionados con la alimentación y la propia ingestión de alimentos (American Psychiatric Association, en adelante APA, 2000). Son múltiples las disciplinas que se han venido ocupando de tales problemas (por ejemplo, medicina, psicología, psiquiatría, etc.), lo cual ha provocado que sean diversos los sistemas de clasificación propuestos. Desde el ámbito de la psicología, las clasificaciones se han elaborado atendiendo a criterios que van desde el conjunto de respuestas que definen el problema hasta las causas que lo generan o mantienen, pasando por la mera descripción del trastorno (Linscheid, 1992; Saldaña, 1994, 2001).

Aunque son múltiples los problemas que podríamos analizar en este apartado (por ejemplo, comer poco o mucho, ingestión selectiva, problemas con la masticación y el tragar, hábitos extraños de alimentación, comportamientos molestos a la hora de comer o el retraso en la adquisición de la autonomía para comer solo), nosotros centraremos nuestra atención en aquellos que han despertado más el interés de los investigadores y los clínicos en relación con la conducta alimentaria y la ingestión en la infancia: pica, trastorno de rumiación y el trastorno de la ingestión alimentaria.

2. PICA

2.1. Definición

El DSM-IV-TR (APA, 2000) recoge esta alteración del comportamiento como un trastorno cuyo curso normalmente remite en la infancia, aunque en ocasiones puede persistir hasta la adolescencia y, muy raramente, continuar hasta la etapa adulta. Proviene del nombre latino *pica*, urraca, pájaro de voracidad omnívora (Kanner, 1971). Este trastorno se caracteriza por comer habitualmente sustancias que suelen considerarse no comestibles, tales como pintura, tierra, papeles, telas, pelos, insectos, piedras, etc. Atendiendo a los distintos tipos de sustancias ingeridas se han descrito varias formas específicas de pica, tales como *geofagia* o ingestión de arcilla, *pagofagia* o comer hielo en exceso, *coprofagia* o ingestión de heces, *tricofagia* o ingestión de pelo, *litofagia* o ingestión de piedras, etc.

2.2. Epidemiología

Son muy escasos los datos epidemiológicos sobre este trastorno debido tanto a que su prevalencia es muy baja como a que generalmente no se ha diagnosticado como tal, pese a presentar un patrón muy específico de repuestas y a su relevancia clínica.

Aunque puede presentarse en cualquier grupo de edad, es más frecuente entre los 18 meses y los 6 años, pudiendo prolongarse, ocasionalmente, hasta

¹ Universidad de Murcia (España).

la adolescencia (Hirsch y Miles, 1996) e incluso hasta la edad adulta (Beenoft, Bach, Tunstall y Howard, 1998). En la mayor parte de los casos, el trastorno persiste durante varios meses para remitir posteriormente.

Los investigadores han informado que la pica afecta igualmente a ambos sexos y que hay un ligero predominio de niños negros en comparación con los niños blancos (Kanner, 1971). Algunos estudios han hallado que los hermanos de niños con pica tenían más probabilidades de padecer este trastorno que los hermanos de niños no afectados (Millican y Lourie, 1970). Por otro lado, se ha podido comprobar que la prevalencia aumenta en niños con retraso mental y autismo, incrementándose con la gravedad del trastorno (Fultz y Rojahn, 1988). Según la APA (2000), las mujeres embarazadas pueden presentar ocasionalmente problemas de pica. No existen datos fiables respecto a las estimaciones de la prevalencia en niños con retraso mental, pues los resultados de los distintos estudios difieren considerablemente debido a la variabilidad tanto de los criterios operativos adoptados para definir la conducta de pica como de las características de la población o de la modalidad del régimen en que los retrasados mentales se encuentran institucionalizados. Danford, Smith y Huber (1982) identificaron un 16,7 por 100 de casos de pica en una población de 901 sujetos residentes en una institución para personas con retraso mental; McAlpine y Singh (1986) encontraron una prevalencia del 9,2 por 100 entre los 607 residentes de una institución; Rojahn (1986) señala una proporción de 0,3 por 100 respecto a un total de 25.872 sujetos con retraso mental no institucionalizados; Olivares (1997) halló una proporción de 0,9 por 100 entre los 203 sujetos retrasados mentales integrantes de la población de un centro específico de educación especial, en régimen de media pensión.

En cambio, la información disponible sí es coincidente en lo que se refiere al tramo evolutivo en el que se da con más frecuencia este trastorno. Así, es más frecuente en niños pequeños mayores de un año, remitiendo a partir del segundo, excepto en personas retardadas con graves déficits y excesos conductuales en los que se puede mantener por más

tiempo. Según la APA (2000), la pobreza, el abandono, la ausencia de supervisión por parte de los padres y el retraso en el desarrollo aumentan el riesgo de adquirir este trastorno (p. 104).

2.3. Descripción clínica

El conjunto de respuestas recogido por el DSM-IV-TR (APA, 2000) define la pica como una categoría que «(...) se manifiesta a través de la ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un período de por lo menos un mes» (criterio A) (p. 103). La sustancia ingerida suele variar con la edad; así, los niños pequeños suelen comer pintura, yeso, cuerdas, cabellos o ropas; los niños de más edad pueden comer excrementos de animales, arena, insectos, hojas o guijarros; los adolescentes y adultos pueden ingerir tierra o estiércol, no habiendo aversión hacia los alimentos en general.

Por lo que respecta al diagnóstico diferencial, «este comportamiento debe ser inadecuado desde la perspectiva evolutiva» (criterio B), ya que, durante su primer año de vida, la mayoría de los bebés se introducen en la boca gran variedad de objetos debido a la ausencia de discriminación entre sustancias comestibles y no comestibles; por ello, el diagnóstico de pica sólo debe realizarse después de los 18 meses de edad (Varni, 1983). Para la CIE-10 tal diagnóstico no debería de hacerse antes de los 24 meses (CIE-10; p. 214). Por otro lado, «este comportamiento tampoco debe formar parte de prácticas culturalmente aceptadas» (criterio C) ni ser mantenido por supersticiones; si fuera así, no debería realizarse el diagnóstico. En un estudio llevado a cabo por Millican y Lourie (1970) se encontró que las familias de los niños que padecían problemas de pica, procedentes del sureste de Estados Unidos, tenían la costumbre de que las mujeres embarazadas comieran tierra que contuviera arcilla y almidón de la ropa lavada, pues consideraban que la ingestión de sustancias no comestibles prevenía al feto de posibles maldiciones y fomentaba la salud de la madre y la del hijo. Finalmente, debido a que la ingestión de sustancias no nutritivas es una característica asociada a otros trastornos mentales (por

ejemplo, trastorno generalizado del desarrollo), sólo debe establecerse un diagnóstico de pica cuando el comportamiento conlleva peligro para la salud del sujeto tanto por su frecuencia de ocurrencia como por la peligrosidad de las sustancias que se ingieren.

En la tabla 4.1 aparecen los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para emitir un diagnóstico de pica.

La CIE-10 difiere del DSM-IV-TR a la hora de considerar la existencia de este problema, tanto en la frecuencia de la conducta a partir de la cual considera necesaria la intervención (dos veces por semana) como respecto a la edad cronológica del sujeto (dos años, como mínimo) y la existencia de otros trastornos de la conducta y de la personalidad (no se diagnosticará pica, excepto en el caso de retraso mental).

La conducta de pica puede tener graves consecuencias para la salud física del sujeto. Distintos autores (por ejemplo, APA, 2000; Finney, Russo y Cataldo, 1982; Halmi, 1985; Matson y Frame, 1986; Whitman, Scibak y Reid, 1983) señalan las siguientes como complicaciones más frecuentes: intoxicación o envenenamiento, consecuencia de la ingesta de productos tóxicos (colas, pinturas, yeso, excrementos, etc.), relacionado a su vez con anemia, problemas de crecimiento, retraso mental y encefalitis; obstrucciones intestinales producidas por masas de cabello, piedras o plásticos y las heridas internas (producidas por cristales); infección parasitaria, en el caso de la ingesta de tierra contaminada; disminución de los niveles de hierro en suero en pacientes que ingieren grandes cantidades de hielo, etc. Ge-

neralmente, la gravedad de estas complicaciones hace necesaria la intervención del especialista.

En cuanto al diagnóstico diferencial, hay que resaltar también que pueden presentarse alteraciones del comportamiento alimenticio por ingestión de productos no comestibles tanto en el trastorno generalizado del desarrollo como en la esquizofrenia y en el síndrome de Klein-Levin. En estos casos, sólo debe establecerse un diagnóstico adicional de pica si este trastorno del comportamiento es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. La pica se distingue de otros trastornos de la conducta alimentaria como el trastorno de rumiación, el trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia, la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, en que las sustancias consumidas son no comestibles.

2.4. Modelos explicativos

Las causas que normalmente se utilizan para explicar la ocurrencia y/o mantenimiento de este trastorno se suelen agrupar según dos modelos explicativos, principalmente: el biomédico y el conductual.

El modelo biomédico relaciona la ingesta de sustancias no nutritivas con un déficit nutricional específico. En concreto, la anemia y la falta de zinc y hierro se ha asociado con la geofagia; la misma carencia de hierro está presente en los sujetos que ingieren grandes cantidades de almidón (Wicks-Nelson e Israel, 1997). Respecto al déficit de minerales, Loftis (1986) ha puesto de manifiesto, en un estudio piloto llevado

TABLA 4.1

Resumen de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el trastorno de pica*

- A) Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante al menos un mes.
- B) La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo.
- C) La conducta de ingesta no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.
- D) Si la conducta de ingesta aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (por ejemplo, retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia), es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Tomado de la APA (2000, p. 105).

a cabo con retrasados mentales adultos con pica crónica, que el incremento de la concentración de zinc en el suero sanguíneo se asociaba con un decremento significativo del número de tentativas de pica.

Por su parte, el modelo conductual considera que la conducta de pica es producto de un aprendizaje y, por tanto, modificable. Buen ejemplo de la bondad de este supuesto son los casos reseñados en las revisiones llevadas a cabo por Singh (1983) o Whitman et al., (1983) en el campo del retraso mental, o los trabajos empíricos de Singh y Winton (1985), Paniagua, Braverman y Capriotti (1986) o Kalfus, Fisher-Gross, Mrvullo y Nau (1987).

Con frecuencia, los clínicos comprueban que la falta de atención, supervisión y estimulación adecuadas por parte de los padres está presente en su interacción con los niños que padecen este problema (Finney et al., 1982; Halmi, 1985). En este contexto, Molina y Luciano (1990) intentaron explicar, desde la perspectiva conductual, la adquisición y mantenimiento de este problema postulando que la conducta de pica podía iniciarse y mantenerse por moldeamiento y/o modelado que implicara, en primer lugar, un refuerzo inmediato interoceptivo y exteroceptivo (fundamentalmente gustativo y olfativo) y, en segundo lugar, un refuerzo social; es decir, estos autores proponen que si las sustancias ingeridas son reforzantes sensorialmente y su ingesta no va seguida de consecuencias sociales negativas, entonces existirá una alta probabilidad de que se produzca el moldeamiento automático y se incremente también la probabilidad de generalización de tales respuestas ante otros estímulos. Por el contrario, si las consecuencias sociales son negativas, la probabilidad de moldeamiento se reducirá. Ahora bien, hay que tener presente también que tales respuestas se reforzarían igualmente si las consecuencias sociales fueran positivas para el sujeto, aunque no lo fueran para los adultos que pudieran pretender castigar tal conducta con su comportamiento.

2.5. Evaluación

La evaluación irá dirigida al examen de las variables responsables del inicio, desarrollo y, sobre todo,

del mantenimiento de esta conducta-problema. En consecuencia, se procederá, en primer lugar, a un examen médico, con el fin de comprobar si existe algún déficit de minerales (por ejemplo, hierro o zinc) o si el funcionamiento metabólico es el adecuado. En segundo lugar y, debido a que la mayor parte de los sujetos que padecen este problema presenta retraso mental, se considera necesario utilizar pruebas que nos indiquen su nivel de desarrollo mental (Escala de Wechsler o Stanford-Binet entre otras) junto a la evaluación de su conducta adaptativa y social («Escala de madurez de Vineland-Doll»; «Guía Portage» —Bluma, Shearer, Frohman y Hiliard, 1978—; «Escala de Balthazar» —Balthazar, 1971 y 1973—; etc.). Será preciso valorar también el repertorio de habilidades del niño en cuanto a destrezas básicas mínimas para iniciar cualquier tipo de aprendizaje mediado, junto al estado actual de sus conductas motoras finas y gruesas (por ejemplo, «Inventario de Eyberg» —Eyberg y Ross, 1978—; las «Escala de apreciación de conducta en niños de Achenbach y Edelbrock» —Achenbach y Edelbrock, 1981—; la «ETC-1» —Pelechano, 1975—, etc.). Por otro lado, se estudiará también si el niño presenta otras conductas problema que puedan estar influyendo en la conducta de pica (respuestas agresivas, problemas de disciplina, etc.).

Otro aspecto importante a evaluar es el horario y los hábitos de alimentación de la familia en general y del paciente en particular (así, por ejemplo, la cantidad y variedad de alimentos consumidos en cada comida o la regularidad en el cumplimiento de los horarios relativos al desayuno, almuerzo y cena).

Centrándonos en la evaluación de la conducta de pica, los datos procedentes de la observación del comportamiento, tanto en situaciones naturales como en situaciones artificiales controladas, y de las entrevistas llevadas a cabo con los sujetos que viven o pasan la mayor parte del tiempo con el paciente, ayudarán a delimitar cuándo ocurre la conducta y qué contingencias o refuerzos la mantienen. Es importante explorar los refuerzos (sociales, materiales o de actividad) presentes en el ambiente en donde se produce la conducta problema. La «Pauta de exploración de refuerzos en el ambiente

familiar», de Pelechano (1976) y la «Hoja de registro de observaciones» pueden ayudar a tal fin. Para que la observación sea fiable es importante que los agentes que están presentes en el medio natural del sujeto que padece el problema sean entrenados como observadores (profesores cuando se produce en el medio escolar y padres si es en casa).

Ha sido utilizado en algunas investigaciones el uso de espejos unidireccionales con la finalidad de observar en situaciones artificiales la conducta problema (Albin, 1977). El uso del vídeo y la grabación mediante cámara oculta podrían facilitar también el proceso de observación y registro (Olivares, Méndez y Macià, 1997).

2.6. Tratamiento

Dada la baja prevalencia de este trastorno, son escasos tanto los estudios sobre pacientes con pica como las referencias sobre su terapéutica. En la práctica, las medidas adoptadas para su tratamiento varían desde la intervención estrictamente médica a un enfoque más global en el que se combinan acciones psicológicas y biomédicas. Las distintas alternativas terapéuticas incluyen: 1) la administración de medicación, al objeto de subsanar las deficiencias de hierro o zinc y 2) tratamiento mediante la utilización de técnicas de modificación de conducta, basadas, ante todo, en los principios del condicionamiento operante (Ellis, Singh, Crews y Bonaventura, 1997) y ocupando un lugar destacado las medidas de control ambiental, con el fin de limitar las posibilidades de ingerir sustancias nocivas y prevenir, así, las posibles complicaciones orgánicas. Dentro de las técnicas de modificación de conducta las más empleadas han sido la sobrecorrección (Finney et al., 1982; Kalfus et al., 1987), la restricción física y/o el refuerzo diferencial de otras conductas (Bucher, Reykdal y Albin, 1976), el castigo (Fultz y Rojahn, 1988), el tiempo fuera, el entrenamiento en discriminación y el refuerzo de conductas incompatibles (Olivares, 1997; Piazza et al., 1998), la relajación y el autocontrol (Bhandari y Agarwala, 1996).

La sobrecorrección ha incluido: *a)* reprimendas verbales, como gritarle al niño «¡No!» en el momen-

to en que se va a producir la ingestión; *b)* interrupción de la respuesta de pica, como, por ejemplo, quitarle al niño el objeto no comestible de los labios o de la boca haciendo que lo escupa o lo tire a la basura, y *c)* entrenamiento en higiene oral proporcionando al niño guía física e instrucciones para que se cepille los dientes, las encías y se lave la boca. En los casos de coprofagia y de ingestión de basura, este entrenamiento en limpieza se amplía y el niño se lava las manos y el ano, friega el suelo y desinfecta el área donde ha comido heces o desperdicios.

La restricción física como castigo ha consistido en breves períodos de inmovilización; por ejemplo, contingentemente a la conducta de pica del niño, el terapeuta le reprende verbalmente y le sujeta los brazos pegados al cuerpo o los sitúa sobre la espalda durante treinta segundos. Foxx y Martín (1975) emplearon diseños experimentales de caso único con dos sujetos retrasados mentales profundos, resultando ser más eficaz la sobrecorrección que la restricción física. En el refuerzo diferencial de otras conductas se han usado reforzadores comestibles (patatas fritas, pasas, etc.) y reforzadores sociales (elogios, contacto físico, etc.) por cada intervalo temporal en el que no se ha presentado la conducta de pica. Así, el terapeuta alaba al niño: «Muy bien, tus dedos no están en la boca» y le entrega una golosina cada minuto transcurrido sin la ocurrencia de pica.

Se ha considerado también necesario intervenir para modificar el patrón de comida familiar mediante técnicas de extinción y refuerzo diferencial, reajuste de los horarios de comidas y prohibición de comidas alternativas a los menús presentados.

Esta variedad en los procedimientos de intervención pone de manifiesto que la selección de las técnicas no debería realizarse en ningún caso en función de la categoría diagnóstica, ni usando programas generales (Fernández-Ballesteros, 1988; Olivares, Méndez y Macià, 1997), sino que es preciso evaluar las características del sujeto (historia previa de aprendizajes, variables que controlan y mantienen la conducta problema, etc.), los medios con los que podemos contar (terapéuticos, humanos y materiales) y las posibilidades de adecuación de éstos tanto a las características de aquél como a las del pro-

blema y duración del tratamiento (Gavino, 1989). Por tanto, no existe correspondencia unívoca entre problema y tratamiento; cada caso habrá de ser estudiado, evaluado y tratado en función de su circunstancia particular, pues, aun existiendo unos principios generales de aprendizaje, las respuestas específicas de cada sujeto dependen directamente tanto de su historia personal como de la de sus refuerzos (Pelechano, 1976).

A continuación, a modo de ejemplo, pasamos a describir, de modo estructurado, el tratamiento de un niño que presentaba pica, tomado de uno de nuestros casos (véase Olivares, 1997).

Estudio de caso. Descripción abreviada del proceso de intervención

Se trata de un niño de 9 años de edad cronológica que asiste a un aula específica de educación especial ubicada en un centro ordinario de Primaria, en régimen de integración. Es el menor de dos hermanos y el único que queda en casa. Los padres tienen, en el momento de la primera entrevista, cincuenta y tres años, respectivamente. Los informes psicológicos lo diagnostican como retrasado profundo ($CI < 20$). Los informes neurológicos no muestran causa orgánica que justifique tal retraso. Presenta conductas de pica «desde siempre» y balanceo, según informó la madre, pero su incremento gradual en frecuencia (a lo largo de las dos últimas semanas) hacía cada vez más preocupante la situación. Entre las sustancias no alimenticias consumidas se encontraban colillas, plásticos, sus propios excrementos, piedras y hojas de distintas plantas. Esta situación provocaba que estuviese sometido a vigilancia constante, interfiriendo su actividad educativa y la del resto de los niños del aula.

La evaluación se hizo en clase (actividad estructurada), en el patio de recreo (actividad libre) y en la casa del niño. Tras la realización del análisis funcional, por medio del cual se descubrieron cuáles eran los estímulos antecedentes y consecuentes que mantenían la conducta, se planteó la hipótesis de intervención, que sostenía que si se lograba que: *a*) las consecuencias que seguían a las conductas de pica resultasen desagradables para el niño y que, simultá-

neamente, *b*) se generasen o incrementasen conductas positivas incompatibles, se produciría una reducción progresiva de esta actividad hasta la sustitución completa de este comportamiento desadaptativo por otras conductas adaptativas.

Tras la formulación de la hipótesis se propusieron los objetivos a conseguir, que en este caso fueron: *a*) eliminar la conducta de pica, *b*) eliminar la conducta de balanceo, y *c*) generar o incrementar conductas alternativas a la de pica, de acuerdo con un programa de desarrollo individual elaborado *ad hoc*.

La intervención se llevó a cabo en tres fases. *La primera fase* duró una semana (cinco días lectivos). Durante ésta, el terapeuta permaneció en clase, junto a la profesora y educador, aplicando y explicando la puesta en práctica del programa. En esta fase, el niño fue sometido a restricción física, que se concretó en unos guantes de boxeo, agujereados en toda la superficie, con una triple finalidad: 1) impedir la ingestión de sustancias u objetos no nutritivos, 2) facilitar el aprendizaje y dominio de la aplicación de técnicas de intervención seleccionadas a la profesora y educador, en el contexto de la clase, antes de generalizar su uso a la situación de recreo, y 3) normalizar el medio familiar.

La segunda fase tuvo lugar con una duración de diecinueve días lectivos. Se incorporaron como coterapeutas la profesora y los padres, aprendiendo la aplicación de la restricción física, la sobrecorrección y reprimendas verbales usadas contingentemente a las conductas de pica y balanceo. Se utilizó la guía física cuando alguna conducta no se producía ni ante la instrucción verbal ni ante el modelado.

La tercera fase se llevó a cabo en casa y en el colegio conjuntamente y tuvo una duración de cuarenta y seis días lectivos en el colegio y ochenta y cuatro días en casa.

Se fijó un programa intermitente de intervalo fijo, optando por el refuerzo diferencial indiscriminado como modalidad de refuerzo. El tiempo que había de transcurrir sin ejecución de pica se fijó en un minuto, pasado éste se procedía al refuerzo diferencial de cualquier conducta positiva que apareciera. El refuerzo comenzó siendo primario y material para terminar siendo sólo social.

La selección del menú de reforzadores se llevó a cabo con la participación de la familia y la profesora.

El seguimiento. Se realizó durante los seis meses siguientes a la finalización de la aplicación del tratamiento, efectuándose un control cada mes.

A modo de síntesis presentamos en la figura 4.1 un esquema-guía de la secuencia y contenidos de una intervención conductual en sujetos con pica.

3. TRASTORNO DE RUMIACIÓN

3.1. Definición

La rumiación, descrita por primera vez en 1687, es un síndrome que cuenta con una larga historia (Kanner, 1971). Se caracteriza por la regurgitación o nueva masticación voluntaria de alimentos que

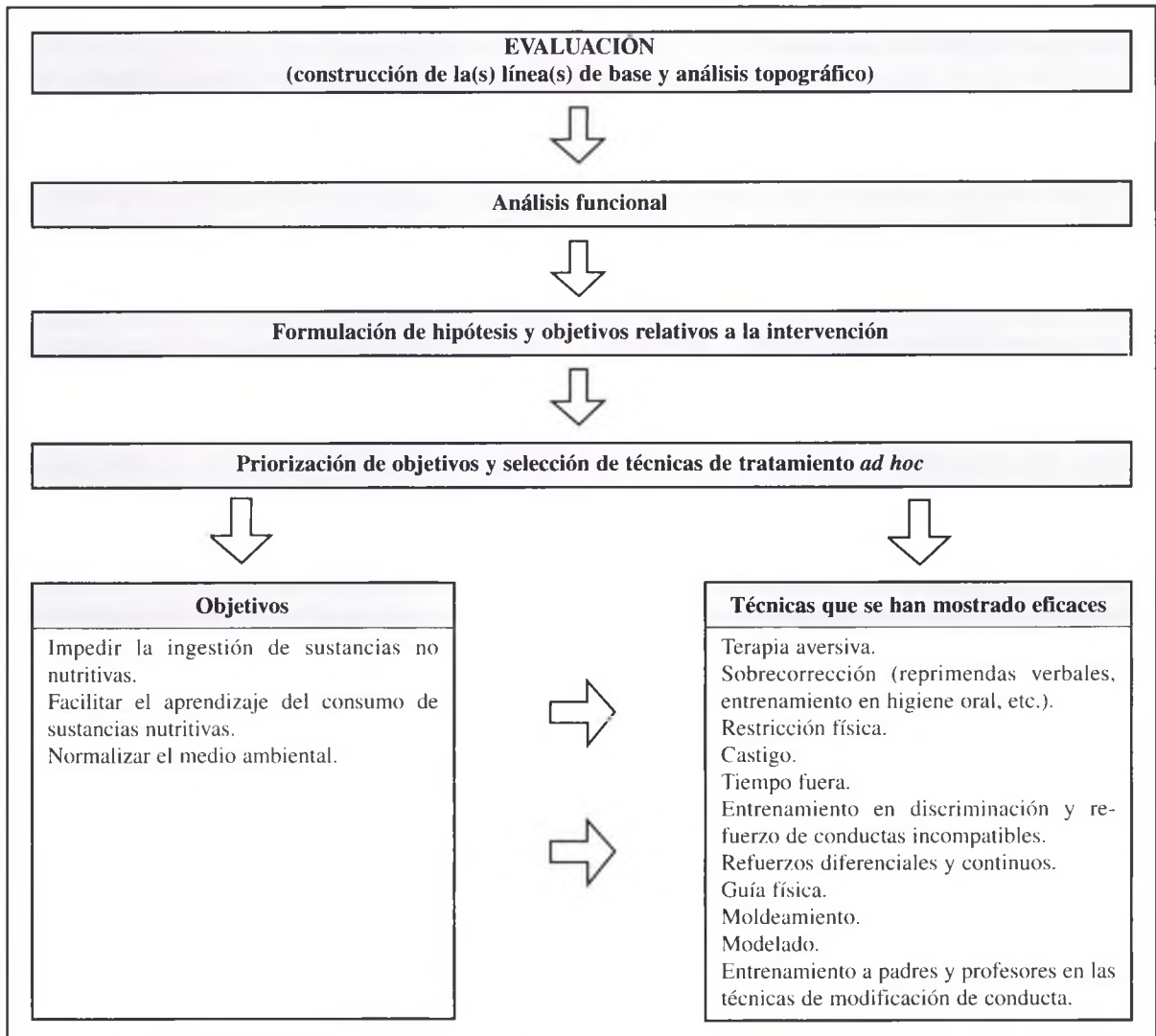


Figura 4.1.—Esquema-guía de la secuencia y contenidos de una intervención conductual en sujetos con pica.

lleva a cabo un niño tras un período de funcionamiento normal (sin existencia de causa orgánica) y que dura por lo menos un mes (APA, 2000).

La rumiación deriva de la palabra latina *ruminare*, que significa rumiar. El equivalente en griego es *mericismo*, que describe el acto de regurgitación de alimento del estómago a la boca, masticando la comida de nuevo y volviéndola a tragar.

Es importante el correcto diagnóstico del trastorno con el fin de evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias o tratamientos inadecuados.

3.2. Epidemiología

El trastorno se observa con mayor frecuencia en niños pequeños, pero puede verse en sujetos de más edad, particularmente con retraso mental.

Es muy poco frecuente y se presenta más a menudo en varones que en mujeres. Aunque se han descrito casos familiares, incluyendo la rumiación en cinco generaciones, el sesgo de la descripción de determinados casos no permite sacar ninguna conclusión sobre la existencia de una pauta familiar (Kaplan y Sadock, 1989).

El inicio de un trastorno de rumiación puede aparecer en el contexto de ciertos retrasos del desarrollo. La edad de inicio se sitúa entre los 3 y 12 meses, excepto en aquellos sujetos con retraso mental en quienes el trastorno se puede iniciar en estadios del desarrollo algo posteriores. La incidencia del trastorno en estos sujetos parece aumentar a medida que el grado de retraso es mayor (Mayes, 1992).

El trastorno suele remitir espontáneamente, pero en los casos graves el curso es continuo.

3.3. Descripción clínica

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), el rasgo esencial de la rumiación es una repetida regurgitación y nueva masticación de alimentos que tiene lugar después de la ingestión alimentaria y que se desarrolla en un niño tras un período de funcionamiento normal, durando al menos un mes (criterio A).

El alimento parcialmente digerido se vuelve a traer a la boca sin aparentes náuseas, arcadas, asco o algún problema gastrointestinal asociado. Luego el alimento se arroja de la boca o, más frecuentemente, se mastica y se vuelve a deglutir. Los síntomas no se deben a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (por ejemplo, síndrome de Sandifer o reflujo esofágico) (criterio B) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de anorexia o bulimia nerviosas (p. 105).

En las primeras etapas, es difícil distinguir el trastorno de rumiación de la regurgitación normal observada en la mayoría de los lactantes. Sin embargo, en etapas posteriores, el diagnóstico es obvio. La conducta de rumiación parece ser voluntaria, por cuanto se observa a estos niños esforzarse vigorosamente para devolver el alimento a su boca mediante giros de cabeza, cabezazos, balanceo corporal, arqueamiento de espalda o estirado de pelo. Los niños se muestran generalmente irritables y hambrientos entre los episodios de regurgitación.

Estos niños suelen ser remitidos al médico por observarse problemas en su crecimiento o de desnutrición. El diagnóstico se establece sobre la base de la historia del trastorno y de la observación y registro de su frecuencia y duración. Algunos problemas biomédicos relevantes tales como la pérdida de peso, la ausencia de los incrementos de peso esperados e incluso la muerte pueden presentarse en el curso de esta perturbación (se han descrito tasas de muerte de hasta un 25 por 100). La desnutrición parece ser menos frecuente en los niños mayores y adultos, quienes pueden manifestar el trastorno de modo continuo o episódico.

El mecanismo de la rumiación en los niños es el mismo que en los adultos, en los que ha sido posible realizar un minucioso estudio, a partir del cual se ha postulado que la rumiación es el resultado de un aumento de la presión pleuroperitoneal normal en el diafragma, con una relajación brusca del segmento vestibular esfinteriano intrahialal e intraabdominal, que permite a los contenidos gástricos un libre acceso al esófago.

Por último, desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, es preciso que la conducta no aparezca exclusivamente en el transcurso de la anorexia

o la bulimia nerviosas. Si este patrón de respuestas aparece exclusivamente en el transcurso de un retraso mental o de un trastorno generalizado del desarrollo, debe presentar la suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente (APA, 2000, p. 106).

En la tabla 4.2 recogemos los requisitos del DSM-IV-TR para emitir un diagnóstico de trastorno de rumiación.

La CIE-10 (OMS, 1992) introduce la rumiación dentro de los problemas de alimentación y nutrición, incluyendo como uno de los criterios principales para el diagnóstico el inicio antes de los 6 años de edad.

Seguindo con el diagnóstico diferencial, es preciso recordar que la rumiación o regurgitación de alimentos puede presentarse en niños con algunas anomalías congénitas (por ejemplo, estenosis pilórica o reflujo gastrointestinal) u otras enfermedades médicas, como infecciones del aparato digestivo, que deben ser descartadas mediante exploración física y pruebas de laboratorio. Se suele distinguir también de los vómitos normales de la primera infancia por el carácter aparentemente voluntario de la rumiación.

3.4. Modelos explicativos

Las causas de la génesis y mantenimiento del trastorno de rumiación han sido hipotetizadas tanto por el modelo biomédico como por el modelo cog-

nitivo-conductual. El modelo biomédico propone la existencia de una disfunción neuromotora o la presencia de anormalidades médicas o genéticas causantes de este problema (Linscheid, 1992). Para el modelo conductual es el déficit de refuerzos sociales lo que provoca que el niño busque estimulación en sí mismo. Desde este punto de vista el proceso de rumiación se puede interpretar como un esfuerzo por parte del niño para recrear el proceso de alimentación, dado que la mayor fuente de gratificación del niño, aunque incompleta, ha tenido lugar por medio de la alimentación, lo que le llevaría a desarrollar este patrón de comportamiento.

La rumiación se puede construir a partir del comportamiento alimentario habitual. Así, por ejemplo, el problema puede comenzar con la aparición de un hecho tan normal como el que el niño escupa la comida. Si en ese momento esta conducta es reforzada tanto por la autoestimulación placentera que esto le produce al sujeto como por la atención prestada por parte de los adultos al castigar tal conducta, entonces puede establecer el condicionamiento de esta respuesta a tales estímulos (Kanner, 1971; Linscheid, 1978). De este modo, si el adulto se dirige al niño cada vez que éste regurgita la comida, bien sea para reñirle o bien para distraerlo con el fin de que deje de hacerlo, el infante aprende que comportándose de esta manera recibe atención por parte del adulto, dando con ello lugar tanto a la instalación de la conducta como a su desarrollo, ya que sistemáticamente aparece el refuerzo cada vez que el niño la lleva a cabo.

TABLA 4.2

Resumen de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el trastorno de rumiación

- | |
|--|
| <p>A) Regurgitaciones y nuevas masticaciones repetidas de alimento durante un período de por lo menos un mes después de un período de funcionamiento normal.</p> <p>B) La conducta en cuestión no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (por ejemplo, reflujo esofágico).</p> <p>C) La conducta no ocurre exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o de una bulimia nerviosa. Si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un retraso mental o de un trastorno generalizado del desarrollo, son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.</p> |
|--|

Tomado de la APA (2000, p. 106).

Estas explicaciones se integran en la hipótesis que sostiene que es más probable que se aprenda la rumiación en aquellas circunstancias en las que el sujeto encargado de la alimentación del niño no proporciona la estimulación y atención adecuadas, lo cual lleva al desarrollo y consolidación de la rumiación.

Desde la perspectiva de los modelos sobre vulnerabilidad, se considera que ciertos problemas psicosociales, como la falta de estimulación, el abandono, las situaciones vitales estresantes y los problemas en las relaciones madre-padre/hijo, pueden constituir factores predisponentes al trastorno de rumiación.

3.5. Evaluación

La evaluación, al igual que el tratamiento, de este problema ha recibido escasa atención por parte de los investigadores y los clínicos. Nosotros proponemos actuar como sigue.

En primer lugar, se debe proceder a la realización de un examen o exploración médica con la finalidad de observar si existe alguna disfunción orgánica que pueda estar en la base del trastorno (por ejemplo, enfermedad gastrointestinal, reflujo esofágico).

En segundo lugar, y si estamos ante un niño con retraso mental o con trastorno generalizado del desarrollo, debemos observar si las conductas presentan la suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. La evaluación de la inteligencia mediante escalas, como la «Nueva escala métrica de inteligencia» (NEMI) realizada por Zazzo, Gill y Berba-Rad (1970), la evaluación de la madurez social («Escala de madurez social de Vineland», de Doll, 1964), etc., ayudarán a tomar posiciones en relación con la modalidad de tratamiento que puede resultar más eficaz.

En tercer lugar, procederemos a la entrevista con los padres con la finalidad de obtener información acerca de aspectos relevantes del problema, entre los que cabe destacar: la descripción de su estado actual y el curso histórico que ha seguido el trastorno, otros problemas que pueda presentar el pacien-

te, la actitud de los padres ante el niño, el ambiente familiar, la presencia de otros miembros que hayan padecido la misma perturbación, etc. El análisis del ambiente familiar incluye la obtención de información acerca del padecimiento de algún problema psicológico por los padres, existencia de divorcio, separación, estrés familiar, etc., pues todos estos factores pueden influir tanto en la aparición como en el mantenimiento y respuesta al tratamiento de la rumiación.

Además de la información anterior, recabada de forma indirecta a través de la entrevista y el examen médico, debemos obtener datos por medio de la observación, datos que nos servirán para el establecimiento de una línea de base con la que comparar posteriormente la eficacia del tratamiento. La observación se lleva a cabo mediante hojas de registro que han de cumplimentar las personas que convivan con el sujeto (previo entrenamiento *ad hoc*). Este registro permitirá obtener información sobre la frecuencia de los episodios, su intensidad, duración, etc. También se registrarán los antecedentes y las consecuencias de tal conducta, así como cualquier otro dato que el terapeuta estime de interés, lo que ayudará a analizar y determinar los estímulos que pueden estar influyendo en el mantenimiento del problema.

3.6. Tratamiento

Como ya hemos indicado anteriormente, son pocas las publicaciones con las que contamos respecto del tratamiento de la rumiación, debido, entre otras razones, a la escasa prevalencia de este trastorno (Mayes, 1992). Las intervenciones han consistido principalmente en la aplicación de procedimientos aversivos, de práctica masiva, castigos y reforzadores sociales (Ellis et al., 1997).

Los procedimientos de práctica masiva se aplican cuando el mantenimiento de los hábitos se puede explicar en función de la reducción de la ansiedad que sobreviene tras su ejecución. Desde esta posición se ha entendido que la práctica masiva del hábito, con pocos intervalos de descanso, conducirá a su eliminación. Siguiendo este

supuesto, se suele alimentar al sujeto con grandes dosis de alimentos, a menudo de tres a seis veces la cantidad normal de una comida, con la finalidad de que la conducta problema se elimine por cansancio.

Cuando se aplican los procedimientos aversivos se suelen proporcionar sustancias con sabores desagradables (por ejemplo, limón) o se administra una descarga eléctrica débil contingente con el inicio de las conductas que llevan a la rumiación (de tres a cinco días de duración). En otros casos, el castigo se ha llevado a cabo por medio de la utilización de artefactos colocados en la boca del niño con la finalidad de evitar su apertura (Kaplan y Sadock, 1989).

Pese a la eficacia de los tratamientos aversivos cabe recordar que su uso es sólo de primera elección cuando no exista un procedimiento que supere o iguale en eficacia a tal intervención. En todo caso, siempre habrá que contar con el consentimiento de los adultos que tutorizan al niño para diseñar tales intervenciones.

Los refuerzos sociales (por ejemplo, besos, caricias, gestos, palabras, etc.), además de haberse mostrado eficaces en la modificación de este problema, presentan la ventaja de que los padres pueden aplicarlos fácilmente en casa. Existen algunos indicios de que, junto con los tratamientos que utilizan el uso contingente de la atención social, son también eficaces la estimulación y atención no contingentes con los bebés que rumian (Davis y Cuvo, 1980).

A pesar de lo dicho, faltan evaluaciones controladas de las intervenciones, en particular con respecto a los bebés, por lo que no podemos llegar a conclusiones generales. No obstante, lo que sí resulta contundente es que el entrenamiento de los padres en técnicas de modificación de conducta resulta esencial tanto para la modificación del problema presentado por el niño como para la modificación del comportamiento de los padres (cuando resulte necesario).

En la figura 4.2 presentamos los tratamientos más utilizados en este problema junto a las fases en que se puede estructurar una intervención.

4. TRASTORNO DE LA INGESTIÓN ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ

4.1. Definición

Bajo este término se agrupa una serie de perturbaciones alimenticias tales como los problemas de conducta a la hora de las comidas, negación a tomar múltiples alimentos, hábitos dietéticos inadecuados, demora para tragar o masticar, prolongación excesiva en el tiempo de la ayuda para comer, etc., siendo la característica esencial la incapacidad persistente para comer adecuadamente, con la consiguiente pérdida significativa de peso o no aumento del mismo (APA, 2000). Algunos autores, como Gavino y Berrocal (1995), han calificado estos problemas alimenticios como «menores» debido a que, a diferencia de otras alteraciones mayores como la bulimia, la anorexia y la obesidad, no suponen un riesgo, en la mayoría de los casos, para la salud del infante.

4.2. Epidemiología

Aunque las cifras reales sobre la prevalencia son difíciles de estimar, algunos trabajos sugieren que entre un 25 y un 35 por 100 de niños presentan problemas de este tipo (Palmer y Horn, 1978) y que entre el 1 y el 2 por 100 de bebés y niños padecen trastornos alimenticios más graves y de larga duración, como consecuencia de los cuales se ve afectado negativamente el crecimiento (Dahl, 1987). Estos problemas suelen iniciarse durante el primer año de vida, pero también pueden aparecer a los 2 o 3 años de edad, siendo, en este caso, menos importante su impacto sobre el retraso en el desarrollo y la desnutrición, aunque cabe observar retraso en el crecimiento, experimentando mejoras tras períodos de tiempo variables. Los investigadores han informado que este trastorno es tan frecuente en niños como en niñas. De todas las admisiones en hospitales psiquiátricos, entre el 1 y el 5 por 100 lo son por incapaci-

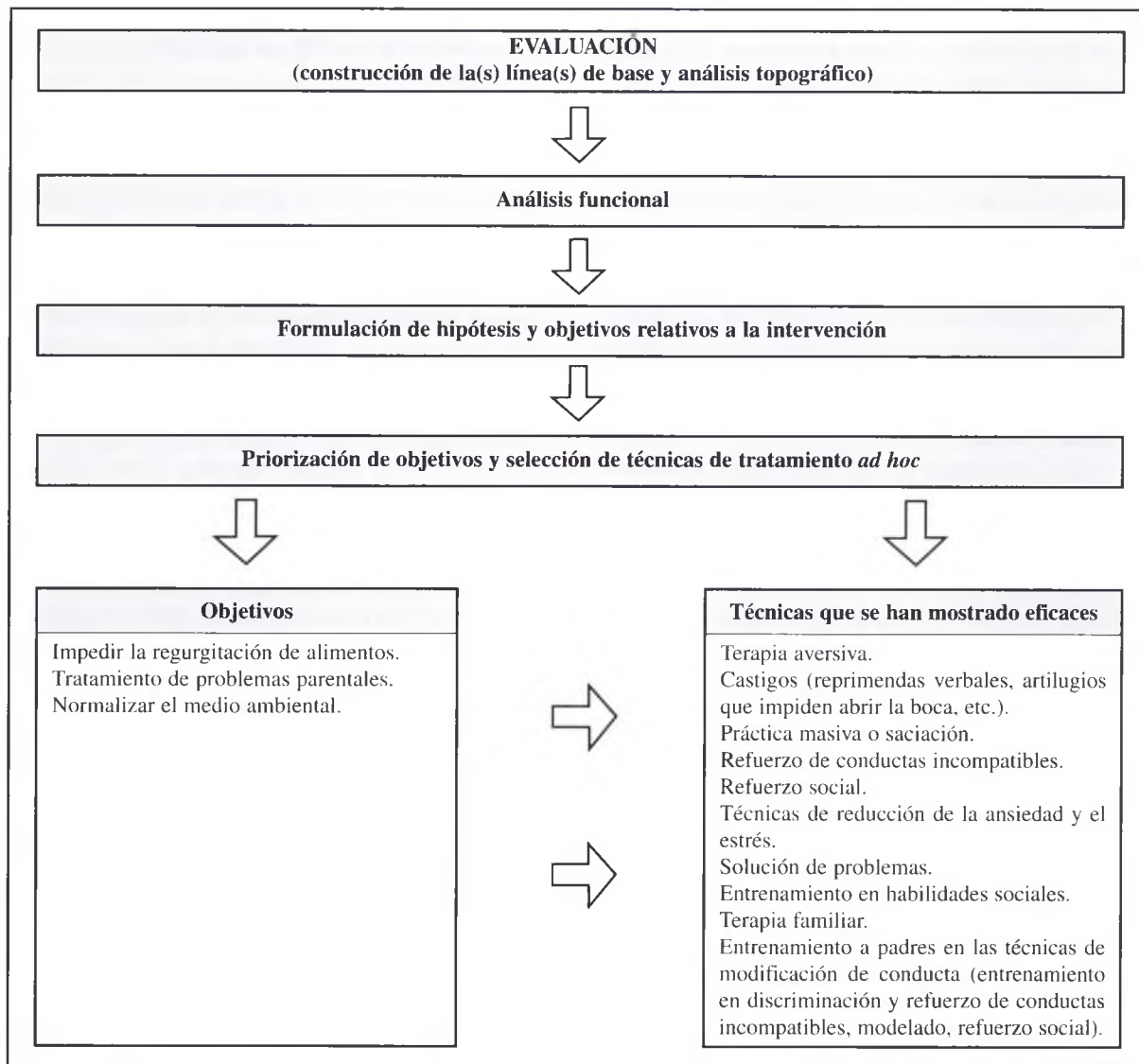


Figura 4.2.—Esquema-guía de la secuencia y contenidos de una intervención conductual en sujetos con problemas de regurgitación.

dad para ganar el peso adecuado y, alrededor de la mitad de estos casos, manifiestan alteraciones alimentarias sin ninguna enfermedad médica predisponente.

4.3. Descripción clínica

La sintomatología esencial recogida en el DSM-IV-TR (APA, 2000) define este trastorno como una

categoría que se caracteriza por «(...) una incapacidad persistente para comer adecuadamente, lo que se pone de manifiesto por una incapacidad significativa para ganar peso o por una pérdida de peso importante al menos a lo largo de un mes» (criterio A) (p. 107). Su inicio ha de ser anterior a los 6 años de edad (criterio D).

Los niños que padecen este problema suelen ser fácilmente irritables y difíciles de consolar durante las comidas. Pueden parecer apáticos y retraídos y también pueden experimentar retraso en el desarrollo. En bastantes casos, la ingestión calórica inadecuada puede exacerbar las características asociadas (irritabilidad, detenciones del desarrollo) y contribuir a incrementar las dificultades alimentarias.

Entre los problemas que genera este trastorno podemos mencionar los comportamientos perturbadores durante las comidas (levantarse continuamente, llorar y negarse a comer, etc.), negación a tomar alimentos sólidos, vómitos tras las comidas, dificultad para tragar, etc. Todos estos comportamientos suelen ser muy resistentes al cambio debido a que suelen estar muy consolidados (Iwata, Riordan, Wohl y Finney, 1982; Linscheid, 1992).

El diagnóstico diferencial de este problema exige que su ocurrencia no pueda deberse a una enfermedad gastrointestinal (por ejemplo, reflujo esofágico), endocrinológica o neurológica (criterio B), ni explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno de rumiación) o por la simple ausencia o restricción en la disponibilidad

de alimentos (criterio C) (APA, 2000). En algunos casos, existen ciertos factores asociados a este trastorno (por ejemplo, alteraciones del sueño-vigilia, amplios períodos de vigilia, etc.) que impiden al niño reaccionar positivamente ante el tratamiento.

En la tabla 4.3 aparecen los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para emitir un diagnóstico de trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia o la niñez.

Los efectos negativos de este trastorno pueden ir desde la desnutrición (por ejemplo, anemia, albúmina plástica y proteínas bajas) hasta retrasos en el desarrollo y el crecimiento o, incluso, amenazar la vida del sujeto. Junto a estas alteraciones, pueden aparecer problemas de conducta importantes y difíciles de extinguir (así, las rabietas, el llanto o las peleas).

El diagnóstico de este trastorno suele quedar confirmado si se producen mejoras de la alimentación y se gana peso en respuesta a un cambio de cuidadores, ya que se considera, como anteriormente comentamos, que estos comportamientos son producto de un aprendizaje, por parte de los niños, ante el refuerzo, por los padres, de las conductas.

4.4. Modelos explicativos

Al igual que en los trastornos anteriormente abordados, también aquí los modelos explicativos más relevantes respecto de la aparición, desarrollo y mantenimiento de este problema son el biomédico y

TABLA 4.3

Resumen de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el trastorno de ingestión alimentaria en la infancia o niñez

- | |
|---|
| <p>A) Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos un mes.</p> <p>B) La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (por ejemplo, reflujo esofágico).</p> <p>C) El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno de rumiación) o por la falta de disponibilidad de alimentos.</p> <p>D) El inicio es anterior a los 6 años de edad.</p> |
|---|

Tomado de la APA (2000, p. 108).

el conductual. El modelo biomédico relaciona este problema con deficiencias de la neuroregulación (dificultades del sueño-vigilia) o anormalidades médicas o genéticas (enfermedad gastrointestinal), entre otras. Para el modelo conductual, el trastorno aparece y se mantiene a lo largo del tiempo debido a una serie de variables (extrínsecas e intrínsecas) que lo controlan. Las extrínsecas hacen referencia a variables ajenas a la comida, como el refuerzo social o las consecuencias materiales reforzantes, la atención y los estímulos discriminativos de respuestas interfirientes; las intrínsecas son aquellas que guardan una relación directa con la alimentación (olor, sabor, comodidad e inapetencia).

Centrándonos en las variables extrínsecas, ya que son consideradas las más influyentes en el mantenimiento del problema, Godoy y Cobos (1997) observaron que un problema alimenticio podía estar reforzado por actitudes y reacciones de los padres y aquél, a su vez, reforzar las conductas inapropiadas de éstos. Por otro lado, cuando la expresión de algunas de las conductas problemáticas relacionadas con la alimentación consigue refuerzos materiales, hace que el niño las repita una y otra vez para conseguir dichos refuerzos. En otras ocasiones, los padres utilizan estímulos distractores para que el niño coma provocando el efecto contrario (por ejemplo, juega mientras come, le cuentan un cuento o van tras él con la comida). Otros factores, como la existencia de problemas psicológicos en los padres y el maltrato o abandono del niño, también pueden originar el trastorno.

4.5. Evaluación

La evaluación de los trastornos alimenticios se llevará a cabo, preferentemente, a través de la entrevista y de la observación conductual, tanto de las personas que interactúan cotidianamente con el sujeto como del propio sujeto. En la observación, será conveniente realizar un muestreo de tiempo y de situaciones, de tal manera que sea representativo. Así, se hará un registro de las distintas comidas (desayuno, almuerzo, merienda y cena), controlando las variables más relevantes (la duración de la comida, la posición del niño durante ésta —sentado,

de pie, etc.—), las características de la comida (triturada, líquida, salada, dulce, etc.), cuánto come, cómo come, dónde come, etc. Estos datos nos permitirán realizar el análisis funcional y topográfico de la/s conducta/s problema.

Asimismo, y ayudados por la entrevista, debemos analizar cuál es la historia del problema, los estímulos que están actuando como reforzadores de éste, los refuerzos materiales, sociales o de actividad que más gustan al niño, el comportamiento de los padres en relación con el niño (sobreprotección, abandono, etc.) y las conductas de autocuidado desarrolladas por el infante (por ejemplo, conductas en el aseo, vestirse, control de esfínteres, etc.). Para este último objetivo podemos utilizar también instrumentos estandarizados como la «Guía Portage», la «Escala de madurez social de Vineland», etc. Un aspecto considerado muy importante en este tipo de problemas es el análisis de la adecuación entre el motivo de la consulta y las variables psicológicas que, según el terapeuta, necesitan de tratamiento. La entrevista ayudará a analizar este aspecto.

Por otro lado, es importante conocer cuáles son los conocimientos de los padres acerca del desarrollo evolutivo del niño y cuáles son sus habilidades de crianza, ya que los déficits en estos repertorios conductuales pueden terminar estando también en el origen de los problemas que presenta el niño (Birch, 1990; Olivares y Méndez, 1998). La evaluación conductual se debe completar con una evaluación biomédica, con el fin de descartar una posible alteración gastrointestinal, endocrina o neurológica que pueda estar causando o influyendo directa o indirectamente en el mantenimiento del trastorno.

4.6. Tratamiento

En relación con el tratamiento, hay un conjunto de técnicas que se han empleado con éxito, solas en unos casos y combinadas en otros. Así, se ha aplicado el coste de respuesta, el moldeamiento, el refuerzo negativo y positivo, el desvanecimiento estimular, el castigo, etc. Los padres o personas que viven en el entorno del niño han sido entrenados en estas técnicas debido a que ellos serán los principa-

les agentes de cambio de la conducta problema. El entrenamiento de aquéllos no sólo irá dirigido a modificar los hábitos alimenticios del niño, sino que también irá destinado a formar a los padres en conocimientos evolutivos y nutricionales (Gavino y Berrocal, 1995). En bastantes casos deben ser tratadas las creencias erróneas de los padres acerca de la alimentación y autonomía del niño, junto a la conducta problema de éste.

Respecto de las distintas técnicas, las más usadas han sido el refuerzo positivo y negativo (véase Godoy y Cobos, 1997), que sirven para aumentar y consolidar los hábitos de ingestión adecuados. Los reforzadores suelen ser específicos para cada niño en función de su historia y gustos. Un reforzador muy potente es la atención prestada por el adulto al niño en forma de comentarios, besos, sonrisas, juegos, alabanzas, etc., siendo utilizado en la mayoría de los programas de modificación de conducta. Se han utilizado también reforzadores materiales (por ejemplo, juguetes, caramelos, etc) y de actividad (por ejemplo, ir al parque, jugar con la mamá), resultando muy eficaces. Cuando las conductas problema están muy consolidadas, se suelen ir premiando los pequeños logros, de modo que se va moldeando la conducta hasta llegar a la conducta meta. El coste de respuesta también ha sido utilizado en el tratamiento de estos problemas, suponiendo una pérdida de cualquier reforzador anteriormente ganado (por ejemplo, juguetes, salidas, ver la televisión, etc.). Este procedimiento se ha usado en combinación con refuerzos positivos (Wren y Tarbell, 1988). El castigo verbal se utiliza habitualmente combinado con las técnicas de tiempo fuera, coste de respuesta, etc.

A continuación, describimos brevemente un caso de un niño con problemas alimenticios, modelicamente tratado por Godoy y Cobos (1997).

Estudio de caso. Descripción abreviada del proceso de intervención

H. es un niño de 5 años y 4 meses, hijo único, adoptado, que presenta, según la madre, resistencia a comer solo y en un tiempo adecuado, no siendo suficiente el alimento que toma. Los padres son relativamente mayores (45 y 44 años) y pertenecen

a la clase media. En el momento de acudir a consulta, el niño no controla los esfínteres ni presenta hábitos de autonomía propios de su edad (por ejemplo, lavarse las manos, vestirse, abrochar botones, etc.).

Tras la entrevista con los padres, se recogen datos mediante registros de comidas, informando acerca del tiempo, posición, modo de comer, etc. Con estos datos se establecerá la línea base de las conductas que se consideren más urgentes de intervenir; éstas fueron: comer solo, los alimentos debían estar sin triturar ni mezclar.

La hipótesis planteada fue que los comportamientos sobreprotectores de la madre influían en las conductas inadecuadas del niño. Por ello, el primer paso sería intentar que la madre siguiese las instrucciones del terapeuta.

Después de la formulación de la hipótesis, se propusieron los objetivos terapéuticos que irían dirigidos a modificar las conductas de la madre (por ejemplo, seguir las instrucciones, cambiar la creencia de que el hijo come poco, etc.) y del niño (por ejemplo, implantar y generalizar la conducta de comer solo y que los alimentos estuvieran sin triturar ni mezclar).

El programa de tratamiento constó de tres fases. En la *primera fase* se informó a la madre sobre el tratamiento que se iba a llevar a cabo con el niño y se le dio la tarea de registrar diariamente la cantidad de comida ingerida por éste, con la finalidad de obtener información objetiva sobre uno de los problemas que preocupaban a la madre. Cada vez que la madre llegaba a la sesión clínica correspondiente habiendo cumplido las instrucciones dadas por el terapeuta, se le reforzaba por medio del refuerzo social. En la *segunda fase* se inicia el tratamiento con el niño, secuenciando las conductas objeto de cambio. Así, se empezó con la conducta de comer solo en la merienda y el almuerzo. Cada vez que el niño lo hacía, recibía refuerzo social, material y de actividad por parte de los padres; si dejaba de hacerlo, se le aplicaba el coste de respuesta, quitándole los reforzadores. Posteriormente, se pasó a la cena y, por último, al almuerzo, siendo reforzado en todos los momentos. El niño también recibía refuerzo social por parte del terapeuta cada vez

que los padres le informaban de sus adelantos. Aunque en la segunda fase se fueron introduciendo variedad de alimentos, fue en la *tercera fase*, cuando el niño ya era capaz de comer solo, cuando se introdujeron los diferentes tipos y modos de comida, utilizando los reforzadores anteriormente mencionados.

Se llevó a cabo el seguimiento a los doce meses, después de finalizado el tratamiento, habiéndose mantenido e incluso mejorado los objetivos.

En la figura 4.3 presentamos los tratamientos más utilizados en este problema, junto con las fases de que consta una intervención.

5. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS

Muchos de los problemas alimenticios aquí tratados suelen causar una gran preocupación en los padres y alterar en gran medida la vida familiar, no sólo porque la nutrición y crecimiento adecuados son muy importantes, sino también porque suelen ir acompañados, a menudo, de otros problemas de comportamiento (Gavino y Berrocal, 1995). Por otro lado, los casos graves de rechazo de la comida o de ingestión inadecuada de alimentos pueden llegar a generar problemas biomédicos que, en algunos casos, pueden poner en peligro la vida del niño.

La dificultad de dar una respuesta única y completa desde una sola perspectiva ha hecho que tanto la evaluación como la intervención de estos trastornos se realicen, generalmente, desde la perspectiva multidisciplinar, en el contexto del modelo biopsicosocial, en el que se reconoce la potencial participación de variables biológicas, psicológicas y sociales.

El modelo conductual ofrece un amplio abanico de procedimientos para manejar este tipo de problemas. Como orientación general, antes de aplicarlos, es preciso realizar un análisis funcional que, con base en los resultados de nuestra evaluación, nos permita hipotetizar cuáles son las variables relevantes que desencadenan o mantienen el problema de cada niño concreto y en cada situación, de forma que se utilicen las técnicas más adecuadas para cada sujeto. En segundo

lugar, es necesario que se incluya como objetivo terapéutico el generar o incrementar las conductas adecuadas y no pretender tan sólo eliminar los comportamientos inadecuados a través de procedimientos de castigo. Por último, hay que recordar que es preciso emplear estas técnicas de manera consistente y sistemática si deseamos que los cambios de conducta lleguen a iniciarse, desarrollarse y consolidarse. Ello hace necesario que todo programa conductual conlleve también una fase de seguimiento de los efectos del tratamiento, por si fuese conveniente, con el transcurso del tiempo, realizar una «intervención recuerdo».

En cuanto a perspectivas de futuro, consideramos que son muchas las variables que pueden estar influyendo en la génesis, desarrollo y mantenimiento de estos problemas, pero debido, en primer lugar, a la incidencia tan baja de algunos de ellos (por ejemplo, pica y rumiación), así como a la escasez de casos enviados a la clínica, las investigaciones para identificar tales variables son muy escasas, lo que repercute en la casi inexistencia de estudios sobre la eficacia de distintos procedimientos de intervención (Bhandari y Agarwala, 1996). Por otro lado, la falta de seguimientos a largo plazo, sobre todo en los estudios de caso de pica y rumiación (Lanyon y Goldsworthy, 1982), es un aspecto del tratamiento conductual que también debería corregirse. Igualmente, y de cara a la generalización de conductas, sería importante realizar reuniones periódicas de valoración de resultados que faciliten un seguimiento adecuado del programa y de la actuación de los adultos que colaboran en la aplicación de la intervención.

Asimismo, es necesario que en la evaluación de los tratamientos se tenga en cuenta el análisis de los costes, ya que es un aspecto apenas mencionado en la mayoría de las intervenciones publicadas.

Finalmente, hay que hacer hincapié en la necesidad de seguir profundizando tanto en la prevención a edades tempranas como en el diseño de estrategias para la detección e intervención precoz. Un excelente ejemplo lo constituye a este respecto el trabajo que están desarrollando Villena y Castillo (véase Castillo y Villegas, 1999; Villena y Castillo, 1999).

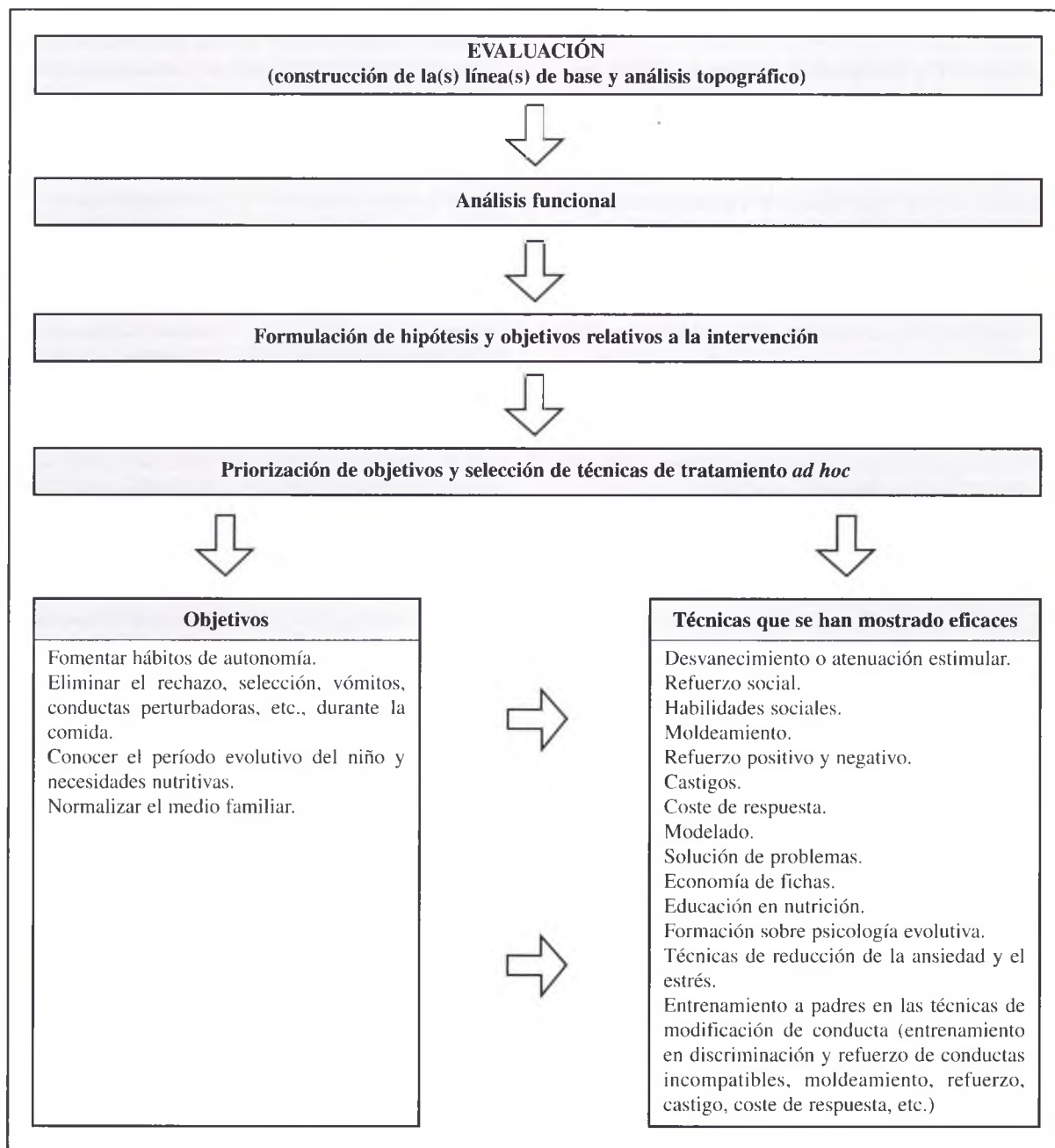


Figura 4.3.—Esquema-guía de la secuencia y contenidos de una intervención conductual en sujetos con trastorno de la ingesta alimentaria.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. y Edelbrock, C. (1981): *Escalas de apreciación de conducta en niños*, Universidad de Vermont, adaptación española experimental: Cátedra de Psicodiagnóstico, Universidad Autónoma de Madrid, 1982.
- Albin, J. (1977): The treatment of pica (scavenging) behavior in the retarded: A critical analysis and implications for research. *Mental Retardation*, 15, 14-17.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Autor.
- Balthazar, E. (1971): *Balthazar Scales of Adaptive Behavior I: Functional independence*. Illinois: Research Press.
- Balthazar, E. (1973): *Balthazar Scales of Adaptive Behavior II: Scales of social adaptation*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Beenoft, N., Bach, L., Tunstall, N. y Howard, R. (1998): An unusual case of pica. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 638-641.
- Bhandari, A. y Agarwala, S. (1996): Related efficacy of self-monitoring alone and self-monitoring in combination with progressive relaxation in the modification of pica behaviour. *Psycho-lingua*, 26, 87-98.
- Birch, L. (1990): Development of food acceptance patterns. *Developmental Psychology*, 26, 515-519.
- Bluma, S., Shearer, J., Frohman, A. y Hiliard, J. (1978): *Guía Portage de educación preescolar*. Madrid: TEA.
- Bucher, B., Reykdal, B. y Albin, J. (1976): Brief physical restraint to control pica in retrained children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 137-140.
- Castillo, M. y Villena, J. (1999): Orientaciones para la detección y manejo de los trastornos de la conducta alimentaria en el aula. En Varios autores, *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente (7021/8)*. Texto mimeografiado. Valencia: Universidad Internacional Menéndez Pelayo.
- Dahl, M. (1987): Early feeding problems in an affluent society: III. Follow-up at two-years. Natural course health, behavior and development. *Acta Paediatrica Scandinavia*, 76, 872-880.
- Danford, D., Smith, C. y Huber, A. (1982): Pica and mineral status in the mentally retarded. *American Journal of Clinical Nutrition*, 35, 958-960.
- Davis, P. y Cuvo, A. (1980): Chronic vomiting and rumination in intellectually normal and retarded individuals: Review and evaluation of behavioral research. *Behavioral Research in Severe Development Disabilities*, 1, 31-34.
- Doll, E. (1964): *Vineland Scale of Social Maturity*. Mineápolis: American Guidance Services.
- Ellis, C., Singh, N., Crews, W. y Bonaventura, S. (1997): Pica. En N. N. Singh (dir.), *Prevention and treatment of severe problems: Models and methods in developmental disabilities*. Pacific Grove, CA: Cole Publishing.
- Eyberg, S. y Ross, M. (1978): Assessment of child behavior problems. *Journal Clinical Psychology*, 3, 113-116. (adaptación experimental, Cátedra de Psicodiagnóstico, Universidad Autónoma de Madrid).
- Fernández-Ballesteros, R. (1988): Prólogo. En D. Macià y F. X. Méndez (dirs.), *Aplicaciones clínicas de la modificación de conducta. Estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Finney, J., Russo, D. y Cataldo, M. (1982): Reduction of pica in young children with lead poisoning. *Journal of Pediatric Psychology*, 7, 197-207.
- Fox, R. y Martin, E. (1975): Treatment of scavenging behavior (coprophagy and pica) by overcorrection. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 153-162.
- Fultz, S. y Rojahn, J. (1988): Pica. En M. Hersen y C. Last (dirs.), *Child behavior therapy casebook*. Nueva York: Plenum.
- Gavino, A. (1989): Problemas conceptuales y metodológicos en los tratamientos psicológicos: asertividad, habilidad y competencia social como ejemplo. En A. Fierro (dir.), *Psicología clínica. Cuestiones actuales*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. y Berrocal, C. (1995): Problemas alimenticios menores en la infancia. En M. Jiménez (dir.), *Psicopatología infantil*. Málaga: Aljibe.
- Godoy, A. y Cobos, MP (1997): Tratamiento de un caso con problemas alimenticios. En F. X. Méndez y D. Macià (dirs.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes (5.ª ed.)*. Madrid: Pirámide.
- Halmi, K. (1985): Eating disorders. En H. Kaplan y G. Winokur (dirs.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Williams.
- Hirsch, N. y Miles, B. (1996): The use of a pica box in reducing pica behavior in a student with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 11, 222-225.

- Iwata, B., Riordan, M., Wohl, M. y Finney, J. (1982): Pediatric feeding disorders: Behavioral analysis and treatment. En P. Accardo (dir.), *Failure to thrive in infancy and early childhood: A multidisciplinary team approach*. Baltimore: University Park.
- Kalfus, G., Fisher-Gross, S., Mrvullo, M. y Nau, P. (1987): Outpatient treatment of pica in a developmentally delayed child. *Child and Family Behavior Therapy*, 9, 46-63.
- Kanner, L. (1971): *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1989): *Compendio de psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Lanyon, R. y Goldsworthy, R. (1982): Habit disorder. En A. Bellack, M. Hersen y A. Kazdin (dirs.), *International handbook of behavior and therapy*. Nueva York: Plenum.
- Linscheid, T. (1978): Disturbances of eating and feeding. En P. Magrab (dir.), *Psychological problems in early life, vol. 1. Early life conditions and chronic diseases*. Baltimore: University Park.
- Linscheid, T. (1992): Eating problems in children. En C. Walker y M. Roberts (dirs.), *Handbook of clinical child psychology*. Nueva York: Wiley.
- Lofts, R. (1986): The effect of zinc on pica a mentally retarded female (summary). *Proceedings of the 19th Annual Gatlinburg Conference on Research and Theory in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, p. 32.
- Matson, J. y Frame, C. (1986): *Psychopathology among mentally retarded children and adolescents*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Mayes, S. (1992): Rumination disorder: Diagnosis, complications, mediating variables, and treatment. En B. Lahey y A. Kazdin (dirs.), *Advances in clinical child psychology, vol. 14*. Nueva York: Plenum.
- McAlpine, C. y Singh, N. (1986): Pica in institutionalized mentally retarded persons. *Journal of Mental Deficiency Research*, 30, 171-178.
- Millican, F. y Lourie, R. (1970): The child with pica and his family. En E. Anthony y C. Koupernik (dirs.), *The child in this family, vol. 1*. Nueva York: Wiley.
- Molina, F. y Luciano, M. C. (1990): Pica y coprofagia: Etiología, prevención y tratamiento. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 297-313.
- Olivares, J. (1997): Pica y balanceo: Tratamiento en un niño con retraso mental profundo. En F. X. Méndez y D. Macià (dirs.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes* (5.ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. y Méndez, F. X. (1998): Características de la intervención clínica en niños y adolescentes, en M. A. Vallejo (dir.), *Manual de terapia de conducta, vol. II*. Madrid: Dykinson.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (1997): *Los tratamientos conductuales en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992): *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (traducción castellana: Forma, 1994).
- Palazón, I. y Mira, J. (1988): Estudio de caso: Tratamiento de un caso de pica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 7, 26-34.
- Palmer, S. y Horn, S. (1978): Feeding problems in children. En S. Palmer y S. Ekvall (dirs.), *Pediatric nutrition in developmental disorders*. Springfield, IL: Thomas.
- Paniagua, F., Braverman, C. y Capriotti, R. (1986): Use of a treatment package in the management of a profoundly mentally retarded girl's pica and self-stimulation. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 550-557.
- Pelechano, V. (1975): Una escala de trastornos de la conducta para deficientes mentales (ETC-1). *Análisis y Modificación de Conducta*, 1, 19-32.
- Pelechano, V. (1976): Viabilidad de una entrevista estructurada para detectar historias de refuerzo en deficientes mentales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2, 233-246.
- Piazza, C., Fisher, W., Hanley, G., Leblanc, L., Worsdell, A., Lindaver, S. y Keeney, M. (1998): Treatment of pica through multiple analyses of its reinforcing functions. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 165-189.
- Rojahn, J. (1986): Self-injurious and stereotypic behavior of noninstitutionalized mentally retarded people: prevalence and classification. *American Journal of Mental Deficiency*, 91, 268-276.
- Saldaña, C. (1994): *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Saldaña, C. (2001): Perspectiva global de los trastornos del comportamiento alimentario. En C. Saldaña (dir.), *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente* (pp. 101-124). Madrid: Pirámide.
- Singh, N. (1983): Behavioral treatment of pica in mentally retarded persons. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Newsletter*, 2, 33-36.
- Singh, N. y Winton, A. (1985): Controlling pica by components of an overcorrection procedure. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 40-45.

- Varni, J. (1983): *Clinical behavioral pediatrics: An interdisciplinary biobehavioral approach*. Nueva York: Pergamon.
- Villena, J. y Castillo, M. (1999), Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en el medio escolar. En Varios autores, *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente* (7021/9). Texto mimeografiado. Valencia: Universidad Internacional Menéndez Pelayo.
- Whitman, T., Scibak, J. y Reid, D. (1983): *Behavior modification with the severely and profoundly retarded*. Nueva York: Academic Press.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. (1997): *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice-Hall.
- Wren, F. y Tarbell, S. (1998): Feeding and growth disorders. En R. Ammerman (dir.), *Handbook of pediatric psychology and psychiatry, vol. 2. Disease, injury and illness*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Zazzo, R., Gilly, M. y Berba-Rad, M. (1970): *Nueva escala métrica para la medida de la inteligencia*. Buenos Aires: Kapelusz.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Ellis, C., Singh, N., Crews, W. y Bonaventura, S. (1997): Pica. En N. N. Singh (dir.), *Prevention and treatment of severe problems: Models and methods in developmental disabilities*. Pacific Grove, CA: Cole Publishing.
- Gavino, A. y Berrocal, C. (1995): Problemas alimenticios menores en la infancia. En M. Jiménez (dir.), *Psicopatología infantil*. Málaga: Aljibe.
- Olivares, J. (1997): Pica y balanceo: Tratamiento en un niño con retraso mental profundo. En F. X. Méndez y D. Macià (dirs.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes* (5.ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Saldaña, C. (1994): *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Wren, F. y Tarbell, S. (1998): Feeding and growth disorders. En R. Ammerman (dir.), *Handbook of pediatric psychology and psychiatry, vol. 2. Disease, injury and illness*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. (1997): *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice-Hall.

Características clínicas, evaluación y tratamiento de la enuresis

5

CARMEN BRAGADO¹

1. INTRODUCCIÓN

La enuresis es un trastorno relativamente común en la clínica infantil. Es, además, un problema etiológicamente complejo, lo que determina que existan diversos enfoques teóricos y terapéuticos que no siempre están en sintonía. Esta falta de consenso viene motivada, en parte, porque el estudio de la enuresis involucra a profesionales de distintos ámbitos como la pediatría, la urología, la psiquiatría y la psicología, con intereses dispares y a veces contrapuestos, lo que favorece la dispersión del conocimiento y dificulta la integración de los logros obtenidos por cada uno. Como comenta Houts (1991), durante años la investigación conductual y médica han estado separadas; los investigadores de uno u otro signo rara vez mencionaban en sus escritos los trabajos realizados en el otro campo. Sin embargo, y de acuerdo con Houts, en el momento actual se impone la necesidad de integrar los datos procedentes de ambos lados, y parece que una forma de conseguirlo pasa por llegar a un acuerdo consensuado sobre el propio concepto de enuresis. Quizá, la solución que propone este autor de considerar la enuresis como un problema «bioconductual» marque el punto de partida para ello.

2. CONCEPTO DE ENURESIS

La definición más extendida de la enuresis describe el fenómeno como una emisión involuntaria de orina, después de una edad en la que el niño debería haber adquirido la continencia urinaria, normalmente entre cuatro y cinco años, y no existen indicios de una patología orgánica identificable (alteraciones urológicas o neurológicas). En urología pediátrica se suele matizar que la enuresis es una micción funcionalmente normal, con el fin de excluir del concepto los casos de incontinencia ocasionados por anomalías vesicales o anatómicas, infecciones, etc. (Miguélez, Martín, García, García y Galiano, 1996a; Norgaard, Van Gool, Hjalmas, Djurhuus y Hellström, 1998). Sin embargo, todavía no se ha logrado llegar a una opinión unánime respecto a los criterios a seguir para efectuar un diagnóstico de enuresis que sea aceptado por toda la comunidad científica. Es posible que esta falta de acuerdo se deba, entre otras razones, al hecho de que los criterios diagnósticos establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994) o por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993) difieren entre sí (véase tabla 5.1) y, probablemente también, a que tales criterios no han conseguido penetrar del todo en los distintos ámbitos profesionales implicados en el estudio y tratamiento de la enuresis, como demuestra el hecho de que varios estudios epidemiológicos conducidos por pediatras y/o urologos no se ajustan a las reglas expuestas por ninguno de los dos sistemas.

¹ Universidad Complutense de Madrid (España).

TABLA 5.1

Criterios diagnósticos de la enuresis en los sistemas de clasificación de los trastornos mentales

	DSM-III (APA, 1980)	DSM-III-R (APA, 1987)	DSM-IV, DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000)	CIE-10 (OMS, 1992, 1993)
Terminología	Enuresis funcional.	Enuresis funcional.	Enuresis (no debida a una enfermedad médica).	Enuresis no orgánica.
Concepto	Emisión involuntaria y repetida de orina durante el día o la noche.	Emisión involuntaria o intencional de orina durante el día o la noche, en la cama o en la ropa (p. 104).	Emisión repetida de orina durante el día o la noche en la cama o en la ropa (voluntaria o intencionadamente). En la mayor parte de los casos el hecho es involuntario, pero en ocasiones es intencionado (p. 114).	Emisión involuntaria o intencionada de orina en la cama o en la ropa (1993, p. 212). El concepto incluye enuresis funcional, psicógena, incontinencia no orgánica y enuresis de origen no orgánico, primaria o secundaria (1992, p. 349).
Edad	Cinco años.	Cinco años.	Cinco años.	Cinco años.
Frecuencia	2 episodios/mes (5-6 años). 1 episodio/mes (mayores de 6).	2 episodios/mes (entre 5-6 años). 1 episodio/mes (niños mayores).	2 episodios/semana.	2 episodios/mes (menores de 7 años). 1 episodio/mes (7 años o más).
Duración	¿-?	¿-?	3 meses.	3 meses.
Tipos	— Primaria. — Secundaria: precedida de un período de continencia de un año. — Nocturna. — Diurna.	— Primaria. — Secundaria: precedida de un período de continencia de un año. — Nocturna. — Diurna.	— Nocturna. — Diurna. — Nocturna y diurna.	— Nocturna. — Diurna. — Nocturna y diurna.
Curso del trastorno	La mayoría de enuréticos es continente en la adolescencia. En algunos casos el problema persiste hasta la edad adulta.	La mayoría de los enuréticos adquiere la continencia en la adolescencia. Un 1% permanece hasta la edad adulta.	— Primario. — Secundario.	

TABLA 5.1 (continuación)

	DSM-III (APA, 1980)	DSM-III-R (APA, 1987)	DSM-IV, DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000)	CIE-10 (OMS, 1992, 1993)
Diagnóstico diferencial	Descartar causas orgánicas, como la diabetes o las crisis convulsivas.	Descartar causas orgánicas de la enuresis: diabetes, crisis convulsivas e infección del tracto urinario.	La enuresis no está exclusivamente causada por una sustancia (por ejemplo, diuréticos) ni enfermedad (diabetes, espina bífida, trastornos convulsivos). El diagnóstico de enuresis no se establece en presencia de vejiga neurogénica o enfermedad médica que cause poliuria o urgencia (por ejemplo, diabetes) o durante un proceso infeccioso del tracto urinario.	Descartar cuadros orgánicos que sean causa suficiente de la enuresis (incontinencia de origen neurológico, epilepsia, anomalías estructurales del tracto urinario u otros trastornos físicos). Ausencia de otros trastornos psiquiátricos codificados en la CIE-10.

Nota: Todas las páginas citadas en la tabla se corresponden con la versión española.

Un punto clave de controversia se refiere al concepto mismo de enuresis; mientras que la mayoría de los médicos y de los psicólogos expertos en el campo coinciden en entender la enuresis como un acto involuntario, y, por tanto, fuera de la voluntad del niño, tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales —DSM-IV-TR— (APA, 2000), como la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), en el texto que establece los criterios diagnósticos y de investigación de los trastornos mentales y del comportamiento (OMS, 1993), insisten en afirmar que la enuresis puede ser involuntaria o «intencional». Este empecinamiento resulta además curioso, ya que en la edición anterior de la APA (DSM-III, 1980) se aceptaba sin reparos que la enuresis consistía en la emisión involuntaria de orina, y la CIE-10, al describir los rasgos clínicos de los trastornos mentales (OMS, 1992) indica que: «la enuresis no orgánica se caracteriza por la emisión involuntaria de orina, durante las horas diurnas, o durante la noche .../... y no es consecuencia de una falta de control vesical secundaria a un trastorno neurológico, a ataques epilépticos o a alguna anomalía estructural del tracto urinario» (p. 348 de la edición española). No está claro qué entienden estos textos por «enuresis intencional», pero, como ya he comentado en otro lugar (Bragado, 1999), el hecho de que un niño se haga pis en la cama o en la ropa deliberadamente debería entenderse como un problema ligado a otras alteraciones del comportamiento, que requiere un abordaje diferenciado, y no como un trastorno de eliminación.

Las discrepancias entre ambos sistemas de clasificación no terminan aquí, ya que tampoco coinciden al establecer cuál debe ser la frecuencia mínima con la que el niño se orina. Mientras que la CIE-10 estipula un criterio mínimo de dos episodios al mes en los niños menores de 7 años y tan sólo uno en los que superen esta edad, lo mismo que hiciera el DSM-III-R (APA, 1987), la actual versión del DSM (DSM-IV-TR) ha optado por establecer una frecuencia mucho mayor: dos episodios a la semana, sin hacer distinciones de edad. No cabe duda de que una diferencia tan acusada provocará grandes oscilaciones en la prevalencia del trastorno, en virtud del sistema elegido

por el investigador. Personalmente, considero que la modificación introducida por el DSM-IV (APA, 1994) en este punto concreto es bastante acertada, pues limita los falsos negativos y se ajusta mejor a los datos clínicos.

Aunque también existen opiniones encontradas (véase Bragado, 1999), se aprecia un acuerdo creciente respecto a que la enuresis no se debería diagnosticar antes de los 5 años. Tanto el DSM-IV como la CIE-10 coinciden en este punto, así como en la duración mínima del trastorno, tres meses. Este criterio de duración no existía en las ediciones anteriores del DSM, lo que generaba cierto grado de arbitrariedad entre los profesionales sanitarios. Su inclusión supone un avance hacia la objetividad, ya que limita los juicios subjetivos, potencia el acuerdo entre los clínicos y previene la posibilidad de establecer diagnósticos erróneos.

2.1. Tipos de enuresis

Históricamente se ha empleado el término de *enuresis funcional* para denominar la enuresis en cuyo origen no se aprecian alteraciones urológicas o neurológicas. En contraposición, el término de *enuresis orgánica* se ha utilizado para resaltar la existencia de este tipo de anomalías. En consonancia con esta distinción y con objeto de subrayar la exclusión de «causas físicas conocidas» del concepto de enuresis, las dos ediciones anteriores del DSM (DSM-III y DSM-III-R) decidieron utilizar la expresión de «enuresis funcional», en tanto que el DSM-IV y el DSM-IV-TR han preferido emplear simplemente el término de enuresis, matizando entre paréntesis que no esté producida por una enfermedad médica. Aunque no se exponen las razones del cambio, da la impresión de que la nueva acepción intenta evitar posibles polémicas acerca del significado del término funcional, entendido por algunos autores como sinónimo de lo psicológico, cuando, en un sentido estricto, este concepto alude a las funciones fisiológicas y, en medicina, se emplea para designar síntomas o trastornos relacionados con el funcionamiento anómalo de un órgano determinado, sin que existan lesiones anatómicas aparentes (*Diccionario termino-*

lógico de ciencias médicas, Macean, 1992). De hecho, y a la luz de las últimas investigaciones sobre la etiología del trastorno, la enuresis podría entenderse como una trastorno «psicofisiológico o bio-conductual», ya que en su génesis intervienen tanto factores fisiológicos como de aprendizaje y psicosociales, por lo que la denominación de enuresis funcional resultaría, a mi juicio, bastante apropiada. Por su parte, la CIE-10 ha elegido la denominación de «enuresis no orgánica», designación equiparable a la de «enuresis funcional», aunque quizá más descriptiva y menos comprometida.

La enuresis funcional es el tipo más frecuente; se considera que la enuresis ocasionada por alguna alteración orgánica afecta a un porcentaje muy pequeño de la población total de enuréticos, entre un 2 y un 5 por 100 (Bollard y Nettelbeck, 1989; Garat y Kaffaratti, 1996; Kelleher, 1997). En la tabla 5.2 se enumeran otros tipos de enuresis aceptados en la literatura actual.

Según el curso o la duración del trastorno se distingue entre *enuresis primaria* y *enuresis secundaria*. En el primer caso, el problema persiste desde el nacimiento, mientras que en el segundo aparece después de un período prolongado de continencia,

cuya duración oscila entre los 6 y los 12 meses. Clínicamente, la enuresis secundaria presupone la intervención de algún factor desencadenante de tipo médico, psicológico o mixto (Peña, León, Giráldez y Leal, 1996). No obstante, conviene recordar que los factores desencadenantes no siempre explican el mantenimiento del problema. Por ejemplo, cabe la posibilidad de que la enuresis se haya iniciado como consecuencia de una cistitis, pero este hecho no justificaría su continuidad después de haber controlado la infección.

La distinción entre enuresis primaria y secundaria tiene escaso valor pronóstico, ya que se ha comprobado que ambos tipos de enuresis responden por igual a los métodos terapéuticos al uso (Bragado, 1999; Houts, Berman y Abramson, 1994; Moffat, 1997), lo que no impide que se hayan detectado algunas diferencias entre ellas que sugieren una etiología distinta. Entre otros hallazgos, se ha señalado que los factores emocionales y los sucesos estresantes juegan un papel más importante en la génesis de la enuresis secundaria (Chiozza et al., 1998; Järvelin, Moilanen, Vikeväinen-Tervonen y Huttunen, 1990; Luna y Toro, 1996), que la enuresis secundaria predomina en el sexo femenino y la

TABLA 5.2
Tipos de enuresis

Parámetros	Tipos
Factores causales	— Funcional. — Orgánica.
Síntomas miccionales	— Monosintomática (polisintomática). — Enuresis no complicada (complicada).
Momento de ocurrencia	— Nocturna: • Tipo I (alteración moderada del despertar). • Tipo IIa (alteración grave del despertar). • Tipo IIb (funcionamiento vesical anómalo). — Diurna. — Mixta: nocturna y diurna.
Curso	— Primaria. — Secundaria.

primaria en el masculino, que la presencia de enco-
prepsis es más frecuente entre los enuréticos secun-
darios que entre los primarios (Chiozza et al.,
1998), y que la enuresis secundaria remite en menor
proporción que la primaria (Font, 1985).

Los sistemas de clasificación de los trastornos mentales reconocen tres subtipos de enuresis (véase tabla 5.1): *enuresis nocturna*, *enuresis diurna* y *enuresis nocturna y diurna* (mixta). Por definición, la enuresis nocturna se caracteriza porque el niño se orina en la cama mientras duerme, en tanto que la diurna indica que el episodio enurético sucede durante el día, cuando el niño está despierto. Es bastante común que los enuréticos diurnos experimenten una necesidad urgente de orinar y que lo hagan con demasiada frecuencia, lo que contribuye a que sufran infecciones urinarias en mayor proporción que los enuréticos nocturnos. El DSM-IV-TR afirma que en algunos casos los accidentes diurnos están provocados por la negativa del niño a utilizar los baños escolares, debido a que sufre cierta ansiedad social. Igual que la enuresis secundaria, la enuresis diurna es más prevalente en el sexo femenino que en el masculino.

La enuresis diurna aislada es muy infrecuente; la autora (Bragado 1980) sólo encontró 1,2 por 100 de enuresis diurna secundaria y ningún caso de enuresis diurna primaria, en un estudio realizado sobre las historias clínicas de 1.062 niños de 9,3 años de edad (media), que recibieron asistencia ambulatoria en un Servicio Público de Salud Mental en el transcurso de un año. Sin embargo, alrededor del 13 por 100 presentaba enuresis mixta. Los datos epidemiológicos indican que la prevalencia de la enuresis mixta podría situarse en un rango que oscila entre el 4 y el 21 por 100. La mayoría de los expertos considera que este tipo de enuresis tiene peor pronóstico terapéutico que la enuresis nocturna.

En las publicaciones de los últimos años se observa una tendencia cada vez mayor a diferenciar entre lo que se ha dado en llamar enuresis monosintomática, enuresis no complicada o enuresis simple, y la enuresis polisintomática o complicada (Järvelin, Vikeväinen-Tervonen, Moilanen y Huttunen, 1988; Miguélez et al., 1996a; Moffat, 1997; Norgaard et al., 1998). El concepto de enuresis *monosintomática* se

emplea para designar a la enuresis nocturna que no se acompaña de síntomas miccionales diurnos, tales como urgencia, frecuencia, infecciones urinarias, goteo o disuria (micción dolorosa o difícil), mientras que la enuresis *polisintomática* o complicada (también conocida como síndrome enurético), indicaría la presencia de alguno de estos síntomas. Sin embargo, conviene recordar, como dice Hjalmas (1998, p. 55), que es normal que los niños menores de 7 años experimenten alguna urgencia a la hora de vaciar la vejiga y que pueden llegar a orinar unas siete veces al día, por lo que el diagnóstico de frecuencia requiere que exista un incremento estable de esta pauta. A modo de guía, Hjalmas establece el exceso por encima de ocho micciones diarias. De momento, parece confirmado que la enuresis nocturna monosintomática tiene mejor pronóstico, ya que presenta una incidencia de problemas urológicos similar a la encontrada en la población general (Del Pozo, 1998; Miguélez et al., 1996a).

2.1.1. Subtipos de enuresis nocturna

Partiendo de una observación obvia, que los niños que se despiertan a orinar cuando su vejiga está llena no mojan la cama, un grupo de expertos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Kioto (Japón), liderados por Watanabe, llevan diez años investigando cuáles son los mecanismos responsables de que el niño se despierte cuando la vejiga se llena hasta su capacidad funcional y qué anomalías pueden existir en los que no lo hacen (enuréticos nocturnos).

El control voluntario de la orina y el despertar ante el deseo de orinar se adquieren en el curso del desarrollo. En los bebés, el almacenamiento y la descarga de orina ocurren de forma automática, encontrándose la micción gobernada por un centro nervioso inferior localizado en la médula sacra, que entra en acción cuando la vejiga alcanza un nivel aproximado de 30 ml. Pero, en el curso del desarrollo, el niño comienza a tener conciencia del deseo de orinar (1-2 años), al reconocer las sensaciones de distensión y llenado vesical, lo que implica la entrada en funcionamiento de centros

nerviosos superiores. Poco a poco, aprenderá a controlar voluntariamente la micción durante el día, mientras está despierto. Paralelamente, las pautas de sueño del recién nacido sufren importantes modificaciones en el proceso evolutivo. Como recuerda Watanabe (1998), en los primeros meses de vida, los niños duermen más de 16 horas diarias y no distinguen entre el día y la noche. Progresivamente, este patrón de sueño multifásico adopta una pauta monofásica, y el niño aprende a dormir de noche y a permanecer despierto durante el día. Antes de los 5 años la mayoría posee la habilidad de despertarse ante las sensaciones producidas por una vejiga llena y de acudir al baño para orinar, por lo que cabe preguntarse: ¿qué sucede durante el sueño en aquellos que no se despiertan y se orinan en la cama?.

Para responder a esta pregunta, Watanabe y Azuma (1989) estudiaron a 203 enuréticos y a tres sujetos normales, monitorizando, simultáneamente y mientras dormían, los cambios electroencefalográficos (EEG) y cistométricos (CMG) que se producían cuando se llenaba la vejiga hasta su límite funcional. Se observó que, cuando los sujetos normales se quedaban dormidos, el registro EEG estaba dominado por la presencia de ondas delta, indicadoras de sueño profundo (fases III o IV); casi al mismo tiempo, la cistometría registraba una línea plana, señalando una presión intravesical estable. A medida que se llenaba la vejiga, la CMG recogía una elevación de la presión intravesical suave (primera contracción vesical), mientras que el EEG registraba un decremento de ondas «delta» y un aumento de ondas «theta», mostrando un cambio en el patrón de sueño, que variaba de las fases III-IV a fases de sueño más ligero (I o II). Dicho cambio parece responsabilidad de la activación del locus coeruleus (localizado en el suelo del cuarto ventrículo cerebral). Entre los 10-13 minutos posteriores a esta fase de transición del sueño, los sujetos se despertaban ante la sensación de plenitud vesical e iban al baño para orinar.

Otros hallazgos, resumidos por Watanabe (1998), indican que, en asociación con el descenso de las ondas «delta», se produce un aumento llamativo de los «husos del sueño» (*spindles*), ráfa-

gas de ondas de unos 11-16 ciclos/s y una amplitud que supera los 5 microvoltios. Se cree que este tipo de ondas cerebrales tienen su origen en el tálamo y su función principal consiste en mantener el sueño del sujeto, impidiendo que se despierte. Pues bien, se ha comprobado que en las personas continentes los husos del sueño disminuyen gradualmente e incluso desaparecen, lo que explicaría que se despierten del todo cuando perciben la necesidad de orinar. De modo que, concluye Watanabe, para que se produzca un despertar completo, después de la transición del sueño profundo a una fase de sueño más ligero, es perentorio que disminuyan los husos del sueño.

Respecto a los enuréticos, los registros mostraron tres pautas diferentes que se correspondían con tres clases de enuresis nocturna que denominaron enuresis tipo I, tipo IIa y tipo IIb, cuyas características se mencionan a continuación, teniendo en cuenta todos los hallazgos acumulados en los últimos años (véase tabla 5.3). Hasta la fecha se han estudiado con este procedimiento un total de 1.252 enuréticos nocturnos funcionales, sin ningún trastorno orgánico demostrable (Watanabe, 1998).

La enuresis del tipo I se caracteriza por una alteración moderada de la respuesta de despertar ante el estímulo de la vejiga llena. Los resultados del EEG y de la CMG durante el sueño son similares a los de los sujetos normales. Cuando la vejiga se llena en una fase de sueño profundo, el trazado electroencefalográfico cambia a un patrón de sueño ligero (fases I o II), aunque los sujetos no llegan a despertarse del todo y, unos pocos minutos más tarde, se orinan, mientras permanecen en un estado de somnolencia. Como en los no enuréticos, los husos del sueño aumentaban considerablemente durante la fase de transición de sueño profundo a sueño ligero, pero, a diferencia suya, no disminuían, reiniciándose de nuevo el sueño profundo. En estos casos, podría afirmarse que la función vesical y la reacción electroencefalográfica de despertar están bien establecidas, pero la fase final de despertar es incompleta (Watanabe, 1998). Este tipo de enuresis es el más frecuente de los tres, afectando aproximadamente al 60 por 100 de los enuréticos nocturnos estudiados.

TABLA 5.3

Rasgos clínicos de los distintos subtipos de enuresis nocturna

Parámetros	Enuresis tipo I	Enuresis tipo IIa	Enuresis tipo IIb
Casos identificados	743 (59%)	126 (10%)	383 (31%)
EEG	Activo	Inactivo	Inactivo
Descargas paroxísticas en EEG	7 (10%)	10 (30%)	1 (6%)
CMG	Estable	Estable	Inestable
Curso clínico de la enuresis (1)	Tratados: 430 Curados: 57 (13%) Muy mejorados: 198 (46%) Sin cambios: 175 (41%)	Tratados: 63 Curados: 8 (13%) Cambio a tipo I: 43 (68%) Sin cambios: 12 (19%)	Tratados: 161 Curados: 14 (9%) Cambio a otro tipo: 116 (72%) Sin cambios: 31 (19%)

Nota: EEG, electroencefalograma; CMG, cistometrografía. (1) Sujetos sometidos a diversos tratamientos: aparato de alarma que despierta al sujeto en el momento de transición de sueño profundo a sueño ligero (tipo I); fármacos antiepilépticos y/o antidepresivos tricíclicos (tipo IIa); y fármacos anticolinérgicos (tipo IIb).

FUENTE: Resumido de Watanabe (1998, pp. 8 y 11).

La enuresis tipo IIa también parece motivada por una alteración de la respuesta de despertar, pero de naturaleza más grave que la del tipo I. En este grupo se ha observado que, cuando se detecta la primera contracción vesical, el EEG no registra ninguna variación en el patrón de sueño; pocos minutos después tiene lugar un episodio enurético. No obstante, el funcionamiento vesical es correcto, ya que los registros cistométricos indican que el proceso de llenado de la vejiga sigue la misma pauta que en los sujetos normales, y se produce una auténtica sensación urinaria. Pero, electroencefalográficamente, no se aprecia ninguna reactividad, incluso cuando la vejiga está llena, y la micción ocurre súbitamente durante las fases de sueño profundo. No se sabe todavía si el fracaso en activar la respuesta de despertar se debe a una disfunción del centro de despertar (situado en la protuberancia del tronco cerebral) propiamente dicho o si existe una especie de cancelación de la activación que impide que el impulso sensorial llegue a la corteza cerebral. Conviene hacer notar que en este tipo de enuresis se observaron descargas paroxísticas, de la misma naturaleza que las descritas en la epilepsia, en mayor proporción que en los otros dos subtipos (véase tabla 5.3).

Finalmente, *la enuresis tipo IIb* se debe a un funcionamiento anormal de la vejiga (vejiga neurogénica latente) que sólo se manifiesta durante el sueño. Cuando los sujetos están dormidos, y mientras la vejiga se llena, la cistometría refleja contracciones vesicales no inhibidas y continuas, aunque este patrón no aparece durante el día; es decir, el funcionamiento vesical es completamente normal durante las horas de vigilia. Debido a que la vejiga se contrae con tanta frecuencia, puede decirse que no existe una auténtica sensación de orinar capaz de activar los centros nerviosos superiores, por lo que la enuresis ocurre de forma automática cuando la vejiga está llena, sin que se aprecien cambios electroencefalográficos en el patrón de sueño y, consecuentemente, sin que los sujetos se despierten.

En base a los resultados obtenidos, se propone una hipótesis explicativa acerca de los mecanismos implicados en la reacción de despertar ante la estimulación de plenitud vesical, según la cual (Watanabe, 1998, p. 8), la información de que la vejiga está llena podría ser transmitida al locus coeruleus (LC) como una sensación de la necesidad de orinar, y la activación del LC daría lugar a un cambio del patrón de sueño (de sueño profundo a sueño ligero). En ese momento, el

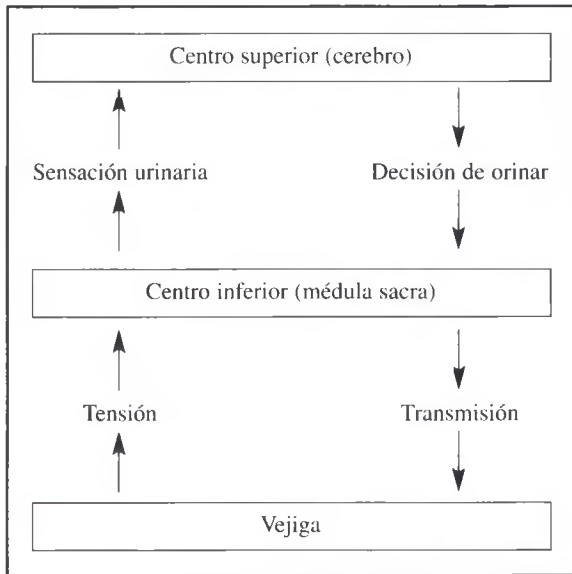


Figura 5.1a.—Funcionamiento esquemático de los centros nerviosos de la micción. FUENTE: Watanabe (1998, p. 6).

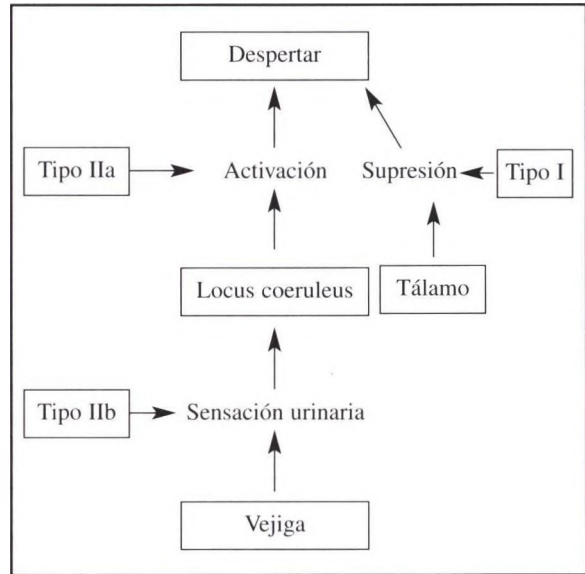


Figura 5.1b.—Representación esquemática de los mecanismos responsables del despertar ante la plenitud vesical: tipos de enuresis. FUENTE: Watanabe (1998, p. 9)

tálamo señalaría el despertar completo del individuo, al disminuir su actividad supresora para mantener el sueño (husos del sueño). En las figuras 5.1a y 5.1b se representan las anomalías hipotetizadas en el proceso para los tres tipos de enuresis.

La clasificación anterior de la enuresis nocturna tiene importantes implicaciones terapéuticas, dado que los investigadores proponen un tratamiento diferenciado para cada tipo. Sin embargo, desde un punto de vista coste-beneficio puede plantear serios inconvenientes, ya que tanto el diagnóstico como el tratamiento posterior (enuresis tipo I) requieren la utilización de un aparataje sofisticado, así como la hospitalización del niño, lo que implica un coste económico difícil de afrontar por las autoridades sanitarias. Por tanto, parece poco probable que la técnica desarrollada por este grupo llegue a generalizarse a la práctica clínica cotidiana.

2.2. Diagnóstico diferencial

Según el DSM-IV-TR, no se debe aplicar el diagnóstico de enuresis en presencia de una vejiga

neurogénica o de un enfermedad médica que ocasione poliuria o urgencia como la diabetes (mellitus/insípida), ni tampoco durante una infección del tracto urinario. No obstante, el diagnóstico es compatible con estos procesos si la enuresis ya existía antes de presentarse la enfermedad o cuando persiste después de haber implantado el tratamiento adecuado.

La vejiga neurogénica es una alteración que engloba dos condiciones anómalas de la actividad del músculo detrusor, *hiperreflexia* y *arreflexia*, ambas debidas a una inervación anormal (Houts, 1991). Según este autor, la hiperreflexia se caracteriza por una actividad muscular excesiva (contracciones fásicas e involuntarias) durante la fase de llenado vesical, que conduce al vaciado espontáneo de la vejiga. Por su parte, la arreflexia se refiere al fenómeno opuesto, el detrusor no se contrae aunque la vejiga esté completamente llena, provocando incontinencia urinaria por rebosamiento. Las dos condiciones implican la existencia de alteraciones neurológicas objetivamente demostrables (Norgaard et al., 1998).

Algunos autores han señalado que el concepto de enuresis no establece bien los límites con el de incontinencia urinaria, por lo que habría que diferenciar ambos fenómenos. Como comenta Butler (1987), enuresis e incontinencia no son dos términos intercambiables. La enuresis es una micción funcionalmente normal, entendiendo por tal la contracción del detrusor ante la vejiga llena y la relajación del complejo esfinteriano, mientras que la incontinencia no lo es (De Jonge, 1973; Miguélez et al., 1996a). En la incontinencia, la pérdida de orina sucede como consecuencia de alguna alteración anatomofisiológica. Tal y como se aplica el concepto de incontinencia, da la impresión de que sustituye al de enuresis orgánica. No faltan autores que están en desacuerdo con esta diferenciación, por ejemplo, Bloom, Park y Koo (1998), de la Universidad de Michigan, sostienen que no existe ningún apoyo etimológico para establecer esta distinción, por lo que se pueden emplear ambos términos indistintamente. En algunos niños, continúan diciendo Bloom y colegas, la enuresis puede ser un síntoma de una alteración orgánica, pero, en otros, tendrá una base funcional. En la tabla 5.4 se enumeran las causas orgánicas más frecuentes de incontinencia, aunque hay que hacer notar, como ya se mencionó al hablar de la enuresis orgánica, que estas anomalías son raras.

TABLA 5.4

Causas orgánicas más frecuentes de incontinencia (lista parcial)

- Valvas uretrales posteriores.
- Vejiga neurogénica.
- Epispadias (deformidades congénitas de la uretra).
- Divertículo vesical.
- Incompetencia del cuello de la vejiga.
- Cistitis intersicial.
- Constricción uretral.
- Estenosis del meato urinario.
- Adherencias labiales.
- Ureterocele.
- Ano imperforado con fístula.
- Uréter ectópico (localización anómala del uréter).

FUENTE: Adaptado de Kelleher (1997, p. 77).

Se han descrito varias formas de incontinencia: *incontinencia de estrés*, *incontinencia refleja*, *por rebosamiento* y *de urgencia*, cuyas características esenciales se detallan a continuación, siguiendo en lo fundamental las definiciones propuestas por la Sociedad Internacional de Continencia Infantil (International Children's Continence Society), recogidas por Norgaard et al. (1998). La *incontinencia de estrés* se encuentra ligada al ejercicio físico, por ejemplo, toser, estornudar o correr; al ejecutar estos movimientos se produce un aumento brusco de la presión intravesical que excede la presión uretral, normalmente porque los músculos responsables de la continencia (esfínter externo y musculatura pélvica) están debilitados, y el sujeto no puede contraerlos con eficacia para impedir que la orina salga al exterior. Este problema es relativamente frecuente entre las mujeres que han tenido hijos y en las personas de edad avanzada. La *incontinencia refleja* se debe a la hiperreflexia del detrusor (mencionada anteriormente) y/o a una relajación involuntaria de la uretra, sin que medie el deseo de orinar, mientras que la denominada *incontinencia por rebosamiento* se asocia a vejigas hiperdistendidas.

Por último, la *incontinencia de urgencia* se encuentra relacionada con el denominado «síndrome de urgencia», caracterizado por la presencia de una necesidad de orinar imperativa que surge de forma súbita e impredecible, dando lugar a pequeñas fugas de orina, sin que exista un vaciado completo de la vejiga. Los ataques de urgencia son más frecuentes al atardecer, aunque alguna vez pueden suceder mientras el niño duerme. Esta forma de incontinencia, clasificada como incontinencia funcional, se encuentra estrechamente ligada a infecciones recurrentes del tracto urinario y a una capacidad de vejiga pequeña en relación con la edad del niño, afectando más al sexo femenino que al masculino. Los niños aprenden a impedir la pérdida de orina, mediante una serie de maniobras retentivas tendentes a comprimir la uretra, lo que consiguen contrayendo los músculos del suelo pélvico y ejerciendo una presión externa sobre la región perineal. Según describe De Jonge (1973), el método que emplean con más frecuencia es ponerse en cuclillas sentados sobre uno de los dos talones con

el que oprimen firmemente la zona del periné. Otras estrategias consisten en presionar con la mano, o hacer fuerza sobre la zona genital cruzando las piernas con energía. El hecho de repetir estos actos cada vez que surge la urgencia puede llegar a desembocar en una pauta de micción disfuncional, no coordinada, en la que el vaciado vesical se produce de modo incompleto o fraccionado; durante el acto de orinar, el niño contrae de manera automática el esfínter externo (en vez de relajarlo), impidiendo que la vejiga se vacíe del todo, lo que aumenta el riesgo de infecciones. Una micción funcionalmente normal requiere la completa relajación del esfínter externo y de la musculatura pélvica, en sincronía con la contracción del detrusor. El inicio del problema parece causado por una hiperactividad del detrusor en la fase inicial de llenado (inestabilidad de la vejiga) y se complica con la repetición de las maniobras retentivas aprendidas. El hábito de contraer el esfínter externo durante la contracción del detrusor (disinergia detrusor-esfínter) provoca un aumento de la presión intravesical, y puede llegar a ocasionar una hipertrofia y trabeculación muscular, así como reflujo vésico-uretral (Kelleher, 1997). Varios estudios urodinámicos, mencionados por esta última autora, han demostrado que la inestabilidad vesical acompañada de la contracción del esfínter externo es bastan-

te frecuente entre los niños que sufren enuresis diurna persistente.

Como indican Miguélez et al. (1996a), es difícil confundir una enuresis nocturna monosintomática con otros cuadros clínicos, especialmente cuando se ha realizado una historia detallada del problema, pero la enuresis polisintomática o síndrome enurético requiere un estudio más cuidadoso, ya que es preciso determinar la etiología de los síntomas miccionales que la acompañan (véase clasificación). En la tabla 5.5 se enumeran las condiciones que normalmente se consideran al establecer el diagnóstico diferencial de la enuresis nocturna.

3. EPIDEMIOLOGÍA

Aunque resulta difícil comparar los datos epidemiológicos entre sí, debido, sobre todo, a la disparidad de los criterios diagnósticos empleados (concepto de enuresis, frecuencia y duración del fenómeno) y, también, a la procedencia de las muestras (población general, urología, salud mental, etc.), la fuente que proporciona la información (niños, padres o ambos) y el método de investigación (actual, retrospectivo, prospectivo), se puede afirmar que la enuresis es un problema muy fre-

TABLA 5.5

Diagnóstico diferencial de la enuresis nocturna

Categoría	Síntomas	Diagnóstico diferencial
Condiciones asociadas con grandes volúmenes de orina.	Sed, beber en exceso, baja estatura.	Diabetes mellitus, diabetes insípida (central, nefrógena), fallo renal crónico, acidosis tubular renal, enfermedad de células falciformes.
Condiciones asociadas con anomalías del control neurológico.	Incontinencia diurna de orina y heces; modo de andar anormal.	Espina bífida, tumores en la médula espinal.
Condiciones asociadas con anomalías vesicales o de las vías urinarias.	Frecuencia, disuria, urgencia, chorro miccional pobre, irritación perineal.	Infecciones del tracto urinario, anomalías obstructivas del tracto urinario inferior (por ejemplo, valvas uretrales posteriores), vulvovaginitis.

FUENTE: Adaptado de Moffat (1997, p. 50).

cuenta entre la población infantil, sólo superado por los trastornos de ansiedad y los de conducta. Pese a las discrepancias mencionadas, se observa un patrón general de prevalencia caracterizado por los siguientes hallazgos (Bragado, 1999):

1. La enuresis nocturna primaria y monosintomática es el tipo más frecuente y predomina en el sexo masculino, mientras que la enuresis secundaria y la diurna son menos prevalentes y dominan entre las mujeres.
2. Alrededor del 10-20 por 100 de los niños de 5 años suele mojar la cama durante la noche. Este porcentaje decrece espontáneamente con la edad en una proporción del 13,5 por 100 anual, siendo del 14 por 100 entre los 5-9 años y del 16 por 100 entre los 10-19.
3. La probabilidad de padecer enuresis se incrementa en función de la proximidad y número de familiares con historia de enuresis, siendo más elevada cuando ambos padres han sido enuréticos y entre los hermanos gemelos monocigóticos.

Con el objetivo de averiguar a qué edad se adquiriría el control vesical y determinar la prevalencia de la enuresis en nuestro entorno, Sánchez et al. (1983) llevaron a cabo un estudio epidemiológico sobre una muestra de 4.355 sujetos (entre 1 y 20 años de edad), representativa de la población general de Zaragoza respecto a sus características socioculturales. Sus resultados indicaron que el 79,28 por 100 de los niños había aprendido a controlar su vejiga durante el día y la noche a la edad de los 3 años, y el 85,27 por 100 a los 5, sin apreciar diferencias estadísticamente significativas entre los distintos estratos de la población estudiados. En todos ellos, las niñas mostraron un patrón de adquisición más temprano que los niños (véase tabla 5.6). La prevalencia de enuresis a los 5 años fue del 17,63 por 100 (21,11 por 100 en varones y 13,58 por 100 en mujeres), disminuyendo hasta un 1,25 por 100 a la edad de 16 (2,13 por 100 en varones y 0 por 100 en mujeres). La proporción de enuréticos varones fue superior a la de las mujeres en todos los rangos de edad y nivel cultural. No se detectaron diferencias signi-

ficativas en la frecuencia del trastorno entre el nivel cultural elevado, medio y bajo; sin embargo, se observó un aumento significativo en el medio rural y en una muestra de niños pertenecientes a un centro benéfico asistencial (internado de niños sin familia). Datos, estos últimos, que, de acuerdo con la opinión de dos de los autores del trabajo (Sánchez y Sánchez, 1996), sugieren que las circunstancias ambientales adversas tienen una influencia negativa en la adquisición del control de orina.

El estudio no diferencia entre enuresis diurna y nocturna, pero sí entre primaria y secundaria. La enuresis secundaria, definida como la reaparición del fenómeno enurético después de 6 meses de continencia, se detectó en el 19,72 por 100 de los casos, y resultó más frecuente entre las mujeres (23 por 100) que entre los varones (17,1 por 100). Los autores indagaron acerca de si el nacimiento de un nuevo hermano tenía algún efecto causal sobre la enuresis secundaria, llegando a la conclusión de que este acontecimiento tiene poco que ver con la presencia del problema, ya que únicamente en el 25 por 100 de los enuréticos secundarios coincidía la edad de reaparición con la presencia de un nuevo hermano en la familia, mientras que el 46 por 100 era hijo único o último y en el 28,75 por 100 no existía ninguna relación entre el nacimiento de un hermano y la aparición de la enuresis. Sin embargo, sí pudieron constatar que había un componente familiar importante, el 56,79 por 100 de los enuréticos tenía antecedentes positivos en los padres. Comparando 132 familias en las que alguno de los padres había sido enurético con 137 familias sin antecedentes, se encontró una correlación tetracórica de $r_t = 0,55$ con la variable de tener o no hijos enuréticos.

Sánchez y Sánchez (1996) realizaron una réplica parcial del estudio anterior para comprobar la evolución de la prevalencia en los 13 años que median entre ambos estudios. En este segundo trabajo participaron un total de 452 familias, pertenecientes al estrato sociocultural elevado, con 780 hijos (363 varones y 417 mujeres). Los resultados señalaron un descenso importante de la prevalencia de la enuresis (entre 4-16 años), que fue del 5 por

TABLA 5.6

Edad de adquisición del control vesical y prevalencia de la enuresis en población española

Edad (años)	Varones	Mujeres	Total
3	1.269 (75,00%)	1.869 (82,48%)	3.138 (79,28%)
4	1.353 (79,96%)	1.957 (86,36%)	3.310 (83,62%)
5	1.380 (81,56%)	1.995 (88,04%)	3.375 (85,27%)
Total muestra	1.692	2.266	3.958
Comparación del control vesical a los tres años según el nivel sociocultural de la muestra (en porcentajes)			
Nivel	Varones	Mujeres	Total
Elevado	80,95	83,24	82,08
Medio	73,70	79,17	76,27
Bajo	75,91	84,32	81,81
Rural	68,83	81,36	75,23
Comparación del control vesical a los cinco años según el nivel sociocultural de la muestra (en porcentajes)			
Nivel	Varones	Mujeres	Total
Elevado	85,98	88,74	87,33
Medio	79,46	84,82	81,98
Bajo	83,58	90,01	88,17
Rural	76,85	86,09	85,27
Prevalencia de la enuresis entre 4-16 años ^(a)			
Nivel	Varones	Mujeres	Total
Elevado	10,28	6,79	8,57
Medio	11,94	9,54	10,85
Bajo	9,09	4,36	5,53
Rural	15,79	9,54	12,59
Benéfico-asistencial	22,22	10,05	15,83
Total	198 (12,87%)	146 (6,85%)	344 (9,37%)

Nota: ^(a) Los autores consideran que un niño tiene enuresis a partir de la edad en que el 80% de la población general ya ha adquirido el control vesical; las tasas de prevalencia se han estimado sobre un N total de 3.669 sujetos (1.538 varones y 2.131 mujeres).

FUENTE: Tomado de Sánchez et al. (1983, pp. 119-120).

100 frente al 8,57 por 100 encontrada en 1983, así como una adquisición del control urinario más precoz que entonces, dado que, a los 3 años de edad, el 86 por 100 de los varones y el 89 por 100 de las mujeres ya habían logrado la continencia, *versus* un 81 por 100 y un 83 por 100, respectivamente, en el estudio de 1983. Los autores discuten estos datos en relación con los cambios operados en la estructura familiar, que ha evolucionado de ser una familia

extensa en 1983, en la que en el 80 por 100 de los casos estaba integrada por 1-3 hijos y el 20 por 100 por 4 hijos o más, a una familia nuclear (en 1996) de pocos miembros, en la que el 46 por 100 de las parejas tenía 2 hijos y el 42 por 100 sólo uno, mientras que un escaso 2 por 100 tenía 4 o más. Razonan los autores que el descenso en el número de hermanos ha modificado, sin duda, las pautas de interacción familiar, especialmente en la fratría, minimi-

zando el posible impacto negativo de algunos eventos, tales como los celos, la rivalidad fraterna, el nacimiento de un nuevo hermano, la percepción de preferencias o indiferencias paternas, etc., a los que, en mi opinión, habría que añadir seguramente el hecho de que los padres, al tener menos hijos, pueden dedicar una atención más cuidadosa al proceso del entrenamiento en hábitos de eliminación. Todo lo cual, permitiría explicar, en parte, los nuevos resultados hallados.

Coincidiendo con la publicación del trabajo anterior, la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria (SPEH) de la Asociación Española de Pediatría ha publicado (octubre 1996) los datos obtenidos en un estudio epidemiológico transversal y aleatorizado, efectuado con una muestra de pacientes que demandaban asistencia médica en unidades de pediatría extrahospitalaria de toda España, con el fin de estimar la prevalencia de la enuresis nocturna a nivel nacional. Un total de 29.793 niños fueron incluidos en el estudio (52,3 por 100 varones y 47,7 por 100 mujeres), de los cuales, el 16,3 por 100 tenía una edad de 5 años en el momento de obtener la información, el 35,4 por 100 entre 6 y 7, el 21,9 por 100 entre 8 y 9 y el 26,4 por 100 tenía 10 o más años (no se indica la edad media). Un 10,6 por 100 de la muestra presentaba enuresis nocturna, definida por el hecho de mojar la cama durante la noche al menos seis veces en los últimos 6 meses, y un 15,9 por 100 había padecido algún episodio ocasional de enuresis (mojar la cama al menos una vez en los 6 meses anteriores). Los demás datos publicados vienen a confirmar el patrón general comentado anteriormente: respecto al sexo, se encontró un predominio de varones sobre mujeres (13 por 100 *versus* 9 por 100); la enuresis primaria resultó mucho más frecuente que la secundaria (77 por 100 *versus* 23 por 100), apreciándose en ambos casos un decremento de la prevalencia con la edad, que descendía desde el 11,7 por 100 y el 3,2 por 100 (primaria-secundaria, respectivamente) a los 5 años hasta el 4,8 por 100 y el 1,9 por 100 a la edad de 10 o más años; la enuresis era más frecuente entre los niños con antecedentes familiares de enuresis (padres o hermanos) que entre los niños sin antecedentes (51,6 por 100 *versus* 6,7 por 100, respectivamente); la historia

familiar de enuresis fue observable en ambos tipos, 55 por 100 en la primaria y 40,3 por 100 en la secundaria.

Otros resultados de interés del estudio de la SEPH se refieren a los factores que parecen incrementar el riesgo de enuresis, aunque, al no existir análisis estadísticos que comparen casos (enuréticos) con controles (no enuréticos), se desconoce la cuantía del riesgo y si todos los factores estudiados se comportan de verdad como auténticos predictores de la enuresis. Las variables estudiadas incluyeron, además de los antecedentes familiares, el tipo de hábitat (rural-urbano), la situación familiar (matrimonio íntegro, no íntegro, madre adolescente, madre soltera, hijos adoptivos) y patología asociada. De todas ellas, la que mostró una influencia más clara sobre el trastorno fue tener antecedentes familiares de enuresis. En general, la prevalencia de enuresis resultó más elevada en el medio rural, aunque, por tipos, la secundaria fue más frecuente en el medio urbano y la primaria en el rural. No se detectaron diferencias importantes en la prevalencia respecto a la estructura familiar; la proporción de niños con enuresis en el grupo de matrimonios íntegros fue de 10,9 por 100 *versus* un 12,6 por 100 en el de matrimonios rotos y un 12,2 por 100 en el de madres solteras, aunque el porcentaje aumentaba a un 17,1 por 100 en el grupo de madres adolescentes. Entre los síntomas que se encontraron asociados a la enuresis destacan los siguientes: estreñimiento (17,9 por 100), urgencia miccional (11,9 por 100), frecuencia (polaquiuria, 10,6 por 100), encopresis (5,2 por 100), micción dolorosa o difícil (disuria, 3,2 por 100). La condición patológica más frecuente fue la infección de orina (14,3 por 100), seguida de la presencia de trastornos psicológicos (no se especifica cuáles) (11,5 por 100), alteraciones urológicas (3,4 por 100) o neurológicas (2,5 por 100), y espina bífida (1,9 por 100). El número de alteraciones urológicas también parece incrementar el riesgo de enuresis, ya que el porcentaje de niños con enuresis primaria y secundaria aumenta progresivamente a medida que lo hace el número de problemas urológicos. No obstante, se desconoce si los síntomas miccionales y la patología urológica afectan en mayor medida a la enuresis diurna o mixta

que a la nocturna monosintomática, ya que el estudio no contempla estos tipos de enuresis (sólo analiza la enuresis nocturna primaria y secundaria).

4. ETIOLOGÍA

Desde el estado actual de la investigación parece cada vez más claro que en la génesis de la enuresis intervienen múltiples causas. En Bragado (1999) se discuten y comentan con cierto detenimiento las más significativas, por lo que se remite allí al lector interesado en el tema, destacando en este apartado únicamente los hallazgos más consistentes.

Las investigaciones realizadas en el ámbito médico durante las dos últimas décadas permiten concluir que la enuresis nocturna monosintomática es el resultado de una predisposición genética y de la asociación existente entre alguna de las siguientes condiciones (Djurhuus y Rittig, 1998; Hjalmas, 1998): poliuria nocturna, capacidad vesical reducida y una alteración más o menos grave de los mecanismos neurofisiológicos que controlan la respuesta de despertar ante el estímulo de distensión vesical provocado por una vejiga llena.

La idea de que existe una clara influencia genética en el origen de la enuresis nocturna viene avalada por un hecho que ha sido suficientemente contrastado en los estudios epidemiológicos: la presencia de antecedentes familiares en los niños enuréticos. En los últimos años, varios estudios genéticos han logrado identificar algunos genes defectuosos, localizados especialmente en los cromosomas 13q y 12q, y más recientemente en el 22q11 (Eiberg, 1998), que parecen estar involucrados en la enuresis nocturna.

La poliuria nocturna se atribuye a una secreción insuficiente de la hormona antidiurética (arginina vasopresina) durante el horario nocturno, lo que daría lugar a una producción de orina mayor, cuyo volumen excede la capacidad vesical diurna, provocando el episodio enurético. Como es sabido, la hormona antidiurética (HAD) favorece la reabsorción de agua y regula la ingesta de líquido y la diuresis, manteniendo el equilibrio hídrico en el organismo. Se ha demostrado que la secreción de esta

hormona aumenta durante la noche, alcanzando niveles significativamente más altos que los registrados durante el día, lo que conlleva una menor producción de orina mientras el sujeto está durmiendo. Esta variación hormonal tiene un claro valor funcional, ya que preserva el sueño del individuo, sin que su descanso se vea interrumpido por la actividad vesical.

Los mejores datos a favor de la hipótesis de la poliuria provienen de los trabajos efectuados en la Universidad de Aarhus (Dinamarca) por un grupo de investigadores que lleva años estudiando las causas de la enuresis nocturna. El artículo de Norgaard, Pedersen y Djurhuus (1985) supuso un auténtico hito en esta línea de investigación, e impulsó un nuevo interés por investigar todos los aspectos relacionados con la etiología y el tratamiento de este problema. Resumidamente, estos autores investigaron la relación existente entre la producción de orina diurna y nocturna, la variación del nivel de vasopresina en plasma y la capacidad funcional en 11 sujetos (7-38 años) con enuresis nocturna persistente, refractaria al tratamiento convencional. Los resultados pusieron de relieve que los niveles de HAD eran similares de día y de noche, sin diferencias significativas entre ellos, y que el volumen de orina nocturno excedía la capacidad funcional de la vejiga. Estudios posteriores, resumidos por Djurhuus y Rittig (1998), indican que existen dos tipos de enuréticos monosintomáticos, poliúricos y no poliúricos; los primeros responden bien al tratamiento con desmopresina (vasopresina sintética) que suple el déficit hormonal y reduce el volumen de orina nocturno, mientras que los segundos obtienen pobres resultados con este fármaco. Se ha comprobado que este grupo de enuréticos se caracteriza por tener una capacidad funcional diurna menor que los poliúricos, lo que conlleva que orinen con mayor frecuencia durante el día. Djurhuus y Rittig concluyen que el mecanismo básico de la enuresis es un inadecuado emparejamiento entre el volumen de orina producido durante la noche y la capacidad funcional de la vejiga.

Otros hallazgos reseñables del grupo danés confirman que los enuréticos nocturnos monosintomáticos poseen un funcionamiento vesical urodinámicamente normal, sin anomalías destacables

(contracciones inestables del detrusor en la fase de llenado), dado que la micción enurética acontece de forma coordinada cuando la vejiga se llena hasta su límite funcional (Norgaard et al., 1989). Estos datos contrastan con los informados por los investigadores japoneses, que indican que aproximadamente un tercio de los enuréticos nocturnos presenta inestabilidad vesical durante el sueño (véase clasificación). Djurhuus y Rittig (1998) tratan de explicar esta discrepancia argumentando que algunos de los enuréticos estudiados por el grupo japonés tenían también síntomas diurnos (frecuencia y urgencia), por lo que, en sentido estricto, no se podría hablar de enuresis monosintomática. Sin embargo, este aspecto no está del todo claro, dado que Watanabe (1998, p. 8) afirma que los tres tipos de enuresis nocturna identificados por su grupo son aplicables «solamente a pacientes con enuresis monosintomática, sin ningún trastorno orgánico (como el reflujo vésicouretral o la vejiga neurogénica)». Da la impresión de que ambos grupos entienden de forma diferente la enuresis monosintomática, aunque Djurhuus y Rittig llegan finalmente a una solución de compromiso, al admitir que no sería del todo incorrecto incorporar dentro del concepto a niños que experimentan urgencia y frecuencia miccional elevada durante el día, ya que ambos síntomas son relativamente comunes a la edad de 7 años, con lo que parecen aceptar la evidencia de que un grupo de enuréticos nocturnos puedan tener alguna disfunción vesical, como sugieren los estudios japoneses. De hecho, existen bastantes datos que confirman que la inestabilidad vesical es más probable en niños con enuresis mixta y síntomas miccionales diurnos que en los casos de enuresis nocturna monosintomática (Berg, 1979; Butler, 1987; Garat y Caffarati, 1996; Houts, 1991; Luna et al., 1996).

Los resultados relativos a que los enuréticos poseen una capacidad funcional de vejiga menor que los no enuréticos han sido muy confusos en el pasado (véase Bragado, 1999). Sin embargo, como señala Hjalmas (1998), se ha observado que existe un grupo de enuréticos con inestabilidad vesical nocturna, lo que implica que el detrusor no se relaja del todo durante la fase de llenado, por lo que la capacidad de almacenamiento de orina de una vejiga

hiperactiva será menor que la de una vejiga en la que el detrusor se encuentra normalmente relajado. En este sentido, se puede aventurar que algunos enuréticos tienen una capacidad vesical reducida, al menos durante el sueño.

Como ya se comentó en el epígrafe de clasificación, parece demostrado (mediante trazados electroencefalográficos y cistométricos) que los enuréticos nocturnos sufren algún tipo de alteración en los mecanismos responsables del despertar ante el estímulo de plenitud vesical. Conductualmente, esta disfunción se concreta en que la capacidad para reaccionar ante los estímulos externos (por ejemplo, una alarma o llamarlos por su nombre) es menor en los niños enuréticos que en los continentes, dado que los primeros tienen un umbral más elevado para despertar. Bollard y Nettelbeck (1989) estudiaron este aspecto, registrando el tiempo que transcurría desde que sonaba una alarma hasta que el niño la apagaba, en un grupo de enuréticos y en sus hermanos y primos no enuréticos, encontrando que los enuréticos eran significativamente más lentos en reaccionar que los controles. Los datos obtenidos por Nevéus, Läckgren, Stenberg, Tuvemo y Hetta (1998) a través de un cuestionario aplicado a 100 escolares (de 6-10 años) y 29 enuréticos de la misma edad, resistentes al tratamiento, además de corroborar la existencia de un alto umbral de despertar en los enuréticos, tienen el interés añadido de que son los propios niños los que informan de su dificultad para despertarse. Por su parte, Imada et al. (1998) han evaluado la respuesta de despertar en los tres tipos de enuréticos (I, IIa y IIb), identificados por la monitorización simultánea de EEG y CMG, empleando tres niveles de estímulo: llamar al niño por su nombre (1), si no se despertaba, se le llamaba otra vez al tiempo que se le daba una palmadita en el hombro (2), y si todavía no respondía, el examinador lo sacudía hasta despertarlo (3). En coherencia con los registros psicofisiológicos (véase clasificación), los enuréticos tipo I mostraron el mejor nivel de respuesta y los del tipo IIa el peor.

Desde la perspectiva de la terapia de conducta se entiende que la enuresis nocturna se debe a un fallo de aprendizaje. Se asume que en el niño no enurético, las sensaciones de plenitud vesical que anteceden

a la micción, adquieren propiedades discriminativas condicionadas que durante el día le informan de la necesidad de inhibir la orina (mediante la contracción voluntaria del esfínter) e ir al baño a orinar, y durante la noche provocan la respuesta de despertar para que se levante a orinar. Por alguna razón, posiblemente condiciones inadecuadas del aprendizaje en los hábitos de eliminación, la vejiga no llega a adquirir estas propiedades (Fielding y Doleys, 1988), lo que impide que el aprendizaje diurno se automatice y se transfiera al horario nocturno.

Fisiológicamente (Peña et al., 1996, p. 92), «la continencia de orina se debe a la actividad conjunta y compleja del cuello vesical, el esfínter uretral propiamente dicho y la musculatura estriada del periné. Estos últimos con una innervación pudenda, de carácter voluntario y por lo tanto susceptibles de aprendizaje directo. Indirectamente, la continencia se ve favorecida por la acción inhibitoria de los centros nerviosos superiores sobre los centros miccionales sacros, en los cuales se desarrolla el reflejo de micción. Este control escapa al aprendizaje directo, pero se va a desarrollar con seguridad, una vez que los mecanismos voluntarios se afirman y pasen a establecerse de un modo automático». Aprender, continúan los autores, «es en esencia crear vías de facilitación para algún tipo de actividad neurológica. Estas vías se consiguen realizando una y otra vez dicha actividad». La enuresis es un problema cultural y se debe, probablemente, a un «trastorno del aprendizaje de los mecanismos que permiten el control consciente y voluntario de la micción». Pero, como insisten estos urologos, «el control de la micción hay que *aprenderlo y ejercitarlo* para que se *automatice* durante el sueño. Cualquier circunstancia que dificulte el aprendizaje va a favorecer la enuresis, y cualquier método que lo facilite o haga más fácil el control, obtendrá buenos resultados» (Peña et al., 1996, p. 97).

El aprendizaje de la continencia ocurre en el curso del desarrollo, según una secuencia evolutiva pautada, que se inicia con la adquisición del control intestinal durante el sueño, seguido del control mientras el niño está despierto; casi de inmediato emerge el control diurno de orina y, cierto tiempo después, el nocturno. La adquisición de la continen-

cia urinaria sin que se haya logrado el control intestinal es un hecho muy excepcional. Lo normal es que entre los 3 y los 5 años la inmensa mayoría de los niños haya aprendido a controlar voluntariamente las funciones de eliminación. El dominio de esta habilidad depende del desarrollo neuromuscular y del entrenamiento en hábitos de evacuación apropiados, dado que el niño tiene que aprender un conjunto de destrezas específicas, que incluyen: *a*) tomar conciencia de la necesidad de orinar, lo que implica saber reconocer las señales fisiológicas de distensión vesical; *b*) inhibir y posponer la orina hasta llegar al lugar apropiado para vaciar la vejiga, actividad que requiere, por un lado, contraer los músculos estriados (esfínter externo y músculos pélvicos), y, por otro, saber discriminar si en el ambiente se encuentran disponibles las condiciones (por ejemplo, un baño) que le permitan evacuar en el sitio socialmente indicado; *c*) iniciar la micción voluntariamente, lo que significa que es capaz de relajar el complejo esfintérico para permitir la salida de la orina, y *d*) repetir los pasos anteriores para que el proceso se automatice y transfiera al horario nocturno. El aprendizaje de la secuencia anterior implica, además, el dominio de ciertas conductas de autonomía, tales como: saber quitarse la ropa, colocarse en el váter, limpiarse y vestirse de nuevo. Se supone que en este proceso de aprendizaje intervienen principios derivados del condicionamiento clásico y del operante, y, quizá, intervenga también el aprendizaje por observación de modelos en la adquisición de algunas conductas concretas (por ejemplo, desnudarse, vestirse, orinar de pie o sentado, según el sexo).

Como señalan Houts y Liebert (1984), la mayoría de los niños aprenden esta secuencia conductual sin necesidad de recurrir a un entrenamiento especial, pero algunos necesitan que se les enseñe a permanecer secos durante la noche, educándolos para que aprendan a responder a sus necesidades corporales. La teoría conductual sugiere que los enuréticos no llegan a aprender la respuesta de contracción del esfínter durante el sueño porque el control inhibitorio aprendido durante el día no se transfiere (automatiza) al horario nocturno, no responden a los estímulos de distensión vesical y no se despiertan

tan antes de que se dispare el reflejo de la micción. En suma, no se ha producido el proceso de condicionamiento esperado ante el estímulo de una vejiga llena. Los resultados obtenidos por Norgaard et al. (1989) parecen apoyar esta suposición. Estos autores encontraron que la respuesta de despertar, provocada por el llenado artificial de la vejiga, iba sistemáticamente precedida por un incremento de la actividad de los músculos del suelo pelviano (medida indirecta de la reactividad del esfínter externo), mientras que la enuresis ocurría sin ningún signo de actividad muscular, es decir, cuando el esfínter permanecía relajado, lo que pone de relieve que, con la práctica, una respuesta motora de carácter voluntario puede llegar a emitirse automáticamente ante el estímulo pertinente (plenitud vesical), sin necesidad de que el sujeto sea consciente de ello.

Las condiciones ambientales en las que el niño aprende tienen mucho que ver con el éxito final. Los datos epidemiológicos señalan, sin lugar a dudas, que las circunstancias adversas ejercen una influencia negativa sobre el proceso de adquisición del control de la micción, dado que la prevalencia de la enuresis es más elevada en los grupos sociales donde concurren tales condiciones, a saber: en los de menor nivel socioeconómico (Chiozza et al., 1998; Rona, Li y Chinn, 1997; Toro, 1992), en el medio rural y entre los hijos de madres muy jóvenes (Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria, 1996), en ambientes institucionales (Sánchez y Sánchez, 1983) y en los hijos de padres divorciados o separados durante los primeros años de vida (Järvelin et al., 1990; Moilanen y Rantakallio, 1988). Por otro lado, la relación existente entre los estados de ansiedad, el estrés situacional y las funciones de eliminación es un hecho poco controvertido y fácilmente reconocible a nivel individual. Varios autores (citados por Fielding y Doleys, 1988), procedentes del ámbito médico y psicológico, han señalado que existe una estrecha asociación entre la ansiedad, una capacidad funcional reducida, irritabilidad vesical y la disinergia detrusor-esfínter.

El influjo de un mal aprendizaje también se deja notar en la presencia de pautas de evacuación disfuncionales, que son, en última instancia, responsables de algunos síntomas miccionales. Éste parece el

caso del síndrome de micción no coordinada (disinergia detrusor-esfínter), consecuencia del automatismo producido al ejecutar repetidamente conductas retentivas para prevenir el escape de orina ante la urgencia de orinar, lo que acaba provocando una serie de alteraciones que pueden ocasionar enuresis diurna o mixta (véase diagnóstico diferencial). También se apela a hábitos inadecuados de aprendizaje para explicar la «vejiga perezosa», condición caracterizada por una vejiga de gran capacidad funcional (hiperdistendida) y baja frecuencia de vaciado, con descompensación del músculo detrusor. A consecuencia de esta descompensación, el detrusor no se contrae durante la micción y la fuerza para expulsar la orina proviene fundamentalmente de la presión abdominal, lo que da lugar a una evacuación entrecortada o fraccionada, que se acompaña de residuo postmiccional e infecciones urinarias (Norgaard et al., 1998). Se cree que esta condición se debe a que el niño se ha acostumbrado a no responder al deseo de orinar y retrasa la micción lo más posible, hasta que la necesidad de vaciar la vejiga resulta imperiosa (Fielding y Doleys, 1988); con el tiempo, la vejiga se acomoda a grandes volúmenes de orina y pierde su tono muscular. La incontinencia suele acontecer por rebosamiento.

5. EVALUACIÓN

Puesto que la enuresis es un trastorno psicofisiológico, un estudio comprensivo del fenómeno implica efectuar una evaluación médica y psicológica. La evaluación médica se encuentra vinculada al diagnóstico diferencial y tiene por objeto descartar la existencia de anomalías neurológicas o estructurales. La táctica seguida para filtrar dichas anomalías suele incluir la realización de una historia clínica completa (anamnesis), exploración física del niño y un análisis de orina completo (químico y bacteriológico), aunque algunos autores (Pérez-Chóliz, 1996) añaden también de rutina el estudio del ritmo circadiano de la diuresis y de la osmolalidad urinaria, o una radiografía simple de columna lumbosacra y una ecografía renovesical (Estornell et al., 1996). La información obtenida

con estos métodos permite discriminar entre las enuresis complicadas y no complicadas. Como norma, los niños con enuresis no complicada (monosintomática), el tipo más frecuente, no requieren ninguna exploración adicional, reservando la ejecución de pruebas radiológicas y urodinámicas, más invasivas, para los que padecen enuresis complicada (véase tabla 5.7).

Lo habitual en la práctica clínica es que los padres soliciten ayuda psicológica, después de haber consultado con algún profesional de la medicina y de saber que sus hijos no padecen problemas físicos que requieran cuidados médicos específicos. Si esto no hubiera sucedido, el terapeuta debería aconsejarles que acudan a su médico habitual para efectuar un examen diagnóstico rutinario, especial-

TABLA 5.7

Evaluación médica de la enuresis (lista parcial)

Prueba	Información obtenida (objetivo diagnóstico)
<i>Exploración física</i>	
— Neurológica.	— Mediante inspección lumbar: anomalías cutáneas o de los hoyetes lumbares, indicativos de anomalía espinal oculta. Reflejos dorsales, sensibilidad perineal, tono de espasticidad o flacidez muscular, dificultades en el modo de caminar o en el equilibrio. Descartar alteraciones neurológicas.
— Abdominal.	— Vejiga palpable/riñones aumentados, masas no reconocibles, retención fecal.
— Genitourinaria.	— Calibre del meato urinario, presencia de adherencias labiales, evidencia de fístulas o deformidades anales.
<i>Estudio analítico (orina)</i>	
	— Alteraciones metabólicas o renales.
	— Densidad, proteínas, glucosa y cuerpos cetónicos.
	— Infecciones urinarias.
	— Ritmo circadiano de secreción de la hormona antidiurética (HAD).
	— Ritmo circadiano de la osmolalidad urinaria.
<i>Estudio radiológico</i>	
— Radiografía de columna lumbosacra.	— Espina bífida.
— Cistografía de relleno (miccional y postmiccional).	— Reflujo vesicouretral, residuo postmiccional.
<i>Estudio urodinámico</i>	
— Medición del flujo miccional.	— Relación entre el volumen urinario y tiempo de evacuación. Descartar disfunciones de la micción.
— Test de presión de flujo (flujo-metría).	— Relación entre la fuerza del detrusor y el flujo miccional. Permite apreciar efectos de obstrucción mecánica/efectividad contráctil del detrusor.
— Cistomanometría	— Estudio de las tensiones intravesicales durante el llenado y la evacuación/inestabilidad o hipertonia vesical y respuesta del esfínter.
— Perfil de la presión uretral.	— Un nivel bajo indica posible fallo de la función de cierre en reposo.
— Electromiograma.	— Disinergia detrusor-esfínter o síndrome de micción no coordinada (vaciado disfuncional).

FUENTE: Datos extraídos de Aristizabal et al. (1996, p. 32), Kelleher (1997, p. 78) y Pérez-Chóliz (1996, pp. 26-28).

mente si existen indicios de problemas miccionales diurnos.

La evaluación conductual de la enuresis tiene como meta obtener toda la información relevante que permita identificar cuáles son las condiciones antecedentes y consecuentes funcionalmente relacionadas con el problema, así como otras respuestas involucradas. Los métodos empleados para conseguir estos objetivos son: la entrevista, los registros de conducta y, en menor medida, los cuestionarios.

La entrevista clínica es un medio muy útil para recabar información y obtener una primera impresión sobre la naturaleza del problema. Además, tiene una gran importancia en el proceso de intervención, dado que marca el inicio de la relación entre el terapeuta y las personas implicadas en él, padres y niños. Con vistas a extraer datos de interés para el tratamiento, el terapeuta debería explorar como mínimo las siguientes áreas:

- a) *Análisis de la conducta enurética y otras respuestas implicadas:* Las preguntas que cubren esta área van encaminadas a delimitar la naturaleza del problema (tipo de enuresis, origen, duración, frecuencia de accidentes), las circunstancias que alteran su probabilidad de ocurrencia (enfermedad, acontecimientos estresantes, dormir fuera de casa, vacaciones de verano, etc.), las consecuencias que se derivan del hecho de orinarse o permanecer seco (regañinas, castigos, insultos, o elogios y premios), las habilidades adquiridas en relación al control vesical (conciencia de plenitud, capacidad para posponer la micción, pautas de vaciado y facilidad para despertar), posibles dificultades relacionadas con el acto de la micción (frecuencia, urgencia, dolor, etc.), el grado de autonomía del niño, hábitos de higiene y desarrollo evolutivo general (edad de adquisición del lenguaje y de la marcha).
- b) *Condiciones de hábitat:* Conocer las características generales de la vivienda permite averiguar si existen condiciones que están interfiriendo con la conducta apropiada (por ejemplo, dificultad para acceder al baño o

encender la luz) y decidir si es preciso realizar algunos cambios antes de iniciar el tratamiento.

- c) *Entorno familiar y actitudes ante la enuresis:* Interesa analizar cómo es el ambiente afectivo del niño, si vive en un medio donde predomina la concordia o las disputas familiares, si los padres están de acuerdo o en desacuerdo en la forma de enfocar el problema, y cuáles son las actitudes de los distintos miembros de la familia ante la enuresis.
- d) *Tratamientos anteriores y métodos utilizados para afrontar la enuresis:* Tratamientos farmacológicos, psicológicos, restricción de líquidos, despertar nocturno, etc.; preguntar qué resultados se han obtenido con ellos y por qué han fracasado. Conocer estos aspectos permite al terapeuta programar el tratamiento sin que se reproduzcan los posibles errores cometidos en los anteriores.
- e) *Otros problemas concomitantes* (miedo a la oscuridad, terrores nocturnos) o resultantes de la enuresis (aislamiento social, baja autoestima).
- f) *Factores motivacionales:* Grado de motivación para el cambio.

Los registros conductuales se utilizan para recoger datos objetivos que permitan establecer la línea de base, cuya duración oscila entre una y dos semanas, y seguir el curso del tratamiento. Para la enuresis diurna, un registro típico suele incluir las siguientes observaciones: frecuencia, hora y lugar en el que suceden los episodios enuréticos, así como número de visitas al inodoro. Por su parte, para la enuresis nocturna, el registro debe incluir: frecuencia de enuresis (número de accidentes nocturnos y/o noches mojadas) y despertar espontáneo (ante la necesidad de orinar o por otras causas). Además de estas observaciones específicas, se suele pedir a los padres que recojan en un recipiente graduado el volumen de orina evacuado durante un tiempo determinado, con el fin de tener una estimación de la capacidad funcional de la vejiga (véase Bragado, 1999).

Por último, y dado que una actitud intolerante por parte de la madre parece un buen predictor del

abandono del tratamiento, varios autores aconsejan utilizar la «Escala de intolerancia materna» de Morgan y Young (1975). La versión en español de esta escala puede consultarse en Bragado (1999).

6. TRATAMIENTO

La creencia de que la enuresis es un problema infantil que hay que resolver no es un idea nueva en la historia de la humanidad; según los datos revisados por Gutiérrez (1995) y Miguélez et al. (1996b), sus antecedentes terapéuticos se remontan al año 1550 a. C. Ya en esa época se alude al problema de la incontinencia nocturna en *el papiro de Ebers*, en el que se recomendaba utilizar un remedio elaborado a base de baya de junípero, ciprés y cerveza para corregirla. Los métodos empleados desde entonces hasta la actualidad son de lo más variado, dependiendo del momento histórico y de las pautas culturales reinantes. Por ejemplo, según describe Gutiérrez (1995, p. 589), en algunas sociedades tribales se tomaban medidas que podían llegar a ser muy crueles como: «despertar a los niños, amenazarlos con historias de gigantes o demonios, aver-

gonzarlos en público, golpearlos, atarles una rana alrededor de la cintura, obligarlos a lamer las pezuñas de un cordero recién nacido, ensuciar el colchón donde dormían, hacerles pasar por un precipicio, escarificar la piel de la cara para dejar salir la mala sangre, y rituales más elaborados como estar de pie y desnudo sobre un nido de pájaro ardiendo, o envolverlos en una estera mojada, y después salpicarles la cara con pimienta y golpearlos con ortigas». Pero, también en las sociedades más avanzadas de los siglos XVIII y XIX se utilizaron algunos métodos que hoy nos parecerían aberrantes, como «aplicar vitriolo en el sacro para formar ampollas, y, así, contrairritación, dado que la mayoría de los nervios que van a la vejiga pasan por los agujeros del sacro (siglo XVIII)», o «aplicar frío en el periné y la columna inferior», o «cauterizar la uretra con nitrato de plata», o «la moda de vendar el pene, hasta que se produjo un caso de gangrena (siglo XIX)» (Gutiérrez, 1995, p. 590). En la tabla 5.8 se mencionan varios procedimientos históricos, siguiendo la clasificación utilizada por Miguélez et al. (1996b).

Los tratamientos actuales de la enuresis se agrupan en dos grandes categorías: tratamientos farma-

TABLA 5.8

Procedimientos históricos empleados para corregir la enuresis (lista parcial)

— Plegarias y oraciones:	A San Vito o Santa Catalina.
— Rituales:	Espolvorear la cama con el polvo de cresta de gallo; lamer pezuñas de cordero recién nacido; escarificaciones en el rostro.
— Infundir miedo, vergüenza o castigo:	Apretar ratones vivos con la mano; obligarlos a acercarse a la cama de un moribundo; hacerles beber su propia orina; dormir a la intemperie; atarles una rana a la cintura o un sapo al pene; flagelarlos con ortigas.
— Instaurar hábitos preventivos:	Cenar pronto e ingerir poco líquido para que se produzca la necesidad de orinar antes de ir a dormir; despertar al niño varias veces para orinar; colocar la cama de modo que la pelvis quede más alta que la cabeza; evitar dormir en decúbito supino.
— Hidroterapia:	Duchas de agua fría en el periné y parte inferior de la espalda; baños con agua sulfurosa.
— Dietas especiales:	Beber polvos diluidos de cerebro de liebre desecado y molido; mezclar arroz con los alimentos; beber aceite, vino, el agua de hervir el buche de un gallo, o de hervir crisantemos; evitar alimentos agrios y ácidos, y no beber malta, café o té, porque podían irritar la vejiga.

TABLA 5.8 (continuación)

— Farmacoterapia:	Bayas de enebros, ciprés y cerveza, mezcladas a partes iguales; ergotamina, atropina, cloral, bromuro de alcanfor, sulfato de cobre, opio, estriquina, belladona y quinina; reconstituyentes: yoduro de hierro, quinina, aceite de hígado de bacalao, cola, etc.; preparados alcalinos para tratar la acidez urinaria, hipotéticamente responsable de la enuresis.
— Inyecciones y punciones:	Inyecciones epidurales, retrorrectales, sacras, en esfínter uretral o vejiga de diversas sustancias: lipiodiol, suero salino, agua destilada, o vitriolo; extracción de líquido cefalorraquídeo por punción lumbar.
— Manipulación y cirugía genital:	Ligadura poco cerrada del prepucio para que se distienda con la micción y despierte al niño; meatomía y circuncisión; cauterización del meato urinario con nitrato de plata para aumentar la sensibilidad al pasar la orina; dilatación hidráulica de la vejiga para incrementar la capacidad vesical disminuida.
— Dispositivos:	Tubos metálicos acondicionados para introducir el pene; bolsas de caucho en la vagina, que se insuflan con aire para incrementar el cierre de la uretra por compresión posterior; cono de marfil ubicado en el recto, para comprimir la próstata contra el pubis.
— Electricidad:	Electroestimulación vesical a través de la uretra; choque eléctrico, mediante la ubicación de dos electrodos, uno situado en el meato (para detectar la micción) y otro en la espalda (1881).

FUENTE: Tomado de Miguélez et al. (1996b, pp. 58-61).

cológicos y tratamientos conductuales. Entre los primeros destacan, por su frecuencia de uso, los antidepresivos tricíclicos (imipramina), los anticolinérgicos (oxibutinina) y la desmopresina, sin duda, el fármaco de moda de los últimos años (véase tabla 5.9). En cuanto a los segundos, el tratamiento más representativo es el método de la alarma, sólo o en conjunción con otros procedimientos conductuales (véase tabla 5.10). Los datos acumulados hasta el momento coinciden en señalar que el método de la alarma es el tratamiento de elección para corregir la enuresis nocturna monosintomática (Bragado, 1999; Houts et al., 1994; Moffat, 1997). En comparación con el tratamiento farmacológico, es el procedimiento más seguro, no tiene efectos secundarios, y, también, es el que consigue más curaciones a corto y largo plazo. Pese a esta evidencia, es bastante inusual que los profesionales médicos recomienden este procedimiento, probablemente, y como sugiere el estudio de Vogel, Young y Primack (1996), porque la mayoría entiende que la enuresis

es un problema fundamentalmente fisiológico o madurativo, y no de aprendizaje, o, quizá, como dice Moffat (1997), porque la farmacoterapia es más familiar para los médicos que el condicionamiento.

A pesar de que la prevalencia de la enuresis nocturna es muy elevada, el porcentaje de niños que acude al médico por este problema es relativamente pequeño, algo más de un tercio, según indican Houts et al. (1994), y, de ellos, cerca del 60 por 100 son tratados con fármacos. Incluso, comentan estos autores, aunque algunos médicos reconocen que la alarma ante la orina es el tratamiento más eficaz, tan sólo un escaso 3 por 100 recomienda utilizarla. Entre nosotros, Gutiérrez, Hidalgo, Hidalgo y Rebassa (1996), realizaron una encuesta a los padres de 2.616 escolares de 1.º de EGB (6-7 años) de Palma de Mallorca, con el fin de averiguar cuál era su actitud y la de sus hijos ante la enuresis nocturna y qué métodos empleaban para corregirla. Los resultados indicaron que 343 niños eran enuréticos

TABLA 5.9

Tratamientos farmacológicos de la enuresis

Fármacos	Indicaciones/efectos
<i>Antidepresivos tricíclicos:</i> (imipramina)	Enuresis nocturna. El mecanismo de acción no se conoce con precisión. Se ha indicado un efecto anticolinérgico y antiespasmódico. También se ha señalado un efecto sobre el patrón de sueño, que se vuelve más ligero, lo que facilita que el niño se despierte ante la sensación de plenitud vesical.
<i>Anticolinérgicos:</i> (oxibutinina)	Enuresis acompañada de inestabilidad vesical/hiperreflexia del detrusor (enuresis diurna y mixta). Relaja los músculos lisos y disminuye las contracciones involuntarias del detrusor (efecto antiespasmódico).
<i>Inhibidores de las prostaglandinas:</i> (indometacina)	Enuresis nocturna. A nivel renal, estos fármacos reducen el filtrado glomerular y aumentan la concentración de orina; a nivel vesicouretral, disminuyen la presión intravesical (relajación del detrusor) y aumentan la presión uretral, intensificando la actividad esfintérica.
<i>Desmopresina</i>	Enuresis nocturna monosintomática (poliuria). Posee un claro efecto antidiurético, al disminuir la producción de orina nocturna.

FUENTE: Resumido de Miguélez et al. (1996b, pp. 62-63) y Moffat (1997, pp. 52-54).

TABLA 5.10

Tratamientos conductistas de la enuresis

Métodos y técnicas	Indicaciones y/u objetivos terapéuticos
1. <i>Alarma ante la orina:</i>	Enuresis nocturna. Condicionar (condicionamiento clásico) las respuestas de despertar y contraer el esfínter externo (inhibir la orina) a los estímulos fisiológicos de plenitud vesical previos a la micción.
— Sobrepaprendizaje:	Promover más ensayos de condicionamiento mediante ingestión extra de líquidos (graduando la cantidad), a fin de fortalecer las respuestas condicionadas (RRCC) y prevenir su extinción (recaídas) al retirar el tratamiento.
— Reforzamiento intermitente:	Fortalecer las RRCC haciéndolas más resistentes a la extinción
2. <i>Entrenamiento en retención voluntaria:</i>	Enuresis diurna. Método auxiliar en la enuresis polisintomática y/o mixta. Practicar la retención voluntaria de orina (contracción del esfínter externo y los músculos pélvicos) ante la sensación imperiosa de orinar, y mientras el niño está despierto. Aprender a reconocer distintos niveles de llenado vesical y los estímulos fisiológicos que preceden a la micción. Aumentar la capacidad funcional de la vejiga.
— Ingestión extra de líquido (IL):	Favorecer la diuresis para que se produzcan las condiciones que requiere el entrenamiento (llenado vesical y ganas de orinar).
— Reforzamiento positivo (RP):	Instaurar y mantener la respuesta de retención (tiempo que el niño es capaz de posponer la micción).
— Ejercicios esfintéricos (EE):	Fortalecer y mejorar la función del esfínter y los músculos de la pelvis, al cortar (contracción) y reiniciar (relajación) el flujo de orina cada vez que se vacía la vejiga. Ayuda también a tomar conciencia del control voluntario de la micción

TABLA 5.10 (continuación)

Métodos y técnicas	Indicaciones y/u objetivos terapéuticos
3. <i>Entrenamiento en cama seca:</i>	Enuresis nocturna. Enseñar la conducta apropiada, despertar y hacer pis en el baño, instaurando las condiciones socioambientales pertinentes (motivación, reforzamiento positivo y castigo).
— Alarma:	Detectar la conducta incorrecta (orinarse) en el preciso momento en que ésta sucede, con el fin de aplicar las consecuencias negativas de forma inmediata a la ejecución de la conducta.
— Despertar programado (DP):	Aprender a despertarse ante estímulos externos progresivamente más tenues, a fin de adquirir la habilidad de despertar ante los estímulos fisiológicos que señalan la necesidad de orinar.
— Ingestión de líquido (IL):	Incrementar la necesidad de orinar para poder practicar las distintas fases del procedimiento. En el método original sólo se emplea la primera noche de entrenamiento intensivo.
— Entrenamiento en retención (ER):	Incrementar la habilidad para retener mayor cantidad de orina y para posponer voluntariamente la micción por un tiempo determinado. Igual que la IL, sólo se emplea la primera noche de entrenamiento intensivo.
— Consecuencias aversivas:	Disminuir la conducta incorrecta (mojar la cama).
• Reprimenda verbal	
• Entrenamiento en limpieza (EL):	Restaurar las condiciones ambientales preexistentes al hecho de mojar la cama (sobrecorrección restitutiva). Que el niño tome conciencia de los inconvenientes que lleva emparejados el hecho de orinarse.
• Práctica positiva (PP):	Entrenar al niño en la ejecución de la secuencia conductual socialmente apropiada (encender la luz, dirigirse al baño y orinar en él), que debe reemplazar a la de orinarse en la cama (sobrecorrección sustitutiva). El uso de la PP influye también en la respuesta de despertar, mejorando el nivel de alerta.
— Consecuencias positivas:	Instaurar y mantener las conductas apropiadas (retener la orina, orinar en el váter, mantener la cama seca), empleando reforzamiento positivo contingente. Favorece la motivación para el cambio.
4. <i>Reforzamiento positivo:</i>	Motivar al niño a no mojar la cama, reforzando (social y/o materialmente) las noches secas. Esta técnica se suele incluir en todos los programas terapéuticos.
5. <i>Despertar sistemático:</i>	Enuresis nocturna. Aprender a despertarse ante la sensación de orinar, despertando al sujeto según un programa prefijado. Es un método sustitutivo de la alarma, cuando resulta imposible su utilización (por ejemplo, en instituciones).
6. <i>Hipnosis:</i>	Enuresis nocturna. Persigue inculcar en el niño la necesidad de despertar ante la vejiga llena, explicándole las conexiones nerviosas entre la vejiga y el cerebro, y lo que tiene que hacer para responder a la estimulación vesical. Todo ello en un estado que entraña relajación y somnolencia, en el que resulta más sencillo sugestionar al niño, dándole instrucciones concretas.
7. <i>Biofeedback</i> (biorretroalimentación):	Enuresis nocturna y diurna. Disinergia vésico-esfintérica (síndrome de urgencia). Enseñar a reconocer la actividad del esfínter, ofreciendo al niño una señal visual o auditiva. Ensayar y repetir la respuesta apropiada (contracción o relajación) hasta conseguir automatizarla.

en el momento del estudio. Muy pocos habían recibido tratamiento, tan sólo el 9,1 por 100; como en otras encuestas de este tipo, el tratamiento más frecuente fue el farmacológico (30 por 100) y el menos el método de alarma (11 por 100); otros habían sido tratados con reforzamiento y apoyo (26 por 100) o con restricción de líquidos desde el atardecer (18 por 100).

6.1. Tratamiento farmacológico

Aunque en los últimos años el uso de la desmopresina parece haber relegado a segundo término la utilización de otros fármacos, la imipramina, considerada por algunos como prototipo de los antidepresivos tricíclicos, tiene una larga tradición en el tratamiento de la enuresis nocturna. Según parece (Houts, 1991), su incorporación como método terapéutico se debe al hallazgo de MacLean (1960), que observó que varios pacientes psiquiátricos adultos, aquejados de incontinencia y tratados por depresión, llegaban a permanecer continentes a causa de la imipramina. Los datos acumulados desde entonces revelan que este fármaco es más eficaz que el placebo y que el no tratamiento. Sus efectos se aprecian de forma bastante inmediata; ya en la primera semana se puede observar una reducción del número de episodios enuréticos, aunque sólo alrededor del 43 por 100 de los niños tratados logran la continencia y la mayoría vuelve a mojar la cama poco tiempo después de suspender la medicación, y muy pocos, apenas un 14 por 100, se mantienen asintomáticos durante el seguimiento (Houts et al., 1994). Un resultado, este último, poco satisfactorio, si se tiene en cuenta que la tasa de remisión espontánea se mueve en un rango del 14-16 por 100, lo que unido a los posibles efectos secundarios mencionados por algunos autores (Kelleher, 1997; Toro, 1992), lleva a pensar que no es una terapia muy recomendable. Esta conclusión puede hacerse extensiva a otros tricíclicos (por ejemplo, amitriptilina, desipramina, nortriptilina, protriptilina, trimipramina), ya que los resultados obtenidos son muy semejantes. Según revela el metaanálisis efectuado por Houts et al. (1994), el grupo formado por estos

otros fármacos obtuvo un porcentaje de éxito ligeramente inferior (33 por 100) al de la imipramina, si bien la diferencia no resultó estadísticamente significativa.

No se sabe con certeza por qué funciona la imipramina, habiéndose sugerido diversos mecanismos y efectos para explicar su acción antienurética, entre los cuales se han indicado:

- a) Un efecto estimulante que superficializa el sueño, lo que facilita que el enurético se despierte ante la sensación de plenitud vesical. Este aspecto ha sido verificado electroencefalográficamente por el grupo de la Universidad de Kioto (Kawauchi et al., 1998).
- b) Efectos anticolinérgicos y antiespasmódicos periféricos, lo que daría lugar a una disminución de la contractilidad vesical, permitiendo un mayor almacenamiento de orina.
- c) También se ha apelado a sus posibles propiedades adrenérgicas, responsables de la relajación del detrusor, mediante la estimulación de los beta-receptores, y de la contracción del cuello vesical (alfa-receptores), impidiendo el vaciado de orina (Houts, 1991).
- d) Últimamente, se ha señalado que la imipramina podría aumentar la producción y efectos de la hormona antidiurética (Miguelé et al., 1996b).

Otra medicación, cuyo uso ha ido creciendo con el tiempo, es la oxibutinina. Inicialmente empleada para disminuir los espasmos vesicales espontáneos en adultos con incontinencia, su aplicación a niños tiene una historia considerablemente más corta que la imipramina (Houts, 1991). El cloruro de oxibutinina «es una amina terciaria que posee una acción antiespasmódica de tipo anticolinérgico, particularmente selectiva sobre el músculo vesical», lo que la convierte en el fármaco de elección para tratar la inestabilidad vesical (Garat y Caffaratti, 1996, p. 115). Además, se cree que, debido a sus propiedades relajantes, puede incrementar la capacidad funcional de la vejiga (Cendron y Klauber, 1998). Éste es el fármaco utilizado por el grupo japonés para corregir la enuresis nocturna tipo IIb (véase clasi-

cación). Los resultados obtenidos por estos investigadores ponen de relieve que la oxibutinina corrige las contracciones no inhibidas de la vejiga (según el registro cistométrico nocturno) en el 75 por 100 de los casos tratados y que reduce la frecuencia de enuresis a la mitad (Kawauchi et al., 1998), aunque el porcentaje de curaciones, de tan sólo un 9 por 100, es incluso inferior a la tasa de remisión espontánea (véase tabla 5.3). Por su parte, Houts (1991) informó que el 22 por 100 de los enuréticos nocturnos tratados con oxibutinina durante un período de nueve semanas alcanzaron el criterio inicial de éxito (14 noches consecutivas secas), pero el 73 por 100 recayó en los tres meses posteriores a la retirada de la medicación.

No obstante, otros autores (Garat y Caffaratti, 1996) han comunicado resultados mucho más favorables, elevando el porcentaje de éxito hasta un 60 por 100. Garat y Caffaratti administraron oxibutinina durante 6-12 meses a 35 niños, de 8 años y medio (edad media), aquejados de enuresis nocturna, inestabilidad vesical, urgencia, polaquiuria y escapes diurnos de orina, y encontraron que 21 respondieron muy bien al tratamiento, dado que desaparecieron los síntomas diurnos y la enuresis nocturna; en 10 (29 por 100) se produjo una notable mejoría, eliminándose los síntomas diurnos y reduciéndose a la mitad la enuresis nocturna; en 2 (5,7 por 100) se observó una disminución de los problemas diurnos pero no de los nocturnos, y en los 2 restantes no se apreció ningún cambio. Es posible que tal discrepancia sea debida a la duración del tratamiento, notablemente inferior, tanto en el estudio de Houts (1991) como en el de Kawauchi et al. (1998), o, quizá, como sugiere Moffatt (1997) y confirman los estudios revisados por Toro (1992), a que la oxibutinina sea más útil para tratar la enuresis diurna y nocturna con signos de hiperactividad vesical. El fármaco no parece exento de efectos secundarios, ya que Garat y Caffaratti observaron sequedad de boca en tres pacientes y trastornos de visión (diplopia) en uno.

Como ya se indicó en el apartado de etiología, la desmopresina (1-desamino-8-D-arginina vasopresina) es un derivado sintético de la hormona anti-diurética (vasopresina), destinado a subsanar el

supuesto déficit hormonal que presentan muchos enuréticos nocturnos. A diferencia de los fármacos anteriores, la desmopresina actúa en los túbulos distales de los riñones, reduciendo la producción de orina durante la noche, lo que evita que el volumen acumulado en la vejiga supere la capacidad funcional mientras el niño duerme (Houts, 1991). La forma habitual de administrar el fármaco es mediante aerosol intranasal. Los resultados obtenidos con esta medicación indican que la desmopresina puede disminuir la frecuencia de noches mojadas en un 50 por 100, pero la tasa de curaciones es considerablemente menor. Los valores estimados en diversos estudios de revisión (véase Houts et al., 1994; Moffatt, 1997; Thompson y Rey, 1995) se sitúan entre el 25 y el 46 por 100, aunque un elevadísimo porcentaje recae al suspender el tratamiento y sólo unos pocos permanecen establemente secos en el seguimiento: el 5,7 por 100, según Moffatt (1997), y el 22 por 100 en el metaanálisis realizado por Houts et al. (1994). No obstante, algunos autores (Garat y Caffaratti, 1996; Martín y Miguélez, 1996b) han indicado que las recaídas descienden considerablemente cuando la medicación se retira de forma gradual y no bruscamente.

Actualmente, se reconoce que la desmopresina no es un fármaco curativo sino paliativo, pues, aunque reduce la frecuencia de enuresis, no la cura, por lo que algunos autores como Moffatt (1997) la ubican en una segunda línea de tratamiento para los que fracasan con el método de alarma. Otros, tales como Kelleher (1997), resaltan su utilidad como «droga de conveniencia», dado que a menudo se prescribe para afrontar situaciones comprometidas para el niño, como ir a un campamento de verano o tener que dormir fuera de casa. Debido a su elevado coste económico y a que muchos enuréticos no responden al fármaco, se ha intentado averiguar cuáles son los factores que predicen una buena respuesta; de momento, parece que los niños que obtienen mejores resultados son los de mayor edad, los que tienen menos episodios enuréticos en la línea de base y los que poseen mayor capacidad funcional de vejiga, siendo este último factor el mejor predictor de los tres (Eller, Austin, Tanguay y Homsy, 1998; Rushton, Belman, Zaontz, Skoog y Sihelnick,

1996). Cuando se usa desmopresina es muy importante asegurarse de que el niño no ingiera ningún líquido después de inhalar o tomar la dosis prescrita. Esta recomendación tiene como objeto evitar una posible intoxicación hídrica, uno de los efectos secundarios más grave de los comunicados en la bibliografía sobre el tema.

Tomando como referencia el metaanálisis de Houts et al. (1994), parece que la desmopresina obtiene resultados ligeramente superiores a los de los antidepresivos tricíclicos respecto al porcentaje de sujetos que deja de orinarse, tanto en el postratamiento (46 por 100 vs. 40 por 100, respectivamente), como en el seguimiento a largo plazo (22 por 100 vs. 17 por 100). Sin embargo, un estudio posterior, realizado por Burke, Mizusawa, Chan y Webb (1995), indica que la amitriptilina es significativamente más eficaz que la desmopresina para reducir la frecuencia de enuresis, ya que al final del tratamiento (16 semanas) se observó un decremento de noches mojadas del 43 por 100 *versus* el 28 por 100 (respectivamente) y la combinación amitriptilina + desmopresina no produjo ninguna ganancia adicional; la disminución en este caso fue del 47 por 100. Lamentablemente, los autores no analizan el número de curaciones, quizá, porque fueron muy pocas, sólo 3 niños (23 por 100) que recibieron amitriptilina dejaron de orinarse, frente al 7 por 100 (1 caso) en el grupo de desmopresina y 4 (36 por 100) en el combinado.

En relación con estos últimos resultados, cabe mencionar que es difícil estimar la eficacia comparativa entre los tratamientos farmacológicos y los conductuales, debido, como observan Houts et al. (1994), a que los estudios médicos prestan más atención a la reducción de la enuresis (número de noches mojadas por semana) que a su curación, mientras que los conductuales entienden que la clave del éxito es el cese de la enuresis, por lo que analizan el efecto del tratamiento en función del porcentaje de niños curados. Como comentan estos autores, no deja de resultar paradójico que los psicólogos persigan la curación y los médicos se contenten con la mejoría, cuando tradicionalmente el concepto de cura se ha asociado a las intervenciones médicas, y los términos de manejo, alivio, ayuda,

reducción, etc., son propios del lenguaje de los psicólogos clínicos.

6.2. Tratamiento conductual

En líneas generales, el tratamiento conductual de la enuresis tiene como objetivo fundamental corregir las deficiencias de aprendizaje supuestamente implicadas en su etiología. Con este propósito, se han desarrollado diversas estrategias de intervención destinadas a enseñar y entrenar las conductas pertinentes para el logro de la continencia (véase tabla 5.10). Entre ellas destacan: *el método de la alarma* (Mowrer y Mowrer, 1938), cuya finalidad consiste en que el niño aprenda a responder al estímulo de plenitud vesical, despertándose e inhibiendo la orina (contracción del esfínter), antes de que se dispare el reflejo de micción; *el entrenamiento en retención voluntaria* (Kimmel y Kimmel, 1970), que pretende enseñar al enurético a retener la orina, ejercitando la contracción de los músculos estriados (pélvicos y esfínter), en los momentos de máxima distensión vesical y durante períodos temporales progresivamente más largos, con el fin último de que el detrusor se acomode a un mayor volumen y mejore la capacidad funcional de la vejiga; *el entrenamiento en cama seca* (Azrin, Sneed y Foxx, 1974), un programa multicomponente, en el que cada elemento tiene su propio objetivo y, en conjunto, busca instaurar las conductas implicadas en la continencia nocturna (despertar, retener la orina, levantarse de la cama, dirigirse al baño para orinar en el váter), aplicando consecuencias positivas por las conductas correctas y aversivas por las incorrectas.

Además de estos tres, la bibliografía especializada menciona otros procedimientos que, aunque tienen nombres diferentes, no ofrecen ninguna novedad respecto a los anteriores, son más bien variaciones o combinaciones de las técnicas utilizadas en ellos. Éste es el caso, por ejemplo, del *entrenamiento de amplio espectro en el hogar* (*full-spectrum home training*) de Houts y Liebert (1984), o del *entrenamiento en despertar* (*arousal training*) de Van Londen, Van Londen-Barentsen, Van Son y Mulder (1993), o el de la denominada *terapia moti-*

vacional (Martín y Miguélez, 1996a). Mención aparte merecen la hipnosis y el biofeedback. La primera tiene por objeto inducir las respuestas adecuadas mediante sugerencias hipnóticas (puedo permanecer seco, yo controlo mi vejiga, etc.) que se proponen en un estado de conciencia de máxima concentración. Los trabajos revisados por Toro (1992) y Moffatt (1997), aunque escasos, comunican resultados muy satisfactorios. En cuanto al *biofeedback* (BF), puede definirse «como una forma de aprendizaje en el que el paciente se coloca en un bucle cerrado de retroalimentación, donde uno o más de los procesos fisiológicos inconscientes, se le hacen aparentes mediante una señal visual, auditiva o táctil» (Peña et al., 1996, p. 92). Una vez que el sujeto toma conciencia de las respuestas motoras implicadas en la actividad que se pretende enseñar, en el caso de la enuresis la contracción muscular del complejo esfinteriano, tiene que repetirlas hasta conseguir que se automaticen. Peña y colaboradores (urológicos) llevan varios años utilizando este método (en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla) con enuréticos nocturnos persistentes que han fracasado con otros tratamientos, y, al parecer, con éxito. El porcentaje de curaciones para la enuresis no complicada se sitúa alrededor del 64 por 100, aunque decrece hasta aproximadamente el 36 por 100 en las complicadas (síndrome enurético). De todos modos, el BF es una técnica difícil de emplear en la práctica clínica cotidiana y tiene poca tradición en el tratamiento de la enuresis, pero, por sus características, podría ser una técnica apropiada para corregir pautas de micción disfuncionales como la disinergia vésico-esfintérica (micción no coordinada).

En Bragado (1999) se ofrece una explicación detallada sobre los tres procedimientos indicados al principio de este apartado, por lo que se remite allí al lector interesado en profundizar en ellos. En lo que resta de capítulo me centraré en desarrollar específicamente el método de la alarma, por ser uno de los procedimientos de intervención psicológica más utilizados en este ámbito. No obstante, la tabla 5.10 ofrece un resumen general de los objetivos e indicaciones terapéuticas de las técnicas conductuales al uso.

6.2.1. El método de la alarma

El método de la alarma es el tratamiento conductual más utilizado de todos los mencionados; se ha empleado con miles de enuréticos, y los datos acumulados no dejan lugar a dudas respecto a que es el procedimiento idóneo para corregir la enuresis nocturna monosintomática que es, por otro lado, la forma más frecuente de enuresis. Su nivel de eficacia se sitúa alrededor del 70 por 100 en el postratamiento y entre el 51 y 56 por 100 en el seguimiento a largo plazo (Bragado, 1999; Houts et al., 1994). Aunque existe evidencia del uso de aparatos de alarma con anterioridad a la publicación del trabajo de Mowrer y Mowrer (1938), son estos autores los que se encargaron de sistematizarlo, al ofrecer un encuadre teórico, perfeccionar el aparato y proponer el modo de aplicación. Desde entonces, la historia de la terapia de conducta reconoce que el trabajo de los Mowrer es uno de los pioneros en aplicar los principios del condicionamiento clásico a un problema clínico.

6.2.1.1. Fundamentos teóricos del método

Los Mowrer pensaban que la costumbre de los padres de despertar a sus hijos para impedir que mojen la cama es una estrategia sustancialmente correcta, cuya falta de éxito se debe a que la ocasión elegida para despertarlos rara vez coincide con el estímulo fisiológico requerido (plenitud vesical) para que el niño aprenda a inhibir la micción y a despertarse solo. Ellos creían que el aprendizaje sería más eficaz si el despertar se produjera en el preciso instante en que se inicia la micción, y sólo entonces, es decir, cuando la vejiga se encuentra más distendida y el esfínter está relajado, en vez de en momentos arbitrarios. La misión del aparato de alarma es, precisamente, hacer viable esta secuencia.

Un dispositivo de estas características consta de un sensor para detectar la humedad, conectado a una batería que activa un estímulo auditivo (timbre, zumbador, campana, etc.). Cuando el niño comienza a orinar se cierra un circuito y se establece una corriente eléctrica que hará sonar la

alarma. El sonido de la alarma produce dos efectos: despierta al niño e interrumpe la micción, merced a la contracción del esfínter; como al despertar, la evacuación no ha concluido, tiene que levantarse al baño para terminar de vaciar su vejiga. Parafraseando a Mowrer y Mowrer (1938, p. 54), de acuerdo con los principios del condicionamiento clásico pavloviano, se espera que, al repetir el proceso un número determinado de veces, se

acabe estableciendo una conexión funcional, progresivamente más fuerte, entre la estimulación procedente de la distensión vesical y las respuestas de despertar y contraer el esfínter (véase figura 5.2). Cuando esta conexión sea suficientemente sólida, ambas respuestas se «adelantarán en el tiempo» y ocurrirán antes de que comience la micción y no después. Además, argumentan los Mowrer, como resultado del condicionamiento, la

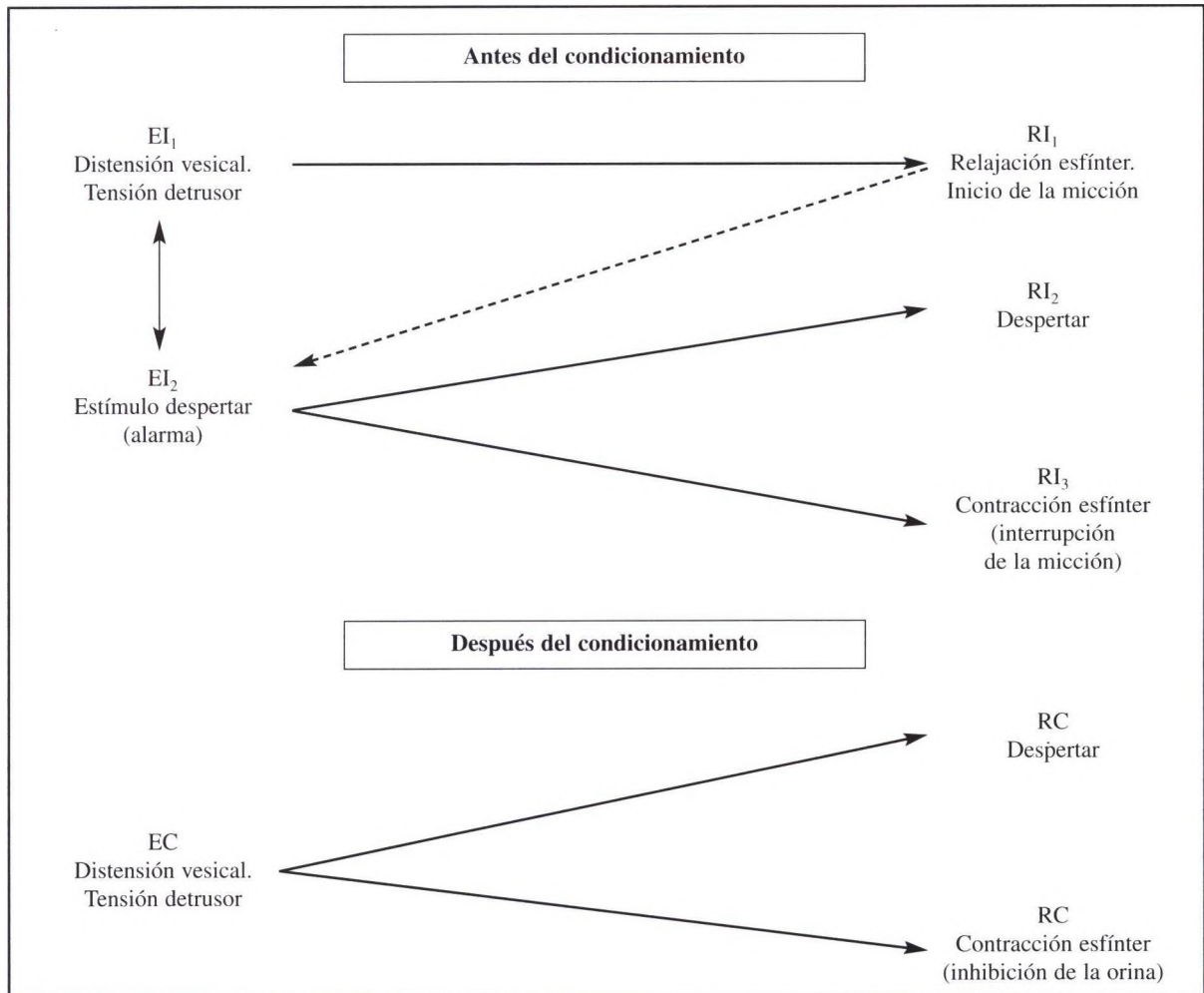


Figura 5.2.—Adquisición del control vesical mediante condicionamiento clásico (EI: estímulo incondicionado; RI: respuesta incondicionada; EC: estímulo condicionado; RC: respuesta condicionada).

contracción condicionada del esfínter en respuesta a la distensión vesical tenderá a inhibir el reflejo de relajación de este músculo durante el sueño y «conducirá al despertar cuando la presión vesical sea muy intensa». Nótese que en este punto, la descripción coincide con las observaciones del grupo de Norgaard (véase apartado de etiología), respecto a que la respuesta de despertar ante la necesidad de orinar iba precedida por un aumento contráctil del esfínter, mientras que la enuresis se producía en ausencia de las dos respuestas. Por último, se predice que, a consecuencia del entrenamiento, los niños «no sólo dejarán de orinarse de forma refleja, sino que también serán capaces de retener la orina por más tiempo que antes, sin necesidad de despertarse».

Algunos autores, posteriores a Mowrer y Mowrer, entienden que el funcionamiento del método se explica mejor mediante un proceso operante de evitación pasiva, donde el niño aprende a contraer el esfínter (de forma automática) para evitar un estímulo aversivo (la alarma). La estimulación fisiológica que induce esta respuesta muscular vendría definida por el conjunto de sensaciones generadas por la contracción del músculo detrusor (en respuesta a la plenitud vesical), la relajación del esfínter y el paso de la orina a la uretra. Esta interpretación operante permitiría entender por qué algunos niños tratados con la alarma dejan de orinarse sin necesidad de despertar. No obstante, la explicación de Mowrer y Mowrer también contemplaba esta posibilidad, dado que afirmaban (p. 60): «normalmente el sonido de la alarma interrumpirá la micción, aunque el niño no se despierte», lo que, fisiológicamente, sólo es posible si se detiene el flujo de orina contrayendo el conjunto esfinteriano (músculos pélvicos y esfínter externo). Seguramente, la explicación más factible es que en el curso del condicionamiento intervenga tanto el condicionamiento clásico como el operante. De momento, parece claro que el tratamiento con el método de alarma provoca una serie de cambios fisiológicos que son coherentes con las hipótesis etiológicas vigentes, a saber: mejora el nivel de alerta del niño, lo que facilita el despertar cuando la vejiga alcanza su límite funcional; inhibe el reflejo de vaciado, mediante la

contracción condicionada del esfínter; mejora el tono muscular de la vejiga, dado que el músculo detrusor se adapta a mayores volúmenes y tolera mayor presión intravesical, propiciando el almacenamiento de orina en su interior, en vez de su expulsión; y, a consecuencia de lo anterior, aumenta la capacidad funcional respecto a su nivel basal (véase Bragado, 1982, 1999, para una discusión más detallada).

6.2.1.2. Guía para su utilización

Desmitificar, explicar y motivar

La utilización del método de alarma requiere cierta dosis de paciencia. Padres y niños tienen que estar dispuestos a seguir el tratamiento durante un tiempo aproximado de 3 o 4 meses. Por ello es fundamental que comprendan cuál es la lógica del procedimiento, qué objetivos persigue y qué tienen que hacer para conseguirlos. La actuación del terapeuta en esta fase es decisiva para el resto del proceso. Tiene que explicar con detalle, pero con sencillez, la fisiología de la micción, los cambios que se producirán con el uso de la alarma y por qué es necesario seguir sus instrucciones. Igualmente debe desmitificar el problema, enfocándolo desde la perspectiva del aprendizaje, desmontar ideas erróneas y asegurar la curación. Muchos niños se sienten avergonzados por lo que les ocurre y les cuesta trabajo hablar sobre su enuresis, por lo que es preciso tranquilizarlos, comentarles que no son los únicos que la padecen y animarlos a cooperar en su solución. Igualmente, algunos padres se sienten frustrados y preocupados, creen que sus hijos deberían haber dejado de orinarse, incluso antes de lo normal, a otros, les molesta tener que cambiar la sábanas, el olor de la ropa, etc., lo que provoca actitudes negativas e intolerantes. Por ello, es útil hablar de todos estos aspectos antes de comenzar el entrenamiento, ya que el método resultará impracticable, sobre todo con los más pequeños, si los padres no se sienten capaces de asumir las demandas del procedimiento, muy superiores, por cierto, a las exigidas por el tratamiento farmacológico. No

en vano, se ha señalado que la falta de cooperación paterna es la causa más frecuente de fracaso y que una actitud materna de intolerancia conlleva al abandono prematuro del tratamiento (Bragado, 1999; Butler, Redfern y Forsythe, 1993).

Demostración técnica del equipo

Aunque las casas comerciales suelen incluir un folleto explicativo con el equipo, es mejor que el terapeuta haga una demostración práctica en consulta; puede emplear agua salada o establecer el contacto con las manos para ilustrar el mecanismo. Es aconsejable que el niño maneje el aparato y examine en qué consiste, con el objeto de que se familiarice con él y de que el terapeuta pueda resolver sus dudas y temores sobre el funcionamiento. Igualmente, conviene anticipar algunos problemas, como las falsas alarmas, y explicar cómo evitarlas. Las falsas alarmas entorpecen el condicionamiento y pueden ser un motivo de abandono.

Con el avance tecnológico se han diseñado dispositivos de alarma bastante cómodos para el niño, con una unidad central muy pequeña que se sujeta en la chaqueta del pijama o en la muñeca, y un detector de orina introducido en una especie de compresa que se coloca en la ropa interior o en el pantalón del pijama, enfrente de la uretra.

Planificar el tratamiento

Para la consecución del éxito es preciso planificar con cuidado la puesta en marcha del tratamiento, por ejemplo: concretar el día de comienzo, decidir quién se va a encargar de supervisarlo en el hogar, analizar si es necesario introducir alguna modificación ambiental, proporcionar instrucciones escritas, programar los contactos con el terapeuta, anticipar la necesidad del seguimiento y animarlos a registrar las respuestas objetivo durante todo el proceso.

Promover y reforzar el despertar

Para lograr que el niño aprenda a despertarse ante los estímulos fisiológicos que preceden a la

micción, es preciso que primero se despierte ante el sonido de la alarma (véase figura 5.2), pero es bastante frecuente que al principio del tratamiento no la escuche. Se ha comprobado que la dificultad para despertar ante la alarma se encuentra asociada al fracaso del método. Por esta razón, se pide a los padres que no apaguen el aparato, sino que despierten a su hijo para que se dé cuenta de que la alarma está sonando porque se está orinando y sea él mismo el que la apague. Con la ayuda paterna, terminará por escucharla en unos pocos días. Aparte de esto, los padres tienen que animar al niño a levantarse al baño para terminar de orinar y elogiarlo cada vez que realice todo el proceso por sí mismo.

Fomentar la responsabilidad

Con el fin de incrementar la responsabilidad del niño en la solución del problema, se pide su colaboración para recomponer la cama, sustituir la ropa mojada por otra seca y conectar de nuevo el aparato.

Identificar y valorar los progresos

Para mantener la motivación a lo largo del tratamiento es conveniente que tanto los padres como sus hijos sepan valorar los avances que se van produciendo respecto al patrón inicial de la enuresis. Entre ellos se han mencionado (Bragado, 1999): un descenso progresivo del número de accidentes por noche, la disminución del tamaño de la mancha de orina, el retraso de la micción que ocurre temporalmente más tarde que al comienzo del condicionamiento, y que el niño se despierta con más facilidad. Todos estos sucesos son indicios de que el tratamiento va por buen camino. De ahí la conveniencia de llevar un registro diario.

No interrumpir el tratamiento

Padres e hijos deben saber que es contraproducente interrumpir el tratamiento una vez comenzado; por ello, se les anima a continuarlo hasta conseguir un mínimo de 14 noches consecutivas sin orinarse, que es el período estipulado como criterio inicial de éxito (véase Butler, 1991; Forsythe y Butler, 1989).

Ingestión extra de líquidos (sobreaprendizaje)

Restringir la ingesta de líquido desde el atardecer es una medida muy extendida entre los padres de los enuréticos, y, también, una recomendación habitual en la práctica médica. Como hacen notar Vogel et al. (1996), si se parte del supuesto de que la enuresis es un defecto de aprendizaje, lo más apropiado sería recomendar que el niño bebiera más líquido durante el período de entrenamiento, ya que de este modo tiene más posibilidades de experimentar y reconocer las sensaciones fisiológicas que acompañan al llenado vesical.

En el tratamiento con alarma se instruye a los padres para que no prohíban a sus hijos beber lo que deseen e, incluso, para que los animen a beber una cantidad extra en un determinado momento del proceso. Esta última medida tiene como objeto propiciar más ensayos de condicionamiento y fortalecer las respuestas condicionadas para hacerlas más resistentes a la extinción (recaídas), de ahí su denominación («sobreaprendizaje»). Aunque Mowrer y Mowrer (1938) incluyeron esta técnica en sus instrucciones de aplicación del método de la alarma, todavía no se ha incorporado de modo estándar al protocolo de tratamiento, a pesar de que existen suficientes datos empíricos que avalan la utilidad del sobreaprendizaje para prevenir las recaídas.

El sobreaprendizaje se pone en marcha cuando el niño alcanza el criterio inicial de éxito (14 noches secas); a partir de entonces, se le anima a beber uno o dos vasos de líquido (leche, zumos, etc.) una hora antes de irse a dormir, hasta obtener de nuevo el mismo criterio, momento en que el tratamiento se da por concluido. Conviene advertir a los padres de que no es preciso beber la cantidad estipulada de una sola vez, sino en el transcurso de una hora. Puesto que algunos niños tienen dificultad para seguir esta instrucción, algunos autores recomiendan introducir la ingestión extra de forma gradual (véase Bragado 1999; Houts y Liebert, 1984).

Reforzar los logros y la cooperación

El reforzamiento positivo es un componente común a todos los tratamientos conductuales. Por lo que respecta al método de la alarma se utiliza para incrementar y mantener las respuestas objetivo: permanecer seco y despertar ante la necesidad de orinar. Pero también es recomendable reforzar las conductas de cooperación con las instrucciones terapéuticas a fin de mantener la motivación de logro. En general, parece mejor utilizar reforzadores sociales que materiales; el elogio, la alabanza y el tiempo con los padres son los preferidos por la mayoría de los autores.

Contactos con el terapeuta y seguimiento

Mantener un contacto periódico con los padres y con sus hijos es un aspecto clave para conseguir un resultado favorable. Una intervención puntual puede evitar el abandono o el fracaso del tratamiento. El tiempo invertido por el terapeuta es mayor en las primeras etapas del proceso, mientras realiza la evaluación y explica el procedimiento a seguir, aunque estas actividades se pueden realizar en un par de sesiones, tres como mucho. Después, una entrevista cada una o dos semanas y/o alguna llamada telefónica son suficientes para supervisar la marcha de la terapia. Dado que la mayor parte de las recaídas se concentran en los 6 meses posteriores a la retirada del tratamiento, éste es el período mínimo aconsejado para el seguimiento (Butler, 1991). En este punto, conviene convencer a los padres para que acudan a las citas de control y para que continúen, en la medida de lo posible, registrando los episodios de enuresis y si el niño se despierta para orinar, lo que permitirá constatar si se mantienen los efectos terapéuticos.

7. CONCLUSIONES

La enuresis es uno de los trastornos más prevalentes en la infancia, aunque decrece con la edad; el niño que la sufre puede sentirse avergonzado y limi-

tar sus actividades sociales. Las investigaciones llevadas a cabo para esclarecer su etiología ponen de relieve que es un trastorno multicausado, en el que intervienen factores de aprendizaje, fisiológicos y psicosociales. Pese a los numerosos estudios que se han publicado en los últimos años desde el ámbito médico, todavía no existe un acuerdo unánime respecto a los criterios diagnósticos. La contribución de la terapia de conducta para corregir la enuresis es un hecho poco controvertido. Los resultados acumulados indican de forma unánime que el método de la alarma o alguna modificación del mismo, como el entrenamiento en cama seca, es el tratamiento de elección para «curar» la enuresis nocturna monosintomática y un complemento necesario para tratar las enuresis mixtas. Su eficacia ha quedado demostrada en sus cincuenta años de historia. Pese a esta evidencia, los profesionales médicos parecen reacios a recomendar su uso, por lo que sería de agradecer que en el futuro dedicaran algún tiempo a leer las publicaciones de orientación conductual. Por su parte, los terapeutas de conducta deberían prestar más atención a desentrañar cuáles son los mecanismos de acción de sus tratamientos, investigando los cambios fisiológicos que se producen como consecuencia del entrenamiento. En cualquier caso, el avance del conocimiento en esta área requiere un esfuerzo conjunto de todas las profesiones implicadas en su estudio, con el fin de llegar a integrar los hallazgos obtenidos en cada campo.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association (trad., Masson, 1983).
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition revised (DSM-III-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Association (trad., Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association (trad., Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aristizabal, J. M., Salinas, J., Esteban, M., Ramírez, J. C., Fernández, H. y Resel, L. (1996): Urodinámica clínica de la enuresis infantil. *Urología Integrada y de Investigación*, 1, 31-38.
- Azrin, N. H., Sneed, T. J. y Foxx, R. M. (1974): Dry Bed Training: Rapid elimination of childhood enuresis. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 147-156.
- Berg, I. (1979): Annotation. Day wetting in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 20, 167-173.
- Bloom, D. A., Park, J. M. y Koo, H. P. (1998): Comments on pediatric elimination dysfunctions: The whorf hypothesis, the elimination interview, the guarding reflex and nocturnal enuresis. *European Urology*, 33 (suppl. 3), 20-24.
- Bollard, J. y Nettelbeck, T. (1989): *Bedwetting. A treatment manual for professional staff*. Londres: Chapman and Hall.
- Bragado, C. (1980): Incidencia de la enuresis: un estudio piloto. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 35, 883-899.
- Bragado, C. (1982): *Análisis de los componentes implicados en el entrenamiento en cama seca (Dry Bed Training), utilizado en la corrección de la enuresis nocturna*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid (colección Tesis Doctorales, N.º 155/83).
- Bragado, C. (1999): *Enuresis infantil. Un problema con solución*. Madrid: Pirámide (orig., Madrid: Eudema, 1994).
- Burke, J. R., Mizusawa, Y., Chan, A. y Webb, K. L. (1995): A comparison of amitriptyline, vasopressin and amitriptyline with vasopressin in nocturnal enuresis. *Pediatric Nephrology*, 9, 438-440.
- Butler, R. J. (1987): *Nocturnal enuresis. Psychological perspectives*. Bristol: Wright.
- Butler, R. J. (1991): Establishment of working definitions in nocturnal enuresis. *Archives of Disease in Childhood*, 66, 267-271.
- Butler, R. J., Redfern, E. J. y Forshyte, I. (1993): The Maternal Tolerance Scale and nocturnal enuresis. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 433-436.
- Cendron, M. y Klauber, G. (1998): Combination therapy in the treatment of persistent nocturnal enuresis. *British Journal of Urology*, 81 (suppl. 3), 26-28.
- Chiozza, M. L., Bernardinelli, L., Caione, O., Del Gado, R., Ferrara, P., Giorgi, P. L., Montomoli, C., Ro-

- ttoli, A. y Vertucci, P. (1998): An Italian epidemiological multicentre study of nocturnal enuresis. *British Journal of Urology*, 81 (suppl. 3), 86-89.
- De Jonge, G. A. (1973): The urge syndrome. En I. Kolvin, R. C. Mackeith y S. R. Meadow (dirs.), *Bladder control and enuresis*. Filadelfia: Lippincot.
- Del Pozo, J. (1998): *Enuresis. II. Incidencia de la enuresis nocturna en España*. Madrid: Drug Farma S. L.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas* (13.ª ed.) (1992). Barcelona: Masson.
- Djurhuus, J. C. y Rittig, S. (1998): Current trends, diagnosis, and treatment of enuresis. *European Urology*, 33 (suppl. 3), 30-33.
- Eiberg, H. (1998): Total genome scan analysis in a single extended family for primary nocturnal enuresis: evidence for a new locus (ENUR3) for primary nocturnal enuresis on chromosome 22q11. *European Urology*, 33 (suppl. 3), 34-36.
- Eller, D. A., Austin, P. F., Tanguay, S. y Homsy, Y. L. (1998): Daytime functional bladder capacity as a predictor of response to desmopressin in monosymptomatic nocturnal enuresis. *European Urology*, 33 (suppl. 3), 25-29.
- Estornell, F., Fernández, M.ª S., Reig, C., Domínguez, C., Martínez, M. y García-Ibarra, F. (1996): Enuresis monosintomática y síndrome enurético: valoración urodinámica. *Urología Integrada y de Investigación*, 1, 39-43.
- Fielding, D. y Doleys, D. M. (1988): Elimination problems: enuresis and encopresis. En E. J. Mash y L. G. Terdal (dirs.), *Behavioral assessment of childhood disorders* (2.ª ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Font, L. (1985): Enuresis: incidencia y factores de riesgo. *Cuadernos de Psicología*, 11, 155-180.
- Forsythe, W. I y Butler, R. J. (1989): Fifty years of enuretic alarms. *Archives of Disease in Childhood*, 64, 879-885.
- Garat, J. M. y Kaffaratti, J. (1996): Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la enuresis funcional y monosintomática. *Urología Integrada y de Investigación*, 1, 113-118.
- Gutiérrez, C. (1995): Historia de la enuresis. *Actas Urológicas Españolas*, 19, 588-594.
- Gutiérrez, C., Hidalgo, O., Hidalgo, F. y Rebassa, M. (1996): Actitud familiar ante la enuresis. *Urología Integrada y de Investigación*, 1, 16-21.
- Hjälmas, K. (1998): Nocturnal enuresis: basic facts and new horizons. *European Urology*, 33 (suppl. 3), 53-57.
- Houts, A. C. (1991): Nocturnal enuresis as a biobehavioral problem. *Behavior Therapy*, 22, 133-151.
- Houts, A. C., Berman, J. S. y Abramson, H. (1994): Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 737-745.
- Houts, A. C. y Liebert, R. M. (1984): *Bedwetting. A guide for parents and children*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Imada, N., Kawauchi, A., Tanaka, Y., Yamao, Y., Watanabe, H. y Takeuchi, Y. (1998): Classification based on overnight simultaneous monitoring by electroencephalography and cystometry. *European Urology*, 33 (suppl. 3), 45-48.
- Järvelin, M. R., Moilanen, I., Vikeväinen-Tervonen, L. y Huttunen, N. (1990): Life changes and protective capacities in enuretic and non enuretic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 763-774.
- Järvelin, M. R., Vikeväinen-Tervonen, L., Moilanen, I. y Huttunen, N. (1988): Enuresis in seven-year-old children. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 77, 148-153.
- Kawauchi, A., Imada, N., Tanaka, Y., Yamao, Y. y Watanabe, H. (1998): Effects of systematic treatment based on overnight simultaneous monitoring by electroencephalography and cystometry. *European Urology*, 33 (suppl. 3), 58-61.
- Kelleher, R. E. (1997): Daytime and nighttime wetting in children: a review of management. *Journal of The Society of Pediatric Nurses*, 2, 73-82.
- Kimmel, H. D. y Kimmel, E. (1970): An instrumental conditioning method for the treatment of enuresis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 121-123.
- Luna, M. J. y Toro, J. (1996): Trastornos psicopatológicos asociados a la enuresis. *Urología Integrada y de Investigación*, 1, 53-56.
- Luna, M. J., Toro, J., Curet, M., Salamero, M. y Rovira, J. (1996): Características diferenciales uropatológicas de la enuresis nocturna y mixta. *Urología Integrada y de Investigación*, 1, 7-10.
- MacLean, R. E. G. (1960): Imipramine hydrochloride (Tofranil) and enuresis. *American Journal of Psychiatry*, 117, 551 (citado en Houts, 1991).
- Martín, E. y Miguélez, C. (1996a): Tratamiento básico inicial de la enuresis infantil. *Urología Integrada y de Investigación*, 1, 74-79.
- Martín, E. y Miguélez, C. (1996b): Tratamiento de la enuresis monosintomática con desmopresina. Estudio

- randomizado a doble ciego frente a placebo. *Urología Integrada y de Investigación*, 1, 119-124.
- Miguélez, C., Martín, E., García, M., García, N. y Galiano, E. (1996a): Quién es y quién no es enurético. Definición, clasificación y diagnóstico diferencial. *Urología Integrada y de Investigación*, 1, 3-6.
- Miguélez, C., Martín, E., García, M., García, N. y Galiano, E. (1996b): Tratamientos de la enuresis. Recuerdo histórico y posibilidades actuales. *Urología Integrada y de Investigación*, 1, 57-65.
- Moffat, M. E. K. (1997): Nocturnal enuresis: a review of the efficacy of treatments and practical advice for clinicians. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18, 49-56.
- Moilanen, I. y Rantakallio, P. (1988): The single parent family and the child's mental health. *Social Science and Medicine*, 27, 181-186.
- Morgan, R. T. T. y Young, G. C. (1975): Parental attitudes and the conditioning treatment of childhood enuresis. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 197-199.
- Mowrer, H. O. y Mowrer, M. W. (1938): Enuresis: a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-459 (reproducido en R. C. Katz y S. Zlutnick, 1975, *Behavior therapy and health care: principles and applications*. Nueva York: Pergamon Press).
- Nevéus, T., Läckgren, G., Stenberg, A., Tuvemo, T. y Hetta, J. (1998): Sleep and night-time behaviour of enuretics and non-enuretics. *British Journal of Urology*, 81 (suppl. 3), 67-71.
- Norgaard, J. P., Hansen, J. H., Wildschiotz, G., Sorensen, S., Rittig, S. y Djurhuus, J. C. (1989): Sleep cystometries in children with nocturnal enuresis. *The Journal of Urology*, 141, 1156-1159.
- Norgaard, J. P., Pedersen, E. B. y Djurhuus, J. C. (1985): Diurnal Anti-Diuretic-Hormone levels in enuretics. *The Journal of Urology*, 134, 1029-1031.
- Norgaard, J. P., Van Gool, J. D., Hjalmas, K., Djurhuus, J. C. y Hellström, A. L. (1998): Standardization and definitions in lower urinary tract dysfunction in children. *British Journal of Urology*, 81 (suppl. 3), 1-16.
- Organización Mundial de la Salud (1992): *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (trad., Meditor, 1992).
- Organización Mundial de la Salud (1993): *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research* (trad., Meditor, 1994).
- Peña, J. M., León, E., Giráldez, J. y Leal, A. (1996): Tratamiento de la enuresis con biofeedback. *Urología Integrada y de Investigación*, 1, 90-98.
- Pérez-Chóliz, V. (1996): Estudio de la osmolalidad urinaria en la valoración y diagnóstico del niño enurético. *Urología Integrada y de Investigación*, 1, 22-30.
- Rona, R. J., Li, L. y Chinn, S. (1997): Determinants of nocturnal enuresis in England and Scotland in the '90s. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 39, 677-681.
- Rushton, H. G., Belman, A. B., Zaontz, M. R., Skoog, S. J. y Sihelnick, S. (1996): The influence of small functional bladder capacity and other predictors on the response to desmopressin in the management of monosymptomatic nocturnal enuresis. *The Journal of Urology*, 156, 651-655.
- Sánchez, M. y Sánchez, A. (1996): La enuresis en nuestro medio. *Urología Integrada y de Investigación*, 1, 11-15.
- Sánchez, M., Sánchez, A., Romero, F., Elizalde, A., López, J. L., Hernández, P. y González, A. (1983): Enuresis I: estudio sociológico del fenómeno enurético. *Actas Urológicas Españolas*, 7, 117-122.
- Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la Asociación Española de Pediatría (1996): *Estudio epidemiológico de la enuresis en pediatría extrahospitalaria*. Barcelona: Pharma Consult Services.
- Thompson, S. y Rey, J. M. (1995): Functional enuresis: is demopressin the answer? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 266-271.
- Toro, J. (1992): *Enuresis: causas y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Van Londen, A., Van Londen-Barentsen, M. W. M., Van Son, M. J. M. y Mulder, G. A. L. (1993): Arousal training for children suffering from nocturnal enuresis: a 2 1/2 year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 613-615.
- Vogel, W., Young, M. y Primack, W. (1996): A survey of physician use of treatment methods for functional enuresis. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17, 90-93.
- Watanabe, H. (1998): Nocturnal enuresis. *European Urology*, 33 (suppl. 3), 2-11.
- Watanabe, H. y Azuma, Y. (1989): A proposal for a classification system of enuresis based on overnight simultaneous monitoring of electroencephalography and cystometry. *Sleep*, 12, 257-264.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Bragado, C. (1983): Enuresis nocturna: eficacia parcial de los componentes implicados en el entrenamiento en cama seca. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1, 43-66.
- Bragado, C. (1999): *Enuresis nocturna. Un problema con solución*. Madrid: Pirámide (orig., Madrid: Eudema, 1994).
- Rosa, A. I., Sánchez, J., Olivares, J. y Marín, F. (1998): La intervención conductual de la enuresis en España: una revisión metaanalítica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 557-578.
- Toro, J. (1992): *Enuresis: causas y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Urología Integrada y de Investigación*, 1996, 1, 1-132. Tema monográfico: Reactualización de la enuresis. Madrid: Editorial Garsi (Grupo Masson).

Características clínicas, evaluación y tratamiento de la encopresis

6

MIGUEL ÁNGEL SIMÓN¹

1. INTRODUCCIÓN

La encopresis (del griego *en-kópros-osis*, etimológicamente proceso patológico no inflamatorio que afecta a la defecación) es el término tradicionalmente utilizado en la literatura especializada para referirse a la dificultad que algunos niños tienen para controlar adecuadamente la evacuación intestinal. Considerado durante décadas como un mero equivalente fecal de la enuresis, en la actualidad, y gracias al extraordinario impulso de la investigación psicofisiológica del canal anal y del recto, se han generado importantes contribuciones, tanto en el ámbito de la comprensión de su génesis como de su diagnóstico y tratamiento eficaz. En esta línea, los estudios realizados en torno a los mecanismos psicofisiológicos y conductuales de la continencia y la defecación han identificado diversos factores que son necesarios para un adecuado control de la evacuación intestinal, evidenciando cómo la incontinencia puede estar motivada por disfunciones en cualquiera de ellos. Este desarrollo ha llevado a la consideración de la encopresis como un trastorno psicofisiológico del tracto gastrointestinal, en el que se constata la existencia de una importante interacción entre eventos ambientales, hábitos conductuales, experiencia emocional y fisiología anorrectal (Simón, 1996).

El objetivo de este capítulo no sólo es describir las características clínicas de este problema y anali-

zar los principales factores que supuestamente contribuyen a su aparición, sino también presentar las principales técnicas de evaluación y tratamiento actualmente disponibles de cara a una intervención clínica adecuadamente fundamentada, esto es, sólidamente basada en las evidencias clínicas.

2. DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Por muy sorprendente que pueda parecer, no está claramente definido lo que se entiende por encopresis, ya que es un término que abarca parámetros relacionados tanto con la edad como con el carácter exclusivamente «funcional» de la condición. Así, algunos autores toman precisamente estos factores como punto de referencia y definen la encopresis como la falta de control sobre los mecanismos responsables de la evacuación intestinal en ausencia de patología orgánica y más allá de un límite de edad arbitrario (establecido generalmente entre los 3 y los 4 años de edad) (Doleys, 1978; Levine, 1975).

Otros autores, por el contrario, se refieren a la encopresis como un trastorno en la regulación de la evacuación intestinal que abarca tanto problemas de defecación involuntaria como de retención de heces o estreñimiento crónico (Whitehead, 1990; Bassotti y Whitehead, 1994). De hecho, como veremos seguidamente, en un alto porcentaje de casos estas dos condiciones aparecen estrechamente relacionadas en lo que se ha venido a llamar incontinencia por rebosa-

¹ Universidad de La Coruña (España).

miento o «diarrea paradójica». El estreñimiento contribuye a la encopresis en el sentido de que debido a aquel, el sujeto puede tener deteriorada la habilidad para detectar la entrada de heces en el área rectal (sensación rectal) junto con un esfínter anal interno (EAI) completamente distendido y atónico (Wald y Handen, 1987). Por su parte, este estreñimiento puede ser debido a una disinergia de los músculos del suelo pélvico —esfínter anal externo (EAE) y músculo puborrectal— en un porcentaje de casos de encopresis que se sitúa entre el 36 y el 52 por 100 (Whitehead, Crowell y Schuster, 1990).

Según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), la característica esencial de la encopresis es la eliminación repetida de heces en lugares inadecuados (criterio A), en la mayoría de las ocasiones totalmente involuntaria, por lo menos una vez al mes durante un mínimo de 3 meses (criterio B). Este problema se encuadra dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y, más concretamente, dentro de la categoría de trastornos de la eliminación. Para efectuar el diagnóstico deben cumplirse además dos condiciones: *a)* la edad cronológica del niño debe ser por lo menos de 4 años (o, para los niños con retraso del desarrollo, una edad mental mínima de 4 años) (criterio C), y *b)* la incontinencia no puede deberse exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, laxantes) ni de una enfermedad médica, excepto por algún mecanismo que implique estreñimiento (criterio D). Un resu-

men de estos criterios para el diagnóstico de encopresis según el DSM-IV-TR puede apreciarse en la tabla 6.1.

De acuerdo con el subtipo que caracteriza su presentación, el DSM-IV-TR alude a dos modalidades básicas de encopresis: *a)* con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento (la denominada *encopresis retentiva*), y *b)* sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento (la denominada *encopresis no retentiva*). Como destaca Bragado (1998), la práctica totalidad de los investigadores considera que esta diferenciación es esencial no sólo para explicar la génesis del problema, sino también para seleccionar el tratamiento más oportuno a cada caso. Según autores como Levine (1982), Loening-Baucke (1993) y Popper y West (2000), entre el 75 y el 90 por 100 de los niños con encopresis presenta el subtipo designado como «con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento». En estos casos, la exploración física y la historia clínica ponen de manifiesto la existencia de estreñimiento; las deposiciones son poco frecuentes y hay impactación fecal, rebosamiento de líquido en torno a las heces parcialmente endurecidas y escape de dicho líquido a los vestidos. Igualmente, se ha observado que estos niños con encopresis y estreñimiento presentan un tiempo de tránsito colónico más elevado (por tanto, un peristaltismo más lento) que los niños con encopresis sin estreñimiento (Benninga et al., 1994).

Como veremos posteriormente al aludir a la etiología del problema, éste puede estar determina-

TABLA 6.1

Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de encopresis (APA, 2000)

- A) Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (por ejemplo, vestidos o suelos), sea involuntaria o intencionada.
- B) Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.
- C) La edad cronológica debe ser por lo menos de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).
- D) El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, laxantes) ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

Codificar del modo siguiente:

R15 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento [787.6] (también código K59.0 Estreñimiento en Eje III)
F98.1 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento [307.7]

do por múltiples causas, entre las que cabe destacar ciertos hábitos del niño (por ejemplo, de evacuación intestinal, alimenticios, de ejercicio físico, etc.), el aprendizaje y/o integración inapropiada de las diversas conductas que conducen a la defecación voluntaria y la presencia de ansiedad, incomodidad y/o dolor durante los intentos de evacuación, por citar sólo algunas de las más importantes.

En la literatura especializada se han descrito dos tipos de curso de encopresis:

- a) Encopresis primaria (ausencia de control), en la que el niño nunca ha adquirido el control voluntario de los mecanismos de evacuación intestinal.
- b) Encopresis secundaria (pérdida de control), en la que el problema se desarrolla una vez que el niño ya había adquirido la continencia rectoanal y la había ejercitado durante al menos 12 meses.

Paralelamente, la encopresis también ha sido en alguna ocasión clasificada como diurna o nocturna, pero esta clasificación prácticamente no es utilizada, ya que no presenta ninguna utilidad clínica; además, la encopresis nocturna es muy infrecuente.

El control voluntario de la defecación es una de las primeras formas de autocontrol que el sujeto aprende en su convivencia social y que entraña un proceso de aprendizaje que incorpora una íntima interacción entre los padres y el niño, durante el cual éste logra la habilidad de inhibir voluntariamente los reflejos rectoesfinterianos y tomar a su cargo el control voluntario de los mecanismos de evacuación. Por ello, respecto a los síntomas y trastornos asociados, no es extraño que el niño encopético pueda sentirse avergonzado y evite todas aquellas situaciones de riesgo que podrían situarle en circunstancias desagradables. Al igual que ocurre en la enuresis, el volumen e importancia de las alteraciones asociadas depende de su efecto sobre la autoestima del niño, el grado de ostracismo social determinado por los compañeros y, muy particularmente, el rechazo y castigo por parte de padres y cuidadores (American Psychiatric Association, 2000). Cuando la incontinencia es «intencional»,

aunque sea infrecuente, se suelen apreciar algunos rasgos del trastorno negativista desafiante o del trastorno disocial, por lo que deberá llevarse a cabo un riguroso y pormenorizado diagnóstico diferencial.

Finalmente, es necesario distinguir entre encopresis y otros problemas tales como la incontinencia fecal neurológica, las pérdidas fecales debidas a un prolapso de la mucosa rectal, la expulsión de gases acompañados con heces líquidas o, simplemente, una higiene deficiente de la zona anal. Igualmente, en el diagnóstico de encopresis deben excluirse tres posibles causas alternativas de incontinencia:

- a) Enfermedad de Hirschprung o megacolon congénito, trastorno caracterizado por la ausencia congénita de las células ganglionares del segmento distal del colon, lo que resulta en una acusada dilatación del mismo y estasis fecal. El cuadro clínico manifiesta estreñimiento, impactación fecal y distensión abdominal. A nivel manométrico se observa que el EAI no muestra su respuesta normal de relajación refleja ante la distensión rectal (reflejo rectoanal inhibitorio) y la percepción de sensaciones en el recto es muy exagerada, llegando incluso al dolor ante un pequeño volumen dilatante (Meunier, Mollard y De Beaujeau, 1976).
- b) Megacolon idiopático o adquirido, similar al anterior pero sin anomalías congénitas. El examen clínico muestra el ano dilatado y la piel perianal sucia. A través de tacto rectal se observa la presencia de heces distendiendo el colon, recto y canal anal. La defecación suele ser dolorosa. La incontinencia es la primera señal visible de esta condición y aparece aproximadamente en la mitad de los casos (Phillips, 1983), aunque algunos autores llegan a asociar ambos problemas en un porcentaje bastante más elevado (80-90 por 100 de los sujetos) (Levine, 1975; Lowery, Srouf, Whitehead y Schuster, 1985).
- c) Prolapso rectal, en el cual, la mucosa rectal se prolapsa a través del ano hacia el exterior y secreta un moco fecal semilíquido sobre la ropa interior. Las causas que contribuyen a

la incontinencia en esta condición parecen ser una profunda inhibición del EAI junto con un daño neurológico del EAE (Bartolo et al., 1994).

3. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de encopresis en la población pediátrica se sitúa en torno al 1,5 por 100. Se trata de un problema menos frecuente que la enuresis, disminuye con la edad y es raro en la adolescencia (Popper y West, 2000). Así, la prevalencia en el grupo de edad de 3 años es del 8,1 por 100, disminuyendo hasta un 2,8 por 100 en el grupo de 4 años, tendencia gradual que continúa hasta alcanzar cotas del 1,5 por 100 a los 7 años. Respecto al género, es de destacar que el problema es significativamente más frecuente en varones que en mujeres, alcanzando una relación que según las diferentes investigaciones oscila desde un mínimo de 3:1, hasta un máximo de 6:1 (Levine, 1982; Nolan y Oberklaid, 1993). Como acertadamente comenta Bragado (1998), en relación con este predominio de los varones, y teniendo presente que la encopresis retentiva es mucho más frecuente que la no retentiva, es curioso recordar el hecho de que el mero estreñimiento (es decir, sin incontinencia acompañante) tenga una distribución similar entre hombres y mujeres.

Respecto al tipo de encopresis, ya señalamos anteriormente que la encopresis retentiva es significativamente más frecuente que la no retentiva, acaparando entre el 75 y el 90 por 100 de los casos. Igualmente, cabe mencionar que aproximadamente el 50-60 por 100 de los niños encopréticos presenta encopresis secundaria (Jinbo y Stark, 2000), y que los episodios de incontinencia son más frecuentes durante el día que durante las horas de descanso nocturno.

Variables tales como estatus socioeconómico, tamaño de la familia, posición ordinal del niño dentro del grupo de hermanos y edad de éstos, no guardan ninguna relación con la incidencia de encopresis. Por el contrario, existe una correlación muy directa con la enuresis, la cual puede atribuirse a los

efectos de la retención fecal y de la distensión rectal sobre la vejiga contigua; de hecho, el 25 por 100 de los niños con encopresis presenta también enuresis (Jinbo y Stark, 2000).

4. ETIOLOGÍA

Actualmente se sostiene que en el desarrollo de la encopresis participan tanto factores fisiológicos como psicológicos. Pero, así como se conocen algunos de los mecanismos fisiológicos que pueden conducir a este trastorno (Simón y Lara, 1996), respecto a los factores psicológicos sólo puede determinarse su valor «de riesgo» tanto en el desarrollo del problema como en el modo en que afectan a la respuesta terapéutica del sujeto. Probablemente esta dificultad a la hora de determinar los posibles factores psicológicos implicados en la encopresis venga determinada por el propio contexto en que se ha examinado al niño encoprético. Los niños que son remitidos a clínicas pediátricas o a los servicios de gastroenterología de un hospital, tienen menos probabilidad de mostrar características psicopatológicas o problemas en el proceso de aprendizaje de las habilidades de la defecación voluntaria que aquellos que son examinados en un ambiente psiquiátrico (Lowery et al., 1985). Esto ocurre no porque no estén presentes estas circunstancias en los niños examinados en ambientes no psiquiátricos, sino porque precisamente en aquéllos no se presta atención a la evaluación psicológica de los niños o de sus familias.

Uno de los estudios más importantes respecto a los factores psicológicos implicados en la encopresis ha sido el realizado por Bellman (1966). Esta investigadora analizó la importancia del medio familiar en el desarrollo del problema en 9.253 niños escandinavos de 7 años. El 94 por 100 de las familias entrevistadas devolvió el cuestionario, el cual reveló que el 2,3 por 100 de los niños y el 0,7 por 100 de las niñas tenían problemas de encopresis. La prevalencia de este trastorno era del 1,5 por 100 y no tenía relación con la clase social del sujeto. A su vez, logró demostrar que en el 6 por 100 de las familias no cooperantes, el 15 por 100 de los

padres, el 1,3 por 100 de las madres y el 8,7 por 100 de los hermanos de los niños encopréticos del estudio, también habían presentado este problema.

En el desarrollo del trastorno parece tener especial importancia una enseñanza inapropiada de las habilidades defecatorias, bien sea por inconsistencia en el entrenamiento, por excesiva rigidez y exigencias del mismo o, incluso, por iniciar el aprendizaje de la defecación voluntaria cuando el niño aún no está suficientemente maduro a nivel biológico para poder atender estos requerimientos (generalmente alrededor de los 18-24 meses de vida) (Bellman, 1966).

Los eventos ambientales estresantes y las contingencias del medio parecen tener también un importante papel en el desarrollo de la encopresis. Bellman (1966) encontró que la mitad de los sujetos encopréticos de su estudio tenían encopresis secundaria (es decir, habían perdido el control después de haberlo adquirido), y que ésta se había producido después de acontecimientos tales como el comienzo de la escuela, nacimiento de un hermano, divorcio de los padres, cortas separaciones de éstos, estancia en campamentos de verano lejos de la familia, etc.

La calidad de la relación entre padres e hijos resulta igualmente de interés. Con respecto a estas cuestiones, Bellman (1966) puso de relieve que los padres de los niños encopréticos eran más inestables emocionalmente y no se relacionaban bien con sus hijos. En esta línea, Wolters y Wanters (1975) encontraron que los padres de niños encopréticos tendían a mostrar más quejas de tipo somático que los padres del grupo control.

Por último, los niños encopréticos muestran en mayor medida que los no encopréticos rasgos psicopatológicos tales como ansiedad (51 por 100 frente a un 18 por 100), pérdida de confianza en sí mismos (43 por 100 frente a un 11 por 100), poco control sobre sus impulsos agresivos (11 por 100 frente a un 1,4 por 100), dificultades en el ajuste escolar (19 por 100 frente a un 7 por 100), problemas en la relación con sus compañeros (13 por 100 frente a un 4 por 100) y temores infundados (25 por 100 frente a un 5 por 100) (Bellman, 1966). Por su parte, Tobon y Schuster (1974) mencionan la pre-

sencia de desórdenes de la personalidad en un 63 por 100 de sus pacientes en los que estaban asociados megacolon y encopresis, los cuales sólo aparecían en un 5 por 100 de los niños que tenían exclusivamente megacolon.

Como hemos destacado anteriormente, la mayoría de los niños con encopresis presenta estreñimiento crónico. Como consecuencia de la retención prolongada de materia fecal, el recto se dilata hasta niveles que pueden incluso llegar a duplicar su capacidad normal, con lo cual se deteriora la sensación de llenado rectal. Además, al permanecer tanto tiempo las heces acumuladas, éstas se vuelven cada vez más duras, compactas y difíciles de expulsar, ya que el mecanismo de absorción de agua de las heces acumuladas continúa intacto. Esto contribuye a que las defecaciones se vuelvan laboriosas e, incluso, en no pocas ocasiones, dolorosas, con lo que el niño aprende a evitar ir al baño o incluso a inhibir la defecación, lo que conllevaría un mantenimiento del problema a través de condicionamiento de evitación.

Por lo que a estos aspectos se refiere, Meunier, Mollard y Marechal (1976) han encontrado que los niños con encopresis muestran habitualmente un cierto deterioro en el umbral de sensación rectal. Igualmente, investigaciones recientes han demostrado también la existencia de un patrón defecatorio anómalo en un 40-60 por 100 de los niños encopréticos (Loening-Baucke y Cruikshank, 1986; Wald, Chandra, Chiponis y Gabel, 1986; Wald, Chandra, Gabel y Chiponis, 1987). En el momento de defecar, estos niños producen una contracción de los músculos del suelo pélvico (EAE y músculo puborrectal) en vez de relajarlos para permitir el paso de las heces por el anillo anal. Este patrón ha sido denominado como «anismo», «contracción puborrectal paradójica», «disinergia rectoesfinteriana» o «síndrome del suelo pélvico espástico» (Simón, Martínez-Velasco y Salgado, 1999).

Antes de terminar este punto es de destacar que en el DSM-IV-TR, cuando se alude a la encopresis no retentiva, se afirma que el problema puede ser consecuencia, entre otras cosas, de masturbación anal. En consonancia con este planteamiento, Aruffo, Ibarra y Strupp (2000) señalan que las sen-

saciones anales y los sentidos de erotización anal que muestran algunos niños con encopresis son intensos, y el síntoma nuclear de la encopresis, la evacuación, es en estos niños el resultado de una forma consciente de masturbación anal en la que la masa fecal se usa como estimulación. Tal como destacan estos teóricos psicodinámicos, se necesitan más estudios para determinar la prevalencia de la masturbación anal en los niños que sufren de encopresis. Respecto a esta cuestión, nos resulta cuando menos sorprendente que una formulación como la que acabamos de resumir sucintamente, carente de todo apoyo científico, haya tenido cabida sin embargo en los planteamientos de la Asociación Americana de Psiquiatría.

En definitiva, y como ya anticipábamos en el propio apartado introductorio de este capítulo, la encopresis es un trastorno de marcada etiología multifactorial. No obstante, tal como hemos sintetizado en este punto, factores tales como el estreñimiento crónico, un entrenamiento inapropiado (por ejemplo, por ser particularmente prematuro, por ser demasiado exigente, por utilizar procedimientos coercitivos) y las propias experiencias (de malestar, dolor y/o incomodidad) asociadas a la defecación, aparecen como las variables de mayor peso a la hora de explicar la génesis de esta patología.

TABLA 6.2

Algunas razones que pueden explicar la ocurrencia de encopresis

- Intentos de aprendizaje prematuro del control de la evacuación intestinal.
- Entrenamiento particularmente exigente o coercitivo, incluso con uso frecuente de castigo.
- Evitación de la incomodidad y/o del dolor asociado a la evacuación debido, bien a la existencia de fisuras, bien a la cantidad y calidad de la materia fecal (por ejemplo, heces demasiado grandes y duras).
- Miedo del niño a la defecación debido a fracasos en intentos previos de control.
- Abuso en la utilización de laxantes o enemas.
- Acontecimientos vitales estresantes en la vida cotidiana del niño.

En la tabla 6.2 se resumen algunas de las razones apuntadas que pueden explicar la ocurrencia de este trastorno de la eliminación.

5. EVALUACIÓN

El funcionamiento del complejo rectoesfinteriano y la continencia anorrectal son fenómenos que implican diversos mecanismos fisiológicos y conductuales (Simón y Lara, 1996; Simón, Durán y Salgado, 2001). El abordaje con éxito de la encopresis requiere por parte del clínico una comprensión y conocimiento exhaustivo del funcionamiento rectoanal normal y patológico, con la consiguiente utilización de este conocimiento como base sólida en la que asentar la evaluación del niño encoprético y poder establecer, a partir de la información emanada de la misma, un plan adecuado de intervención terapéutica.

La evaluación de la encopresis es un buen ejemplo de evaluación multimodal y multidimensional en la que se pretende integrar la información proveniente de diversas fuentes. Entre los procedimientos y técnicas de evaluación disponibles destacan la entrevista clínica, la exploración física, los registros conductuales, la manometría anorrectal, la electromiografía y la ultrasonografía anal. En los próximos apartados destacaremos los aspectos más relevantes de cada uno de estos procedimientos de obtención de información.

5.1. Entrevista clínica

La entrevista constituye, al igual que en la práctica totalidad de ámbitos de intervención clínica, una técnica predominante de evaluación de la encopresis. La entrevista clínica es, ante todo, un instrumento en torno al cual se deben organizar los demás métodos de obtención de información, siendo su función principal el descomponer el problema que presenta el niño en unidades conductuales definidas topográfica y funcionalmente, permitiéndonos una primera aproximación al problema y sugiriéndonos posibles causas del mismo. En esta

línea, una de las primeras cuestiones a abordar es la historia del problema, particularmente su inicio, de cara a determinar si el niño nunca alcanzó el control de la evacuación intestinal o si, por el contrario, lo perdió después de un cierto período de tiempo. Igualmente, se tratará de concretar si la encopresis se acompaña o no de estreñimiento; en caso de existir estreñimiento acompañante, es importante aclarar lo que el niño o, más concretamente, sus padres o cuidadores, entienden como estreñimiento: frecuencia de deposiciones semanales, grado de dificultad para defecar, sensación de evacuación incompleta, etc. Lógicamente, la mayoría de los niños que tienen estreñimiento debido a causas congénitas, habrá tenido dificultades para defecar desde el nacimiento. Sin embargo, cuando el estreñimiento se inicia más tarde, es importante determinar la duración de los síntomas. En este sentido, si se aprecia algún cambio reciente en el hábito intestinal, deberán utilizarse procedimientos de evaluación conducentes a descartar cualquier patología orgánica subyacente.

Este diagnóstico diferencial inicial entre encopresis primaria y secundaria, por un lado, y encopresis retentiva o no retentiva por otro, es muy importante, ya que a partir de ese momento el foco de atención del terapeuta, las áreas a explorar y las cuestiones puntuales a analizar dentro de cada una de ellas, pueden ser sensiblemente diferentes. Así, por ejemplo, si estamos ante un niño con encopresis secundaria, el terapeuta centrará parte de sus esfuerzos en el análisis de las condiciones que han podido estar asociadas con el inicio de la pérdida de control. En la misma línea, si el niño presenta encopresis retentiva, entonces la atención del terapeuta se dirigirá a analizar de manera pormenorizada las características del estreñimiento acompañante y sus posibles causas.

Durante la entrevista el terapeuta deberá obtener información específica acerca de los hábitos de evacuación intestinal, así como una descripción del patrón de incontinencia, el cual incluirá aspectos tales como frecuencia de los episodios de incontinencia, cantidad y consistencia de la materia fecal no controlada, posible relación de los episodios de pérdida de control con ciertas comidas y activida-

des, factores que incrementan o disminuyen la probabilidad de aparición del problema, entre otros. Fundamental resulta asimismo la recogida de antecedentes tales como traumatismos anorrectales, infecciones, intervenciones quirúrgicas, enfermedades sistémicas, etc.

Adicionalmente, sobre todo en niños mayores, es muy importante que durante la entrevista se les proporcione la oportunidad de poder hablar acerca de las consecuencias psicosociales del trastorno. Una forma de comenzar a abordar esta cuestión puede ser solicitar al niño información acerca del grado en el que la incontinencia ha interferido en sus actividades de relación con sus compañeros o en ciertas actividades de ocio y tiempo libre.

5.2. Exploración física

El examen físico de los niños con encopresis debe ser particularmente meticuloso, por lo que será realizado por un médico especialista. La inspección del periné en la posición más cómoda para el niño (decúbito lateral izquierdo) puede descubrir la presencia de ciertas anomalías de interés, tales como dermatitis o lesiones cutáneas relacionadas con la incontinencia y la higiene. La existencia de alteraciones morfoestructurales en el margen anal y en el canal anal (prolapso, cicatrices, fisuras, fístulas, deformidades, etc.) debe ser estudiada de forma particular, tanto en la inspección simple como tras tacto rectal y anuscopia en condiciones de reposo y en maniobras de esfuerzo para defecación y de contención. El tacto rectal, además de descartar la existencia de fecalomas, nos orientará sobre la integridad del EAI y de la musculatura estriada, delimitando fácilmente en la cara posterior profunda las características del lazo del músculo puborrectal.

En esencia, el propósito fundamental del examen digital es evaluar los aspectos que se relacionan seguidamente (Lowery, 1987):

- a) Tono de reposo del EAI, percibido como la resistencia ofrecida a la inserción del dedo del examinador.

- b) Fuerza de contracción del EAE, valorada en función de la presión ejercida alrededor del dedo del examinador cuando el sujeto es alentado a contraer.
- c) Tamaño de la ampolla rectal (el recto está normalmente dilatado, pero una dilatación excesiva puede ser indicativa de estreñimiento crónico).
- d) Presencia de materia fecal en el recto.

En aquellos casos en los que el especialista lo considere oportuno, deberá practicarse además exploración rectosigmoidoscópica para descartar la existencia de procesos orgánicos tales como neoplasias o enfermedades inflamatorias.

5.3. Registros conductuales

Los registros conductuales son procedimientos de obtención de información particularmente útiles en los niños con encopresis, de manera especial en aquellos que presentan encopresis con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento. Mediante su utilización podemos establecer no sólo una medida de la frecuencia del problema y obtener de esta manera datos objetivos sobre las pautas de defecación del niño a fin de establecer la línea base inicial, sino también conocer otros aspectos determinantes del mismo tales como circunstancias en las que aparece, latencia de los episodios de pérdida de control y diferentes síntomas y circunstancias asociadas a éstos.

Como es sabido, estos registros permiten observar la evolución del problema desde la evaluación inicial hasta la finalización del tratamiento, lo que aportará información acerca de la efectividad de la intervención terapéutica que ha sido aplicada. A este respecto, es de destacar igualmente su papel como elemento favorecedor de incrementos en la motivación hacia la adquisición y realización de las conductas que componen el hábito defecatorio regular. Por ello, los registros habrán de centrarse también en la recogida de información respecto a los episodios de control defecatorio, detallando la consistencia, cantidad y tamaño de las heces habitualmente expulsadas en estas circunstancias controladas.

El registro conductual típico a utilizar en la encopresis debe incluir al menos los siguientes aspectos:

- a) Frecuencia de los episodios de pérdida de control.
- b) Consistencia, tamaño y cantidad de las heces.
- c) Contexto social y ambiental del episodio de incontinencia: momento del día, dónde se produce y quién(es) estaba(n) presente(s).
- d) Conducta del niño durante el episodio encopréptico (por ejemplo, intenta llegar al lavabo, solicita ayuda, etc.).
- e) Conducta del niño después del episodio encopréptico (por ejemplo, continúa su actividad y lo trata de ocultar, informa del episodio, requiere higiene, etc.).
- f) Cómo reacciona el medio ante la pérdida de control por parte del niño (por ejemplo, ignorando el episodio encopréptico, castigando al niño, etc.).
- g) Secuencia de conductas apropiadas o inapropiadas que realiza el niño en el aseo.
- h) Frecuencia de defecaciones voluntarias.
- i) Grado de dificultad experimentada para defecar.
- j) Grado de malestar y/o dolor durante la defecación.
- k) Consistencia, tamaño y cantidad de las heces expulsadas en las defecaciones apropiadas.

Para terminar, y dado que probablemente habrá de someterse al niño a alguno de los procedimientos de registro psicofisiológico que se detallan a continuación, es de gran interés aprovechar esa ocasión para observar directamente su comportamiento durante ensayos de defecación simulada.

5.4. Manometría anorrectal

La manometría anorrectal es una de las técnicas de evaluación más utilizadas entre los niños con encopresis, ya que permite realizar un estudio fun-

cional completo de la región rectoanal de cara a localizar y cuantificar posibles disfunciones motoras y/o sensitivas (Speakman y Henry, 1992; Sutphen et al., 1997). Más concretamente, la ventaja principal de la manometría anorrectal es que permite obtener índices relativamente independientes de la actividad de los esfínteres anales externo e interno durante la distensión rectal, además de posibilitar la estimulación controlada de los receptores rectales de ensanchamiento a fin de evaluar los reflejos anales, la capacidad de acomodación del recto y las sensaciones subjetivas del sujeto durante todo el proceso de distensión (Rao y Patel, 1997).

Con esta finalidad, las técnicas manométricas emplean globos o balones de tamaño variable, microtransductores de presión, cápsulas radiotele-métricas o catéteres múltiples perfundidos con líquido conectados a transductores de presión y a un equipo de registro multicanal (Simón, Lara y García, 1991).

Para realizar la evaluación manométrica de manera apropiada, el niño debe permanecer tranquilo durante toda la prueba, en posición de decúbito lateral izquierdo y con las piernas semiflexionadas unos 90 grados. Los principales parámetros a considerar en la exploración son los siguientes (véase tabla 6.3):

- a) *Respuestas del canal anal en estado de reposo.* En condiciones normales, cuando no se ejerce ningún tipo de estimulación sobre el canal rectoanal, el equipo de manometría registrará una actividad eléctrica estable y basal de contracción tónica. Se ha estimado que aproximadamente entre el 50 y el 75 por 100 de esta presión de reposo debe atribuirse al EAI (Ustach et al., 1970). Esta circunstancia proporciona a nivel fisiológico una barrera presiva, asegurando la continencia en estado de reposo rectal.
- b) *Respuestas rectoesfintéricas ante la distensión rectal.* La maniobra de distensión del recto con 50 cc de aire o agua da lugar a una caída brusca en la presión del EAI (reflejo rectoanal inhibitorio). Simultáneamente se produce un incremento en la presión del

EAE (reflejo rectoanal excitatorio —el cual, a pesar de su denominación, es sabido que no es una respuesta refleja, sino un hábito sobreaprendido—), la cual alcanza su máximo nivel poco antes de que el EAI alcance su máxima relajación, lo que impide el vaciado rectal involuntario. Por consiguiente, la evaluación manométrica deberá poner de manifiesto no sólo la existencia de estas dos respuestas ante la distensión del recto, sino también la sincronía entre las mismas.

- c) *Volumen umbral de percepción de distensión rectal.* El volumen umbral de percepción de distensión rectal, también denominado umbral de estimulación, hace referencia al mínimo nivel de distensión de la ampolla rectal requerido por los sujetos para percibir esa sensación (Lara, 1993). La sensación rectal, como hemos comentado en el apartado de etiología, puede estar deteriorada en algunos niños con encopresis asociada a estreñimiento crónico, por lo que el terapeuta deberá prestar especial atención a este punto. Existen diversos procedimientos para medir el umbral mínimo de estimulación; el lector interesado puede encontrar una explicación pormenorizada de los mismos en Simón y Lara (1996).
- d) *Contracción esfintérica voluntaria.* Hace referencia a la amplitud de la respuesta contráctil del EAE cuando el sujeto es alentado a contraerlo («retener») en ausencia de distensión rectal. Evidentemente, esta contracción voluntaria y sostenida del EAE es un

TABLA 6.3

Principales parámetros a considerar en la evaluación manométrica

- Respuestas del canal anal en estado de reposo.
- Respuestas rectoesfintéricas ante la distensión rectal.
- Volumen umbral de percepción de distensión rectal.
- Contracción esfintérica voluntaria.
- Relajación esfintérica.

factor crucial en el mantenimiento de la continencia, por lo que habrá que evaluar tanto su amplitud como su duración.

- e) *Relajación esfintérica*. Alude a la disminución —por debajo de sus niveles de reposo— en la presión ejercida por el EAE cuando el sujeto es invitado a relajarlo mediante la simulación de la expulsión de materia fecal («expulsar»). Según se detalló al hablar de los mecanismos etiológicos, la característica más representativa del registro manométrico a nivel anorrectal de un elevado porcentaje de niños que presentan encopresis con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento, es que muestran un patrón defecatorio anómalo, consistente en un incremento paradójico de la presión en el EAE ante los intentos de expulsión.

5.5. Electromiografía

La electromiografía (EMG) puede ser utilizada para registrar la actividad bioeléctrica de la musculatura del suelo pélvico, particularmente del EAE, formado por tres anillos de musculatura estriada. Adicionalmente, pueden realizarse también determinaciones de la velocidad de conducción nerviosa mediante estudios de la latencia motora del nervio pudiendo, con la finalidad de descartar la existencia de neuropatía.

Haskell y Rovner (1967) fueron los primeros investigadores que utilizaron esta técnica en la evaluación de sujetos incontinentes, utilizando electrodos rígidos de aguja e insertándolos en el anillo subcutáneo del EAE. Sin embargo, como es sabido, esta técnica fue abandonada inmediatamente debido, en esencia, a su alta invasividad. Esta situación cambió como resultado del procedimiento de evaluación desarrollado por MacLeod (1979), quien diseñó un dispositivo —denominado perineómetro anal— que permite la evaluación electromiográfica directa del EAE cumpliendo los requerimientos metodológicos mínimos de la evaluación psicofisiológica.

La evaluación de la encopresis mediante EMG implica el registro de la actividad bioeléctrica del

EAE en tres condiciones de prueba: reposo, contracción («retener») y relajación («expulsar»). Al igual que ocurría en la evaluación manométrica, las condiciones de contracción y relajación son las más importantes, debiendo determinarse en ambas circunstancias tanto la amplitud de la respuesta como su duración. Además, la EMG anal puede resultar particularmente apropiada de cara a determinar el patrón defecatorio del sujeto, pues permite evaluar la existencia o no de respuesta de relajación ante los intentos de expulsión de una forma más simple, menos intrusiva y más rápida que la manometría anorrectal. Por lo que a esto se refiere, y en consonancia con los planteamientos previamente realizados, Catto-Smith, Nolan y Coffey (1998), estudiando la significación clínica de la contracción puborrectal paradójica —medida a través de EMG— en la encopresis, han encontrado que esta condición se asocia efectivamente con retención y obstrucción fecal, lo que contribuye a la manifestación de incontinencia por rebosamiento.

5.6. Ultrasonografía anal

Como hemos destacado recientemente (Simón, Durán y Salgado, 2001), la ultrasonografía anal es una técnica de diagnóstico por imagen cuya utilización ha alterado de forma radical la comprensión de la patogénesis de la incontinencia fecal, así como su investigación y manejo. Esta técnica permite la obtención rápida de imágenes, con un alto grado de sensibilidad y especificidad, de los esfínteres anales externo e interno producidas por la reflexión de ondas sonoras (ultrasonidos), de tal forma que detecta un 100 por 100 de los defectos anatómicos o estructurales del complejo esfinteriano. En la imagen que se obtiene, el EAI aparece como un anillo oscuro homogéneo, mientras que el EAE se aprecia de forma más difusa como un círculo blanco heterogéneo.

La ultrasonografía anal proporciona, por tanto, una información muy valiosa de cara a la posterior selección del tratamiento. Así, por ejemplo, si se aprecia la existencia de una alteración en la integridad estructural de uno o ambos esfínteres, el diag-

nóstico del caso sería, más propiamente, de incontinencia fecal en alguna de sus variadas formas, y no de encopresis, pudiendo optar por la cirugía como alternativa terapéutica de elección; por el contrario, si no se evidencia ninguna anomalía anatómica, el paciente podría beneficiarse de un tratamiento por medio de biofeedback o de un entrenamiento en hábitos defecatorios.

5.7. Otros procedimientos y técnicas de evaluación

Además de los procedimientos de obtención de información que acabamos de describir, existen otras técnicas de evaluación que en ocasiones pueden resultar de extraordinaria utilidad en el ámbito que nos ocupa. Entre ellas destacan procedimientos tales como el test de la esfera maciza, el test de la continencia a líquidos (conocido bajo la denominación de «prueba de la solución salina rectal»), el proctograma, la defecografía y las medidas de tiempo de tránsito colónico. Algunas de estas técnicas constituyen actualmente una herramienta fundamental para clínicos e investigadores interesados en la incontinencia fecal en cualquiera de sus múltiples formas.

6. TRATAMIENTO

No hay una solución única que pueda resultar adecuada para todos los niños con encopresis. El tratamiento de este problema debe ser necesariamente individualizado, teniendo en cuenta los hallazgos del proceso de evaluación previo. Existen diversas modalidades de intervención terapéutica susceptibles de ser utilizadas —de forma aislada o combinadas en paquetes terapéuticos— en el tratamiento de la encopresis, entre las que destacan la administración de laxantes, enemas y supositorios, el tratamiento dietético, el tratamiento farmacológico, las técnicas operantes, los procedimientos de biofeedback y el entrenamiento en hábitos defecatorios. De entre estos procedimientos, nos centraremos en el denominado tratamiento dietético, las técnicas

de biofeedback, el entrenamiento en hábitos defecatorios y las técnicas operantes, por ser los más asiduamente aplicados y disponer de datos más concluyentes respecto a su utilidad clínica en el manejo de la encopresis.

6.1. Tratamiento dietético

Una de las primeras opciones terapéuticas que tradicionalmente se han venido utilizando en el tratamiento de la encopresis retentiva es la manipulación de los hábitos alimenticios, particularmente en lo que se refiere a incrementar tanto el consumo de alimentos ricos en fibra (frutas, verduras y cereales) como la ingestión de agua. Los incrementos en la cantidad de fibra presente en la dieta se asocian a un mayor peso de las heces, a un aumento del número de deposiciones y a una disminución del tiempo de tránsito gastrointestinal.

Ahora bien, no todos los tipos de fibra tienen los mismos efectos; la fibra de trigo es la que produce mayor incremento en el peso fecal. Asimismo, se obtienen también buenos resultados con glucoman, una potente fibra dietética (Marzio et al., 1989).

Evidentemente, un tratamiento dietético propiamente dicho no se puede circunscribir a la mera transmisión de información a los padres respecto al tipo de cambios que han de introducir en la dieta de sus hijos. La modificación de los hábitos alimenticios requiere de una adecuada planificación de los objetivos a alcanzar a corto, medio y largo plazo, así como de una selección de las estrategias de cambio óptimas para conseguirlos. En este sentido, los programas de manipulación de la dieta basados en la utilización de procedimientos operantes resultan particularmente útiles (Houts, Mellon y Whelan, 1988).

Antes de terminar, es necesario recordar que aunque el estreñimiento puede ser efectivamente la consecuencia de una dieta inadecuada, existen otras causas que lo justifican, de tal forma que muchos niños con encopresis retentiva presentan hábitos alimenticios similares a los niños con encopresis no retentiva y a los niños sin encopresis, es decir, no tienen una dieta pobre en fibra. Por ello, como es evidente, el tratamiento dietético sólo estará indicado en aquellos casos de encopresis

retentiva en los que la evaluación ponga de relieve la existencia de las deficiencias dietéticas anteriormente apuntadas.

6.2. Técnicas de biofeedback

En el tratamiento de la encopresis, el objetivo esencial de las técnicas de biofeedback (BF) es corregir la disinergia rectoesfinteriana o contracción puborrectal paradójica presente en algunos niños. Para alcanzar este objetivo pueden utilizarse tanto procedimientos de biofeedback manométrico (BF-M) como de biofeedback electromiográfico (BF-EMG).

El primer informe sobre la evaluación y tratamiento con BF-M de niños con encopresis es el de Robinson y Gibbons (1976), los cuales estudiaron las respuestas de los esfínteres anales interno y externo en el momento de la defecación. Como era de esperar, el grupo control mostró una caída de la presión esfinteriana que oscilaba entre 15-20 mmHg, indicando la relajación de los esfínteres para permitir la evacuación de las heces. Sin embargo, 17 de los 24 sujetos del grupo con estreñimiento crónico e incontinencia por rebosamiento mostraron una elevación de la presión de 5-20 mmHg. Los autores infieren que este incremento de presión se corresponde con una respuesta paradójica de contracción esfinteriana, la cual contribuiría activamente a la retención fecal y al megacolon que presentaban los sujetos. Para probar esta hipótesis, 13 de esos 17 sujetos recibieron entrenamiento en BF-M a fin de aprender a relajar el EAE en el momento de la defecación. Con ello, 10 niños llegaron a ser completamente continentes; otros dos aprendieron a controlar su esfínter pero mostraban aún episodios de pérdidas debido a alteraciones emocionales; y el último niño no pudo aprender esta respuesta, quizá, según argumentan los propios investigadores, porque era demasiado joven (5 años y medio) para responder adecuadamente a los requerimientos de la técnica de BF.

Posteriormente, Olness, MacParland y Piper (1980) llevaron a cabo otro estudio de tratamiento con BF-M en 40 sujetos con estreñimiento crónico

y 10 sujetos que habían sido intervenidos quirúrgicamente para corregir un síndrome de ano imperforado. Antes del tratamiento, todos los sujetos pasaron por un programa de entrenamiento en hábitos defecatorios, medidas dietéticas y establecimiento de un programa regular de defecación. Además, ambos grupos realizaron una prueba diagnóstica que incluía estudios radiológicos y manométricos. Después de todo ello, los 50 sujetos recibieron entrenamiento en BF-M dirigido a incrementar la fuerza de contracción del EAE; además, los niños debían realizar ejercicios esfintéricos en su casa durante 10-15 minutos diarios.

El objetivo fundamental de esta investigación fue el establecimiento de patrones voluntarios y normales de defecación, y, en este sentido, ese objetivo fue alcanzado por el 80 por 100 del grupo quirúrgico (con sólo una o dos sesiones de tratamiento) y el 95 por 100 del denominado grupo funcional (24 sujetos desarrollaron hábitos regulares de evacuación y 14 no volvieron a necesitar enemas o laxantes, aunque mantenían algunas pérdidas). Sin embargo, todavía presentaban pérdidas frecuentes dos sujetos (uno de cada grupo).

Los autores no sugieren en ningún momento una posible interpretación de estos hechos ni ofrecen, por otra parte, datos precisos sobre el porcentaje de sujetos que tenían reflejos rectoesfintéricos alterados, a pesar de haber realizado la evaluación manométrica de los mismos.

Con todo, y a pesar de los buenos resultados obtenidos, Olness et al. (1980) no recomiendan el BF-M como el primer acercamiento terapéutico a este grupo de sujetos, sino que enfatizan la necesidad de incluir un estricto programa de entrenamiento en hábitos defecatorios, particularmente en los niños más pequeños (entre 4 y 7 años).

En 1985, Loening-Baucke evaluó la función anorrectal, particularmente la actividad del EAE durante la distensión rectal y ante los intentos de defecar, en 37 niños con estreñimiento y encopresis. Este estudio diagnóstico se refería a los umbrales de relajación del EAI, contracción del EAE y sensación rectal. Los sujetos encopréuticos mostraron índices de contracción del EAE durante los intentos de defecar, aunque esto no estaba correlacionado

con un deterioro en la sensación rectal o con la elasticidad de las paredes del recto.

Algunos de los trabajos más relevantes en lo que se refiere a evaluación y tratamiento de la encopresis con técnicas de BF son los realizados por Wald y su grupo de investigación en la segunda mitad de la década de los años ochenta, los cuales revisaremos a continuación.

Wald et al. (1986) evaluaron el funcionamiento anorrectal (sensorial y motor), la dinámica del proceso de expulsión de las heces y los mecanismos de la continencia en 50 niños con encopresis. Para ello consideraron los siguientes parámetros: umbral de sensación rectal, umbral de relajación del EAI, máxima respuesta de contracción del EAE, prueba de continencia de la esfera maciza y patrones manométricos de expulsión (definidos como el perfil de presión que se obtiene cuando se le pide al niño que simule la defecación tratando de expeler el sistema de registro). Los resultados de esta investigación no demostraron ninguna diferencia entre el grupo control y el encoprético en cuanto al funcionamiento sensorial del área anorrectal; es decir, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos respecto a los umbrales sensoriales y de relajación del EAI. Tampoco hubo diferencias intergrupo ni en cuanto a la máxima contracción del EAE, ni respecto al peso medio requerido para expulsar la esfera del canal anal durante la realización de la prueba de la esfera maciza (ya fuese que los esfínteres estuviesen contraídos o relajados). Sin embargo, se observó una fuerte correlación entre el resultado de esta prueba durante la contracción esfintérica y la edad: los niños más pequeños expulsaban antes la esfera en ambos grupos —control y encoprético— como también era de esperar que así sucediese. El único parámetro que diferenciaba a los sujetos de ambos grupos se refería a las respuestas manométricas ante la defecación. El 43 por 100 de los niños con encopresis mostró un incremento en la presión del balón del EAE durante los intentos de expulsión del mismo. Además, esta respuesta anómala fue más frecuente en los niños que en las niñas, aunque no se mostró relacionada con la edad, duración del problema, alteraciones comportamentales o el resto de los parámetros sensoriales considerados en este trabajo.

Un año más tarde, Wald et al. (1987) presentaron el informe de tratamiento de este grupo de 50 niños. En concreto, en esta investigación pretendían probar la eficacia de la técnica de BF-M, comparándola con una forma de tratamiento convencional (ingestión de aceite mineral), y evaluar al mismo tiempo la especificidad de la misma, mediante la comparación de los resultados clínicos obtenidos por los niños encopréticos con patrones de defecación normales y anómalos. Por último, también realizaron un intento de correlacionar los resultados de ambas formas de tratamiento con los índices sensoriomotores del área anorrectal y los patrones de defecación. Para ello, dividieron a los sujetos en dos grupos de tratamiento apareados respecto a todas las variables relevantes, incluyendo el número de sujetos con patrones normales o anormales de defecación. El grupo de tratamiento con aceite mineral recibió esta sustancia según la forma establecida (1-4 pastillas a lo largo de cuatro semanas). Por su parte, el procedimiento de entrenamiento en BF difería según el patrón defecatorio que presentasen los sujetos. Si éste era normal, se les pedía que lo reprodujesen de forma repetida a lo largo de los 25-30 minutos de duración de la sesión, primero con *feedback* visual y luego sin él. Los niños con un perfil anormal de respuesta fueron informados de sus propias respuestas y de las normales (relajación del EAE) y se les pidió que tratasen de realizar esta última modalidad. Una vez que lo lograban durante cinco ensayos consecutivos, debían intentarlo sin *feedback* visual, reproduciendo la respuesta de forma consistente. Por última, una vez terminadas las sesiones con BF, se instauró un programa de defecaciones diarias regulares, pidiéndoles que practicasen sus habilidades en esas circunstancias.

Las entrevistas de seguimiento se programaron a los tres, seis y doce meses, tiempo durante el cual los sujetos debían cumplimentar un autorregistro diario de la frecuencia de las deposiciones, episodios de pérdidas y naturaleza de las heces expulsadas.

En cuanto a los resultados de este trabajo, hay que decir que no se observaron diferencias significativas entre los grupos estudiados en cuanto a la frecuencia de las defecaciones iniciadas voluntariamente o a los episodios de incontinencia. Sin

embargo, los niños con perfiles de defecación anómalos respondieron de forma diferente a cada tratamiento. Así, aunque a los tres meses ambos grupos mostraban resultados similares, en las sesiones de seguimiento de seis y doce meses se pudo observar que el BF era mucho más eficaz en el grupo de niños con patrones anormales de expulsión, mientras que el aceite mineral lo era en el grupo de perfil normal.

Por último, no se pudieron constatar diferencias significativas en los índices sensoriomotores en ninguna de las condiciones comparadas: antes y después del tratamiento, sujetos que respondieron bien o mal a la terapia y sujetos con perfiles de defecación normales o anómalos.

De este trabajo se deduce, por tanto, que el BF-M es un tratamiento eficaz en un subgrupo de niños con encopresis: aquellos que presentan respuestas anómalas ante la defecación (contracción del EAE). Sin embargo, deben realizarse más estudios que confirmen este hallazgo y seleccionen correctamente la muestra de sujetos que va a recibir entrenamiento por medio de BF.

En consonancia con las investigaciones ya reseñadas, Keren, Wagner, Heldenberg y Golan (1988) llevaron a cabo un estudio centrado en un doble propósito. Por un lado, determinar si el proceso de la defecación es diferente en niños encopréticos y normales, y, por otro, averiguar si el tratamiento con BF da lugar a la adquisición de hábitos defecatorios normales en los primeros. Es de destacar que este último concepto —«adquisición de hábitos defecatorios normales»— se refiere aquí no sólo a la rehabilitación de las respuestas fisiológicas alteradas (en este caso la respuesta contráctil del EAE), sino también a la regularización y normalización de otros parámetros no condicionados pero relacionados con el anterior, tales como, por ejemplo, la percepción de distensión rectal, directamente vinculada a la normalidad fisiológica del proceso de la defecación.

La evaluación manométrica de los dos grupos de sujetos (encopréticos y normales) se realizó a través de catéteres de perfusión, que incluían también un balón caudal para la estimulación de las paredes del recto. Se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros: reflejo rectoanal inhibitorio, presión de máxi-

ma contracción esfintérica y patrón de actividad esfinteriana durante la simulación de la defecación.

Todos los sujetos de ambos grupos mostraron resultados similares en cuanto a la amplitud y duración de las dos primeras respuestas, es decir, el reflejo rectoanal inhibitorio y la contracción voluntaria. Sin embargo, los niños encopréticos exhibieron un incremento de la presión anal durante los intentos de defecación. Además, esta respuesta de contracción paradójica durante la defecación es diferente de la de contracción voluntaria, ya que va asociada también con un incremento significativo de la presión rectal. Esta respuesta paradójica se observó en 14 de los 18 niños encopréticos sometidos a examen, los cuales pasaron seguidamente a recibir entrenamiento en BF-M a fin de que aprendiesen a relajar el canal anal durante los intentos de defecación y ante la distensión rectal asociada. Durante el entrenamiento, los niños experimentaron con diversas formas de producir contracciones o relajaciones del canal anal. Un resultado particularmente interesante es que en la mayoría de los niños se produjo una transición gradual desde la respuesta de contracción paradójica a la de relajación del EAE durante los intentos de evacuación. El número medio de sesiones requeridas por cada sujeto para lograr el éxito fue de 4,1, con un rango que variaba de 2 a 8 sesiones, no encontrándose recaídas durante el período de seguimiento, que duró hasta 22 meses. Además, en general, la normalización de los valores manométricos corría pareja a la mejoría clínica, manifestada por un incremento en la frecuencia de las deposiciones en el aseo y una disminución de la incontinencia.

Los autores observaron también una mejoría en el grado de sensación rectal experimentado por los sujetos, el cual atribuyen a un vaciado rectal más regular y completo derivado del condicionamiento esfintérico, ya que este último, por sí solo, no mejora el nivel de sensibilidad rectal de un sujeto. También ofrecen una hipótesis explicativa de esta respuesta de contracción paradójica ante los intentos de defecar. Proponen que quizá los niños que experimentan malestar rectoanal o estrés emocional se condicionan a sí mismos para contraer el EAE y cerrar el ano en respuesta a la sensación de urgencia

en la defecación. El resultado natural de este proceso es el estreñimiento y la incontinencia por rebosamiento, las cuales pueden ser manejadas con éxito a través de un nuevo reaprendizaje de estas respuestas por medio de las técnicas de BF.

En 1990, Loening-Baucke utilizó BF-M en el tratamiento de 41 niños con edades comprendidas entre los 5 y los 16 años y con un diagnóstico de estreñimiento crónico y/o encopresis. Se detectó, una vez más, un patrón defecatorio anómalo, consistente en una fuerte contracción del EAE durante los intentos de evacuación intestinal, la cual imposibilitaba la expulsión de un balón rectal inflado con 30, 50 y 100 ml de agua, además de presentar un descenso en el grado de sensación rectal para iniciar cualquiera de las respuestas estudiadas mediante manometría.

En este estudio, 22 sujetos recibieron BF-M combinado con electromiografía de electrodos de aguja con el propósito de normalizar todas las respuestas alteradas. Los otros 19 sujetos fueron sometidos a tratamiento convencional, consistente en laxantes y una toma diaria de leche de magnesio.

Al finalizar el tratamiento, el 86 por 100 de los sujetos logró aprender a relajar el EAE durante la defecación en un promedio de 3,2 sesiones de tratamiento. El 14 por 100 restante no fue capaz de aprender esta respuesta transcurridas seis sesiones de BF. Estos resultados correlacionaron con la mejoría de síntomas que experimentaron los individuos. Tras siete meses, se programó una sesión de seguimiento, en la que se detectó que sólo un 5 por 100 de los sujetos del grupo de tratamiento convencional había logrado mejorar sus síntomas, comparado con un 55 por 100 de los sujetos del grupo de BF. No se registró ninguna diferencia en las tasas de mejoría entre niños y niñas en ningún grupo de tratamiento. Sin embargo, los sujetos que tenían un estreñimiento más severo al inicio de la terapia se beneficiaban más del entrenamiento en BF que de la terapia convencional (46 por 100 frente a un 0 por 100). A los doce meses de seguimiento, sólo un 16 por 100 de los sujetos bajo tratamiento convencional y un 50 por 100 de los sometidos a tratamiento con BF-M mantenía las ganancias clínicas.

Con posterioridad a este trabajo, Dávila et al. (1992) realizaron un estudio en el que se comparan

los resultados derivados de BF-M frente a la terapia tradicional en niños diagnosticados de estreñimiento crónico y encopresis. El tratamiento convencional consistía en enemas evacuadores de agua con glicerina una vez al día durante tres días, dieta rica en fibra, abundantes líquidos, uso de aceite de ricino como lubricante dos veces al día e información sobre hábitos de evacuación. Se establecieron dos grupos de sujetos: uno de ellos recibía únicamente terapia convencional y el otro este tratamiento combinado con BF-M orientado al aprendizaje de la respuesta de relajación del EAE en los intentos de evacuación. Se realizaron dos sesiones semanales de BF durante cuatro semanas, reforzando el aprendizaje en casa mediante ejercicios esfintéricos. Al finalizar el tratamiento, mejoraron significativamente todos los síntomas clínicos (dolor y distensión abdominal, fecaloma y heces muy voluminosas y duras) en ambos grupos de sujetos. Sin embargo, sólo se normalizaron las respuestas fisiológicas alteradas en el grupo que recibió entrenamiento en BF, tal como era de esperar. Los autores concluyen que la recuperación no siempre es permanente, y que la recurrencia parcial es frecuente, siendo necesarias sesiones adicionales de entrenamiento en BF que mantengan los parámetros fisiológicos dentro de sus límites normales.

Benninga, Büller y Taminiau (1993), por su parte, han llevado a cabo un trabajo con 29 sujetos de edades comprendidas entre los 5 y los 16 años. Todos ellos estaban diagnosticados de encopresis derivada de estreñimiento crónico, verificándose a través de manometría anorrectal que el 55 por 100 de ellos mostraba contracción puborrectal paradójica, y el 27 por 100 tenía un descenso en el grado de sensación rectal. Se realizaron un promedio de cinco sesiones de tratamiento con BF-M dirigidas a la normalización de la respuesta contráctil del EAE. Al finalizar la intervención, el 90 por 100 de los sujetos aprendió a relajar el EAE en el momento de la defecación, y el 63 por 100 de ellos normalizó sus valores de sensación rectal. Además, todos los sujetos que mostraron mejoría a nivel manométrico, experimentaron también un incremento en el número de defecaciones iniciadas voluntariamente y una disminución en los síntomas de encopresis.

Se programaron dos sesiones de seguimiento. A las seis semanas, el 55 por 100 de los sujetos mantenía las ganancias clínicas obtenidas al finalizar el tratamiento, continuando esta mejoría doce meses más tarde.

Respecto al tratamiento de la encopresis con BF-EMG, decir que el número de trabajos publicados es considerablemente menor, debido, probablemente, a que la electromiografía se ha introducido en este campo en fechas más recientes que la manometría. Dahl et al. (1991) utilizaron un perineómetro anal con electrodos de registro EMG unido a un balón rectal con el fin de entrenar a un grupo de niños para mejorar su sensibilidad a volúmenes normales de distensión rectal, además de poner en marcha un proceso de moldeamiento de la respuesta contráctil del EAE de tal modo que permitiese la defecación. Los cinco niños estudiados mostraban defecaciones dolorosas y difíciles; además, los dos niños más pequeños presentaban incontinencia por rebosamiento. Los autores definieron la proporción entre la máxima actividad bioeléctrica esfinteriana al relajarse para defecar y al contraerse para retener como un índice que conceptualizase la respuesta del mismo. Si este índice, tal como señalamos anteriormente, alcanzaba un valor de 0,5 o superior, entonces podía hablarse de respuesta paradójica del esfínter al defecar.

El entrenamiento en BF-EMG se desarrolló a lo largo de cinco sesiones de una hora de duración cada una y en cuatro fases por sesión. La primera fase consistía en un entrenamiento en discriminación sensorial; empezando por el volumen umbral de percepción de distensión rectal de cada sujeto, se disminuía progresivamente el volumen distensor conforme el sujeto realizaba una respuesta consistente. Una vez logrado esto, se hacían varios ensayos con volúmenes al azar, en los que el sujeto debía estimar el nivel de distensión rectal provocado a través del método de elección forzado (Simón y Lara, 1996).

En la segunda parte se realizaba el entrenamiento esfintérico en tres pasos. Primero se mostraban registros poligráficos de sujetos sin patología defecatoria, pidiéndoles que imitasen las respuestas de contracción y relajación esfinteriana. Después de que el sujeto realizase las respuestas correctamente,

se le pedía que lo hiciese con niveles cada vez más bajos de distensión rectal. Por último, se enseñaba al sujeto a relajarse en la situación normal de defecación a fin de que se concentrase en el control de la musculatura esfinteriana.

La tercera parte del tratamiento perseguía la independencia del aparato de BF. Primero se retiraba el balón rectal, luego el *feedback* visual y, por último, el auditivo. Al finalizar cada sesión, el sujeto debía ir al baño y aplicar estas nuevas habilidades en una situación real de defecación.

La cuarta y última fase del tratamiento buscaba la generalización de lo aprendido al hogar del niño, mediante un entrenamiento en relajación tanto en el contexto de la defecación como ante eventos estresantes. Además, los niños debían realizar ejercicios esfintéricos varias veces al día.

Tras las evaluaciones iniciales y la fase de tratamiento, se registraron los siguientes índices de mejoría: número de deposiciones semanales, uso de laxantes e índice de contracción del EAE. Todos los niños mejoraron significativamente en cada una de estas variables. Un descubrimiento especialmente relevante fue que en los dos niños más pequeños de este estudio (de 6 y 8 años de edad), la mejoría estaba relacionada con una reducción en el número de episodios de incontinencia por rebosamiento. Estos resultados se mantuvieron a los dos y seis meses de seguimiento.

En ese mismo año, Loening-Baucke (1991) incluyó 38 niños con edades comprendidas entre los 6 y 15 años en su estudio de tratamiento de la encopresis a través de BF-EMG. El entrenamiento se efectuó mediante un balón rectal inflado con 50 ml de aire y electrodos de superficie. El sujeto debía incrementar la presión abdominal, empujando con el vientre como si fuese a defecar y, al mismo tiempo, inhibir la contracción del EAE e incluso tratar de relajarlo según había visto en los registros de niños sin encopresis. Una vez que lograba relajar el esfínter, se retiraba el balón y, posteriormente, el *feedback* visual y auditivo.

Se llevaron a cabo entre dos y siete sesiones semanales, con una duración de cuarenta y cinco minutos, realizando en cada una de ellas unos 30-35 ejercicios de defecación. El entrenamiento en BF terminaba cuando el niño lograba relajar el esfínter

en diez ensayos sin *feedback* y al menos durante dos sesiones. El 76 por 100 de los sujetos aprendió a relajar el esfínter al defecar en una media de 2,8 sesiones, y el 48 por 100 de éstos mantenía los mismos resultados transcurridos catorce meses de seguimiento. Los sujetos que a pesar de haber aprendido a relajar el esfínter no mejoraron en sus síntomas de encopresis, mostraban alteraciones manométricas consistentes en un descenso en el umbral de sensación rectal en las condiciones de contracción y relajación esfinteriana y en la sensación de llenado rectal.

Nolan, Catto-Smith, Coffey y Wells (1998) asignaron aleatoriamente a 29 niños encopréticos (con edades comprendidas entre los 4 y los 14 años) que presentaban contracción puborrectal paradójica, bien a un grupo de tratamiento por medio de BF-EMG en combinación con tratamiento médico convencional ($n = 14$), bien a un grupo de tratamiento médico convencional aplicado de manera aislada ($n = 15$). Los resultados obtenidos cuestionan la utilidad clínica de incorporar el BF a los programas convencionales aplicados en este ámbito, dado que dicha incorporación no se tradujo en una mejora clínica sostenida y significativa.

La revisión crítica de la literatura científica disponible permite concluir que el tratamiento conductual a través de procedimientos de BF, aunque no exento de problemas que todavía permanecen sin resolver, ocupa un papel destacado en el manejo de la encopresis, específicamente de la encopresis retentiva vinculada a contracción puborrectal paradójica. Más concretamente, existen abundantes evidencias de que este tipo de intervención psicológica combinada con tratamiento convencional (laxantes, enemas y manejo de la dieta) es más eficaz en el tratamiento de este trastorno defecatorio que cualquiera de estas dos intervenciones por separado (Brazzelli y Griffiths, 2001). No obstante, como han puesto de relieve Brooks et al. (2000), existen todavía ciertos aspectos del tratamiento de la encopresis por medio de BF que la investigación futura en este campo debe aclarar, particularmente la importante cuestión referida a cuál es el papel específico que ocupan las variables directamente entrenadas en las mejoras clínicas obtenidas.

6.3. Entrenamiento en hábitos defecatorios

El entrenamiento en hábitos defecatorios es un procedimiento multicomponente de intervención que puede resultar particularmente apropiado en el tratamiento de la encopresis. Esta modalidad terapéutica persigue la adquisición y mantenimiento de un patrón de evacuación intestinal normal, así como educar al niño de cara a responder adecuadamente ante la sensación de llenado rectal.

El objetivo fundamental de cualquier programa de entrenamiento en hábitos defecatorios es corregir los hábitos intestinales deficientes o inapropiados; más concretamente, el programa se dirige a la prevención del estreñimiento y a la instauración de conductas conducentes a la regularización e iniciación voluntaria del proceso defecatorio (Whitehead, 1996). Con esta finalidad, el entrenamiento contempla los siguientes aspectos (Simón, Durán y Salgado, 2001):

- a) Desimpactación inicial a través de un enema para vaciar el abdomen y recto de contenidos fecales acumulados.
- b) Establecimiento de un momento determinado del día para llevar a cabo la defecación de modo regular (normalmente se fija unos 10-20 minutos después del desayuno, aprovechando de este modo la acción del reflejo gastrocólico).
- c) Prevención del estreñimiento suministrando un enema cada dos o tres días si en ese período no se ha producido ninguna evacuación (régimen de evacuación asistida).
- d) Restricciones y recomendaciones dietéticas y uso de agentes suavizantes a fin de favorecer el tránsito intestinal.
- e) Utilización de procedimientos operantes a fin de establecer y fortalecer las conductas de iniciación voluntaria y consecución de la defecación, que incluye tanto el acto de defecar sin el uso de enemas como el mantenimiento de las ropas limpias al final del día.

En la tabla 6.4 puede apreciarse un resumen de los objetivos y procedimientos del programa de entrenamiento en hábitos defecatorios.

TABLA 6.4

Objetivos y procedimientos del programa de entrenamiento en hábitos defecatorios

Objetivos	Procedimientos
1. Eliminar materia fecal acumulada en recto y colon.	Desimpactación inicial a través de un enema.
2. Establecer y fortalecer la conducta de iniciación voluntaria y consecución de la defecación.	Técnicas operantes: refuerzo tanto ante el acto de defecar sin el uso de enemas como ante el mantenimiento de las ropas limpias al final del día.
3. Normalizar la consistencia de las heces.	Restricciones y recomendaciones dietéticas; uso de agentes suavizantes.
4. Establecer la regularidad en el patrón defecatorio.	Condicionamiento temporal.
5. Prevención del estreñimiento.	Régimen de evacuación asistida.

6.4. Técnicas operantes

Las técnicas operantes forman una parte muy importante de cualquier programa de intervención con niños encoprétricos. Como ha tenido oportunidad de apreciarse, el tratamiento de la encopresis se realiza esencialmente a través de programas multicomponentes. De hecho, tanto en el tratamiento dietético como en el entrenamiento en hábitos defecatorios que acabamos de presentar, se incluyen técnicas operantes. Más aún, el propio entrenamiento en hábitos defecatorios es claramente deudor de los planteamientos originales realizados por Neale (1963), en los que se sentaron las bases para aplicar los principios del condicionamiento operante en el tratamiento de la encopresis.

Entre los diversos procedimientos operantes susceptibles de utilización efectiva en el tratamiento de la encopresis destacan el refuerzo positivo, el control de estímulos, la economía de fichas y el ensayo conductual (Houts, Mellon y Whelan, 1988; Piazza, Fisher, Chinn y Bowman, 1991).

Por su parte, los procedimientos derivados del castigo, concretamente el entrenamiento en limpieza, el coste de respuesta y el tiempo fuera del refuerzo, aunque también han sido aplicados, creemos que existen diversas y poderosas razones para aconsejar a los clínicos mucha cautela en su admi-

nistración. Entre éstas destacaríamos las consecuencias emocionales negativas que pueden derivarse de su uso y la cuestión no menos relevante de que el castigo no va a posibilitar el aprendizaje directo y específico de las diversas conductas implicadas en el control defecatorio, aspecto que en la mayoría de los casos resulta ser uno de los más relevantes de cara a la resolución del problema.

7. CONCLUSIONES

La consideración más reciente de la encopresis como un trastorno psicofisiológico del tracto gastrointestinal está proporcionando una base unitaria para comprender muchos de los aspectos implicados en su génesis y mantenimiento. Igualmente, y por lo que a la intervención clínica se refiere, se ha planteado como característica esencial de la evaluación de la encopresis su carácter multimodal y multidimensional, y como aspecto más definitorio de los tratamientos actuales su carácter de tratamientos multicomponentes. En definitiva, un proceso de evaluación y modificación comportamental que necesariamente deberá integrar la información proveniente de diversas fuentes de cara a la planificación de una estrategia integral de cambio de conducta.

En consonancia con las recomendaciones realizadas recientemente por McGrath, Mellon y Murphy (2000), la investigación futura en este campo debe aportar datos más claros y concretos, tanto respecto a los diversos protocolos de tratamiento utilizados como respecto a la descripción de las muestras estudiadas. Además, debe dedicarse un mayor esfuerzo investigador a aclarar la importante cuestión de la eficacia diferencial de los diversos procedimientos de intervención terapéutica disponibles en función de características específicas de subgrupos de pacientes con encopresis (por ejemplo, con y sin estreñimiento).

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA.
- Aruffo, R. N., Ibarra, S. y Strupp, K. R. (2000): Encopresis and anal masturbation. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48, 1327-1354.
- Bartolo, D. C., Kamm, M. A., Kuijpers, H., Lubowski, D. Z., Pemberton, J. H. y Rothemberger, D. (1994): Working party report: defecation disorders. *American Journal of Gastroenterology*, 89, 154-158.
- Bassotti, G. y Whitehead, W. E. (1994): Biofeedback as a treatment approach to gastrointestinal tract disorders. *The American Journal of Gastroenterology*, 89, 159-164.
- Bellman, H. (1966): Studies on encopresis. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 56 (suppl. 170) 1-151.
- Benninga, M. A., Büller, H. A., Heymans, H. S., Tytgat, G. N. y Taminiu, J. A. (1994): Is encopresis always the result of constipation? *Archives of Disease in Childhood*, 71, 186-193.
- Benninga, M. A., Büller, H. A. y Taminiu, J. A. (1993): Biofeedback training in chronic constipation. *Archives of Diseases in Childhood*, 68, 126-129.
- Bragado, C. (1998): *Encopresis*. Madrid: Pirámide.
- Brazzelli, M. y Griffiths, P. (2001): Behavioural and cognitive interventions with or without others treatments for defaecation disorders in children (Cochrane review). *Cochrane Database System Review*, 4, CD002240.
- Brooks, R. C., Copen, R. M., Cox, D. J., Morris, J., Borowitz, S. y Sutphen, J. (2000): Review of the treatment literature for encopresis, functional constipation, and stool-toileting refusal. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 260-267.
- Catto-Smith, A. G., Nolan, T. M. y Coffey, C. M. (1998): Clinical significance of anismus in encopresis. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 13, 955-960.
- Dahl, J., Lindquist, B. L., Tysk, C., Leissner, P., Philipson, L. y Järnerat, G. (1991): Behavioral medicine treatment in chronic constipation with paradoxical anal sphincter contraction. *Diseases of the Colon and the Rectum*, 34, 769-776.
- Dávila, E., Rodríguez, G., Adrianza, A., Pereira, Y., Toro, J., González, I. y Romer, H. (1992): Utilidad del biofeedback en niños con encopresis. Comunicación preliminar. *GEN*, 46, 297-301.
- Doleys, D. M. (1978): Assessment and treatment of enuresis and encopresis in children. En M. Hersen, R. Eisler y P. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*. Nueva York: Academic Press.
- Haskell, B. y Rovner, H. (1967): Electromyography in the management of the incompetent anal sphincter. *Diseases of the Colon and the Rectum*, 10, 81-84.
- Houts, A. C., Mellon, M. W. y Whelan, J. P. (1988): Use of dietary fiber and stimulus control to treat retentive encopresis: a multiple baseline investigation. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 435-445.
- Jinbo, A. K. y Stark, M. (2000): Bowel and bladder management in children. En D. B. Doughty (dir.), *Urinary & fecal incontinence. Nursing management* (2.ª ed.). San Luis: Mosby.
- Keren, S., Wagner, Y., Heldenberg, D. y Golan, H. (1988): Studies of manometric abnormalities of the rectoanal region during defecation in constipated and soiling children: modification through biofeedback therapy. *American Journal of Gastroenterology*, 83, 827-831.
- Lara, M. J. (1993): Técnicas de evaluación y tratamiento de la incontinencia fecal. En M. A. Simón (dir.), *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Levine, M. D. (1975): Children with encopresis: a descriptive analysis. *Pediatrics*, 56, 412-416.
- Levine, M. D. (1982): Encopresis: its potential, evaluation, and alleviation. *Pediatric Clinics of North America*, 29, 315-329.

- Loening-Baucke, V. A. (1985): Anorectal manometry and defecation studies in childhood encopresis. *Digestive Diseases and Sciences*, 30, 780A.
- Loening-Baucke, V. A. (1990): Modulation of abnormal defecation dynamics by biofeedback treatment in chronically constipated children with encopresis. *Journal of Pediatrics*, 116, 214-228.
- Loening-Baucke, V. A. (1991): Persistence of chronic constipation in children after biofeedback treatment. *Digestive Diseases and Sciences*, 36, 153-160.
- Loening-Baucke, V. A. (1993): Chronic constipation in children. *Gastroenterology*, 105, 1557-1564.
- Loening-Baucke, V. A. y Cruikshank, B. M. (1986): Abnormal defecation dynamics in chronically constipated children with encopresis. *Journal of Pediatrics*, 108, 562-566.
- Lowery, S. P. (1987): Biofeedback therapy for fecal incontinence. En M. S. Schwartz (dir.), *Biofeedback. A practitioner's guide*. Nueva York: Guilford Press.
- Lowery, S. P., Srouf, J. W., Whitehead, W. E. y Schuster, M. M. (1985): Habit training as treatment of encopresis secondary to chronic constipation. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 4, 397-401.
- MacLeod, J. H. (1979): Biofeedback in the management of partial anal incontinence. *Diseases of the Colon and the Rectum*, 22, 169-171.
- Marzio, L., Del Bianco, R., Delle Donne, M., Pieramico, O. y Cuccurullo, F. (1989): Mouth-to-cecum transit time in patients affected by chronic constipation: effect of glucomannan. *American Journal of Gastroenterology*, 84, 888-891.
- McGrath, M. L., Mellon, M. W. y Murphy, L. (2000): Empirically supported treatments in pediatric psychology: constipation and encopresis. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 225-254.
- Meunier, P. D., Mollard, P. y De Beaujeau, M. J. (1976): Manometric studies of anorectal disorders in infancy and childhood: an investigation of the physiopathology of continence and defecation. *British Journal of Surgery*, 63, 402-407.
- Meunier, P. D., Mollard, P. y Marechal, J. M. (1976): Physiopathology of megarectum: the association of megarectum with encopresis. *Gut*, 17, 224-227.
- Neale, D. H. (1963): Behaviour therapy and encopresis in children. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 139-149.
- Nolan, T., Catto-Smith, T., Coffey, C. y Wells, J. (1998): Randomised controlled trial of biofeedback training in persistent encopresis with anismus. *Archives of Disease Childhood*, 79, 131-135.
- Nolan, T. y Oberklaid, F. (1993): New concepts in the management of encopresis. *Pediatric Review*, 14, 447-451.
- Olness, K., MacParland, F. A. y Piper, J. (1980): Biofeedback: a new modality in the management of children with fecal soiling. *Journal of Pediatrics*, 96, 505-509.
- Phillips, S. F. (1983): Megacolon: congenital and acquired. En M. H. Sleisenger y J. S. Fordtran (dirs.), *Gastrointestinal diseases. Pathophysiology, diagnosis and management* (3.ª ed.). Filadelfia: Saunders.
- Piazza, C. C., Fisher, W., Chinn, S. y Bowman, L. (1991): Reinforcement of incontinent stools in the treatment of encopresis. *Clinical Pediatrics*, 30, 28-32.
- Popper, C. y West, S. A. (2000): Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott (dirs.), *DSM-IV. Tratado de psiquiatría* (3.ª ed.). Barcelona: Masson.
- Rao, S. S. y Patel, R. S. (1997): How useful are manometric tests of anorectal function in the management of defecation disorders? *American Journal of Gastroenterology*, 92, 469-475.
- Robinson, B. A. y Gibbons, I. S. (1976): Paradoxical external anal sphincter function in fecal retention with soiling and its control by operant conditioning. *Gastroenterology*, 70, 930A.
- Simón, M. A. (1996): Evaluación de los trastornos gastrointestinales. En G. Buéla-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Simón, M. A., Durán, M. y Salgado, A. (2001): Incontinencia fecal. En M. A. Simón y E. Amenedo (dirs.), *Manual de psicofisiología clínica*. Madrid: Pirámide.
- Simón, M. A. y Lara, M. J. (1996): *Técnicas de intervención psicológica en los trastornos defecatorios. Nuevas alternativas terapéuticas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Simón, M. A., Lara, M. J. y García, M. (1991): Técnicas psicofisiológicas en la evaluación y tratamiento de la incontinencia fecal. En G. Buéla-Casal y V. E. Caballo (dirs.), *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Simón, M. A., Martínez-Velasco, R. y Salgado, A. (1999): Evaluación y tratamiento del síndrome del suelo pélvico espástico. En M. A. Simón (dir.), *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Speakman, C. T. y Henry, M. M. (1992): The work of an anorectal physiology laboratory. *Baillière's Clinical Gastroenterology*, 6, 59-73.
- Sutphen, J., Borowitz, S., Ling, W., Cox, D. J. y Kovatchev, B. (1997): Anorectal manometric examination in encopretic-constipated children. *Diseases of the Colon and the Rectum*, 40, 1051-1055.
- Tobon, F. y Schuster, M. M. (1974): Megacolon: special diagnostic and therapeutic features. *The Johns Hopkins Medical Journal*, 135, 91-105.
- Ustach, T. J., Tobon, F., Hambrecht, T., Bass, D. D. y Schuster, M. M. (1970): Electrophysiological aspects of human sphincter function. *Journal of Clinical Investigation*, 49, 41-48.
- Wald, A., Chandra, R., Chiponis, D. y Gabel, S. (1986): Anorectal function and continence mechanisms in childhood encopresis. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 5, 346-351.
- Wald, A., Chandra, R., Gabel, S. y Chiponis, D. (1987): Evaluation of biofeedback in childhood encopresis. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 6, 554-558.
- Wald, A. y Handen, B. L. (1987): Behavioral aspects of disorders of defecation and fecal continence. *Annals of Behavioral Medicine*, 9, 19-23.
- Whitehead, W. E. (1990): Tolerance for rectosigmoid distension in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 98, 1187-1192.
- Whitehead, W. E. (1996): Functional anorectal disorders. *Seminars in Gastrointestinal Diseases*, 7, 230-236.
- Whitehead, W. E., Crowell, M. D. y Schuster, M. M. (1990): Functional disorders of the anus and rectum. *Seminars in Gastrointestinal Disease*, 1, 74-84.
- Wolters, W. H. y Wanters, E. A. (1975): A study of somatopsychic vulnerability in encopretic children. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 27-34.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Bragado, C. (1998): *Encopresis*. Madrid: Pirámide.
- Doughty, D. B. (2000): *Urinary and fecal incontinence: Nursing management*. San Luis: Mosby.
- Schuster, M. M. y Wehmüller, J. (1994): *Keeping control. Understanding and overcoming fecal incontinence*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Simón, M. A. y Lara, M. J. (1996): *Técnicas de intervención psicológica en los trastornos defecatorios. Nuevas alternativas terapéuticas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

PARTE TERCERA
Trastornos del aprendizaje

Descripción, evaluación y tratamiento de los trastornos del aprendizaje

7

JUANA MUÑOZ¹

MARÍA DOLORES FRESNEDA¹

ELVIRA MENDOZA¹

GLORIA CARBALLO¹

MAGDA S. V. PESTUN²

Los trastornos del aprendizaje se identificaron a finales del siglo XIX. Se caracterizaron por una serie de dificultades que afectaban a la lectura, escritura o cálculo, lo que suponía un serio obstáculo para el progreso escolar normal del niño por su repercusión en los aprendizajes posteriores y en su rendimiento académico general, desencadenando, a largo plazo, efectos negativos sobre la autoestima, el autoconcepto y las relaciones sociales.

En este capítulo nos centraremos en las dificultades de lectura y escritura, ya que constituyen el principal cuadro que genera trastornos del aprendizaje en general; el grueso de la investigación en los últimos veinte años se ha centrado fundamentalmente en el proceso lector.

En primer lugar, determinaremos los aspectos conceptuales y los procesos implicados en la lectura y escritura. Al ser actividades lingüísticas secundarias comparten entre sí procesos comunes, lo que nos va a permitir una mayor comprensión de los mecanismos que están fallando ante un trastorno del aprendizaje. Revisaremos, por tanto, los aspectos etiológicos y las estrategias de evaluación y tratamiento de los mecanismos implicados en el proceso lectoescritor.

1. INTRODUCCIÓN

El término de trastornos o dificultades del aprendizaje se atribuye a Kirk y Bateman (1962), que lo

definen como «un retraso, perturbación o desarrollo retrasado en uno o más de los procesos de habla, lenguaje, lectura, escritura, aritmética u otras materias escolares, como resultado de un hándicap psicológico causado por una posible disfunción cerebral y/o por trastornos emocionales o de conducta. No es resultado de retraso mental, privación sensorial o de factores culturales o instruccionales» (p. 73).

Estos trastornos se pueden abordar desde distintos puntos de vista (socioeconómico, psicológico, educativo, etc.). Desde los años sesenta se han desarrollado distintas definiciones, aunque no existe un claro consenso entre ellas (para una revisión más detallada, véase Hammill, 1993). Hammill (1990) ha realizado una revisión de las distintas definiciones propuestas y destaca los siguientes elementos comunes a todas ellas: 1) retraso escolar en las áreas instrumentales básicas (lectura, escritura, matemáticas), 2) presencia de disfunción cerebral mínima como etiología, 3) permanencia durante todo el ciclo vital, 4) existe una alteración en el desarrollo del lenguaje oral, del pensamiento y de las habilidades sociales, 5) coexistencia con otros hándicaps, y 6) se excluyen como causa de los trastornos de aprendizaje (TA) las alteraciones físicas, sensoriales o motoras, el retraso mental, la falta de instrucción y la privación cultural.

Estos aspectos están recogidos en la definición propuesta por el National Joint Committee for Learning Disabilities (NJCLD, 1994): «Trastorno del aprendizaje es un término general que hace referencia

¹ Universidad de Granada (España).

² Universidad Estatal de Londrina (Brasil).

a un grupo heterogéneo de alteraciones que se manifiestan en dificultades en la adquisición y uso de habilidades de escucha, habla, lectura, escritura, razonamiento o habilidades matemáticas. Estas alteraciones son intrínsecas al individuo debido a disfunciones del sistema nervioso central (SNC) y pueden tener lugar a lo largo de todo el ciclo vital. Problemas en conductas de autorregulación, percepción social e interacción social pueden coexistir con los TA, pero no constituyen en sí mismas un TA. Aunque los TA pueden coexistir con otro tipo de impedimentos (como impedimentos sensoriales, retraso mental, trastornos emocionales) o con influencias extrínsecas (tales como diferencias culturales, instrucción inapropiada o insuficiente), no son resultado de aquellas condiciones o influencias» (NJCLD, 1994, p. 65).

Tanto en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) como en la CIE-10 (World Health Organization, 1992) se definen y clasifican distintos tipos de TA en dominios específicos. El DSM-IV-TR proporciona criterios para el diagnóstico de los problemas de lectura, mientras que la CIE-10 ofrece criterios de identificación bajo el rótulo de «*Trastornos específicos de la lectura*». El DSM-IV-TR y la CIE-10 se refieren a las dificultades en matemáticas como «*Trastornos en matemáticas*» y «*Trastornos específicos en las habilidades matemáticas*», respectivamente. En el caso de los trastornos de escritura, éstos son clasificados y codificados en el DSM-IV-TR como un trastorno en la expresión escrita y en el CIE-10 como un trastorno específico de la escritura.

El debate sobre el alcance real del término TA sigue, en la actualidad, presentando una cierta confusión y ambigüedad. Han aparecido en castellano algunas publicaciones sobre determinados tipos de TA, como lectura (Sánchez y Martínez, 1998), escritura (Defior, 1996) y matemáticas (González-Pienda, 1998; Miranda, Fortes y Gil, 1998).

2. PROCESOS IMPLICADOS EN LA LECTURA Y LA ESCRITURA

La lectura y la escritura son actividades de tipo lingüístico que presentan algunos aspectos comunes

y otros diferentes. En general, los datos de que disponemos nos indican que la escritura es más compleja y difícil de adquirir que la lectura, aunque también tenemos que reconocer que la escritura ha sido menos estudiada que la lectura y los datos de que disponemos son bastante más inconsistentes.

Los procesos psicológicos implicados en la lectura y la escritura se agrupan en varios niveles (para una revisión más profunda véase Cuetos, 1991, 1996; Defior, 1996), de modo que cuando falla alguno de ellos se producen dificultades de lectura o escritura.

2.1. Procesos implicados en la lectura

Cuando vamos a leer una oración reconocemos, en primer lugar, los símbolos escritos y, en segundo lugar, debemos comprender no sólo las palabras, sino el conjunto de la oración o texto. Estos dos componentes se subdividen en otros, que veremos seguidamente:

- a) *Procesos perceptivos*: Se refieren a los movimientos que se realizan para dirigir los ojos hacia las palabras aisladas o frases, denominados *movimientos oculares sacádicos*. Estos movimientos consisten en el desplazamiento de los ojos de izquierda a derecha a modo de saltos, con una duración entre 20-40 milisegundos (Dunn y Pirozzolo, 1984), alternándose con períodos de fijación que duran entre 200-250 mseg (Holmes y O'Regan, 1981). La información en forma de rasgos gráficos se almacena en la memoria sensorial o icónica e inmediatamente pasa a la memoria visual a corto plazo.
- b) *Procesos de acceso al léxico*: Son una serie de operaciones necesarias para poder acceder al léxico interno o «léxico mental» dentro de la memoria a largo plazo (MLP) y que contiene el conocimiento lingüístico (fonológico, semántico y ortográfico) de las palabras que conocemos, a partir de las cuales los lectores o escritores construyen el significado de las palabras.

Estos procesos son fundamentales en la lectura, considerándose que existen dos vías o rutas para acceder a la información sobre las palabras, es decir, a la información sobre los conocimientos semánticos, fonológicos y ortográficos almacenados en el «léxico mental» (Alegría, 1985; Clemente y Domínguez, 1999; Morais, 1998). La primera vía o ruta a la que nos referimos se denomina *ruta léxica, directa o visual*, en la que las palabras se asocian directamente con su significado, precisando un reconocimiento global e inmediato de palabras que ya han sido procesadas y están almacenadas en el léxico mental del individuo. Según Ellis (1995) y Howar y Best (1996) la lectura de palabras familiares (tanto regulares como irregulares) ocurre a través de esta ruta.

La segunda ruta, denominada *ruta subléxica, indirecta o fonológica*, se basa en las reglas de correspondencia grafema-fonema y que, según Coltheart (1987), consta de tres etapas: *a)* análisis grafémico, encargado de separar los grafemas que componen las palabras, *b)* asignación de fonemas a grafemas, que es la más importante, ya que se encarga de asignar a cada grafema el sonido que le corresponde según las reglas de cada idioma, y *c)* unión de grafemas, mediante la cual se combinan los fonemas generados en el estadio anterior para producir una pronunciación conjunta.

En todo caso y por cualquiera de las rutas, el resultado final del proceso es llegar a la identificación de los grafemas, que se dirigen hacia el «almacén de pronunciación». Si la tarea consiste en lectura en voz alta (o lectura oral), desde este almacén se envían órdenes a los músculos encargados de la articulación correspondiente a esos sonidos. Si se trata de lectura comprensiva, desde este almacén se activa la correspondiente representación auditiva (en el léxico auditivo) y, posteriormente, la representación semántica. Por tanto, a través de la vía

fonológica se pueden leer pseudopalabras (de las que no se tiene representación en el léxico mental), así como palabras desconocidas (Ellis, 1995; Howard y Best, 1996). De hecho, la ruta indirecta o fonológica es importante en las lenguas fonológicamente transparentes en las etapas iniciales del aprendizaje de la lectura.

Estas dos vías funcionan de forma paralela y complementaria en los sistemas de escritura alfabéticos (Morais, 1998) y dependen de las representaciones de tipo fonológico, semántico y ortográfico que ya posee el lector (Adams, 1990), de forma que las aportaciones de cada una de ellas al reconocimiento de las palabras dependerá de los estímulos a procesar y de la habilidad lectora. Por consiguiente, un funcionamiento incorrecto en alguna de las vías o rutas produce dificultades lectoras, puesto que para una lectura eficiente ambas deben funcionar de modo paralelo (Alegría, Leybaert y Mousty 1997). En definitiva, la vía visual es la característica de la lectura hábil al ser más rápida, mientras que la fonológica está disponible en cualquier momento para leer palabras no familiares que se encuentran por primera vez o para leer pseudopalabras que no están contenidas en el léxico visual.

- c) Procesos sintácticos:* Hacen referencia al conocimiento de las estructuras gramaticales básicas del lenguaje que permiten comprender cómo se relacionan las palabras entre sí, aspecto que es muy importante para que la lectura sea eficiente y fluida. Este proceso comprende tres operaciones (Cuetos, 1996): *a)* asignación de etiquetas a las distintas palabras que componen la oración (sintagma nominal, verbo, etc.); *b)* asignación de las relaciones que existen entre estos componentes, y *c)* construcción de la estructura correspondiente, mediante el ordenamiento jerárquico de los componentes.

Se han propuesto muchos modelos sobre el funcionamiento del analizador sintáctico.

Uno de los más importantes en el campo de la Psicología es el propuesto por Mitchell (1987), que trata de explicar los procesos cognitivos sobre los que influyen las claves sintácticas (orden de las palabras, palabras funcionales, significado de las palabras y signos de puntuación). En este modelo se establecen dos estadios relativamente independientes. En el primero influyen únicamente el orden de las palabras, la categoría gramatical y los signos de puntuación, mientras que en el segundo estadio se accede a la información semántica y pragmática mediante la cual se valoran las estructuras anteriores. Por consiguiente, los déficits en los procesos sintácticos son los responsables de las dificultades existentes cuando se leen las palabras pero no se comprenden las frases del texto.

- d) *Procesos semánticos*: Estos procesos se llevan a cabo para comprender el significado de las palabras, frases o texto, encargándose de la integración de la información con el conocimiento previo, que se encuentra organizado en forma de esquemas. Implica, a su vez, dos subprocesos: a) la extracción del significado, y b) la integración del significado en los conocimientos del lector (memoria). Algunos autores han propuesto que estas estructuras se construyen mediante un sistema de representación en forma de redes (Anderson y Bower, 1973; Rumelhart, Lindsay y Norman, 1972) y otros mediante proposiciones jerárquicas (Kinstch y Van Dijk, 1978)

Por último, se considera que la *memoria operativa o memoria de trabajo*, aunque no es un proceso específico de la lectoescritura, es importante, ya que interviene en la realización de actividades cognitivas, participando en la retención de la información mientras se va procesando la nueva información que llega al sistema. A este respecto, se ha apuntado que una de las posibles causas de las dificultades del aprendizaje se debe precisamente a dificultades en la memoria operativa o de trabajo (Daneman y Carpenter, 1980)

2.2. Procesos implicados en la escritura

La mayoría de los autores está de acuerdo en la existencia de cuatro procesos implicados en la escritura (planificación, sintáctico, léxico y motor), pero no existe consenso sobre la relación existente entre ellos. Algunos investigadores (por ejemplo, Garrett, 1987) consideran que cada proceso es autónomo (procesamiento serial) y otros sostienen que operan de forma interactiva y se influyen mutuamente (Stemberger, 1985), de forma que todos trabajan de modo simultáneo (procesamiento interactivo).

- a) *Proceso de planificación*: El escritor debe decidir sobre qué tema va a escribir, qué aspectos debe resaltar, a quién se dirige la información, etc. Según Hayes y Flower (1980) en este proceso están implicadas tres etapas: 1.^a) Generación de la información sobre el tema mediante la búsqueda en la memoria a largo plazo de los conocimientos relevantes para tal propósito; 2.^a) Organización de las ideas en una estructura coherente; 3.^a) Revisión del mensaje, para determinar si el texto se ajusta a los objetivos planteados.

Estas etapas no se suceden de forma serial, ya que el orden de actuación de cada una de ellas depende de las estrategias particulares que sigue cada escritor.

- b) *Procesos sintácticos*: Son importantes para conseguir que las frases que componen el texto se ajusten a una serie de reglas y estructuras gramaticales propias de la lengua en que se escribe. Para ello, se debe atender a factores como el tipo de oración gramatical, el uso de palabras funcionales que sirven de unión a las palabras de contenido, uso de signos de puntuación, etc. Todo ello es lo que permitirá determinar el sentido de lo que se escribe, así como la organización coherente de las frases y oraciones en un escrito, aspectos que se verían afectados cuando existe un déficit en el procesamiento sintáctico.
- c) *Procesos léxicos*: Permiten la selección de las palabras adecuadas para ser incorpora-

das en el almacén sintáctico. En la escritura, al igual que en la lectura, operan las dos vías de acceso al léxico (Cuetos, 1991, Ellis, 1990). La ruta *fonológica, indirecta o no léxica* utiliza los mecanismos de correspondencia fonema-grafema para llegar a la palabra escrita; requiere la habilidad de fragmentación de palabras en sus correspondientes fonemas y el establecimiento de conexiones con sus grafemas. A través de esta vía se puede llegar a la escritura correcta de todas las palabras y pseudopalabras en las lenguas transparentes.

En los últimos años se le ha dado gran importancia al papel de la conciencia fonológica (capacidad de analizar y manipular las unidades que componen el lenguaje), no sólo para el aprendizaje de la lectura, sino también de la escritura. Incluso, en algunos estudios se ha considerado que esta habilidad es más importante en la escritura (Defior, 1994; Defior y Tudela, 1994)

Por último, la segunda vía, denominada *ortográfica, directa, visual o léxica*, utiliza el almacén léxico-ortográfico o grafémico, en el que se encuentran almacenadas las representaciones ortográficas de las palabras procesadas con anterioridad. Estos procesos hacen referencia a las reglas arbitrarias de la escritura y al conocimiento de la ortografía de las palabras y son especialmente importantes para la escritura de homófonos (vaca/baca, hola/ola, echo/hecho) y para la correcta escritura bajo un punto de vista ortográfico.

- d) *Procesos motores*: Antes de representar la palabra con un signo gráfico han de suceder otras operaciones. La primera consiste en la selección de los alografos adecuados (distintas realizaciones de una misma letra), contenidos en el almacén alográfico de la memoria a largo plazo. En segundo lugar, los alografos se traducen en movimientos musculares para su representación gráfica y en la formación de un patrón motor. Este patrón se recupera del almacén de patrones

motores gráficos en los que se indica la forma, dirección y tamaño de los rasgos de las letras.

A este respecto, no debemos considerar la escritura como un proceso puramente perceptivo-motor, puesto que se trata de una tarea lingüística en la que intervienen todos los procesos anteriores además de los procesos motores.

3. TRASTORNOS DE APRENDIZAJE DE LA LECTURA Y LA ESCRITURA

3.1. Trastornos de aprendizaje de la lectura

A pesar de la preocupación que ha existido desde hace mucho tiempo por el tema, aún quedan algunas cuestiones fundamentales sin responder, como, por ejemplo, ¿quién presenta trastornos en la lectura? Sabemos que no se trata de una población homogénea y que se pueden producir diferentes alteraciones relacionadas con el proceso lector. En primer lugar, existen sujetos que presentan problemas en el reconocimiento o descodificación de las palabras. Estos niños pueden comprender bien una explicación oral, aunque no un texto escrito con los mismos contenidos; es decir, podrían comprender lo que leen si pudieran reconocer y, por tanto, leer las palabras correctamente. Este grupo de niños es el que tradicionalmente se ha conocido como *disléxicos* o con *retraso específico de la lectura*. En segundo lugar, existe otro grupo de niños que leen mal las palabras y manifiestan problemas de comprensión tanto escrita como oral. En estos casos se habla de *retraso lector general* y es el problema lector más frecuente, sobre todo en las lenguas consideradas «transparentes». Por último, se han identificado otros niños que pueden manifestar dificultades en la comprensión aunque leen (descodifican) bien las palabras; entrarían en este grupo los niños *hiperléxicos* (Silbergberg y Silbergberg, 1967), que leen bien pero no comprenden lo que leen y que suelen presentar una capacidad cognitiva baja. Este problema es muy poco frecuente y, en general, suele ser una manifestación de un cuadro patológico más grave.

Es un problema que, por el momento, no ha sido lo suficientemente bien estudiado. Los niños con retraso específico de lectura presentan una clara discrepancia entre su potencial lector con respecto a la edad, el CI y el rendimiento general. Por el contrario, los niños con retraso lector general presentan un déficit más generalizado y su nivel lector no se suele atener a ninguna fórmula de discrepancia.

El DSM-IV-TR (2000) agrupa las dificultades lectoras bajo la denominación de «*Trastorno de la lectura*» y las características fundamentales son, por una parte, el bajo rendimiento en lectura de acuerdo con la edad, el CI y el nivel académico y, por otra, la interferencia de las dificultades lectoras con el aprendizaje escolar (véase tabla 7.1). Por tanto, las alteraciones lectoras pueden estar relacionadas con la precisión, velocidad o comprensión. El trastorno de la lectura suele aparecer asociado al trastorno de la expresión escrita y al trastorno del cálculo, y no es frecuente encontrar estos trastornos en ausencia del trastorno de lectura.

No existe coincidencia en el porcentaje de padecimiento en función del género, ya que depende de los procedimientos diagnósticos utilizados; es decir, si se utilizan procedimientos diagnósticos con base en informes tradicionales, se habla de una tasa del 60 al 80 por 100 de sujetos varones; sin embargo, si se utilizan procedimientos diagnósticos más preci-

sos, con criterios estrictos y derivados de un análisis detallado de los distintos procesos implicados en la lectura, desaparecen las diferencias debidas al género. Tampoco existe certeza sobre la incidencia del trastorno de la lectura, ya que los estudios se realizan sin la necesaria separación de los trastornos del aprendizaje (específicos de la lectura, del cálculo o de la expresión escrita). Parece ser que el trastorno de la lectura aparece solo o asociado con otro trastorno de aprendizaje en cuatro de cada cinco casos.

Si comparamos los criterios diagnósticos de la CIE-10 (1992) con los del DSM-IV-TR, observamos que la primera propone como criterio que la lectura se sitúe dos desviaciones típicas por debajo de la capacidad esperada. Este trastorno tiene prioridad sobre el del cálculo, por lo que no es necesario realizar diagnóstico de ambos trastornos; en la CIE-10 se llama «*Trastorno específico de la lectura*» y en el DSM-IV-TR aparece como «*Trastorno de la lectura*», dando la posibilidad de diagnosticar separadamente los trastornos de la lectura y los del cálculo, siempre que ambos estén presentes.

3.2. Trastornos de aprendizaje de la escritura

La escritura es una conducta muy compleja y la investigación en este campo es más reducida que en lo referente a la lectura, aunque es justo reconocer el notable impulso surgido a partir de los años ochenta.

Berninger y Whitaker (1993) revisaron diversas investigaciones en este campo y afirmaron que la escritura es una actividad lingüística multidimensional y evolutiva, que las dificultades de la expresión escrita aparecen junto a otras dificultades lingüísticas o de desarrollo psicológico, que puede existir una raíz común de tipo lingüístico y cognitivo en las dificultades de lectura y escritura, tan frecuentemente asociadas, habiendo otros autores que ponen de manifiesto la independencia de ambos tipos de dificultades.

Sabemos que el aprendizaje de la escritura resulta difícil a muchos niños, aunque no existen argumentos certeros de que estas dificultades sean dis-

TABLA 7.1

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno de la lectura

- | |
|---|
| <p>A) El rendimiento en lectura, medido por medio de pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se encuentra sustancialmente por debajo de lo esperado teniendo en cuenta la edad cronológica del sujeto, su cociente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.</p> <p>B) La perturbación recogida en el criterio A) interfiere de forma significativa con el rendimiento académico o con las actividades de la vida diaria que requieren habilidades de lectura.</p> <p>C) Si se encuentra presente un déficit sensorial, las dificultades de lectura exceden de aquellas asociadas habitualmente a dicho déficit.</p> |
|---|

tintas de otras de aprendizaje; sabemos también que la gravedad de las dificultades de la expresión escrita depende del tipo de errores cometidos (Kulberg, 1993). En este punto se nos plantea el interrogante de quiénes son los sujetos que presentan trastorno en la expresión escrita. Nos encontramos una situación parecida a la anterior referida a la delimitación de sujetos con trastorno de la lectura. Tenemos, en primer lugar, niños que muestran dificultad para escribir palabras (*disgrafía*) con buena expresión oral; en segundo lugar, niños que escriben incorrectamente las palabras y tienen dificultades en la expresión oral, y, en tercer lugar, niños que escriben correctamente las palabras y tienen dificultad en la expresión oral.

Los problemas se pueden presentar a dos niveles: *a*) en la escritura de palabras, y *b*) en la redacción o composición y no en escritura de palabras, aludiendo a problemas en los niveles superiores de organización de ideas para la composición escrita. Las dificultades para la escritura de palabras pueden estar originadas por problemas en las rutas fonológica (en palabras desconocidas y pseudopalabras) o

léxica (muchos errores ortográficos). En la redacción, los problemas pueden estar causados por la incapacidad de generar ideas, de organizarlas coherentemente, de escribir utilizando correctamente las reglas gramaticales sin perder de vista al interlocutor. Por último, pueden presentarse problemas motores debidos a una deficiente coordinación visomotora que impide la realización de movimientos finos o problemas en los programas motores responsables de la realización de las letras.

Se puede decir que, dependiendo del modelo u orientación teórica de que se parta, se obtendrán unas dificultades específicas de la escritura; el modelo tradicional pone énfasis en aspectos grafomotores y el modelo cognitivo le resta importancia a esos aspectos para focalizar su análisis en los déficits de estrategias y en los procesos mentales requeridos en la realización de textos escritos (véase tabla 7.2).

Sabemos que existen niños con deficiencias en la escritura tanto en calidad de grafismo como en fluidez y/o capacidad de simbolización y que estas deficiencias no están justificadas por una inteligen-

TABLA 7.2
Aspectos deficitarios de la escritura

Modelo clásico o madurativo		Modelo cognitivo o neurocognitivo	
Aspectos psicomotores relacionados con la ortografía de las letras	Linealidad	Procesos intervinientes en la escritura	Proceso de planificación: 1. Genera el contenido de las ideas. 2. Decide cómo expresar las ideas o información.
	Separación interletras		Proceso de construcción sintáctica: 1. Decide la estructura gramatical o sintáctica. 2. Decide el léxico (colocando palabras función).
	Separación interpalabras		Recuperaciones de elementos léxicos. 1. Considera las reglas ortográficas, recuperando los grafemas por la ruta fonológica y/o ortográfica.
	Tamaño de las letras		Procesos motores. Secuencia los movimientos grafomotrices mediante la recuperación de los alógrafos (B, b, b-).
	Inclinación de las palabras		Estilo de página.
	Trazado de letras ascendentes y descendentes		Concede menor importancia a los procesos motores, relegándolos a un segundo plano. Incluye en los trastornos disgráficos las alteraciones de la composición y de la redacción.
	Enlace		
	Direccionalidad		
	Prensión		
	Presión		
	Sincinesias		
	Posición del papel		
	Postura		
	Fluidez		

cia baja, trastornos neurológicos, daños sensoriales graves, trastornos emocionales importantes o falta de estimulación cultural y pedagógica.

Con respecto a los trastornos de la escritura, se suelen utilizar dos términos diferentes, aunque, de alguna forma, relacionados. Estos términos aluden a la *disortografía* y a la *disgrafía*.

La *disortografía* se trata de una dificultad para la estructuración gramatical del lenguaje, asociada generalmente a los trastornos lectores (dislexia). La disortografía presenta distintos niveles de gravedad que oscilan entre uno leve y otro grave. El grado leve se manifiesta por omisión o confusión de artículos, plurales, acentos o faltas de ortografía en palabras familiares, debido al desconocimiento o negligencia de reglas gramaticales. Se considera grave cuando existen dificultades relacionadas con la correspondencia fonema-grafema y aparecen errores de omisión, confusión y cambio de letras, sílabas, palabras, adiciones y sustituciones.

La *disgrafía* es un trastorno de la escritura que afecta a la forma o al contenido y la manifiestan niños que no presentan problemas intelectuales, neurológicos, sensoriales, motores, afectivos o sociales. Como características disgráficas podemos considerar dos tipos de signos: signos secundarios globales y signos específicos. Entre los signos secundarios globales podríamos citar: postura inadecuada, soporte incorrecto del instrumento escritor, déficit en presión, prensión y velocidad escritora excesivamente rápida o lenta. Entre los signos específicos nos encontramos con los referidos al propio grafismo, como los siguientes: gran tamaño de las letras, mucha inclinación en las letras o renglones, espaciado de letras o palabras muy apiñado, enlaces indebidos entre grafemas, afectando a la forma de las letras haciéndolas irreconocibles y, como consecuencia, los escritos resultan indescifrables. Para el establecimiento del diagnóstico de la disgrafía es necesario tener en consideración el factor edad, ya que esta alteración no empieza a manifestarse hasta después del período de aprendizaje —después de los 7 años—, no siendo adecuado el diagnóstico si se realiza antes de esta edad.

Según el DSM-IV-TR, el «Trastorno de la expresión escrita» se caracteriza por un conjunto de defi-

ciencias en la habilidad para elaborar textos escritos, manifestándose en errores gramaticales o de puntuación, en composición de frases, mala organización de los párrafos, muchos errores ortográficos y una grafía deficiente (véase tabla 7.3). Esta caracterización del DSM-IV-TR no diferencia claramente entre los trastornos disgráficos y disortográficos. Existe evidencia de que en este trastorno pueden presentarse déficits del lenguaje, de la percepción y de la motricidad, así como que puede asociarse al «Trastorno de la lectura» (F81.0) [315.1] o al «Trastorno del cálculo» (F81.2) [315.1]. Si comparamos los criterios diagnósticos de la CIE-10 con los del DSM-IV-TR observamos que la CIE no recoge el «Trastorno de la expresión escrita», incluyendo en su lugar el «Trastorno específico del deletreo» y el DSM-IV-TR considera los problemas de deletreo dentro del «Trastorno de la expresión escrita», aunque es imprescindible la existencia de dificultades en la escritura.

Se sabe que existe gran cantidad de niños que padecen este trastorno, pero no existe acuerdo en el establecimiento de dicha incidencia, ya que a menudo no se diferencia entre los *trastornos de la lectura, de la expresión escrita y del cálculo*, aunque se suele aceptar que el trastorno de la expresión escri-

TABLA 7.3

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR
(APA, 2000) para el trastorno de la expresión escrita

- D) Las habilidades para escribir, medidas por medio de pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se encuentran sustancialmente por debajo de las esperadas teniendo en cuenta la edad cronológica del sujeto, su cociente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
- E) La perturbación recogida en el criterio A) interfiere de forma significativa con el rendimiento académico o con las actividades de la vida diaria que requieren la composición de textos escritos (por ejemplo, escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).
- F) Si se encuentra presente un déficit sensorial, las dificultades de las habilidades para escribir exceden de aquellas asociadas habitualmente a dicho déficit.

ta se asocia generalmente a otros trastornos del aprendizaje, conductuales y curriculares (Deuel, 1992; Hooper, Hynd y Mattinson, 1992; Paul, 1992; Stanovich, 1992; Semrud-Clikeman y Hynd, 1992).

4. ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA LECTURA Y LA ESCRITURA

4.1. Etiología de los trastornos de la lectura

Se han propuesto gran cantidad de explicaciones etiológicas de los trastornos de lectura y, en general, de los trastornos del aprendizaje (véase tabla 7.4):

no obstante, no está claro si estos factores explican sólo el *retraso lector general*, o si también tienen fuerza explicativa para el *trastorno específico de lectura*.

Existen distintos estudios que intentan explicar las causas de las dificultades de la lectura, aunque revisarlas en profundidad escapa al alcance y a los objetivos de este trabajo. Haremos, en primer lugar, un breve recorrido histórico y después agruparemos los diferentes estudios en tres categorías para facilitar la comprensión.

En los últimos años, varias líneas de investigación han desarrollado esfuerzos importantes para comprender la etiología de la dislexia. En las déca-

TABLA 7.4
Causas de las dificultades lectoras

Personales	Causas	
	<i>Físicas</i>	Cardiopatías, enfermedades digestivas, endocrinas, neurológicas, metabólicas, etc.
	<i>Sensoriales</i>	Ceguera, ambliopía, sordera, hipoacusia.
	<i>Lingüísticas</i>	Trastornos fonológicos, trastornos específicos del lenguaje, tartamudez, etc.
	<i>Intelectuales</i>	Problemas de atención, de memoria, bajo CI, falta de hábitos de trabajo intelectual, etc.
	<i>Personalidad, afectivas</i>	Depresión, ansiedad, inseguridad, inadaptación, rechazo, timidez, etc.
	<i>Motivacionales</i>	Apatía, indiferencia, abulia, etc.
Sociales	Absentismo escolar, aislamiento, problemas migratorios, falta de estimulación cultural, rechazo, precariedad laboral, bilingüismo, etc.	
Familiares	Padres: Alcoholismo, ausencias prolongadas, enfermedades, fallecimiento, violencia doméstica, separación. Hermanos con malas relaciones: competitividad, rivalidad, etc. Malos hábitos: abuso de la televisión, falta de descanso, etc. Malas condiciones de vivienda: falta de espacio, de luz, de higiene, etc.	
Escolares	Profesorado: muchos cambios, incapacidad para adaptarse al alumno, inseguridad, inestabilidad afectiva, poca preparación, problemas con el equipo, etc. Métodos inadecuados. Problemas de organización, ausencia de recuperación, ambiente escolar hostil. Problemas administrativos, selectividad, programas no adaptados al ambiente, etc.	

das de los treinta a los cincuenta, la hipótesis causal de esta perturbación se atribuía a un déficit en el procesamiento visual. Samuel Orton, en 1937, fue el primer investigador que introdujo el concepto de *dislexia del desarrollo* y lo atribuyó a un problema en el procesamiento visual, consecuencia de un retraso en el establecimiento de la dominancia hemisférica cerebral. La hipótesis de Orton de la dominancia cerebral tuvo un gran auge en su época, pasó posteriormente a un estado de semiolvido para llegar, en torno a los años setenta, a ser el gran motor que generó la mayor parte de las investigaciones sobre las tipologías de la dislexia, como veremos en el apartado siguiente.

Entre los años cincuenta y setenta surgió una nueva corriente, denominada instrumental, defendida principalmente por psicólogos escolares y fonoaudiólogos. Consideraron la dislexia como una *disfunción cerebral mínima (DCM)*, cuyo origen era hereditario y ocurría por un retraso en la maduración cerebral. Dado que el término *DCM* no llegó nunca a caracterizarse con precisión, pronto cayó en desuso.

En la década de los ochenta, el interés de los investigadores pasó del procesamiento visual al procesamiento fonológico. La conciencia fonológica, habilidad metafonológica, se empezó a considerar, y continúa en la actualidad, como un potente predictor del desarrollo de la lectura, incluso superior al CI (Vellutino, Scanlon y Lyon, 2000). Según Stuart y Coltheart (1988), un niño con buenas habilidades para segmentar fonemas y con conocimiento adecuado de la relación letra-sonido tiene condiciones de generar expectativas sobre la estructura fonológica de las palabras y, por tanto, será capaz de construir unidades de reconocimiento parciales para palabras simples aunque no las haya visto nunca escritas. Para Ellis (1995), la capacidad para manipular y reflexionar sobre la estructura sonora de las palabras permite a un individuo un aprendizaje de la lectura rápido y superior al de aquellos que carecen de esta capacidad y conseguirá lectores mucho más eficaces e independientes. Distintas investigaciones de los últimos años han demostrado que la mayoría de los disléxicos manifiestan una pobre conciencia fonológica (Bradley y Bryant, 1983; Liberman y Mattingly, 1985; Mann, 1993; Pestun,

2001), una perturbación en la memoria verbal de corto y largo plazo (Pestun, 2001), un déficit en el procesamiento del habla (Gelder y Bromeen, 1996; Farah, Stowe y Levinson, 1996; Pestun, 2001) y una serie de dificultades en la secuenciación y procesamiento automático (Hooper y Willis, 1989), sustentando, así, la hipótesis descrita anteriormente.

4.2. Etiología de los trastornos de la escritura

Por el momento no se dispone de un conocimiento certero de los factores causantes del trastorno al producirse en niños que no presentan déficits visibles neurológicos, mentales, sociales ni lingüísticos. Sin embargo, podemos afirmar que existen factores que influyen en ese origen (desconocido aún), así como en el mantenimiento de los problemas o interferencia en el proceso. Entre ellos podemos citar problemas madurativos, falta de dominio del esquema corporal, algunos problemas de lateralidad, otros trastornos de actuación motora, problemas perceptivos o motores, problemas de atención y memoria, errores de enseñanza-aprendizaje, como el aprendizaje temprano forzado sin motivación y con métodos malos en situaciones inadecuadas, frecuentes cambios de colegio, absentismo escolar, ambientes socioculturales deprimidos, etc.

Existen diferentes posturas al considerar el origen del trastorno de la escritura, igual que en las dificultades de aprendizaje en general, en función de la orientación teórica de los investigadores. La controversia sobre la influencia de variables personales frente a variables ambientales aún está presente, situándose todas las explicaciones existentes en este continuo. Podemos agrupar las diferentes posturas en dos grandes grupos: *a)* postura tradicional o madurativa, y *b)* postura derivada de la psicología y neuropsicología cognitiva. Las clasificaciones tradicionales incluyen explicaciones neurofisiológicas, socioculturales, pedagógico-institucionales y psicomotoras. El otro grupo procedente de los planteamientos de la psicología cognitiva y neuropsicología cognitiva, con grandes avances en los últimos años, ponen el énfasis en los procesos cognitivos básicos y en los proce-

dimientos empleados para la realización de una habilidad. Este segundo grupo de explicaciones resulta útil a efectos de evaluación y tratamiento de las dificultades de la expresión escrita, porque parte de la consideración de la escritura como una tarea muy complicada en la que participan muchos procesos cognitivos. Por tanto, es necesario conocer su funcionamiento para poder comprender por qué se generan los trastornos de la escritura y buscar el mejor método para superar las dificultades. Al hablar del «trastorno de la expresión escrita» estamos hablando de personas que pueden presentar distintos problemas, desde un escrito con letra completamente irreconocible, redactado con muchas faltas de ortografía, hasta una persona incapaz de redactar un pequeño texto escrito y, por tanto, podemos hablar de fallos en el mecanismo de procesos diferentes que hay que considerar al plantear el tratamiento (Cuetos, 1991).

No obstante, a pesar de las divergencias existentes entre enfoques y orientaciones, podemos encontrar una definición relativamente aceptada y consensuada, incluida la propuesta en el DSM-IV-TR, que define la disgrafía como un trastorno de la escritura que afecta a la forma y al significado de la letra y es de tipo funcional. Un resumen de estas características etiológicas se puede ver en la tabla 7.5.

5. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA LECTURA Y LA ESCRITURA

En la evaluación de los trastornos de la lectura y la escritura se deben utilizar los procedimientos generales de evaluación psicológica (entrevista, selección de datos relevantes, historia del caso, etc.), además de algunos procedimientos más específicos, que son los que trataremos en este capítulo.

5.1. Evaluación de los trastornos de la lectura

Teniendo en cuenta la complejidad de los procesos mentales implicados en la lectura, así como la dificultad que entraña su evaluación y sin entrar en los diferentes sistemas etiológicos y clasificaciones propuestos, diremos que es imprescindible considerar dos aspectos en la evaluación de los trastornos de la lectura: *a)* el acto de leer en sí, y *b)* las funciones cognitivas.

- a)* Para la evaluación del acto lector en sí, aparte de las pruebas formales, se pueden aplicar actividades informales que nos permitan valorar el funcionamiento de los dis-

TABLA 7.5

Causas de los trastornos de escritura ateniéndose al modelo madurativo y cognitivo

Causas de las disgrafías	
Modelo madurativo o tradicional (Portellano, 1983)	Modelo cognitivo
— Trastornos de tipo madurativo (de lateralidad, de eficiencia motora, del esquema corporal y funciones perceptivo-motoras y de expresión gráfica del lenguaje). — Trastornos caracteriales (emocionales, conflictos emocionales relacionados con los problemas grafomotores). — Dispedagogía (aprendizaje forzado en la primera escolaridad). — Causas mixtas (por ejemplo, grafoespasmo de origen neural y vinculado a problemas emocionales). — Pseudodisgrafías (cuando el problema se debe a deficiencias sensoriales visuales). A veces también incluyen a los problemas de escritura presentados por niños hipocúsicos y con retraso mental.	— Falta de habilidad, incapacidad o dificultad. — Errores y falta de adecuación en las estrategias que, a su vez, pueden deberse a problemas metodológicos de la enseñanza de la escritura. — Déficit en el conocimiento lingüístico. — Fallos en las representaciones mentales.

tintos componentes implicados en la lectura (Netchine, 1991; Gaillard, 1986). Entre las pruebas que proponemos están tareas de discriminación visual de letras; reconocimiento de letras por vía táctil o en el aire; segregación léxica; separación de palabras soldadas; detección de errores gráficos de palabras en contexto; capacidad para obtener información de esquemas, tablas, cuadros, callejeros, mapas; tareas fonológicas como lectura de letras por su sonido; análisis de los errores cuantitativa y cualitativamente (de tipo visual, de CGF y semánticos); capacidades metalingüísticas y comprensión de la lectura.

- b) Para la evaluación de las funciones cognitivas implicadas en la lectura se aplicarán pruebas para obtener información sobre: inteligencia general, gnosias auditivas, gnosias visuales y habilidad visomotora, motricidad global y manual, coordinación grafo-motriz, atención, memoria, dominancia cerebral y lateralidad, habilidades lingüísticas y habilidades secuenciales.

En este apartado haremos referencia a: 1) las pruebas generales de lenguaje oral más usuales, 2) las pruebas estandarizadas generales de lectura, y 3) las pruebas no formales específicas de lectura.

5.1.1. *Pruebas generales de lenguaje oral*

La evaluación del lenguaje oral es uno de los pasos necesarios en la evaluación de los trastornos de lectura, ya que, a pesar de las diferencias documentadas entre ambas habilidades, son muchas también las similitudes debido a que comparten los mismos contenidos y son formas de elaboración y/o de expresión de pensamientos, emociones, intereses, etc. Tenemos que determinar, por otro lado, si los problemas de lectura y escritura son una derivación o una secuela de algunos problemas previos del lenguaje oral o si se pueden considerar como trastornos independientes. Para dar respuesta a estas preguntas se hace necesaria la evaluación, al menos de forma general y orientativa, del lenguaje oral.

En la actualidad disponemos de bastantes instrumentos para evaluar el lenguaje oral. El lector interesado en profundizar más en el estudio de estos instrumentos puede consultar Mendoza y Fresneda (2001). En este capítulo nos limitamos a exponer una relación no exhaustiva de los principales instrumentos estandarizados para la evaluación del lenguaje oral, que presentamos en el anexo 7.1.

5.1.2. *Pruebas generales de lectura*

No existen pruebas de lectura que respondan a un modelo explicativo claro. Son más bien el resultado del análisis de las necesidades lectoras, salvo la «Prueba de evaluación del retraso en lectura» (PEREL) de Maldonado, Sebastián y Soto (1992), que se basa en los modelos de la doble ruta y cuya finalidad es identificar las dificultades graves de aprendizaje de la lectura cuantificando el retraso en meses. Ahora bien, desde el punto de vista aplicado es conveniente conocer las pruebas existentes en el mercado (véase anexo 7.2), porque pueden permitir una primera valoración global de las dificultades lectoras y luego se realizaría una evaluación más precisa de los mecanismos y procesos que no actúan correctamente.

5.1.3. *Pruebas específicas de lectura*

Existen diferentes modelos que desarrollan pruebas no formales específicas de lectura en función de sus presupuestos teóricos. Entre los más significativos, dada su aplicabilidad, destacamos el enfoque neurocognitivo propuesto por Coltheart, (1981) y adaptado al español por Valle y Cuetos, y el enfoque cognitivo desarrollado por Defior y Ortúzar (1993). El primer modelo ha desarrollado un procedimiento diseñado en función del tipo de dislexias (superficial, fonológica, profunda). Parte de una prueba de lectura oral, sin límite de tiempo, y las palabras se presentan de una en una de forma individual. Es necesario el registro exacto de las respuestas, por lo que se aconseja que sean grabadas. Con esta recogida de datos se facilita el estudio tan-

to desde una perspectiva cuantitativa como cualitativa (para conocer el desarrollo del procedimiento de este modelo proponemos consultar Valle y Cuetos, 1988).

Defior y Ortúzar (1993) proponen un sistema de evaluación de la lectura basado en los procesos implicados: procesos perceptivos, procesos léxicos, sintáctico, semántico, memoria de trabajo y memoria a corto plazo. Los primeros pasos servirían para delimitar el tipo de dificultad en función del tipo de errores producidos y, posteriormente, se realizarían pruebas generales o específicas para determinar con exactitud la problemática. A continuación exponemos una relación de pruebas tipo —no estandarizadas— para evaluar cada uno de los procesos.

a) Procesos perceptivos

Se evalúan mediante tareas: 1) Puramente perceptivas, con signos gráficos y letras, donde se realizan tareas de emparejar, discriminar, identificar elementos iguales/diferentes, igualar a la muestra, etc. 2) De asociación grafía-sonido. 3) De deletreo oral.

b) Procesos léxicos

Se trata de valorar el funcionamiento de las dos vías de acceso léxico y detectar dónde se localiza el problema, anotando la naturaleza de los fallos (omisiones, sustituciones, adiciones, inversiones, etc.).

La *ruta visual*, a través de tareas de: 1) Comprensión de homófonos (ola/hola...), mediante a) definición de palabras homófonas (listado aleatorio) y b) identificación, después de oír la definición, de dos palabras homófonas de entre cuatro escritas. 2) Decisión léxica con pseudohomófonos: ante la presentación de pseudopalabras fonológicamente idénticas (aves/habes) tienen que confirmar si una secuencia de letras constituye una palabra de nuestra lengua o no. 3) Lectura de palabras extranjeras. 4) Dictado, que se puede utilizar como prueba complementaria, ya que la escritura sin faltas de ortografía se consigue sólo si existe un conocimiento exacto de los grafemas (aunque algunos autores la ponen en duda), pero es de esperar que los sujetos con este tipo de dislexia cometan muchos errores ortográficos que son posibles

fonológicamente (b/v, z/c, g/j). 5) Lectura de palabras cortas/largas, igualadas en frecuencia, parte de la oración y abstracción/concreción.

La *ruta fonológica*, a través de tareas de: 1) Lectura de palabras/pseudopalabras mediante listados aleatorizados, igualados en frecuencia, longitud y concreción, seleccionando preferentemente palabras contenido (verbos, adjetivos, sustantivos). 2) Lectura de pseudopalabras de diferente complejidad CGF (Conversión Grafema-Fonema), con la mitad de las palabras en las que las reglas de CGF no varían y la otra mitad que sí varían (v, g, c). 3) Lectura de palabras de alta y baja frecuencia, seleccionando listas de palabras de alta y baja frecuencia de cualquier diccionario de frecuencias de español (Juilland y Chang-Rodríguez, 1964; Justicia, 1985; Molero, 1998). Esta prueba es más eficaz utilizando tiempos de reacción, aunque también es válida para valorar los errores. 4) Dictado, que puede ser útil para la identificación de errores, aunque también se aconseja como prueba complementaria, ya que empíricamente no se ha demostrado su validez.

c) Procesos sintácticos

Se proponen tareas a partir de frases, ya que los errores no se cometen en lectura de palabras aisladas, sino en su estructura sintáctica. Las tareas propuestas irían encaminadas a trabajar: 1) El orden de las palabras, ordenando palabras o grupos sintácticos que se presentan de forma desordenada; unir una oración con el dibujo correspondiente. 2) Las categorías de las palabras, mediante tareas tipo «Cloze», oraciones que cambian palabras función. 3) La complejidad de la oración, mediante cambios en los diferentes tipos de oración. 4) Juicios de oraciones. 5) Capacidad para dividir oraciones en constituyentes sintácticos. 6) Tareas de cierre gramatical.

d) Procesos semánticos

Es complejo realizar esta evaluación por la cantidad y complejidad de las operaciones cognitivas implicadas. No obstante, se proponen las mismas

tareas que los escolares realizan en los libros de texto de su curso académico, del tipo de: 1) Extracción del significado. 2) Integración del significado en los conocimientos previos. 3) Conocimientos sobre aspectos generales, pruebas de vocabulario (con pruebas estandarizadas, como el WISC-R, Peabody o listas de vocabulario sacadas de los diccionarios de vocabulario básico (Juilland y Chang-Rodríguez, 1964; Justicia, 1985; Molero, 1998). 4) Valoración de los errores semánticos en la lectura.

e) Memoria a corto plazo y memoria de trabajo

Se proponen las tareas propias y programas existentes para estos aspectos. Se pueden utilizar tareas tales como repetir series de dígitos, repetir palabras y series de palabras, contar historias oídas previamente, etc.

5.2. Evaluación de los trastornos de la escritura

Consideramos que deben utilizarse los mismos procedimientos de evaluación en la disgrafía y en el retraso de la escritura, abordándose en tres aspectos: *a)* evaluación de la habilidad de la composición escrita (procesos), *b)* evaluación del texto (producto), y *c)* evaluación del lenguaje oral (vocabulario, conocimientos previos, producción...) para determinar si las dificultades son generales o específicas de la escritura.

Las técnicas y procedimientos de evaluación pueden ser formales o directos mediante test y escalas. Con respecto a estos últimos, existe escasez de pruebas y, en general, no hacen referencia a los procesos implicados en la composición escrita, sino a los aspectos de ortografía y grafomotricidad. En el anexo 7.3 se presentan algunos tests convencionales de evaluación de la escritura y, como se puede comprobar, algunos de ellos también evalúan dificultades de lectura.

Sin embargo, las pruebas no estandarizadas pueden ser de más utilidad permitiendo evaluar los procesos y subprocesos cognitivos de la escritura, de modo que, tras el análisis cualitativo y cuantitativo

de los errores, podrá determinarse qué procesos no se han desarrollado adecuadamente. En definitiva, la evaluación se centrará en los procesos motores, morfosintácticos, léxicos y procesos relacionados con la composición de textos (planificación y revisión).

a) Procesos motores

Hacen referencia a los aspectos motrices de la escritura, es decir, se estudiará la coordinación grafomotora junto con los patrones de letras y alógrafos (distintas formas de una letra, por ejemplo, A, **Λ**, **α**) utilizados por el niño. Con ello, trataremos de determinar si éste recuerda los patrones motores de las letras, ya que si la deficiencia en la coordinación motriz afecta exclusivamente al trazado de las mismas no se considera un trastorno de aprendizaje, sino un trastorno en el desarrollo de la coordinación motriz (Ajuriaguerra y Auzias, 1981; Lurcat, 1988). Para ello realizaremos diversas tareas, entre las que destacamos: lectura de letras, para asegurarnos que el problema es motor y no léxico; análisis de escritura espontánea; tareas de dibujo, picado, laberintos, etc., para evaluar la coordinación visomotora; copia y dictado de letras o palabras; pasar de mayúscula a minúscula palabras o textos, etc.

b) Procesos morfosintácticos

Tienen como objetivo determinar si el niño organiza las frases con una estructura sintáctica correcta. Para ello, se diseñarán actividades que consistirán en: ordenar frases; construir frases a partir de varias palabras; transformar frases simples en una compleja; unir dibujos con oraciones mediante flechas; determinar cuál es la frase correcta que se corresponde con un dibujo; completar un texto al que le faltan los signos de puntuación; tareas tipo «Cloze» (por ejemplo, «La niña _____ sienta» [de, mi, se]), etc.

c) Procesos léxicos

Se centrarán en tareas de denominación, evaluación de la ruta fonológica y ortográfica, sin olvidar

el conocimiento de las reglas básicas de ortografía. La evaluación de la capacidad para recuperar las palabras se realiza mediante tareas de denominación semejantes a las propuestas en el test Boston (por ejemplo, pedir al niño que escriba el nombre de un objeto o dibujo).

Cuando evaluamos la *ruta fonológica* comprobamos si el niño utiliza correctamente las reglas de conversión fonema-grafema mediante el dictado de pseudopalabras y de fonemas. De hecho, las habilidades fonológicas se consideran un elemento clave en el aprendizaje de la lectoescritura, habilidades que se ponen de manifiesto en tareas de rimas y aliteración, unión de sílabas o fonemas, omisión de sílabas, palabras o fonemas, comparación de sílabas o fonemas, etc. La segunda ruta —*ortográfica o directa*— se evalúa mediante el dictado de homófonos (por ejemplo, vaca/baca) presentando previamente el significado de la palabra a escribir y, en general, con actividades que permitan evaluar el conocimiento de la ortografía natural y arbitraria.

d) Procesos de composición del texto

Hacen referencia a la *planificación y revisión*. La primera se evalúa planteando actividades que pueden variar en complejidad, desde descripciones de dibujos, escribir cuentos conocidos, comentarios de películas, etc. Los procesos de revisión consisten en la detección de errores en el texto y su corrección por parte del niño, aspecto que se evalúa mediante actividades en las que el niño tiene que corregir o revisar fragmentos con secuencias incorrectas, lagunas, redundancias, incoherencias, etc.

6. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA LECTURA Y LA ESCRITURA

6.1. Tratamiento de los trastornos de la lectura

El programa de intervención sobre las dificultades de aprendizaje de la lectura partirá de una correcta y completa evaluación en la cual se habrá de especificar los procesos que el niño mantiene

intactos, así como los que están alterados. Por consiguiente, los programas de tratamiento serán diferentes en función de los procesos a recuperar y no implicarán actividades relacionadas con la escritura o con otros aspectos como el esquema corporal, psicomotricidad, etc. A continuación estableceremos una serie de guías para la intervención de cada uno de los procesos (para una revisión profunda véase Cueto, 1996; Nicasio García, 1998).

a) Procesos perceptivos

Los déficits en estos procesos son escasos (Vellutino, 1987), ya que las dificultades en el aprendizaje de la lectura son meramente lingüísticas. La intervención se centrará en ejercicios que potencien las capacidades perceptivas, tales como discriminación de dibujos y letras, comenzando con materiales no verbales y, posteriormente, incorporando materiales verbales. Para tratar las dificultades del proceso perceptivo-visual se diseñarán programas en los que se incluyan actividades de discriminación figura-fondo, ejercicios de orientación espacial, discriminación (derecha-izquierda, delante-detrás, etc.), figuras incompletas, discriminación visual y memoria visual.

b) Procesos léxicos o déficit en el reconocimiento de palabras

Las dificultades se centran en las rutas de acceso al léxico-visual o fonológica. Cuando el déficit se encuentra en la primera, la intervención se centrará en conseguir la representación léxica de las palabras y su conexión con el significado mediante el emparejamiento signo gráfico-significado. Para tal fin, se presenta la palabra junto con su pronunciación y significado. Para la recuperación de esta ruta se realizarán ejercicios de discriminación visual de letras y sílabas, asociación de letras y sílabas con sus correspondientes reglas de conversión grafema-fonema, unión de sílabas para formar palabras, lectura y asociación de palabras con el dibujo que las representa, reconocimiento de palabras extranjeras y su asociación con el correspondiente dibujo, etc.

En nuestro idioma, la mayor parte de los problemas de acceso al léxico se producen en la ruta fonológica, resultando dificultoso para algunos niños el aprendizaje de las reglas de conversión grafema-fonema. A este respecto, debemos trabajar la percepción auditiva con objeto de mejorar la capacidad para percibir y detectar elementos sonoros, organizarlos e integrarlos. Para ello, se proponen las siguientes actividades: *a)* refuerzo de la memoria auditiva, *b)* discriminación auditiva, y *c)* discriminación fonética. Se aconseja trabajar con letras de plástico de diferentes colores y tamaños, ya que permiten construir y transformar palabras, por ejemplo, cambiando letras (pana, rana, lana, etc.), añadiendo letras (grana) o eliminándolas (ana). Con este procedimiento se pueden diseñar actividades de complejidad creciente, centrándose en el subcomponente que esté afectado. De modo que si los problemas se centran en el análisis de los grafemas y en la asignación de los sonidos a las letras, los ejercicios anteriores son muy útiles; si el problema es de unión de los sonidos se debe trabajar un grupo de letras hasta que las lea directamente.

c) Procesos sintácticos

La dificultad en estos procesos subyace no en el reconocimiento de las palabras que componen la oración, sino en la asignación de los elementos gramaticales dentro de la oración, centrándose las mayores dificultades en las oraciones reversibles al no poder determinar qué papel desempeña cada uno de los sintagmas nominales de la oración. La intervención de la estructura gramatical seguirá la misma lógica descrita en la evaluación, siendo de gran utilidad, al menos en las etapas iniciales, la utilización de claves externas, por ejemplo, empleando diferentes formas en las distintas partes de la oración (cuadrado, círculo, triángulo, etc.), mediante diferentes posiciones espaciales (sujeto en la izquierda, la acción en el centro y el objeto en el espacio de la derecha) y con diferentes colores en función del tipo de palabra (adjetivos-verde, sustantivos-blanco, etc.).

Son igualmente de interés las palabras funcionales y los signos de puntuación, intentando la traducción de éstos mediante las pausas y entonaciones

correspondientes, hasta llegar a su automatización. Este aspecto se consigue mediante el uso de ayudas (ritmos, golpes, gestos, dramatizaciones, etc.) que irán eliminándose progresivamente hasta conseguir una lectura con las pausas adecuadas.

d) Procesos semánticos

Al tratarse de un proceso en el que intervienen todas las operaciones cognitivas superiores, el uso de ayudas externas de apoyo es especialmente importante, puesto que existen dificultades para extraer el significado de las oraciones al no saber distinguir los elementos importantes de los secundarios. A este respecto, el objetivo del tratamiento de los procesos semánticos se centrará en extraer las ideas principales, subrayando o coloreando los conceptos mediante resúmenes previos y posteriores a la lectura, respondiendo a preguntas y reflexiones sobre lo que está leyendo, etc. Estos aspectos permitirán el aprendizaje de los significados y su integración en el resto de los conocimientos.

6.2. Tratamiento de los trastornos de la escritura

Se centrará fundamentalmente en aquellos aspectos deficitarios encontrados en la evaluación, teniendo presente que la habilidad para la escritura es una condición necesaria pero no suficiente para llevar a cabo la composición.

A lo largo del tratamiento es importante utilizar ayudas externas (dibujos, colores, etc.) para facilitar la reorganización del proceso deteriorado, realizando siempre los progresos desde los aspectos más simples a los más complejos. A este respecto, el aspecto más simple que sería conveniente prevenir y/o corregir desde los inicios de la escritura sería la adopción de una postura correcta junto con una adecuada prensión y presión del lápiz.

a) Procesos motores

Antes de comenzar la reeducación de los procesos motores es necesario conseguir la independen-

cia brazo-hombro, antebrazo-brazo, etc., y, por último, la independencia de los dedos, proceso que hace referencia a la reeducación manual, digital y visomotora (Salvador Mata, 1997). Las posibles actividades se centrarán en realizar círculos con el brazo a distintos ritmos; lanzamiento de objetos (canasta, diana...); flexión y extensión de muñeca, botar una pelota, amasar con plastilina, picar con un punzón, ensartar bolas, etc.

Una vez conseguida esta independencia se trabajará sobre los aspectos grafomotores que permitirán el control del gesto y de la grafía, para lo que sería de utilidad realizar ejercicios de control de líneas rectas (para controlar el frenado) y ejercicios de control sobre líneas onduladas y curvas (distintos tipos de bucles).

En muchos casos es conveniente mejorar la *grafía* de algunas letras para conseguir una escritura legible, que pueda realizarse rápidamente y con relativamente poca atención consciente. La intervención de estos aspectos ha de ser multisensorial, es decir, la información debe llegar al niño por diversos sentidos. En el mercado existen numerosos cuadernos de práctica para conseguir una escritura rápida y automatizada, pero sin afectar a la legibilidad de la misma. Estas actividades deben ser supervisadas y corregidas por el niño. Además debemos proporcionarle modelos detallados de los patrones motores de las letras y evitar la copia reiterada de un modelo dado (palabras o frases).

Por otro lado, se empleará la escritura cursiva o ligada, ya que la letra *script* no permite la diferenciación de espacios entre palabras, lo que propicia la aparición de fragmentaciones y uniones de palabras inadecuadas y la aparición de inversiones. A este respecto, es fundamental que el terapeuta indique detalladamente los pasos a seguir en la escritura de cada letra, mediante actividades de sobretrazado (sobre letras punteadas), mano guiada y apoyos verbales.

Otros aspectos que influyen en la legibilidad y estética de la escritura hacen referencia a las dificultades de alineación o disposición de la escritura con respecto a la línea a seguir, errores en el tamaño y proporción de las letras, además de la inclinación y espaciación entre letras y palabras. No nos

detendremos en estas dificultades, ya que se trabajan en la mayoría de la fichas de recuperación de disgrafías.

b) Procesos morfosintácticos

Como el objetivo se centra en que el niño aprenda a construir frases sintácticamente correctas, las actividades se centrarán en construir o corregir frases de dificultad creciente, es decir, primero se comenzará por frases compuestas por sujeto y predicado (S-P), aumentando progresivamente la complejidad, para lo cual se pueden utilizar diagramas, imágenes de apoyo, etc. En definitiva, lo importante es facilitar el aprendizaje de las estructuras gramaticales de forma directa en relación con la escritura, aunque progresivamente se reducirán las ayudas hasta desaparecer. En general, las actividades son similares a las realizadas para la evaluación de dichos procesos.

c) Procesos léxicos

Nuestro objetivo se centrará en enseñar el vocabulario ortográfico básico, reglas de correspondencia fonema-grafema y habilidades fonológicas de segmentación. A este respecto, es conveniente realizar actividades con grupos reducidos de palabras (similares a las propuestas en el programa de ortografía de Huerta y Matamala, 1990). Enseñaremos también al niño a formar una correcta imagen visual de las palabras, simultaneando la escritura de las letras con su pronunciación (Englert y Raphael, 1989) y visualización (imagen visual). Por tanto, las actividades serán multisensoriales, ya que el recuerdo de la ortografía de una palabra está formado por su recuerdo auditivo, visual, grafemático y articulatorio.

d) La composición escrita

Se han desarrollado programas centrados en la mejora de los procesos que intervienen en la composición, como el «Programa de facilitación procedimental» (Bereiter y Scardamalia, 1982, 1987; Scardamalia y Bereiter, 1985, 1986, 1992), que consiste en presentar una serie de ayudas externas o

sugerencias por medio de tarjetas para llevar a cabo los procesos de planificación y revisión de forma correcta. El objetivo de la ayuda externa es que los niños desarrollen las actividades cognitivas y metacognitivas de los escritores competentes.

También se han desarrollado otros programas globales entre los que habría que destacar el «Programa de instrucción en estrategias cognitivas de escritura» (Englert y Raphael, 1989; Englert, 1990) centrado en la mejora de los procesos de escritura en niños con dificultades de aprendizaje y cuyas actividades ayudan a desarrollar las estrategias cognitivas y metacognitivas implicadas en la planificación, organización, elaboración, edición y revisión de un texto.

REFERENCIAS

- Adams, M. J. (1990): *Beginning to read: Thinking and learning about print*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Ajuriaguerra, J. y Auzias, M. (1981): *La escritura del niño*. Barcelona: Laia.
- Alegria, J. (1985): Por un enfoque psicolingüístico del aprendizaje de la lectura y de sus dificultades. *Infancia y Aprendizaje*, 29, 79-94.
- Alegria, J., Leybaert, J. y Mousty, P. (1997): Aquisição da leitura e distúrbios associados: avaliação, tratamento e teoria. En J. Grégoire y B. Piérart (dirs.), *Avaliação dos problemas de leitura: os novos modelos teóricos e suas implicações diagnósticas*. Porto Alegre: Arte Médicas.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Autor.
- Anderson, J. R. y Bower, G. H. (1973): *Human associative memory*. Washington: Winston and Sons (versión castellana en Limusa).
- Bereiter, C. y Scardamalia, M. (1982): From conversation to composition: The role of instruction in developmental process. En R. Glaser (dir.), *Advances in instructional psychology*, vol. 2. Hillsdale NJ: LEA.
- Bereiter, C. y Scardamalia, M., (1987): *The psychology of written composition*. Hillsdale NJ: LEA.
- Berninger, V. W. y Whitaker, D. (1993): Theory based branching diagnosis of writing disabilities. *School Psychology Review*, 22, 623-642.
- Bradley, L. y Bryant, P. (1983): Categorising sounds and learning to read: a causal connection. *Nature*, 301-421.
- Clemente, M. y Domínguez, A. B. (1999): *La enseñanza de la lectura. Enfoque psicolingüístico y sociocultural*. Madrid: Pirámide.
- Coltheart, M. (1981): *Analysing acquired dyslexia. Manuscript no published*. Londres: Birckbeck College.
- Coltheart, M. (1987): Varieties of developmental dyslexia: A comment on Bryand and Impey. *Cognition*, 27, 97-101.
- Cuetos, F. (1991): *Psicología de la escritura (Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de escritura)*. Madrid: Escuela Española.
- Cuetos, F. (1996): *Psicología de la lectura*. Madrid: Escuela Española.
- Daneman, M. y Carpenter, P. A. (1980): Individual differences in working memory and reading. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour*, 19, 450-466.
- Defior, S. (1994): La consciencia fonológica y el aprendizaje de la lectoescritura. *Infancia y Aprendizaje*, 67/68, 90-113.
- Defior, S. (1996): *Las dificultades de aprendizaje: un enfoque cognitivo*. Málaga: Aljibe.
- Defior, S. y Ortúzar, R. (1993): La lectoescritura: Procesos y dificultades en su adquisición. En R. Bautista (dir.), *Necesidades educativas especiales*. Archidona: Aljibe.
- Defior, S. y Tudela, P. (1994): Effect of phonological training on reading and writing acquisition. *Reading & Writing. An Interdisciplinary Journal*, 6, 299-320.
- Deuel, R. K. (1992): *Motor skill disorder*. En S. R. Hooper, G. W. Hynd y R. E. Mattinson (dirs.), *Developmental disorder: Diagnostic criteria and clinical assessment*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Dunn, K. P. y Pirozzolo, F. J. (1984): Eye movement in developmental dyslexia. En R. N. Maltessa y H. A. Whitaker (dirs.), *Dyslexia: A global issue*. La Haya: Martinus Nijhoff Publishers.
- Ellis, A. W. (1995): *Leitura, escrita e dislexia: uma análise cognitiva*. Porto Alegre: Arte Médicas.
- Ellis, A. V. (1990): Ortografía y escritura (lectura y habla). En F. Valle, F. Cuetos, J. M. Igoa y S. del Viso (dirs.), *Lecturas de Psicolingüística*. Madrid: Alianza Editorial.
- Englert, C. S. (1990): Unravelling the mysteries of writing through strategy instruction. En T. E. Scruggs y B. Wong (dirs.), *Intervention research in learning disabilities*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Englert, C. S. y Raphael, T. E. (1989): Developing successful writers through cognitive strategy instruction.

- En J. Brophy (dir.), *Advances in research on teaching*, Vol. 1. Greenwich, CT: JAI Press
- Farah, M. J., Stowe, R. M. y Levinson, K. L. (1996): Phonological Dyslexia: Loss of a reading-specific component of the cognitive architecture? *Cognitive Neuropsychology*, 13, 849-868.
- Gaillard, F. (1986): *Problèmes d'évaluation de la lecture*. Lausanne: Université de Lausanne
- Garrett, M. F. (1987): Processes in language production. *Cambridge Survey of Linguistics*, Vol. III: Cambridge, University Press.
- Gelder, B. y Bromeen, J. (1996): Auditory illusions as evidence for a role of the syllable in adult developmental dyslexia. *Brain and Language*, 52, 373-385.
- González-Pienda, J. A. (1998): Matemáticas. En V. Santuste y J. Beltrán (dirs.), *Dificultades de aprendizaje*. Madrid: Síntesis.
- Hammill, D. D. (1990): On defining learning disabilities: an emerging consensus. *Journal of Learning Disabilities*, 23, 74-85.
- Hammill, D. D. (1993): A brief look at the learning disabilities movement in the United States. *Journal of Learning Disabilities*, 26, 295-310.
- Hayes, J. y Flower, L. (1980): Identifying the organization of writing processes. En L. Gregg y E. Steinberg (dirs.), *Cognitive processes in writing*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Holmes, V. M. y O'Regan, J. K. (1981): Eyes fixation patterns during the reading of relative-clause sentences. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 20, 417-430.
- Hooper, Hynd y Mattinson (1992): *Developmental disorder: Diagnostic criteria and clinical assessment*. Hillsdale, NJ: LEA
- Hooper, S. R. y Willis, W. G. (1989): *Learning disability subtyping neuropsychological foundations, conceptual models and issues in clinical differentiation*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Howar, D. y Best, W. (1996): Developmental phonological dyslexia: real word reading can be completely normal. *Cognitive Neuropsychology*, 13, 887-934.
- Huerta, E. y Matamala, A. (1990): *Programa de recuperación de la escritura*. Madrid: Aprendizaje-Visor.
- Juilland, A. y Chang-Rodríguez, E. (1964): *Frequency dictionary of Spanish words*. La Haya: Mouton.
- Justicia, F. (1985): *El vocabulario usual del niño en el Ciclo Inicial y en el Ciclo Medio de la EGB*. Granada: ICE de la Universidad de Granada.
- Kinstch, W. y Van Dijk, T. (1978): Toward a model of discourse comprensión and production. *Psychological Review*, 85, 363-394.
- Kirk, S. A. y Bateman, B. (1962): Diagnosis and remediation of learning disabilities. *Excepcional Children*, 29, 73-78
- Kulberg, J. M. (1993): What School psychologists need to know writing disabilities. *School Psychology Review*, 22, 682-686.
- Liberman, A. M. y Mattingly, I. G. (1985): The motor theory of speech perception revised. *Cognition*, 21, 1-36.
- Lurcat, L. (1988): La organización de la actividad gráfica en el curso de la ontogénesis. En J. Rondal y X. Serón (dirs.), *Trastornos del lenguaje I. Lenguaje oral, escrito, neurolingüística*. Barcelona: Paidós.
- Maldonado, A., Sebastián, E. y Soto, P. (1992): *Retraso en lectura: evaluación y tratamiento educativo (PEREL)*. Madrid: Universidad Autónoma.
- Mann, V. (1993): Phoneme awareness and future reading ability. *Journal of Learning Disabilities*, 26, 259-269.
- Mendoza, E. y Fresneda, M. D. (2001): Consideraciones sobre la evaluación del TEL. En E. Mendoza (dir.), *Trastorno específico del lenguaje (TEL)*. Madrid: Pirámide.
- Miranda, A., Fortes, C. y Gil, M. (1998): *Dificultades del aprendizaje de las matemáticas. Un enfoque evolutivo*. Málaga: Aljibe.
- Mitchell, D. C. (1987): Reading and syntactic analysis. En J. Beech y A. Colley (dirs.), *Cognitive approaches to reading*. Chichester: Wiley.
- Molero, J. (1998): *La determinación del vocabulario usual de los alumnos de primer curso de EE.MM. Aplicación para la enseñanza del español* (Tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada.
- Morais, J. (1998): *El arte de leer*. Madrid: Visor.
- Netchine, S. (1991): *Les impossibilités persistentes de l'activité de lecture chez des enfants âgés de neuf ans et plus*. Rapport. Paris: CNRS et Université Paris-V René Descartes.
- Nicasio García, J. (1998): *Manual de dificultades de aprendizaje: Lenguaje, lectoescritura y matemáticas*, 3.ª edición. Madrid: Narcea.
- NJCLD (1994): *Collective perspectives on issues affecting learning disabilities*. Austin, TX: Prosed.
- Orton, S. T. (1937): *Reading, writing and speech problems in children*. Nueva York: Norton.

- Paul, R. (1992): Language and speech disorders. En S. R. Hooper, G. W. Hynd y R. E. Mattinson (dirs.), *Developmental disorder: diagnostic criteria and clinical assessment*, Hillsdale, NJ: LEA
- Pestun, M. S. V. (2001): Análise funcional discriminativa em dislexia do desenvolvimento. *Tese de Doutorado*, UNICAMP. Campinas, SP.
- Rumelhart, D. E., Lindsay, P. M. y Norman, D. A. (1972): A process model for long-term memory. En E. Tulving y W. Donaldson (dirs.), *Organization of memory*. Nueva York: Academic Press.
- Salvador Mata, F. (1997): *Dificultades en el aprendizaje de la expresión escrita: Una perspectiva didáctica*. Málaga: Aljibe.
- Sánchez, E. y Martínez, J. (1998): Las dificultades en el aprendizaje de la lectura. En V. Santiuste y J. Beltrán (dirs.), *Dificultades de aprendizaje*. Madrid: Síntesis.
- Scardamalia M. y Bereiter, C. (1985): Fostering the development of self-regulation in children's knowledge processing. En S. Chipman, J. Segal y R. Glaser (dirs.), *Thinking and learning skills: Current research and open questions*, Vol. 2. Hillsdale NJ: LEA.
- Scardamalia M. y Bereiter, C. (1986): Research on written composition. En M. Wittrock (dir.), *Handbook of research on teaching*. Nueva York: MacMillan.
- Scardamalia M. y Bereiter, C. (1992): Dos modelos explicativos de los procesos de comprensión escrita. *Infancia y Aprendizaje*, 58, 43-64.
- Semrud-Clikeman, M. y Hynd, G. W. (1992): Developmental arithmetic disorder. En S. R. Cooper, G. W. Hynd y R. E. Mattinson (dirs.), *Developmental disorder: Diagnostic criteria and clinical assessment*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Silbergberg, N. y Silbergberg, M. (1967): Hyperlexia-specific word recognition skills in young children. *Exceptional Children*, 34, 41-42.
- Stanovich, K. E. (1992): *Developmental reading disorder*. En S. R. Hooper, G. W. Hynd y R. E. Mattinson (dirs.), *Developmental disorder: Diagnostic criteria and clinical assessment*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Stemmerger, P. (1985): An interactive activation model of language production. En A. Ellis (dir.), *Progress in the psychology of language*, Vol I. Londres: LEA (versión castellana en Alianza Psicología, 1990).
- Stuart, K. M. y Coltheart, M. (1988): Does reading develop in a sequence of stages? *Cognition*, 30, 139-181.
- Valle-Arrollo, F. y Cueto, F. (1988): Las dislexias desde un enfoque neurocognitivo. *Revista de Neurología de Sant Pau*, 10, 9-19.
- Vellutino, F. (1987): Dislexia. *Investigación y Ciencia*, 128, 12-20.
- Vellutino, F. R., Scanlon D. M. y Lyon, R. G. (2000): Differentiating between difficult-to-remediate and readily remediated poor readers: more evidence against the IQ-Achievement discrepancy definition of reading disability. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 223-238.
- World Health Organization (1992): *International statistical classification of disease and related health problems (ICD-10)*. Ginebra: Autor.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Clemente, M. y Domínguez, A. B. (1999): *La enseñanza de la lectura. Enfoque psicolingüístico y sociocultural*. Madrid: Pirámide.
- Mendoza, E. (dir.) (2001): *Trastorno específico del lenguaje (TEL)*. Madrid: Pirámide.
- Nicasio García, J. (1998): *Manual de dificultades de aprendizaje: Lenguaje, lectoescritura y matemáticas*, 3.ª edición. Madrid: Narcea.
- Salvador Mata, F. (1997): *Dificultades en el aprendizaje de la expresión escrita: Una perspectiva didáctica*. Málaga: Aljibe.
- Santiuste, V. y Beltrán, J. (dirs.) (1998): *Dificultades de aprendizaje*. Madrid: Síntesis.

ANEXO 7.1

Principales pruebas estandarizadas de lenguaje oral existentes en español

- Escalas de inteligencia para niños (WISC-R), Weschsler (1993).
- Escala McCarthy de aptitudes y psicomotricidad (MCSA) (1975).
- Test de Illinois de habilidades psicolingüísticas (ITPA) (1986).
- Escala de desarrollo lingüístico (RDLS) de Reynell (1985).
- Prueba de lenguaje oral (MENH) de Margarita Nieto-Herrera (1984).
- Exploración del lenguaje comprensivo y expresivo (ELCE) de López y Redón (1996).
- Batería de lenguaje de Spreen y Benton (SBM) (1981).
- Batería de exploración del lenguaje para preescolares (BEL-P), De la Osa y cols. (1993).
- Preschool Language Scale (PLS-3) de Zimmerman y cols. (1992).
- El desarrollo fonológico infantil: una prueba para su evaluación de Laura Bosch (1984).
- Prueba para evaluar el desarrollo fonológico de M. J. González (1989).
- Registro fonológico inducido de Monfort y Juárez (1989).
- Test de conceptos básicos de BOEHM (1990).
- Test de vocabulario en imágenes de Peabody (PPVT).
- El desarrollo de la sintaxis en el niño (TSA) de Aguado (1989).
- Batería de lenguaje objetiva y criterial (BLOC) de Puyuelo, Wiig, Renon, Solanas (1997).
- Prueba de lenguaje oral de Navarra (PLON) de Aguinaga y cols. (1991).

ANEXO 7.2

Pruebas generales de lectura

- Procesos lectores (PROLEC). Cuetos, Rodríguez y Ruano (1996).
- Test de análisis lectoescritor (TALE). Cervera y Toro (1983).
- Exploración de las diferencias individuales en lectura (EDIL-I). González Portal (1997).
- Pruebas de lectura 1 y 2. De la Cruz (1979).
- Pruebas psicopedagógicas de aprendizajes instrumentales. Canals.
- Batería evaluadora de las habilidades necesarias para el aprendizaje de la lectura y la escritura (BEHNALE).
- Prueba de conocimiento sobre lenguaje escrito (CLE). Ortiz y Jiménez.
- Prueba de evaluación del retraso en lectura (PEREL). Maldonado et al. (1992).
- Test de control de evolución del aprendizaje de la lectoescritura (CEAL). Huerta y Matamala (1992).
- Prueba de evaluación del conocimiento fonológico (PSEFA). González (1993).
- Las dificultades lectoras en el Ciclo Inicial de la EGB. Batería para su diagnóstico. Pérez (1981).
- Batería de pruebas del lenguaje. Fin del Ciclo Inicial. Bartolomé et al. (1985).
- Pruebas diagnósticas de lectura. 1.º de EGB. Cabrera (1985).
- Pruebas de lenguaje del Ciclo Medio. Fernández Pózar (1985).
- Batería de lectura. Inizan (1976).
- Lectura oral. García Hoz.
- Pruebas de lectura y escritura. García Carballeda.

ANEXO 7.3

Pruebas de evaluación de dificultades de escritura

- *Prueba de conocimiento sobre lenguaje escrito (CLE)*. Ortiz, M. R. y Jiménez, J. E. (1994).
- *Batería evaluadora de las habilidades necesarias para el aprendizaje de la lectura y escritura (BEHNALE)*. Mora Mérida, J. A. (1993).
- *Test de control de la evaluación del aprendizaje de la lectoescritura (CEAL)*. Huerta, E. y Matamala, A. (1992).
- *Test de Cloze: aplicaciones psicopedagógicas*. Condemarín, M. (1990).
- *Test de análisis lectoescritura (TALE)*. Cervera M. y Toro J. (1980).
- *Diagnóstico ortográfico*. Pérez González, J. (1980).
- *Ortografía 2 (O-2)*. Seisdedos, N. (1980).
- *Batería pedagógica n.º 3. Evaluación de la lengua castellana en el ciclo medio (BP-3)*. Fernández Pózar, F. (1983, 1988).
- *Enseñanza y valoración de la composición escrita*. Ferreres, V. (1984).
- *Manual de evaluación y desarrollo de las funciones básicas para el aprendizaje escolar*. Condemarín, M., Chadwick, M. y Milicic, M. (1985).
- *Batería de pruebas de lenguaje. Fin de ciclo inicial*. Bartolomé, M. et al. (1986).
- *Diagnóstico y tratamiento de las dificultades ortográficas en el ciclo inicial de la EGB y en el ciclo medio*. Cañado, M. L. y Pérez González, J. (1988).
- *Infografía (Trat. textos por ordenador)*. Seisdedos, N. (1989).
- *Escala de escritura* Fernández Huerta. En V. García Hoz, *Manual de test para la escuela* (1971).
- *Escala de escritura*. Ajuriaguerra, J. (1973).
- *Evaluación y recuperación de la composición escrita*. Pérez González, J. (1976).
- *Evaluación de la redacción*. Iglesias Marcelo, J. En A. Maillo, J. Pulpillo y J. Iglesias (Eds.), *Didáctica de la lengua en la EGB* (1977).

PARTE CUARTA

Trastornos de la comunicación

Descripción y tratamiento de los trastornos de la comunicación y del lenguaje

8

ALICIA FERNÁNDEZ ZÚÑIGA¹

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Comunicación y lenguaje

En multitud de ocasiones hemos podido observar escenas en las que una madre le dice a un bebé de pocos meses mientras éste mira insistentemente un sonajero: «Ya, ya, ¿quieres cogerlo? ¿Eh?». El niño se agita, balbucea y la madre continua: «Toma cógelo. ¡Hum, que bonito!», acercándoselo para que el niño lo alcance con la mano.

En un intercambio natural, tan común como éste, el adulto habla solo, ya que el niño por su corta edad no puede responderle. Sin embargo, el adulto, aunque lo sabe, deja espacio para una posible respuesta del bebé. La «intervención» del niño (su participación), la mirada, un gesto, cualquier manifestación del niño, la madre la recibe e interpreta: quizá el niño quiera coger el sonajero (dando un sentido y una intencionalidad a la acción del niño). Esquemas similares suceden a lo largo del primer año como comunicación preverbal entre el niño y los adultos, conformando un precursor de lo que será la comunicación verbal posterior.

En contraste con este episodio descrito podemos imaginar la conversación de una madre (M) con su hija (N) de 3 años y medio mientras juegan con una muñeca:

M: Vamos a darla de comer/

N: ¡Vale!/
M: ¿Qué quiere tomar?/
N: Un bibe de leche/
M: Bueno/
N: Quiere comer/
M: A ver/(preparando el biberón)
N: ¡Eh! no tiene babero/mamá «pónelo»/

En este diálogo, la niña es capaz de responder a las preguntas de su madre, habla acerca de cosas que están en el contexto inmediato, pero también es capaz de recordar objetos y situaciones que no están presentes en el lugar donde se está desarrollando la acción y, a su vez, proponer nuevas acciones. De esta forma, la niña está desarrollando sus habilidades lingüísticas y mejorando su comunicación. Está aprendiendo un sistema complejo, organizado, por medio del cual puede informar al interlocutor de sus deseos para que éste comprenda lo que ella desea transmitir.

Pero, además de serle útil para expresar sus deseos, también le permitirá desarrollar otras capacidades cognitivas. A medida que aprende a denominar y dar significado a las cosas aprende a clasificar los conceptos, las acciones y también sus experiencias. Asimismo, el lenguaje le ayuda a dirigir y controlar su actividad, regulando su conducta.

1.2. Concepto de lenguaje

En definitiva, el término de *lenguaje* tenemos que entenderlo como un medio de *comunicación*.

¹ Psicóloga clínica, Instituto de Lenguaje y Desarrollo, Madrid (España).

Implica un sistema organizado de signos y símbolos que utilizan las personas para compartir entre ellas significados. La mayor parte de las veces la comunicación se da a través de sonidos, pero también puede darse de una forma directa y muy simple sin palabras, sin lenguaje formal, por medio de gestos —como ocurre en las personas con déficit auditivo— o con palabras y signos escritos, como ocurre en personas que les falla la voz o el lenguaje oral. Este sistema complejo se rige según reglas diferentes que Bloom y Lahey (1978) plantean fragmentar para su estudio en diferentes componentes: el contenido, el uso y la forma.

El *contenido* se refiere a los significados. Implica conocimiento sobre los objetos, las personas, los acontecimientos y las relaciones entre ellos. Se refiere a las reglas que regulan la semántica, el significado de las palabras. La utilización que hacen los adultos y los niños del significado de las palabras es diferente. Para un niño la palabra caballo, por ejemplo, puede referirse tanto a ese animal como a una clase de animales que sean similares en el tamaño, como una vaca, una cabra o un perro grande.

El *uso* (también llamado pragmática) del lenguaje se refiere a las reglas que gobiernan la utilización del lenguaje en los contextos sociales y que incluye la función o la intención que tenemos al comunicar. Por ejemplo: demandar atención («Mira»); pedir información («¿Dónde está?»); protestar («No quiero»); o mostrar al propietario («Mi pelota»).

La *forma* se refiere a los elementos lingüísticos que conectan los sonidos y símbolos con el significado. Incluye la sintaxis, la morfología y la fonología. La *sintaxis* o el sistema gramatical define la forma de combinar palabras para expresar el significado. Por ejemplo, la expresión: «mamá lava la taza roja», tiene significado porque las palabras están combinadas según reglas (sintácticas) adecuadas, mientras que «la roja lava taza mamá» no es clara porque las palabras no están combinadas según el orden gramatical correcto. Pero el significado también se expresa a través de como esté formada una palabra. Las palabras constan de una o más unidades llamadas *morfemas* (unidad lingüística

menor con significado), los cuales van unidos a la palabra y modifican su significado, pudiendo cambiar incluso una palabra en otra. Así, por ejemplo, para indicar el plural se añade una consonante al final de una palabra (un gorro, dos gorros); para indicar tiempo pasado (aba-en jugaba); o para indicar lo contrario de un término (des, en descalzo). Las reglas que rigen la estructura interna de las palabras y como se construyen se refieren a la *morfología*.

La *fonología* hace referencia a la forma en que se organizan los sonidos y la forma de combinarlos. El sistema de organización de los sonidos también se ajusta a unas normas. Cada lenguaje tiene sus propios sonidos o fonemas que se pueden combinar de diferentes maneras. También implica el uso de la voz y la articulación de los órganos articuladores, para producir los sonidos diferenciados que forman las palabras.

Ahora bien, aunque estos componentes se estudian diferenciados, en el lenguaje del niño se encuentran integrados y se interrelacionan entre sí. Sin embargo, para analizar este complejo sistema de reglas lingüísticas, los conceptos descritos y la división en sus sistemas ayuda a comprender tanto el desarrollo de un lenguaje normal como el alterado. Así, un determinado trastorno, según este esquema, se puede diferenciar en función de los componentes alterados que presente. Por ejemplo, un niño de 5 años puede utilizar un lenguaje adecuado a su edad en todas las áreas, excepto en la pronunciación de algunos fonemas. Es decir, puede comunicarse con un desarrollo sintáctico, semántico y pragmático adecuado, mientras su desarrollo fonológico se encuentra retrasado con respecto a su edad (Bloom y Lahey, 1978).

1.3. Desarrollo del lenguaje

Para llegar a dominar este complejo sistema de símbolos el niño debe adquirir previamente una serie de capacidades y habilidades. En un principio, aprende a comunicar significados y mensajes a otras personas utilizando sus propios sonidos, sus gestos o su lenguaje corporal. Reclama la atención de los adultos

utilizando este sistema gestual (mirada, gestos faciales, señalar, etc.) para, más tarde, sustituirlo por otra forma de comunicación, más compleja, como son las palabras y su combinación, lo que permite crear infinidad de emisiones con sentido y utilizar el lenguaje en multitud de situaciones sociales (Bruner, 1983). De esta forma, el niño adquiere el lenguaje a través de un proceso gradual que atraviesa por diferentes etapas (Bloom, 1970; Bowerman, 1986; Brown, 1973; De Villiers y De Villiers, 1978). Algunos autores (Cantwell y Baker, 1987) plantean seis etapas en el desarrollo del lenguaje:

- a) *Etapla prelingüística.* Desde el primer mes hasta el año, los niños adquieren formas de comunicación temprana, como el llanto, la sonrisa y las vocalizaciones que intercambian con el adulto, adquiriendo éstas significado (como hemos visto al comienzo del capítulo) en la interpretación que el adulto da a tales demostraciones. En esta etapa, los niños empiezan a implicarse en juegos de «dar y tomar» cosas, aprendiendo así a establecer turnos, que serán fundamentales en los intercambios comunicativos y en la conversación posterior (Bruner, 1983). Durante este período manifiestan interés por las personas y por los objetos que les rodean. Antes de los 6 meses ya da muestras de una audición selectiva respondiendo a determinados sonidos e ignorando otros.
- b) *Etapla de las primeras palabras.* Entre los 12 y 18 meses de edad el niño aprende a comunicarse por medio de palabras aisladas. Éstas, en un principio, suelen ir acompañadas todavía por gestos y por entonación que amplía su capacidad para expresar intenciones y pensamientos en una sola emisión (holofrase). El contenido de las palabras hace referencia a objetos y personas familiares de su ambiente inmediato, como son los nombres de personas, juguetes, comidas, juegos, etc. En el proceso de adquisición del vocabulario que se da a lo largo de esta etapa, el niño comete errores al dar a las palabras significados parciales

(infraextensión) o más amplios (sobreextensión) que los significados reales en la edad adulta. El niño realiza constantes modificaciones y redefiniciones del vocabulario hasta que el significado corresponde al del lenguaje adulto.

Durante este período el niño dirige sus emisiones en voz alta hacia sí mismo, lo que Piaget (1962) denominó «lenguaje egocéntrico». Paralelamente, comienza a utilizar en su comunicación una jerga ininteligible, que contiene una entonación similar a las producciones adultas. En esta edad, la comprensión del lenguaje ha evolucionado ampliamente y el niño es capaz de comprender más palabras de las que puede emitir.

- c) *Combinación de dos palabras.* Entre los 18 y 24 meses de edad el niño empieza a combinar las palabras que ha aprendido en la etapa anterior, entrando en la etapa de unión de dos palabras. Este fenómeno ocurre cuando su vocabulario se ha expandido alrededor de 50 palabras. El significado de las emisiones viene dado por el orden de los términos y por la entonación que da a sus producciones. En su comunicación no significa lo mismo decir «mamá silla» (mamá está en la silla), que «silla mamá» (la silla de mamá).

La combinación de estas primeras palabras se ajusta a unas reglas semántico-sintácticas que conforman una gramática infantil. Por otra parte, la comprensión del lenguaje se va haciendo más compleja y ya es capaz de cumplir órdenes sin apoyo gestual o claves visuales. En cuanto a la conversación, el niño aún no es capaz de mantener una conversación apropiada en esta etapa; no mantiene los turnos, repite partes de las emisiones de los adultos (ecolalia) y suele ser reiterativo en los temas que propone.

- d) *Etapla de la frase simple.* La etapa siguiente se produce entre los 24 y los 36 meses de edad. En este período el niño construye oraciones de tres o más palabras, a las que ya incorpora determinados morfemas o inflexio-

nes. Todavía omite determinados elementos como artículos, preposiciones, tiempos verbales, etc. Es en este período cuando el niño se inicia en la conversación real, disminuye el lenguaje dirigido a sí mismo y se inicia en el aprendizaje de las normas que rigen la comunicación social del lenguaje. Empieza a adaptar su expresión a la persona con la que habla, y sabe diferenciar entre un adulto y un niño.

- e) *Desarrollo gramatical.* Entre los 36 y los 55 meses se produce un gran avance. En este período es cuando se observa mayor evolución del lenguaje, especialmente en el dominio de la gramática, con oraciones cada vez más complejas. Aproximadamente aparecen 1.000 palabras nuevas en el vocabulario del niño entre los 3 y los 4 años. Adquiere conceptos espaciales y temporales, comenzando a describir hechos presentes y pasados. Su lenguaje se hace más complejo, se perfecciona y adquiere precisión, disminuyendo los errores en todos los componentes.
- f) *Desarrollo posterior.* A partir de los 4 años el desarrollo se ralentiza pero el sistema lingüístico se va perfeccionando. Después de los 5 años, el niño adquiere la capacidad de utilizar el lenguaje cada vez con más corrección y comete escasos errores gramaticales. Con respecto al uso, es capaz de comprender sentidos figurados, distanciándose del significado literal, y en su interacción adecuarse al interlocutor y al contexto en la conversación. El desarrollo de sus habilidades conversacionales básicas continuará a lo largo de la etapa escolar, pero no concluirá hasta la preadolescencia (Belinchón, Riviere e Igoa, 1992). Asimismo, sabe utilizar y continuará recurriendo al lenguaje para darse instrucciones o decirse frases «entre dientes», en situaciones difíciles o para resolver un problema (Vigotsky, 1977). Esta función autorreguladora del lenguaje de los niños se va desvaneciendo entre los 5 y 7 años.

En la tabla 8.1 puede apreciarse un breve resumen de algunos de los aspectos comentados

respecto al desarrollo del lenguaje por áreas y edades.

1.4. Los trastornos del lenguaje

La mayoría de los niños aprenden a hablar sin dificultades y la adquisición del lenguaje representa un aspecto esencial para su desarrollo cognitivo y social. Pero cuando este desarrollo se retrasa o no se produce adecuadamente, es necesario determinar precozmente el origen del problema.

Los trastornos más frecuentes son aquellos en los que la evolución del lenguaje se retrasa. Esta demora puede afectar a la comprensión, a la expresión o a una combinación de ambos, y las dificultades que el niño muestre en el lenguaje pueden ser diferentes en función de los déficits observados en los distintos componentes del lenguaje: el semántico, fonológico, morfosintáctico y pragmático.

Las alteraciones del lenguaje están descritas en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) dentro de los «*Trastornos de la comunicación*». En este apartado se encuentran el trastorno del lenguaje expresivo, el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, el trastorno fonológico y el tartamudeo.

2. TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO Y TRASTORNO MIXTO DEL LENGUAJE RECEPTIVO-EXPRESIVO

2.1. Introducción

El *trastorno del lenguaje expresivo* se caracteriza por un vocabulario reducido, dificultades en los aspectos léxicos (evocación de palabras), gramaticales (errores en los tiempos verbales, o uso de oraciones con una longitud o complejidad inadecuada) o en los aspectos pragmáticos del discurso y uso del lenguaje. La tabla 8.2 muestra los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) para este trastorno.

Los resultados obtenidos en la evaluación con instrumentos estandarizados son significativamente inferiores en el lenguaje expresivo que los obtenidos en

TABLA 8.1

Desarrollo del lenguaje por áreas y edades (adaptado de Cantwell y Baker, 1987)

Áreas	1 año	2 años	3 años	4 años	5 Años
Articulación	Balbuceo.	Vocales 50% de inteligibilidad.	Consonantes labiales (b/m/n/t/k) 75% de inteligibilidad.	Consonantes oclusivas (d/g/f) 95% de inteligibilidad.	Fricativas (s/z/ch/r) 100% de inteligibilidad.
Comprensión	Al menos tres palabras.	Al menos veinticinco palabras; órdenes simples.	Órdenes complejas; grupos semánticos; muchas palabras.	Amplio vocabulario, relaciones causales; historias simples.	Abstracciones; relaciones entre palabras.
Expresión	Dice la primera palabra.	Emisiones de dos palabras; variedad de significados; aproximadamente cien palabras.	Oraciones telegráficas; algunos morfemas.	Oraciones gramaticales; la mayoría de los morfemas; aproximadamente oraciones de cinco palabras.	Oraciones complejas; pocos errores gramaticales, pueden definir palabras.
Uso del lenguaje	Indica deseos.	Egocéntrico y comunicativo; le gustan las historias.	Anuncia intenciones; habla bastante; toma turnos de habla.	Describe el pasado; lenguaje egocéntrico poco común; le gusta rimar.	Aprende a manipular a los demás con el lenguaje.
Juego y conducta verbal	Juega a las palmas; algunos gestos.	Usa algunos objetos y juguetes correctamente; hace garabatos.	Tiene juegos imaginativos.	Dibuja objetos.	

TABLA 8.2

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno del lenguaje expresivo

- A) Las puntuaciones obtenidas por medio de medidas del desarrollo del lenguaje expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas por medio de medidas normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo. El trastorno puede manifestarse clínicamente a través de síntomas que incluyen un vocabulario notablemente limitado, cometer errores en los tiempos verbales o experimentar dificultades en la memorización de palabras o en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto.
- B) Las dificultades del lenguaje expresivo interfieren con el rendimiento académico o laboral o con la comunicación social.
- C) No se cumplen los criterios del trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo ni los del trastorno generalizado del desarrollo.
- D) Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las dificultades del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas con estos problemas.

pruebas estandarizadas de capacidad intelectual no verbal y del lenguaje receptivo. Las alteraciones lingüísticas varían según la gravedad y edad del niño; igualmente, el pronóstico también varía. En general, la evolución del trastorno se produce de una forma más lenta que en el proceso de desarrollo normal. El trastorno expresivo se asocia con frecuencia al trastorno fonológico y a alteraciones del habla, como problemas de articulación. El problema se suele identificar hacia los 3 años de edad, aunque a los 2 años ya puede ser evidente el retraso del lenguaje expresivo.

Por su parte, en el *trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo*, las dificultades afectan tanto a la capacidad de expresión como a la de comprensión del lenguaje. La gravedad también varía según los casos. En los leves, el niño puede tener dificultades para comprender algunas palabras determinadas o frases complejas, mientras que en los casos graves puede no ser capaz de comprender el lenguaje gestual o vocabulario básico y presentar alteraciones en el procesamiento auditivo (discriminación, recuerdo, secuenciación, etc.). El diagnóstico se realiza valorando las puntuaciones obtenidas en el desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo en pruebas estandarizadas, siendo éstas significativamente más bajas que las obtenidas en las de la capacidad intelectual no verbal. En la tabla 8.3 se pueden ver los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) para este trastorno.

El pronóstico de estos niños con trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo es peor que en los

afectados por trastorno del lenguaje expresivo. La recuperación varía en función de la gravedad: así, en los casos leves, el niño puede llegar a superar el trastorno sin intervención, mientras que en los graves las dificultades lingüísticas persisten, incidiendo en el desarrollo de problemas en otras áreas. Las dificultades en el lenguaje receptivo con frecuencia se presentan asociadas a dificultades de atención, hiperactividad y trastornos de aprendizaje; también es frecuente que vayan acompañadas de dificultades en la interacción social.

2.2. Epidemiología

La estimación de la prevalencia en la población infantil de trastorno del lenguaje expresivo es un 3,3 por 100. Sin embargo, es conocida la disminución de la frecuencia con el aumento de la edad. La mayor parte de los niños que muestran retraso de lenguaje en estos primeros años —entre un tercio y la mitad de ellos— desarrolla un lenguaje normal a la edad de 5 años. El problema aparece con mayor probabilidad en niños con antecedentes familiares de trastornos de lenguaje y comunicación. También se presenta con más frecuencia en varones que en mujeres, en una proporción de 3:1 (Bishop y Rosenbloom, 1987).

La prevalencia de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo es menor que la anterior, y se encuentra alrededor de un 3 por 100 de los niños

TABLA 8.3

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo

- A) Las puntuaciones obtenidas por medio de una batería de medidas del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas por medio de medidas normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Los síntomas incluyen los propios del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.
- B) Las dificultades del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente con el rendimiento académico o laboral o con la comunicación social.
- C) No se cumplen los criterios del trastorno generalizado del desarrollo.
- D) Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las dificultades del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas con estos problemas.

escolares. El diagnóstico se realiza antes de los 4 años, aunque en los casos graves a los 2 años las dificultades son ya evidentes. Cuando es así, es necesario hacer un diagnóstico diferencial con otras patologías, tales como déficit auditivo, autismo y deficiencia mental.

Es conocido que los niños con retraso de lenguaje y habla son más propensos a padecer tanto problemas psiquiátricos como educativos a largo plazo. Diferentes estudios plantean que estos niños sufren problemas diversos a lo largo de su desarrollo en áreas no lingüísticas mientras persiste su retraso (Cantwell y Baker, 1977). Un alto porcentaje de niños con retraso de lenguaje presenta problemas de conducta, negativismo, dificultades atencionales, etc. En las edades escolares el escaso desarrollo del lenguaje se relaciona con dificultades en el aprendizaje de la lectura y la escritura (Bernstein y Tiegerman, 1993; Bishop, 1997). La estrecha relación de estos problemas de lenguaje con el desarrollo de otras dificultades asociadas indica la conveniencia de una intervención temprana.

2.3. Etiología

En las historias de niños con estos trastornos del lenguaje aparecen multitud de factores negativos relacionados con el retraso, tales como problemas prenatales o dificultades en el momento del parto, períodos prolongados de pérdida auditiva durante la primera infancia o desajustes en la estimulación recibida. El conocimiento sobre la etiología de los trastornos del lenguaje es todavía limitado, aunque se conoce la influencia de distintas variables como las habilidades sociales, las habilidades motoras, la edad mental y las oportunidades que el ambiente proporcione al niño para desarrollar su lenguaje (Bishop y Rosenbloom, 1987). La clasificación tradicional de los trastornos del lenguaje se plantea según su etiología en cinco categorías (McCormick y Schiefelbusch, 1984): deficiencias auditivas, problemas cognitivos, problemas motores, alteraciones del desarrollo social y emocional, y alteraciones del sistema nervioso.

2.3.1. Deficiencias auditivas

La capacidad auditiva es determinante en el desarrollo del lenguaje. La deficiencia auditiva está asociada a problemas de lenguaje y comunicación. El niño desde que nace está expuesto a los sonidos del ambiente; si tiene dificultades auditivas puede no percibir las sutiles variaciones que modifican el significado de las palabras (De Villiers y De Villiers, 1984) y su lenguaje se verá afectado. Asimismo, hay que tener en cuenta que la alteración puede afectar a la percepción de una determinada intensidad o a determinados tonos agudos o graves, lo cual determina las características y gravedad del trastorno.

Si desde una edad muy temprana el bebé no percibe los sonidos del ambiente ni las voces humanas, el desarrollo de su lenguaje será difícil y requerirá de ayuda especializada. Sin embargo, si el niño percibe el sonido del lenguaje hablado pero no discrimina tonos agudos o graves (que corresponden con la producción de determinadas consonantes), mostrará dificultad en descifrar los mensajes que conllevan algunos sonidos y el desarrollo del lenguaje se verá afectado por problemas fonológicos.

Se ha planteado también que los niños que sufren episodios frecuentes de otitis media durante los períodos críticos del desarrollo del lenguaje corren el riesgo de retrasarse en el lenguaje (Cantwell y Baker, 1987).

2.3.2. Problemas cognitivos

Los problemas cognitivos son una causa frecuente de retraso del lenguaje. Los niños clasificados como deficientes mentales presentan una limitación en muchos aspectos de la conducta lingüística, sobre todo en el proceso de simbolización. El desarrollo cognitivo es un factor fundamental para desarrollar la capacidad de manejar símbolos y comprender significados (Bloom, 1970, 1973; Brown, 1973). Las alteraciones se evidencian en la adquisición del vocabulario, el desarrollo fonológico, el uso de la gramática, y también en el uso social del lenguaje. El grado de alteración en el lenguaje

(en ausencia de otros trastornos) depende del grado de retardo mental que el niño tenga. Algunos estudios indican que los trastornos del lenguaje se presentan en un 100 por 100 de los deficientes profundos, en un 90 por 100 de los moderados y en torno a un 40 por 100 en los retrasos ligeros (Carrow-Woolfolk y Lynch, 1982).

2.3.3. *Problemas motores*

Los trastornos del lenguaje relacionados con problemas motores se refieren a niños con dificultades en la producción motora del habla. La adecuada emisión requiere de una coordinación y control muscular. La alteración motora puede afectar gravemente al control motor del habla aunque la comprensión y funciones simbólicas del lenguaje estén mantenidas. Un porcentaje pequeño de niños con retraso del lenguaje expresivo puede presentar deficiencias motoras leves en la zona oral, ocasionando un control motor deficiente y dificultades de articulación.

2.3.4. *Alteraciones del desarrollo social y emocional*

El desarrollo social y emocional es otro factor fundamental en el desarrollo del lenguaje. Antes de que el niño sepa decir su primera palabra establece comunicación con los adultos y aprende a interactuar con las personas en actividades o juegos (De Villiers y De Villiers, 1984). Los niños que padecen de privación de relaciones sociales (interacción o estimulación escasa o inadecuadas condiciones físicas) presentan retraso en el desarrollo de la interacción verbal y no verbal, así como dificultades para iniciar la comunicación, lo cual está relacionado estrechamente con la adquisición de habilidades sociales y pragmáticas (McCormick y Schiefelbusch, 1990). El grado de retraso o alteraciones del desarrollo social y comunicativo depende también del grado de privación ambiental sufrida. En este apartado también se incluyen los niños clasificados como psicóticos, esquizofrénicos y autistas, cuyo desarrollo social y emocional está gravemente alterado.

2.3.5. *Alteraciones del sistema nervioso*

Los problemas del lenguaje y comunicación asociados a alteraciones del sistema nervioso central se refieren a trastornos afásicos. El desarrollo del lenguaje está asociado estrechamente a la madurez cerebral. Durante la primera infancia el cerebro es más flexible y posee una plasticidad que facilita el establecer las conexiones necesarias para el aprendizaje (Lenneberg 1975).

Los problemas del lenguaje asociados a daño cerebral pueden ser de diversa intensidad y localización, afectando también a diferentes funciones simbólicas del lenguaje; asimismo, las manifestaciones clínicas pueden variar ampliamente. En los casos de daño grave del sistema nervioso central se clasifican como afasias adquiridas. En los casos leves («signos blandos») se clasifican como alteraciones de aprendizaje. Sin embargo, gran parte de los trastornos del lenguaje no son clasificables dentro de estas categorías, al no presentar relación con las variables descritas.

La etiología de los trastornos del lenguaje en la infancia no está clara. En la mayoría de ellos los factores citados no se encuentran como causa de la alteración, por lo que no se detectan anomalías físicas o genéticas, la audición y la inteligencia no verbal son normales, el ambiente familiar es adecuado y no existen signos de alteraciones físicas o psiquiátricas. Sin embargo, los factores citados (el desarrollo neurológico, el ambiente, la competencia auditiva, etc.) se encuentran, probablemente, interrelacionados, de forma que los problemas de lenguaje no se pueden considerar como efecto de una sola causa, sino como la interacción de diferentes factores biológicos y psicológicos, así como de los sistemas de procesamiento, de las circunstancias ambientales y del comportamiento lingüístico del niño. Por tanto, hay que tener en cuenta la necesidad de ampliar el conocimiento sobre las distintas áreas con investigaciones sobre las bases orgánicas, ambientales y evolutivas que aporten datos sobre la etiología de estos trastornos para mejorar su clasificación (Bishop y Rosenbloom, 1987).

2.4. EVALUACIÓN

El objetivo de la evaluación es obtener los datos necesarios sobre la conducta lingüística del niño que permitan identificar las alteraciones que presenta y realizar un diagnóstico. Con los datos de la evaluación se podrá diseñar un programa de intervención y solucionar las dificultades del niño tempranamente. La evaluación del lenguaje no es una tarea fácil, dada la complejidad de la conducta lingüística y comunicativa y la necesidad de evaluar diferentes procesos, aspectos estructurales y funcionales del sistema lingüístico (Aram y Nation, 1977). Por otra parte, es habitual que los niños con escaso lenguaje tengan mayores dificultades para establecer comunicación y muestren problemas en más de un aspecto del lenguaje. La evaluación generalmente requiere de un trabajo individualizado con el niño y exigen su colaboración.

2.4.1. Métodos

Existen diferentes métodos para realizar la evaluación. Habitualmente, los datos necesarios se obtienen de los padres y adultos cercanos al niño y de la observación directa de la conducta del mismo. Para estructurar la observación se cuenta con diferentes procedimientos: las pruebas no estandarizadas o procedimientos informales de observación clínica, las pruebas estandarizadas tipo tests psicométricos y las escalas de desarrollo. Los tres se pueden utilizar indistintamente y son complementarios.

Los métodos informales se utilizan para observar la conducta del niño en contextos naturales. La entrevista, la observación, registros o muestras del lenguaje del niño tomados por los padres, profesor o el terapeuta son algunos de los instrumentos útiles para recoger esta información.

La obtención de muestras de lenguaje espontáneo del niño mientras interactúa con sus padres en su casa o durante una sesión de juego con el terapeuta, son especialmente útiles. La sesión de juegos se graba preferentemente en vídeo, ya que en las imágenes quedan reflejadas claves del contexto que con frecuencia son necesarias para comprender el

lenguaje del niño. La muestra obtenida se transcribe literalmente y se analiza según diferentes sistemas y medidas. La más habitual es la *Longitud Media de Emisión (LME)*, que resulta de realizar una media del número de palabras —o morfemas— que el niño utiliza en cada enunciado (Miller, 1981; Siguán, Colomina y Vila, 1990). En el análisis de la muestra queda reflejada la forma de comunicarse del niño, si habla a menudo o se mantiene callado, si su lenguaje contiene oraciones, cómo están formadas y el tipo de vocabulario que utiliza. También se puede observar cómo utiliza los sonidos en el habla, el tipo de interacción que establece y el uso que hace del lenguaje. La interacción de los padres con el niño también se puede evaluar, al igual que su lenguaje y conducta no verbal.

Las pruebas estandarizadas o normativas permiten describir el sistema lingüístico del niño en sus distintos componentes. Se provoca la expresión de diferentes habilidades y estructuras lingüísticas a través de tareas concretas para comprobar las capacidades o dificultades del niño. Los resultados se comparan con la muestra estandarizada, obteniéndose de una edad equivalente.

Finalmente, las escalas de desarrollo son un método que hace referencia a las etapas del desarrollo del lenguaje del niño desde los primeros meses de su vida. Se observa la conducta lingüística del niño y se compara con las distintas etapas evolutivas. Este tipo de instrumentos presentan el lenguaje junto a otras áreas de desarrollo, como el desarrollo motor, perceptivo, social, etc. (Bayley, Brunet Lezine). También existen escalas específicas de lenguaje que detallan el desarrollo lingüístico en las dos vertientes: la comprensión y la expresión (Bzoch y League, 1970). En la escala se obtiene una edad de desarrollo lingüístico y, por tanto, el desfase existente entre el lenguaje del niño y su edad cronológica.

La evaluación comienza habitualmente con una entrevista a los padres para la elaboración de una historia clínica. En ella se reúne la información sobre la historia médica, familiar y el desarrollo general del niño. Se pide a los padres que describan el tipo de lenguaje que el niño utiliza, las actividades que le motivan más y las personas con las que se muestra más comunicativo.

Asimismo, es necesario recoger todos aquellos exámenes complementarios que se hayan realizado al niño: pruebas médicas, neurológicas (EEG, TAC, etc.), estudios audiométricos, psicológicos, etc., para descartar alteraciones orgánicas, problemas de audición, trastornos psicológicos asociados y conocer los diagnósticos anteriores. Una vez realizado el historial del niño, se evalúa su capacidad lingüística en situaciones determinadas.

2.4.2. Procesos

Los procesos lingüísticos que se deben evaluar son la comprensión, la producción y la conducta comunicativa (Miller, 1981, 1986). Respecto a la *evaluación de la comprensión*, después de descartar la existencia de dificultades auditivas es preciso evaluar la atención y capacidad receptiva del niño; si está atento cuando se le habla o si mira a la persona que le habla. La comprensión del lenguaje hablado se evalúa con distintas tareas que difieren según su edad de desarrollo. La comprensión gramatical se evalúa utilizando preguntas o seguimiento de órdenes sencillas o complejas sin dar claves visuales o contextuales. Responder a la manipulación de objetos y a preguntas también son tareas para conocer la capacidad receptiva incluidas en diversos tests de comprensión del lenguaje (Reynell, ITPA, TROG, TSA, PLON, BLOC, etc.) o en subtests de comprensión de tests cognitivos (Wechsler, Escalas de Desarrollo McCarthy, Bayley, etc.). La identificación de imágenes y objetos en oraciones se utiliza en la evaluación del vocabulario (por ejemplo, en el Peabody y en variadas subescalas de algunos de los tests anteriormente citados). Habitualmente, en la evaluación de la comprensión del lenguaje no se requiere la utilización de habilidades expresivas.

Para la *evaluación de la producción* se observa y registra cada uno de los componentes del lenguaje (morfológico sintáctico, semántico, fonológico y pragmático), aunque aparecen interrelacionados en el lenguaje del niño. En la evaluación de la producción se deben utilizar tanto los métodos informales como tareas concretas estructuradas.

Así, la sintaxis se evalúa tanto a través del conocimiento del niño de las estructuras oracionales y reglas que la forman, como del conocimiento de los morfemas que forman las palabras. Contar una historia oída previamente evalúa la capacidad del niño para organizar estructuras gramaticales específicas (Escalas McCarthy, ITPA, TSA). La imitación de oraciones es una técnica que se basa en la evidencia de que el niño no puede repetir una estructura gramatical que él mismo no sea capaz de producir y se usa como método de evaluación en diversas pruebas (Aguado, 1989).

La evaluación fonológica observa la inteligibilidad del habla, el uso de los sonidos y las reglas fonológicas que conoce el niño. Asimismo, se evalúan los mecanismos del habla y habilidades motoras a través de un examen de los órganos fonarticuladores y la reproducción o imitación de determinados movimientos articulatorios.

En la evaluación semántica se evalúa la capacidad del niño para comprender y expresar significados. Se incluyen palabras y oraciones, así como el conocimiento de significados no literales en la comunicación. Se evalúa el tipo de vocabulario que conoce y si éste se refiere a objetos concretos o también abstractos (tales como términos espaciales, dimensionales, etc.) y la capacidad que muestra en la comprensión y expresión de estructuras gramaticales (Test Peabody, TROG, Escalas Reynell, WISC-R, WPPSI, BOEHM). Los tests estandarizados evalúan las respuestas del niño en diferentes aspectos y componentes del lenguaje y comparan los resultados con un grupo normativo.

Finalmente, con referencia a la *evaluación de la comunicación*, decir que ésta tiene lugar en la interacción del niño. Se observan sus intercambios comunicativos y las funciones comunicativas que utiliza: si realiza peticiones, comentarios, si responde a preguntas o describe hechos o sentimientos, etc. A partir de los últimos años preescolares se incluye la evaluación del desarrollo de las habilidades conversacionales, como el mantenimiento de turnos o el inicio de temas de conversación. Se emplean diferentes categorías para analizar las intenciones comunicativas del niño (Chapman, 1981; Dore, 1974; Fey, 1986).

Para realizar un diagnóstico del trastorno del lenguaje es necesario evaluar también las áreas no lingüísticas. Los resultados de la evaluación del lenguaje se comparan con los resultados en el área no verbal. La diferencia entre un nivel y otro determina el tipo de trastorno específico o general. Los resultados del desarrollo del lenguaje expresivo también se comparan con el resultado en el lenguaje receptivo para determinar la existencia de un trastorno expresivo o mixto.

Al terminar la evaluación es necesario dar un pronóstico; éste será más fiable si además de los datos de la evaluación cuenta con la evolución de los primeros meses del tratamiento. Pero, en general, si el retraso es leve el pronóstico será mejor, ya que el desfase con respecto a la edad cronológica será menor. Por el contrario, si los aspectos afectados del lenguaje son diferentes (por ejemplo, la comprensión y la expresión) o si el problema de lenguaje está relacionado con problemas generales, cognitivos o de otras áreas, el pronóstico será a más largo plazo. Asimismo, hay que tener en cuenta que el retraso del lenguaje oral puede influir en la génesis y mantenimiento de problemas de aprendizaje (por ejemplo, problemas de lectoescritura) o emocionales en la edad escolar.

2.5. Tratamiento

Los métodos de intervención en lenguaje han variado desde el trabajo directo con el niño en situaciones estructuradas, a otras formas más naturales, basadas en el juego y en el ambiente próximo del niño (en situaciones escasamente estructuradas). Hace unos años se pensaba que para mejorar la capacidad lingüística del niño era adecuado estimular globalmente el lenguaje o entrenar aspectos lingüísticos específicos (generalmente aspectos formales) a través de sesiones clínicas, con frecuencia alejadas del contexto donde se producen (prestando escasa atención a los aspectos pragmáticos). Este trabajo terapéutico tradicional, durante unos pocos minutos al día y en un contexto aislado, no siempre facilita la generalización de los aprendizajes del niño. Entrenar vocabulario o sintaxis separado de

sus funciones comunicativas no es una buena estrategia (Cole, 1982; Fey, 1986; Rondal, 1988). Por otra parte, en un esquema de este tipo los niños suelen perder el interés en la tarea y no participan con entusiasmo en la comunicación.

Desde una perspectiva funcional no se incide solamente en las discapacidades del niño, sino también en la interacción de éste con su entorno. El lenguaje es un medio de comunicación que el niño utiliza en la medida que esté motivado para ello, la situación sea propicia y advierta que el adulto también muestra interés en la comunicación (Bernstein y Tiegerman, 1993; Del Río, 1997). En este sentido, sabemos que para favorecer el lenguaje se requiere que el niño se estimule y participe. Por tanto, más que insistir de forma directa en que el niño hable, se trata de crear las condiciones para que el lenguaje tenga lugar; ello depende de la forma en que se organice el contexto, la situación y la manera en que se interactúe con él.

2.5.1. Principios terapéuticos

Para el trabajo clínico se parte de algunos principios básicos fundamentales para la situación de aprendizaje y el programa de tratamiento. Dado que la base en el aprendizaje del lenguaje es la interacción con otras personas, la terapia se lleva a cabo a través de la interacción terapeuta-niño y paralelamente se implica a todas las personas que tienen contacto con el niño, en especial a sus padres, hermanos y personas cercanas o significativas que apoyen el tratamiento fuera de la sesión. En este proceso el niño se tiene que ver inmerso en un aprendizaje activo (Del Río, 1997; Juárez y Monfort, 1987; Vigotsky, 1977).

Para poder iniciar la intervención del lenguaje es necesario que el niño haya adquirido ciertas habilidades previas que le permitan enfrentar la situación de aprendizaje:

1. En un principio, el niño debe ser capaz de *interactuar* con el adulto, compartir situaciones, objetos de interés para ambos y centrar la atención en una actividad común.

2. En la interacción debe *mantener turnos* conversacionales e *imitar* conductas para que el niño sea capaz de aprender la base social del lenguaje y participar de forma adecuada en esa situación. Asimismo, debe ser capaz de imitar conductas no verbales y vocalizaciones que le permitan después aprender palabras. El niño repite las acciones y sonidos de una forma alternante con el adulto, lo que es fundamental para los intercambios sociales futuros que darán paso luego a la conversación y a los juegos de reglas.
3. El desarrollo del *juego* debe ser adecuado. El lenguaje se adquiere no sólo en la interacción con las personas, sino también como resultado de las experiencias del niño, especialmente a través de actividades de juego que implican manipular, explorar objetos y juguetes.
4. El *contexto* de trabajo reflejará situaciones y objetos cotidianos para el niño, de forma que se mantenga un ambiente familiar para él. La información obtenida durante la evaluación aporta datos sobre las actividades favoritas o el tipo de rutinas que le gustan. En general, la forma de manejar las situaciones de comunicación debe producirse a través de un contexto escasamente estructurado, esto es, estableciendo situaciones de juego cuya estructura permita una alta intervención del niño. En este tipo de procedimientos el niño se encuentra inmerso en una situación más cercana a su ambiente natural, lo que facilitará que se muestre más motivado para entrar en conversación (Del Río, 1997).
5. Durante la terapia se preparan distintos tipos de *situaciones de aprendizaje* que ofrezcan al niño la oportunidad de practicar suficientemente las habilidades nuevas que va adquiriendo y diferentes formas de generalizar esos aprendizajes fuera de la sesión terapéutica, para que él pueda utilizar estos recursos lingüísticos cuando lo necesite.
6. Por otra parte, antes de centrarse en los objetivos específicos del lenguaje, es importante abordar aquellos aspectos que interfieren en la buena marcha de la terapia. Ya se comentó al inicio del capítulo la alta incidencia de problemas asociados a los retrasos de lenguaje. Los más comunes son los problemas de atención, de conducta o dificultades en la interacción. Si un niño presenta un déficit atencional será difícil trabajar en una sesión terapéutica y pretender que aprenda habilidades lingüísticas en las que también muestra dificultades. De igual manera puede suceder con los problemas de conducta, de evitación, de oposición o rabietas que distorsionen o no permitan llevar a cabo los objetivos marcados. Con respecto a estas posibles interferencias, el niño requiere previamente adaptarse a la situación de aprendizaje y adquirir progresivamente pautas de interacción adecuadas, control de los problemas de conducta, etc.
7. Para programar los objetivos es preciso remitirse al *nivel de desarrollo del lenguaje* del niño, tanto cognitivo como lingüístico. La edad de desarrollo es el punto de partida para seleccionar los procedimientos. Asimismo, permite ajustar los objetivos de tratamiento dentro de la escala evolutiva. Por ejemplo, si el niño no ha alcanzado el desarrollo verbal habrá que plantearse trabajar previamente las habilidades prelingüísticas y si se encuentra en la etapa de las primeras palabras debe desarrollar las primeras oraciones.
8. Se selecciona el *material* y las *actividades* a utilizar en las sesiones también en función de la edad de desarrollo del niño. La familiaridad del material y de la situación favorecerá su lenguaje espontáneo. De la misma forma, las actividades y juegos serán acordes al desarrollo y capacidad de atención del niño.
9. Además de organizar actividades y crear las condiciones favorables para la comunicación, sabemos que la *adaptación del lenguaje* del

adulto al del niño cumple un papel fundamental en la estimulación. Habitualmente, las madres involucran a sus hijos en su conversación, compartiendo elementos del ambiente, hablando sobre los objetos, las cosas presentes, observables para ambos. También sabemos que los adultos cuando se dirigen a los niños modifican su expresión y utilizan un lenguaje simplificado, sencillo y directo (De Villiers y De Villiers, 1984; Johnston y Johnston, 1988; Rondal, 1982; Snow, 1972). Estas características y la forma de establecer la interacción comunicativa con los niños, parece representar un papel importante en el desarrollo de la competencia lingüística. En este sentido, en la terapia se debe controlar el «input» (las emisiones del interlocutor hacia el niño) de acuerdo a unas determinadas pautas y mantenerlas regularmente.

Se debe hablar con lentitud y utilizar estructuras redundantes, así como manejar pausas prolongadas entre las emisiones. El vocabulario deberá ser controlado en cuanto al contenido y referido al contexto inmediato, debiendo ajustarse la complejidad semántica y sintáctica al nivel de desarrollo del lenguaje del niño. De la misma forma, el contenido fonológico también se debe controlar; las palabras serán sencillas y de fácil reproducción para el nivel que muestra el niño. En cuanto a los rasgos prosódicos, se utilizará un tono de voz agradable aunque elevado, con inflexiones marcadas, a fin de reclamar la atención del niño y mantener su atención en la interacción y en la actividad.

A medida que evoluciona el lenguaje del niño, el adulto va haciendo el suyo también más complicado. De esta forma, el niño oye una expresión simplificada, que puede relacionar fácilmente con las situaciones, las acciones y los referentes. Por otra parte, para el niño supone un modelo lingüístico ajustado a su capacidad comprensiva y expresiva, más sencillo de imi-

tar y, por tanto, de aprender, lo que favorecerá el interés, la participación y la conversación.

10. Cuando se traza un plan terapéutico también es preciso establecer cuáles son los *refuerzos* que se van a proporcionar. El refuerzo no se refiere solamente al reconocimiento o valoración por conseguir determinadas etapas, sino también al refuerzo comunicativo implícito en la interacción con el niño. Atender a su mensaje, responder a sus iniciativas, dar muestras de la comprensión de sus emisiones, etc., son elementos necesarios que impulsan el proceso de aprendizaje del lenguaje y representan un papel importante en la motivación y en el aspecto emocional del niño.

A lo largo de la intervención se refuerza la consecución de objetivos parciales y el esfuerzo que el niño realiza. Por ejemplo: nuestro objetivo está centrado en conseguir la producción de determinadas palabras y el niño no consigue decir bien todos los sonidos. En ese caso, el intento y el sonido aproximado debe ser reforzado para demostrar al niño que va consiguiendo etapas y que su esfuerzo tiene un valor compensatorio. Cuando aparecen errores no es conveniente, en general, corregirlos directamente. Si la respuesta es poco clara se repite su emisión lentamente, modificada, ofreciéndole un modelo adecuado. Si no entendemos lo que dice se puede pedir que lo repita o dar una respuesta aproximada. Por ejemplo:

N: «Eto e u /... /».

T: «¡Ah!, es la mochila...» o también:

T: «¿Es la mochila?», o

T: «¿ Dónde está..., Enséñame eso... ?».

2.5.2. Técnicas de aprendizaje

Para facilitar intencionadamente el lenguaje del niño y aumentar su interés en comunicarse, el terapeuta debe ampliar sus recursos y habilidades

comunicativas, sin perder la espontaneidad en la comunicación. Se pueden tener en cuenta algunas técnicas de intervención que se detallan a continuación (Bernstein y Tiegerman, 1993; Johnston y Johnston, 1988; Rondal, 1982):

- *Imitación/modelado*. La imitación es reproducir una vocalización o un enunciado inmediatamente después de que el niño lo dice. El adulto puede repetir la totalidad del enunciado o una parte; debe aceptar la expresión del niño y, a su vez, también debe dar la oportunidad al pequeño de imitar lo que se le ha dicho. La repetición del adulto ayuda a que el pequeño perciba el refuerzo. El niño se da cuenta que el interlocutor se interesa por su lenguaje y estimula el intercambio comunicativo. Además, al repetir se mantiene el tema de conversación iniciado por el niño. La imitación se puede utilizar tanto en contextos más naturales y muestras de lenguaje espontáneo, como en programas muy estructurados con niños con dificultades graves para producir respuestas. También es posible utilizarla de forma diferida.

Por ejemplo:

N: «Ame un camelo/»

E: «Dame un caramelo/»

N: «Chi, e fesa/»

E: «¡Ah! de fresa/»

El modelado no siempre requiere que el niño diga algo previamente. El adulto puede también proponer al niño un ejemplo o un «modelo» de cómo él podría expresar sus deseos en la situación que comparten. Se pretende que el niño lo asimile para después reproducirlo espontáneamente. Por ejemplo:

E: «Mira la nena/ Está malita/»

N: «A nena/»

E: «Sí, la nena está malita/»

- *Habla paralela y autoconversación*. Dentro del modelado también se pueden considerar

otros procedimientos como el habla paralela y la autoconversación. Ambas se utilizan con los niños pequeños o cuando hay un desarrollo incipiente del lenguaje, puesto que ninguna de las dos exige respuesta. En la primera, el adulto va comentando o describiendo lo que el niño hace, y en la segunda se habla a sí mismo, comentando lo que él mismo ha hecho o piensa mientras realiza cualquier actividad. Por ejemplo:

E: «La nena quiere dormir/ pongo la nena en la cama/ ahora tapo a la nena/ sss se va a dormir/...».

Mientras se lleva a cabo el modelado, el niño tiene la posibilidad de relacionar la situación o la actividad que se realiza con el lenguaje apropiado en ese momento. Paralelamente, también tiene la opción de imitar lo que oye y aprender de forma indirecta.

- *Estimulación de habilidades lingüísticas*. La estimulación de habilidades lingüísticas es una forma de modelado. El adulto ofrece un modelo de palabra o frase y el niño debe acabar la oración. Por ejemplo: T: «Yo miro el cuento, mamá mira el cuento; Javi mira...». Esta fórmula es útil en la evaluación y en la intervención cuando se pretende ampliar las emisiones del niño, para evocar vocabulario, etc. También se utiliza para favorecer la evocación de palabras o sonidos.
- *Expansión*. Esta técnica se puede usar cuando el niño dice algo de forma inmadura o incompleta. El adulto responde al niño dándole *feedback* y añade la forma gramatical o el vocabulario apropiado, sin incluir información nueva. El adulto acepta la emisión espontánea del niño. Por ejemplo:

N: «O quero eto/»

E: «Ya, quieres el lápiz/»

- *Ampliaciones*. Relacionada con la anterior, las ampliaciones son recursos para relacio-

nar las emisiones del niño con otros temas. El adulto reproduce adecuadamente lo que el niño intenta decir y amplía la emisión con conceptos que se encuentran dentro del contexto. Por ejemplo:

N: «Dame mas de ezo/»

E: «Sí, toma la galleta y luego a jugar/»

- *Representación de situaciones.* Las situaciones de representación son aquellas en las que se reproduce, a modo de juego, ambientes naturales de la vida del niño. A través de muñecos, juguetes, dibujos, etc., podemos imaginar situaciones cotidianas y asignar a cada participante la representación de papeles dentro de esa situación. El intercambio de papeles también se puede practicar. Esta estrategia ayuda a que el niño se identifique con los personajes que aparecen en el juego y, a través de su implicación en la actividad, el lenguaje fluye y facilita la aparición de la comunicación espontánea del niño. La representación de roles proporciona la posibilidad de suscitar diferentes habilidades lingüísticas e incluso de prefijarlas previamente. Mientras transcurre la acción jugando con el material, se comparte la experiencia, se favorece la comprensión —al estar los referentes en el contexto— y se establece más fácilmente la conversación, posibilitándose mantener los temas iniciados (Miller, 1981).

2.5.3. Programa de lenguaje

Evidentemente, el programa parte de la información obtenida en la evaluación, seleccionándose los objetivos a trabajar en función de la línea base encontrada. Según el nivel de lenguaje que el niño muestra y de los objetivos, se determina el tipo de programa. Al comienzo, en las primeras sesiones, es conveniente proponer pocos objetivos y conocidos, para que el niño se motive y participe activamente en la actividad propuesta. Se comienza seleccionando cuatro o cinco acciones, gestos, sonidos, pala-

bras o frases, y cuando el niño se ha familiarizado con estas rutinas se extiende esta lista a otros elementos (Ruder, 1986).

Inicialmente, los niños tienen que aprender que pueden comunicar significados a otra persona utilizando sus propios sonidos, gestos o lenguaje corporal. Necesitan aprender que pueden reclamar atención o recibir ayuda para coger un juguete utilizando sonidos o gestos tales como señalar. Cuando se desea trabajar este tipo de objetivos se lleva a cabo un *programa preverbal* que incide en las habilidades tempranas de adquisición del lenguaje (Baker, Brightman, Heifetz y Murphy, 1979; Bloom y Lahey, 1978; Cooper, Moodley y Reynell, 1983; Jefree y McConkey, 1976).

Más tarde, cuando el niño ya ha sustituido estas formas primitivas de comunicación por palabras, el programa se centrará en la adquisición de las «primeras palabras» o de «habilidades básicas», si queremos que el niño aprenda a comunicarse con la combinación de palabras formando sus primeras frases. Si ya ha comenzado a utilizar palabras de forma inteligible, aprenderá a combinarlas de acuerdo con las reglas lingüísticas. Cuando los niños alcanzan esta etapa y pueden producir oraciones de dos o tres palabras, se puede decir que han adquirido los comienzos del sistema de lenguaje. Si existe algún tipo de dificultad concreta (sintáctica, fonológica, etc.), también se programa específicamente. Las actividades cotidianas del día, tales como la comida, el baño, contar cuentos, jugar en el parque, acostarse, etc., son idóneas para el aprendizaje del lenguaje a través de la interacción, especialmente en las primeras etapas del desarrollo. Aunque en estas rutinas familiares el lenguaje se produce con mayor facilidad, también es necesario planificar situaciones terapéuticas más estructuradas y directivas donde se practiquen habilidades y planteen objetivos precisos de lenguaje (Del Río, 1997):

- *Programa de habilidades básicas.* Los programas de «habilidades básicas» se plantean cuando se quiere proporcionar al niño recursos lingüísticos funcionales esenciales para su comunicación (Bernstein y Tiegerman, 1993; Bloom y Lahey, 1978; Jefree y

McConkey, 1976; Kiernan, Jordan y Sanders, 1990). Ya vimos cómo el niño empieza a combinar sus primeras palabras en oraciones simples tales como «mamá coche», «nene ven», «dame yogú», etc. Este tipo de enunciados tienen unas reglas de combinación que hacen referencia a la forma de cómo entiende el niño sus relaciones con las personas, las cosas y los acontecimientos que vive. El orden de las palabras indica el significado que el niño quiere transmitir. Por ejemplo, en «mamá coche», la primera palabra —mamá— representa la persona, el agente, que relaciona con un objeto —el coche—, sobre el que recae la acción (mamá monta en coche). Pero también puede significar la localización mamá (está en el coche), o la relación con el agente. De esta forma, las personas que rodean al niño comprenden lo que éste quiere decir, aunque con frecuencia sea necesario conocer datos del contexto para poder comprender sus emisiones. Las reglas que los niños utilizan en sus primeras oraciones se pueden ver en la tabla 8.4.

TABLA 8.4

Reglas de las primeras oraciones de dos y tres palabras (modificado de Rondal, 1998)

Modificar + recurrencia	Oto tate (otro chocolate)
Negación + cualquier palabra	No cheche (no hay leche)
Introducción + cualquier palabra	Ayó tita, eta casa
Acción + localización	Gato aquí
Acción + atribución	Cata grande (la casa es grande)
Agente + acción	Papá men (papá ven)
Agente + objeto	Nena pelota (la nena tiene una pelota)
Acción + objeto	Come yogu (come yogur)
Agente + acción + objeto	Nene bebe leche

En esta fase, el niño utiliza este tipo de reglas para construir sus emisiones. Las más frecuentes son las de /agente-acción/ y /acción-objeto/, y en menor proporción las de /agente-objeto/. Para trabajar como objetivo la realización de estas combinaciones, se introduce al comienzo sólo una regla; cuando se observe que el niño comienza a utilizarla, se amplía a otra combinación más.

En la evaluación habremos detectado si es capaz de utilizar alguna de las combinaciones citadas y cuáles son las que utiliza con mayor o menor frecuencia. Se seleccionan aquellas situaciones que favorezcan la utilización de combinaciones de dos palabras fijadas. Si, por ejemplo, nos interesa que combine agentes y acciones, buscaremos material que represente personas, animales y acciones posibles. También a través de la evaluación sabremos qué juegos y materiales son los adecuados y preferidos por el niño para plantear situaciones idóneas con estos objetivos.

— *Actividades para situaciones naturales.* Partimos de la vida cotidiana del niño para plantear multitud de situaciones que pueden estimular el uso de oraciones. Con determinadas preguntas se estimula el uso de la regla deseada. Por ejemplo:

Adulto	Niño	Regla
¿Qué pasa?	Papá canta	Agente-acción
¿Qué haces?	Pinto coche	Acción-objeto
¿Qué vamos a hacer ahora?	Secar manos	Agente-objeto

Con este tipo de preguntas o comentarios durante el vestido, el baño, a la hora de la comida o al contar cuentos, se pueden practicar las reglas lingüísticas y la misma situación ayuda al niño a recordar la estructura de sus emisiones. Por ejemplo:

T: «¿Qué te vas a poner?».
N: «Camisa verde; falda nueva».
T: «Ponemos jabón en...».
N: «Lava mano».

T: «La nena come huevo».
N: «Como huevo; corta pan».

La incorporación de actividades nuevas o extraordinarias para el niño proporciona también la posibilidad de introducir vocabulario y temas sobre los que establecer comunicación. Así, se pueden preparar diversas situaciones, planificando lo que vamos a hacer y decir; por ejemplo, en un paseo al zoo, se pueden planificar una serie de situaciones posibles:

T: «¡Vamos a ver muchos animales!».
N: «León grande».
T: «Y les vamos a saludar».
N: «¡Hola oso!, ¡hola mono!», etc.

Mientras transcurre la actividad del niño el entrenamiento permite la generalización, ya que los agentes, acciones y objetos son intercambiables y le ayudan a ampliar sus habilidades de comunicación. La práctica en este nivel de desarrollo lingüístico sirve de base para iniciarse en la etapa siguiente con reglas y combinaciones más evolucionadas; por ejemplo, para el uso de tres elementos en las oraciones con el esquema agente-acción-objeto (quiero leche fría, lavo otro brazo, mama ven aquí).

- *Actividades para situaciones estructuradas.* Paralelamente a la estimulación en contextos naturales, se pueden entrenar específicamente determinados aspectos lingüísticos o comunicativos. Las situaciones o juegos estructurados ayudan al terapeuta a introducir los objetivos seleccionados (de vocabulario, sintaxis, de uso, etc.). Se organiza la actividad de forma que sea el contexto el que obligue al niño a utilizar la frase requerida para que su mensaje sea claro y se mantenga la funcionalidad de la comunicación. Hay muchos temas posibles, pero es importante seleccionar aquellos que sean apropiados para cada niño en concreto. Se pueden proponer tanto juegos que reproducen las rutinas diarias del niño, como juegos imaginativos, con piratas, cocineros, profesores, médicos, héroes, monstruos, etc.,

representando en ambos casos papeles y diálogos. La estructuración de los enunciados será de dos en dos, como objetivo. Por ejemplo: «pirata malo», «pata palo», «ojo tapado», etc., para practicar relaciones de atribución. Al igual que en el contexto natural, se pueden utilizar estas situaciones para iniciar al niño en combinaciones de la etapa siguiente (de tres palabras por enunciado): «¡adiós! nena guapa»; «dame bollo grande»; «el gato está aquí». Otros ejemplos de actividades se detallan a continuación:

- En una situación de juego estructurado, pedir al niño que dé órdenes a los muñecos.
- Efectuar peticiones de cambio de lugar de los objetos de una casa. Por ejemplo: «pon silla», «quita mesa», «sofá aquí». En el nivel siguiente: «taza mesa cocina», «esta tele mía».
- Describir las acciones de un personaje representado en dibujos, tarjetas, o con el mismo muñeco. Por ejemplo, se pide al niño que describa qué hace el muñeco.
- Representar secuencias de dibujos que representen el esquema agente-acción-objeto.

Al comienzo del entrenamiento, el niño tiende a responder con la estructura que inicialmente tiene aprendida (con una o dos palabras por emisión), y el terapeuta debe proporcionar el modelo del objetivo a conseguir, para dar al niño la idea de que se le piden tres elementos por emisión. Las producciones del niño que no corresponden con el objetivo marcado no se corrigen directamente, pero se amplían al número de elementos prefijado; de esta forma, se van incorporando al programa objetivos relativos a los cuatro componentes del lenguaje: vocabulario, morfosintaxis, fonología y uso funcional en la situación seleccionada.

- *Generalización.* La generalización de las habilidades aprendidas en la sesión es un objetivo prioritario. El niño debe ser capaz de trasladar aquello que vivió en la situación terapéutica a

los contextos reales de interacción. El enfoque funcional y la intervención en situaciones poco estructuradas o naturales facilita la generalización, pero no siempre es posible o conveniente. Por tanto, se debe planificar específicamente cómo trasladar la competencia adquirida en la terapia a la situación social.

- *El papel de los padres.* La participación de los padres en el tratamiento es fundamental y conviene que sea habitual, aunque en ocasiones dependerá de su motivación, ansiedad, disposición o habilidades. La intervención puede contemplar diferentes niveles de participación. El tiempo que los padres dedican a sus hijos varía de una familia a otra, pero, en general, es mayor que el tiempo de que dispone un terapeuta para realizar la terapia de lenguaje. Además, los padres ejercen una gran influencia sobre el niño y habitualmente muestran mucho interés por colaborar en la terapia. También hay que tener en cuenta que las actividades diarias de la vida familiar del niño ofrecen múltiples oportunidades para favorecer el aprendizaje del lenguaje (Whitehurst et al., 1991).
- *Seguimiento.* Desde el comienzo del programa es necesario llevar un control del avance que realiza el niño durante las sesiones. Con las respuestas del niño el terapeuta obtiene un *feedback* que le indica la evolución que está teniendo el niño, y, en la medida que vaya aprendiendo los objetivos seleccionados, se plantean otros nuevos. Finalmente, no podemos olvidar la importancia de una reevaluación periódica para poder adecuar los objetivos y marcar el nivel de estimulación y de exigencia adecuado a la capacidad que el niño va adquiriendo.

3. TRASTORNO FONOLÓGICO

3.1. Aspectos introductorios. Dimensiones de la producción del habla

La producción de los distintos sonidos del habla y el uso adecuado en la comunicación es el resulta-

do de un sistema complejo en el que intervienen diferentes habilidades, procesos y órganos que deben actuar conjuntamente. El niño debe adquirir los patrones motores necesarios para articular tales fonemas, lo cual implica que las estructuras y función de los órganos que intervienen en la producción del habla estén coordinados adecuadamente. Pero también es necesario que el niño adquiera la forma de producir y diferenciar los sonidos y las reglas que gobiernan su uso en el lenguaje. De esta forma, en el proceso de producción del habla se propone distinguir tres niveles diferentes (Grunwell, 1990; Hodson, 1980): anatómico y fisiológico, fonético y fonológico.

Respecto a la *dimensión anatómica y fisiológica*, lo primero que habría que comentar es que en la producción del sonido intervienen diferentes órganos vocales en determinadas posiciones y movimientos. El sonido se inicia en la laringe con la vibración de las cuerdas vocales. La voz que éstas producen se amplifica y modifica en las cavidades de resonancia (cavidades bucal y nasal). Los movimientos de la lengua y labios, paladar blando y mandíbula originan los distintos sonidos vocálicos y consonánticos del habla. Alteraciones en alguno de los órganos o posturas pueden provocar una articulación incorrecta de los fonemas.

Los primeros sonidos que produce el niño suelen ser de escasa complejidad articulatoria (por ejemplo, los fonemas /m/ o /p/ en mamá o papá, encierran menor esfuerzo de coordinación motora que una consonante doble /pl/ o /pr/). A medida que el lenguaje evoluciona, su habla requiere coordinar movimientos finos y complejos con la intervención de la musculatura y de los órganos fonadores y de articulación. A través del proceso de maduración, el control se va produciendo de forma cada vez más automática. Por tanto, para una articulación y pronunciación correcta, es preciso que las estructuras anatómicas y su coordinación tengan un funcionamiento adecuado.

Aludiendo a la *dimensión fonética*, es evidente que además de una adecuada estructura anatómica hay que tener en cuenta que cada consonante se produce según intervengan distintos órganos en diferentes posiciones articulatorias (por ejemplo, los

labios intervienen para los fonemas /p/ o /b/, o el paladar en el caso de la /k/). Sin embargo, los fonemas no sólo difieren en el punto de articulación, sino también en la forma en que se producen. Por ejemplo, el sonido /b/ bilabial, se caracteriza porque se produce por la obstrucción de la salida del aire y sin vibración de las cuerdas vocales. Otras consonantes, sin embargo, se distinguen por la forma en que el sonido fricciona entre los órganos el paso del aire a su salida (fricativas), o por la vibración lingual (vibrante múltiple), o la intervención o no de las cuerdas vocales (sonora-sorda). Tales diferencias en el punto de articulación, en el modo de producción de los sonidos y en las frecuencias en las que se emite cada uno de ellos, son los rasgos distintivos de cada consonante (Ingram, 1983). De esta forma, la dimensión fonética describe las características acústicas, auditivas y articulatorias del habla desde una perspectiva física y fisiológica. Implica también la selección, ordenación y secuenciación de los patrones motores.

Por último, haciendo referencia a la *dimensión fonológica*, decir que el niño oye hablar durante el desarrollo y no escucha en el ambiente los diferentes sonidos de forma aislada, sino dentro de una cadena, en un determinado orden, formando una palabra. Dentro de ese patrón debe aprender a discriminar el sonido y asociarlo al significado que conlleva. El niño aprende el sistema fonológico a través del análisis de las palabras que oye y que intenta producir, guiándole en el descubrimiento de las categorías fonológicas e interviniendo en ello los procesos discriminativos perceptivos y las limitaciones motoras del niño en la producción de los sonidos (Bosch, 1987). Asimismo, debe aprender que aunque los sonidos puedan diferenciarse escasamente, no implica que el significado sea similar (tose-cose, soldado-soltado, son cercanos fonológicamente pero distantes en su significado). También entenderá que el lugar en que se encuentre el fonema dentro de una palabra produce un cambio en el significado (por ejemplo, «cosa» es una palabra en castellano, también «saco», pero no lo es «soca»). O también, que un sonido /r/ no se pronuncia igual si se encuentra en la parte media de una palabra seguida de una vocal («mira») o seguido de una consonante («carta»).

En resumen, la dimensión fonológica analiza la organización y función de los fonemas en el habla; describe los patrones de pronunciación que utiliza el niño en comparación con el patrón adulto y especifica las consecuencias funcionales del trastorno en la comunicación. Se refiere, por tanto, al nivel cognitivo de la producción del habla (Grunwell, 1990).

En el desarrollo normal, los niños producen su primera palabra con significado en torno a los 12 meses de edad. Al comienzo, su capacidad para pronunciar adecuadamente todos los sonidos que forman las palabras es limitada, como también lo es su capacidad para mantener el orden y la secuencia de estos sonidos. Durante los primeros años, los pequeños no siempre consiguen hacerse entender y, en ocasiones, cuando hablan con un adulto y éste no tiene información previa sobre el tema o la situación, es difícil que reconozca palabras como /lete/ por leche, o /pambó/ por tambor y, en consecuencia, pueda comprender lo que el niño quiere decir.

Los errores fonológicos están relacionados con el proceso de aprendizaje del habla y el lenguaje; hacen referencia a la tendencia del niño a reducir los patrones sonoros o articulatorios adultos, simplificando el nivel de dificultad y limitando el uso de las reglas fonológicas (Hodson y Paden, 1983). Para dominar el sistema, los niños deben adquirir todos los sonidos del lenguaje. En el desarrollo normal, la secuencia de adquisición de los sonidos en castellano se puede ver en la tabla 8.5, según un estudio realizado por Bosch (1984).

Junto a la adquisición de los fonemas, el niño debe aprender las reglas que gobiernan la posición dentro de las palabras y la secuenciación de los mismos. Estas reglas se adquieren gradualmente, empezando en los primeros años preescolares y llegando a dominar el sistema durante el inicio de la etapa escolar, alrededor de los 7 años. Al comienzo se enseñan sonidos sencillos, tales como las vocales, consonantes oclusivas (p, t, k, b, d, g) y nasales (m, n, ñ), y luego se van incorporando fonemas más difíciles como los fricativos (f, s, z, j, ch) o los grupos consonánticos (bl, fl, pr, tr, cr, etc.).

Las combinaciones de estos sonidos se realizan según una estructura de consonante-vocal (C-V). Alrededor de los 2 años el niño todavía no es capaz

TABLA 8.5

Porcentaje de población que articula correctamente cada sonido por edades (Bosch, 1984)

Sonidos		Edad en años				
		3	4	5	6	7
Nasales	/m/	◆				
	/n/	◆				
	/ñ/	◆				
Oclusivas V	/p/	◆				
	/t/	◆				
	/k/	◆				
	/b/	◆				
	/d/	⊗	◆			
	/g/	⊕	◆			
Africada	/č/	⊕	◆			
Fricativas	/f/	⊕	◆			
	/s/	⊕	⊕	◆		
	/θ/	O	⊗	⊕	◆	
	/x/	◆				
Líquidas	/l/	◆				
	/ʎ/	∅		⊕	⊕	⊕
	/r/	⊗		⊕	⊕	◆
	/r̄/	O	⊗	⊗	⊕	◆
Diptongos	Crec.	◆				
	Decr.	O	⊗		⊕	◆
Grupos	Nas + c	◆				
	S + cc	O		⊕	◆	
	C + l	O	∅	⊗	◆	
	C + r	∅	⊕	⊕	⊕	
	Liq + c	O	⊗	⊗	⊕	◆

◆ = 90%; ⊕ = 80%; ⊗ = 70%; ∅ = 60%; O = 50% o menos.

de decir consonantes dobles (C-C-V; bla, cra), por lo que tiende a utilizar estrategias de reducción de sílabas. A partir de estudios evolutivos sabemos que un niño tarda en adquirir la competencia fonológica, y que en el proceso los errores que produce en sus emisiones se conforman según determinadas características (Ingram, 1983). Bosch (1984) ha descrito tres tipos de procesos de simplificación del habla que el niño usa como estrategias de aprendizaje:

- Procesos relativos a la *estructura silábica*, en los que el niño tiende a reducir o cambiar el número o el orden de sílabas de una palabra. Por ejemplo, el niño puede eliminar consonantes finales («lapi por lápiz») o consonantes dobles («pato por plato»), para habitualmente establecer el esquema consonante-vocal (C-V).
- Procesos de *sustitución*, por los que se sustituye determinado tipo de sonidos. Por ejemplo, el niño sustituye consonantes fricativas por oclusivas (por ejemplo, zapato por tapato) o consonantes velares por consonante anterior (por ejemplo, gota por bota).
- Procesos de *asimilación*, por los que dos sonidos dentro de una palabra se hacen similares influyendo uno de ellos en el otro. Por ejemplo, un sonido contamina a otro próximo dentro de la misma palabra (papata por patata, o bobo por globo).

3.2. Definición

El trastorno fonológico es una de las alteraciones del habla más comunes en los niños. Se presenta entre los 3 y los 5 años y suele llamar poderosamente la atención de los adultos, aunque existe una tendencia a tolerar estas dificultades hasta los últimos años preescolares. Según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), la característica esencial del trastorno es la incapacidad para utilizar los sonidos del habla evolutivamente apropiados para la edad y el idioma del sujeto (véanse los criterios diagnósticos en la tabla 8.6). Puede implicar errores en la producción, utilización, representación u organización de los sonidos; por ejemplo, sustituciones de un sonido por otro (en la palabra «casa» decir «tasa», sustituyendo /t/ por /k/) u omisiones de sonidos (por ejemplo «lapi» por «lápiz», omitiendo la consonante final). Estos problemas interfieren en la comunicación del niño y, en muchos casos, están asociados con retraso en el desarrollo del lenguaje, pudiendo influir negativamente en los aprendizajes escolares posteriores.

3.3. Epidemiología

Las alteraciones de la pronunciación son uno de los motivos de consulta más frecuentes en la clínica, estimándose que un 10 por 100 de los niños menores de 8 años presenta trastorno fonológico.

TABLA 8.6

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno fonológico

- | |
|--|
| <p>A) Incapacidad para utilizar los sonidos del habla que se espera desde un punto de vista evolutivo y que son adecuados según la edad e idioma del sujeto (por ejemplo, errores en la producción, utilización, representación u organización de los sonidos, tales como sustituciones de un sonido por otro [utilización del sonido /t/ en lugar de /k/] u omisiones de sonidos, como las consonantes finales).</p> <p>B) Las dificultades en la producción de los sonidos interfieren con el rendimiento académico o laboral o con la comunicación social.</p> <p>C) Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las dificultades del habla exceden de las habitualmente asociadas con estos problemas.</p> |
|--|

(APA, 1987). Esta cifra puede disminuir a un 2 por 100 si no se incluyen los casos más leves, descendiendo al 0,5 por 100 hacia los 17 años de edad (APA, 2000). En un estudio realizado con población española, aparece un 72 por 100 de niños entre los 4,6 y 5,6 años que alteran algún fonema; entre ellos, el 43 por 100 no pronunciaba el fonema /r/ doble (Jiménez, 1988).

Durante los primeros años preescolares el trastorno evoluciona con frecuencia de forma favorable sin intervención (Whitehurst et al., 1991). La dificultad puede oscilar ampliamente de un niño a otro, observándose desde un habla ininteligible, por la presencia de múltiples errores de articulación, hasta formas leves, con fallos aislados en un solo sonido, que no altera la inteligibilidad del habla y el niño sólo llama la atención por su lenguaje «infantil». Las formas más graves pueden afectar al lenguaje comprensivo o expresivo y, especialmente, a las áreas de la sintaxis y la morfología (APA, 1987).

El desarrollo del lenguaje en los demás componentes es aparentemente adecuado (vocabulario, sintaxis, uso, etc.), aunque en la clínica es fácil encontrar determinadas alteraciones fonológicas asociadas a problemas gramaticales; de hecho, según algunos autores, parece existir una estrecha relación entre el sistema sonoro y el sistema gramatical (Bishop, 1997). También es conocido que el trastorno afecta más a los niños que a las niñas, existiendo una alta incidencia familiar (Cantwell y Baker, 1987).

3.4. Etiología

La clasificación tradicional de los trastornos articulatorios se ha realizado según el modelo médico, en función de las causas que los producen. Desde este enfoque se han considerado los errores del habla como resultado de disfunciones o alteraciones en los mecanismos responsables de su producción. Sin embargo, no suele ser frecuente que las dificultades de pronunciación en los niños tengan esta causa. La mayoría de las veces no se puede atribuir el trastorno a alteraciones neurológicas o malformaciones de los órganos que intervienen en la articulación.

La incorporación de la psicolingüística al estudio de estos problemas ha posibilitado un análisis más amplio y ha permitido comprender mejor los procesos de aprendizaje implicados en la producción del habla. Desde esta perspectiva, se establece una distinción entre las alteraciones fonéticas y fonológicas; es decir, entre el nivel de organización y planificación motora (fonético) y el de conocimiento de las reglas o patrones de pronunciación en relación con la diferenciación del significado (fonológica). Al adoptar este enfoque, también varía la forma en que se aborda la evaluación y el tratamiento (Bosch, 1984; Crystal, 1983; Grunwell, 1990):

- *Retraso fonológico.* Estos errores de pronunciación suelen no ser estables y varían en función de la localización de los fonemas dentro de la palabra. Ejemplo 1: el niño puede ser capaz de emitir el sonido aislado o dentro de una sílaba, pero lo puede sustituir o contaminar por otro dentro de una palabra determinada. Ejemplo 2: puede decir sin dificultad el sonido /k/ en «casa», pero en la palabra «copa» puede sustituirlo por «popa»).

El niño no parece haber aprendido las reglas que marcan la organización y secuenciación de los sonidos. Los errores que se observan en el habla del niño parecen estar relacionados con el mantenimiento de procesos de simplificación que el niño produce en edades anteriores y que debieran haber desaparecido ya (Grunwell, 1990).

En los trastornos fonológicos la capacidad articulatoria no está afectada. El control motor, el funcionamiento neuromuscular y los movimientos de los órganos fonoarticuladores no son la causa de estas dificultades, conociéndose poco acerca de su verdadera génesis. Es posible que se deba a una prolongación de la etapa del desarrollo normal, en la que muchos niños cometen errores de simplificación. Por otra parte, algunos autores relacionan en ciertos casos la existencia de otitis frecuentes (que ocasionan pérdidas leves y transitorias de audición) durante las

primeras etapas del desarrollo del lenguaje, con una deficiente estimulación sonora recibida durante esas etapas (Whitehurst et al., 1991), o por la influencia negativa que ejercen en la habilidad del niño para categorizar los sonidos del habla.

Más recientemente se han explicado los problemas fonológicos como una dificultad del niño para segmentar las palabras en unidades silábicas y unidades menores (subsilábicas), utilizando estrategias de percepción que son inmaduras para la edad, como son la palabra o la unidad silábica, más que ser capaz de percibir los fonemas que la forman (Bishop, 1997). Son, por tanto, dificultades en el nivel cognitivo, de identificación y organización lingüística de los sonidos del habla.

- *Trastornos fonéticos*. Las alteraciones fonéticas (*dislalias funcionales* en otras clasificaciones) son omisiones, sustituciones o distorsiones de los sonidos sin que existan anomalías estructurales (en labios, lengua, dentición, etc.), neurológicas, problemas auditivos y/o déficits cognitivos relacionados (Crystal, 1983). Los errores se centran fundamentalmente en aquellos fonemas que se adquieren en último lugar. El niño tiende a limitar el uso de las combinaciones articulatorias o de rasgos fonéticos (por ejemplo, restringe los lugares de articulación y suele predominar un lugar de articulación).

El origen parece estar en un déficit o disfunción en los mecanismos neuromusculares que intervienen en la producción de los sonidos del habla. Las dificultades aparecen en la programación de los patrones motores necesarios para hablar. En la clínica, estos niños presentan una coordinación motora escasa e inhabilidad para realizar movimientos voluntarios en los grupos musculares que intervienen en la articulación. Los errores que se producen en el habla suelen ser estables y varían escasamente según el contexto, dentro de la palabra. Se manifiestan en errores de los fonemas de articulación más compleja (como /r/ doble). Se aprecia una tendencia a

mejorar espontáneamente, aunque no siempre de forma completa. Los trastornos fonéticos se presentan con frecuencia en la clínica asociados a los fonológicos.

Dentro de las alteraciones fonéticas se encuentran también las de *causa orgánica*, cuyo origen está relacionado, bien con anomalías en las estructuras periféricas implicadas en la producción del habla, como una mala oclusión dental, la existencia de frenillo lingual, malformaciones, labio leporino, etc. (conocidas como *disglosias*), bien con alteraciones en el movimiento y coordinación de los músculos requeridos para hablar a consecuencia de lesiones en el sistema nervioso (conocidas como *disartrias*). Los aspectos simbólicos del lenguaje no están afectados (Bosch, 1984). En los casos descritos, el niño muestra dificultades para controlar y coordinar los movimientos necesarios para producir los fonemas o secuencias de ellos. El grado de compromiso biológico implica diferentes niveles de afectación en el habla. Los errores que se observan suelen ser consistentes, pudiendo presentarse desde leves dificultades de control en las que el niño sustituye un sonido por otro articulatoriamente más sencillo, a casos más graves en los que pueden existir dificultades en el control de la respiración, en iniciar o terminar el movimiento, o en habla lenta y/o descoordinada. En los casos graves (por ejemplo, en la parálisis cerebral), el habla disártrica tiene una inteligibilidad escasa y generalmente se requiere tratamiento motor global, no solamente de la articulación.

3.5. Evaluación

Partiendo de un análisis de la conducta lingüística de las alteraciones que nos ocupan, es necesario evaluar todos los aspectos implicados en la producción del habla (Grunwell, 1990; Hodson, 1980). La evaluación de la articulación y el desarrollo fonológico implica el examen de las tres áreas descritas de la pro-

ducción del lenguaje y determinar si los patrones de pronunciación son adecuados a la edad o están retrasados. El primer paso consiste, por tanto, en descartar problemas en los órganos responsables del habla. Los aspectos anatómico y fisiológico se evalúan a través de un examen fonoarticulatorio, con el que se observa el estado de los órganos y su funcionamiento en la producción del habla. Se examinan directamente la conformación de los órganos, la implantación y cierre dentario, la anatomía de la lengua, los labios, el paladar blando y duro, para observar posibles alteraciones o dificultades en la funcionalidad de los mismos. La funcionalidad de los órganos también se explora, observando la adecuada movilidad, especialmente en los labios, lengua y paladar blando. Dentro de la detección de organicidad se deben descartar especialmente los problemas de audición, por lo que siempre que exista duda al respecto deberá enviarse al niño al especialista para realizar un diagnóstico médico adecuado (examen audiométrico, exploración otorrinolaringológica, etc.).

Después del examen anatomofisiológico se evalúa la inteligibilidad del habla, el repertorio de sonidos, la exactitud y secuenciación de los mismos y los procesos fonológicos que el niño produce. Para ello, es necesario obtener un inventario de los fonemas que el niño dice correcta e incorrectamente y el grado de conocimiento que tiene de las reglas fonológicas. Esta *evaluación fonológica* se lleva a cabo provocando el uso de palabras seleccionadas de una muestra representativa de todos los fonemas de la pronunciación adulta. Generalmente, se utilizan láminas con imágenes de palabras que contienen las consonantes y grupos consonánticos en posición inicial, medial y final (Bosch, 1984). El registro fonológico es una prueba de *screening* para detectar retrasos del desarrollo fonológico; consta de 32 palabras que incluyen todos los fonemas consonánticos y vocálicos, y en más de una posición. El vocabulario pertenece al léxico infantil y se puede representar gráficamente. Las palabras se elicitán mediante 16 láminas que tratan de suscitar el lenguaje espontáneo del niño para evaluar su sistema fonológico. Las mismas imágenes sirven para llevar a cabo imitación directa de las palabras con el fin de observar posibles diferencias en la rea-

lización espontánea y en la imitada. Ambas respuestas del niño se graban y transcriben fonéticamente. Los datos obtenidos se analizan según categorías, observándose los procesos de simplificación del habla (las sustituciones, distorsiones y omisiones realizadas en cada uno de los sonidos), lo que permite determinar el grado de desarrollo alcanzado por el niño en el uso de las reglas fonológicas. Por ejemplo: si un niño al decir la palabra «elefante» la sustituye por «pante», habrá realizado una reducción de sílaba y sustitución de una fricativa /f/ por una oclusiva /p/, proceso denominado de oclusivización de fricativas. Con la tabla evolutiva se identifican las diferencias del patrón que usa el niño y el esperado según la edad (Bosch, 1984).

Con respecto a la *evaluación fonética* del lenguaje, además de utilizar el registro citado, es necesario observar si el niño es capaz de repetir las consonantes de forma aislada o en sílabas sin sentido. Si el niño repite un sonido aislado o en una sílaba sin sentido, pero no cuando usa el lenguaje espontáneo, sus dificultades no serán atribuibles probablemente a problemas fisiológicos o fonéticos, y será necesario investigar los aspectos fonológicos si, por el contrario, la alteración persiste tanto en el lenguaje espontáneo como en imitación.

Los datos obtenidos en el registro de habla espontánea e imitada se pueden analizar en función del lugar y de la forma en que el niño articula las consonantes (por ejemplo, la persistencia de una postura o la ausencia sistemática de consonantes en determinada posición, nos puede indicar el tipo de alteración que el niño presenta, como en el caso de la ausencia del sonido /r/ doble, que puede hacer referencia a dificultades motoras en la movilización lingual). El análisis también aporta información relativa a la estructura silábica que usa el niño. Dentro de este apartado algunos autores incluyen la descripción de los aspectos prosódicos (suprasegmentales) del habla, como la entonación (longitud, fuerza, tono) y la cualidad de la voz (volumen, tiempo).

Finalmente, se analizan e interpretan los resultados obtenidos durante la evaluación, comparándolos con los patrones esperados para cada edad; se determina el tipo de procesos de simplificación que

realiza el niño y el nivel de desarrollo correspondiente. Además, se evalúan los datos para determinar si se trata de un trastorno fonético, fonológico, o rasgos compatibles con ambas alteraciones. Asimismo, se valora la existencia o no de déficits anatomofisiológicos de cara a determinar la conveniencia de otras consultas (ortodoncista o fijar el tipo de intervención y ajustar el pronóstico). Con los datos de la evaluación realizada se planifica un programa de tratamiento específico para cada niño.

3.6. Tratamiento

Hasta hace pocos años la intervención en los problemas de articulación y pronunciación se basaba en el desarrollo de habilidades motoras relacionadas con la maduración neurofisiológica. Los programas insistían en la organización de los movimientos y su coordinación (Mura, 1987; Pascual, 1978), así como en la percepción de las sensaciones, la discriminación y la memoria auditiva (Bustos, 1988; Stoel-Gammon, 1991). En estos enfoques se trabaja con sonidos aislados, independientemente del significado al que estén asociados. El objetivo es la producción del sonido en sílabas y dentro de las palabras.

Sin embargo, desde una perspectiva fonológica se trabaja con la finalidad de facilitar el desarrollo de patrones de pronunciación que tienen rasgos similares y cómo éstos marcan diferencias de significado. La intervención se plantea en una clase de sonidos simultáneamente, utilizando pares o grupos de palabras ligadas a la función comunicativa (Grunwell, 1990; Hodson y Paden, 1983; Ingram, 1983; Williams, 1991; Yavas, 1991).

El tratamiento se programa en función del diagnóstico realizado y áreas afectadas (anatómica, fonética y fonológica). Se establecen objetivos específicos para cada niño y para cada una de ellas, priorizando aquellos que incidan en mejorar la inteligibilidad del habla y en reducir los problemas de comunicación y evitar los problemas emocionales que puedan surgir como consecuencia del trastorno. También se tiene en cuenta en el tratamiento la relación de las dificultades fonológicas con problemas de

aprendizaje de lectura y escritura en la edad escolar (Grunwell, 1990). Habitualmente se establecen sesiones terapéuticas semanales (dos por semana) para entrenar al niño en el aprendizaje de los sonidos, realizar tareas de discriminación, reconocimiento y producción de fonemas, establecer contrastes o adquirir los patrones motores implicados.

3.6.1. Principios terapéuticos

En la intervención es importante tener en cuenta algunos principios terapéuticos básicos (Grunwell, 1990; Hodson y Paden, 1983):

- La terapia se centra en actividades de juego que permitan al niño participar y descubrir los procesos por sí mismo.
- Las sesiones se deben plantear manteniendo la comunicación como objetivo prioritario e incitando al niño a colaborar activamente en las tareas, en cuya selección habrá de tenerse en cuenta el interés que puedan suscitar en él.
- Es conveniente que el trabajo se lleve a cabo en períodos cortos, con cambios frecuentes de actividad dentro de la sesión, evitando que el niño pierda el interés (hasta una duración total de 30 minutos).
- Se suelen plantear sesiones individuales, aunque también se pueden realizar en grupo.
- El programa debe iniciarse con uno o dos objetivos solamente para que el niño sea capaz de alcanzar éxito en la tarea y no se produzcan confusiones, especialmente cuando existe un habla ininteligible y un retraso fonológico marcado.
- La práctica se realiza con palabras seleccionadas de objetos y acciones representables en imágenes. En cualquier caso, el vocabulario será adecuado al nivel lingüístico del niño. Las palabras con los fonemas seleccionados se van incluyendo durante la estimulación en la comunicación.
- En el caso de escolares, se puede utilizar la lectura como apoyo visual dentro de los objetivos de la sesión. El texto seleccionado

debe ser lo suficientemente sencillo para que no interfiera en la atención del niño hacia el patrón fonológico.

- El trabajo con el niño se lleva a cabo de frente, de forma que le permita a éste observar y oír la forma en que se producen los sonidos.
- A lo largo del aprendizaje se establecen revisiones periódicas para fijar nuevos objetivos.
- Es conveniente que los padres participen en la intervención, siempre que nos aseguremos que su colaboración se mantiene en términos de juego y sin correcciones ni sobreexigencia hacia el habla del niño.
- La actitud del terapeuta durante las sesiones ayuda al niño a utilizar adecuadamente los fonemas, dando pautas de forma indirecta, sin interrumpir la comunicación. Cuando el niño cometa un error, el terapeuta debe aceptar el intento del niño para decir la palabra y repetir a continuación él mismo la expresión, intercalando el sonido correcto y haciendo énfasis en la pronunciación correcta (por ejemplo: N: «E mi mueca»; T: «Sí, claro, es tu muñeca»). La articulación de los sonidos de las palabras será lenta, clara. También se puede llamar la atención sobre un sonido determinado dentro de la comunicación, marcando la entonación del fonema o ralentizando la pronunciación de la sílaba.

3.6.2. *Intervención en trastornos fonéticos (dislalias)*

La intervención en las alteraciones fonéticas se basa en la producción de los patrones articulatorios adecuados para la producción de los fonemas. La ejercitación de la musculatura que interviene en la articulación es un objetivo paralelo en la intervención. La práctica de los patrones motores facilita la automatización y la articulación correcta. El programa se lleva a cabo en distintas fases:

- a) En la primera fase del tratamiento, se estimula al niño para que realice sonidos y secuencias de forma que observe su capacidad para producir diferentes sonidos. Se le anima a jugar con sus mecanismos fonoarticuladores, que reproduzca movimientos y posturas necesarias y que experimente cómo surgen sonidos vocálicos y consonánticos distintos. A tal fin, se plantean actividades que le proporcionen información sobre la anatomía y fisiología de los mecanismos del habla. Para facilitar la comprensión y articulación del niño, deben realizarse actividades delante de un espejo, grabar las emisiones, contar cuentos o historias imaginativos sobre los órganos y mostrar dibujos de los gestos apropiados. También se le enseña a comparar y diferenciar unos sonidos de otros y cómo se perciben diferenciados.
- b) A continuación, se estimula la coordinación de los movimientos fonoarticulatorios a través de ejercicios de movilización de los diferentes órganos que intervienen en el habla: ejercicios faciales, linguales, labiales y fonorrespiratorios (Pascual, 1978). Con estos ejercicios también se evita que el niño rechace la práctica posterior de ejercitación motora específica.
- c) Después se ayuda al niño a colocar los órganos que intervienen en el fonema a trabajar y se estimula la postura, articulación y control motor adecuado. De la misma forma, se deben inhibir los patrones inadecuados. El terapeuta realiza el modelo, proporcionando apoyo visual, táctil y verbal. Por ejemplo: en la producción del sonido /z/, mientras se muestra la posición se puede explicar «mira la lengua entre los dientes», o «mira como sale aire», soplando o colocando la mano en la boca del terapeuta para percibir la salida del aire, etc.
- d) Seguidamente, se produce el sonido en diferentes posiciones de sílabas sin sentido (C-V; C-V- C; V-C; por ejemplo: sa-sas-as). En este nivel se centra la atención en unidades mínimas, reduciendo la complejidad y facilitando la automatización del patrón que prepara al niño para la realización de una

articulación posterior más compleja. Se favorece la producción del fonema seleccionado, bien aisladamente, o por medio de juegos o sonidos onomatopéyicos (por ejemplo: la gallina co-co; la moto run-run; la serpiente ssss, etc.), reforzando las aproximaciones a los objetivos marcados. Una vez que el niño es capaz de pronunciar el sonido o la sílaba aisladamente, el paso a la palabra se realiza con facilidad.

- e) Se llevan a cabo juegos para producir el fonema dentro de una palabra en distintas posiciones; primero, con la sílaba directa al comienzo de la palabra (tarjetas, fichas o tareas con las palabras elegidas, por ejemplo, /zine/, /zumo/). Cuando el niño es capaz de producir el sonido en la primera sílaba, se practica la inclusión del sonido en la sílaba medial de la palabra (taza, tiza, etc.).
- f) El siguiente paso es intercalar las sílabas con el fonema seleccionado al final de la palabra y en varias palabras de varias sílabas. Igualmente, es conveniente programar tareas de discriminación del fonema dentro de las palabras, de forma que el niño diferencie el sonido en las distintas posiciones (inicial, medial, final) y de otros fonemas.
- g) Como última fase del tratamiento, se favorece la generalización del fonema en el lenguaje espontáneo. Se preparan situaciones y estímulos que susciten el uso de los términos (con el fonema seleccionado) dentro de oraciones y de la conversación. Se utiliza la narración de historias, frases seleccionadas, descripciones, etc. Finalmente, se considera que un fonema está adquirido cuando el niño lo ha incorporado a su lenguaje espontáneo.

3.6.3. *Tratamiento de los trastornos fonológicos*

Como destaca Grunwell (1990), la premisa fundamental de la terapia fonológica desde una perspectiva lingüística es que no debe incidir tanto en la

boca como en la mente del niño; el tratamiento es un apoyo para producir una reorganización cognitiva más que un entrenamiento articulatorio. Los distintos métodos de intervención fonológica, las estrategias y objetivos van dirigidos a eliminar patrones erróneos, ampliar la producción y expansión del léxico, establecer contrastes de sonidos y mejorar la inteligibilidad. Como los problemas fonológicos reflejan problemas en los aspectos cognitivos y de representación del sistema de sonidos del habla, la terapia se centra en enseñar al niño a reconocer las consecuencias de los errores en su comunicación natural; es decir, que compruebe el hecho de que al cambiar un sonido en una secuencia cambia el significado.

Se trabaja con grupos de sonidos de características comunes en relación con las diferencias de significado que conllevan (por ejemplo, reducción de grupos consonánticos, sustitución de oclusivas por fricativas). Para ello, se eligen palabras que contengan los fonemas seleccionados. Se incluyen los sonidos o patrones teniendo en cuenta el grado de complejidad y la secuencia evolutiva en el desarrollo normal. Los datos sobre el desarrollo fonológico ayudan a establecer una graduación adecuada, aunque el orden también depende de cada niño (Bosch, 1984; Hodson y Paden, 1983; Stoel-Gammon y Dunn, 1985). Asimismo, se atiende a aquellos patrones que aumenten la inteligibilidad del habla y funcionalidad de la comunicación del niño. Por lo que a esto se refiere, la evaluación realizada al niño proporciona datos del desarrollo para adecuar los objetivos a su nivel.

Con las palabras seleccionadas se realizan actividades de juego. Una adecuada elección de las palabras ayuda al éxito de la terapia. Para facilitar la intervención se usan tarjetas o imágenes diseñadas a tal fin, o también material (lotos fonéticos, disponibles en el mercado) que representa imágenes de las palabras con los distintos fonemas a discriminar (Acosta, 1995; Bustos, 1988; Monfort, 1984). Con este material se realizan ejercicios de denominar, reproducir, imitar o emitir sonidos, en ocasiones con un grupo y en otras con pares de palabras entre las que el niño debe asociar y discriminar el sonido y el significado. Se planifican los ejercicios que

sean estimulantes para el niño y se busca durante la sesión que éste experimente con los sonidos y sus combinaciones de la misma forma que lo hace a lo largo de su desarrollo, dado que jugar con el lenguaje acelera el avance del mismo.

Durante las sesiones deben proporcionarse actividades y material sobre las características comunes de grupos de sonidos que le sirvan para conocer los contrastes fonológicos. Con estas tareas se trabaja la conciencia metalingüística del niño. Para ello se pueden identificar los fonemas con nombres significativos y entendibles para el niño; los sonidos «cortos» (oclusivos) y «largos» (fricativos); el soldado que vigila la puerta del castillo (sonidos frontales, alveolares); el que vigila la puerta de atrás (sonidos velares); jugar a cambiarse los papeles del terapeuta y del niño (emisor-receptor) implicando al niño en diferentes aspectos del aprendizaje (Grunwell, 1990).

Para ayudar al niño a reproducir con éxito los fonemas el terapeuta proporciona apoyos visuales o táctiles (por ejemplo, colocar la mano junto a la boca o percibir la salida del aire en las fricativas). Estas señales se retiran gradualmente a medida que el niño mejora; conviene ofrecer suficientes señales para que el niño pueda desarrollar imágenes kinestésicas apropiadas.

Hodson y Paden (1983) proponen un programa de tratamiento para niños con escasa inteligibilidad del habla. Además de realizar ejercicios específicos de juego como los descritos, plantean actividades de recepción sonora. Al comienzo de cada sesión el terapeuta lee lentamente una lista de palabras que contienen los fonemas deseados. Con el mismo esquema se repite la estimulación auditiva al final de la sesión. El niño debe escuchar atentamente la lista de 10 o 15 palabras durante unos minutos y no se le exige que las repita. El objetivo es focalizar la atención del niño, mejorar las habilidades de atención auditiva y de conciencia fonológica. También se contempla que los padres colaboren en el tratamiento continuando con esta estrategia de recepción en casa con la lectura de palabras y realización de juegos. La estimulación se secuencía en períodos (o ciclos) y dentro de cada uno de ellos se van trabajando distintos sonidos para facilitar la adquisición de los patrones fonológicos no adquiridos. Después de la sesión de focaliza-

ción (recepción) sonora se realizan actividades de juego con las tarjetas de las mismas palabras seleccionadas. El terapeuta intenta elicitación y establecer conversación sobre temas en los que inter venga el vocabulario escogido. El niño nombra las fichas y el terapeuta ofrece *feedback*. De este modo, se facilita la aparición en el contexto comunicativo de los patrones fonológicos buscados y se puede observar cuándo el niño comienza a incluirlos en su lenguaje espontáneo.

Cuando el niño ha adquirido suficientes habilidades de discriminación, se utilizan pares de palabras para ayudarle a reconocer diferencias semánticas de las dos producciones. Es importante reforzar las respuestas del niño, ya sea mediante refuerzo verbal o mediante actividades de juego al final de la sesión que el mismo niño pueda seleccionar.

Finalmente, hay que tener en cuenta que en la clínica los problemas fonológicos aparecen con frecuencia combinados con alteraciones fonéticas. Algunos autores plantean los límites imprecisos entre la percepción fonológica y articulatoria, y la actuación interrelacionada entre los tres niveles de procesamiento del lenguaje y el habla. Por tanto, la programación del planteamiento terapéutico, en estos casos, sigue un esquema de trabajo en el que se abordan paralelamente las tres dimensiones: fonética, fonológica y articulatoria (Evershed, 1991).

4. TARTAMUDEO

4.1. Definición

El tartamudeo es uno de los trastornos más polémicos y desconcertantes en el campo de las alteraciones del lenguaje. Se manifiesta por la interrupción de la fluidez en el habla con una frecuencia inusual. Estas alteraciones consisten en frecuentes repeticiones de sonidos, palabras o frases, en prolongación de sonidos, bloqueos o pausas inadecuadas en el discurso. En ocasiones aparecen signos de esfuerzo o movimientos en alguna parte del cuerpo asociados al habla. Sin embargo, es característico del trastorno que estas dificultades no se presenten en el habla en todas las ocasiones, ni con la misma

intensidad, sino que aparecen de forma fluctuante. El problema puede desaparecer cuando el niño lee o canta y también varía en función de las circunstancias que le rodean mientras está hablando. Factores como la presión comunicativa del contexto, la actitud del interlocutor, el tema de conversación o la emoción que sienta mientras habla, pueden influir en alterar la fluidez (véanse en la tabla 8.7 los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR; APA, 2000).

El trastorno afecta tanto a niños como a adultos, aunque el grado de alteración es mayor y más estable en los últimos (Bloodstein, 1987). La aparición suele ser temprana, habitualmente en los primeros años preescolares —entre los 2 años y medio y los 4 (Johnson, 1959; Van Riper, 1982; Yairi, 1982). El desarrollo del trastorno evoluciona habitualmente con una tendencia clara a desaparecer espontáneamente durante la infancia, ya que a lo largo del año siguiente a su aparición, el problema remite en un alto porcentaje de casos. Este hecho se ha relacionado con el desarrollo de las habilidades necesarias en el niño para organizar el lenguaje y utilizarlo adecuadamente en situaciones sociales (Starkweather, 1987).

Estas dificultades de fluidez se presentan con frecuencia dentro del desarrollo normal de los pre-

escolares. Es conocida la alta frecuencia de errores alrededor de los 3 años, bien porque el niño aún no domina la coordinación de los órganos fonoarticuladores, o porque no recuerda la palabra precisa o se siente inseguro ante el interlocutor, reflejándose en su habla vacilante y poco fluida. En un pequeño porcentaje de niños, este tipo de errores se van haciendo cada vez más frecuentes (repeticiones múltiples, prolongaciones de sonidos, presión excesiva asociada a las emisiones, etc.) y el tartamudeo se va instaurando de forma estable, pudiendo perdurar hasta la adolescencia o la edad adulta (Bloodstein, 1987; Van Riper, 1982).

4.2. Epidemiología

La prevalencia de tartamudeo en la población infantil es difícil de determinar por la gran variabilidad individual y evolutiva del trastorno; algunos estudios indican que entre un 75 y un 80 por 100 de los casos remite sin intervención profesional (Bloodstein, 1987; Yairi, 1982). La alteración varía según el tipo de población. Se presenta una proporción mayor de niños que tartamudean que de niñas —de 3 a 1— y en la población escolar se estima en

TABLA 8.7

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el tartamudeo

- | |
|---|
| <p>A) Alteración de la fluidez y de la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de uno o más de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repeticiones de sonidos y sílabas. 2. Prolongaciones de sonidos. 3. Interjecciones. 4. Palabras fragmentadas (por ejemplo, pausas dentro de una palabra). 5. Bloqueos audibles o silenciosos (pausas rellenas o sin rellenar en el habla). 6. Circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas). 7. Palabras producidas con un exceso de tensión física. 8. Repeticiones de palabras monosilábicas (por ejemplo, «le-le-le-le veo»). <p>B) La alteración de la fluidez interfiere con el rendimiento académico o laboral o con la comunicación social.</p> <p>C) Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las dificultades del habla exceden a las habitualmente asociadas a estos problemas.</p> |
|---|

un 1 por 100 (American Psychiatric Association, 2000), siendo más alta en preescolares. El problema se ha observado en distintos niveles intelectuales, mientras que no se han encontrado diferencias significativas con respecto al tipo de personalidad. La alta incidencia familiar es característica del problema; parece existir una tendencia clara a aparecer en diferentes generaciones de una misma familia.

4.3. Etiología

La etiología del tartamudeo no es todavía completamente conocida, existiendo pocos datos que proporcionen una explicación global del trastorno. Las investigaciones apuntan a considerar el origen del problema por la implicación de diferentes factores fisiológicos, psicosociales y lingüísticos.

4.3.1. Factores fisiológicos

La existencia de un patrón familiar y la mayor proporción en los varones han influido en plantear la hipótesis de una base genética en las alteraciones de la fluidez. Los estudios descartan el trastorno como hereditario, si bien está ampliamente aceptada la existencia de un factor de predisposición a padecerlo (Ham, 1990; Van Riper, 1982). Por otro lado, se han encontrado en los sujetos con tartamudeo dificultades en la planificación y realización de los movimientos del habla, excesiva tensión muscular, lentitud en los tiempos de reacción, dificultades respiratorias y articulatorias, etc. (Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1985; Starkweather, 1987). Asimismo, se ha investigado sobre las diferencias en el procesamiento hemisférico del habla y en los registros electroencefalográficos. También se han mostrado diferencias en la actividad del oído medio y en el procesamiento auditivo (More y Boberg, 1991). Según estos datos, el trastorno se relaciona con la existencia de una base orgánica (alteraciones cerebrales, en el control motor y en el procesamiento de señales), que de forma aislada o en combinación con otros factores (ambientales), puede favorecer la aparición del tartamudeo.

4.3.2. Factores psicosociales

Ante la variabilidad que presenta el problema en el contexto social, otros modelos explicativos plantean la importancia de factores psicosociales relacionados. Se cita con frecuencia en la bibliografía la actitud negativa de los padres o del interlocutor como un factor determinante en el mantenimiento y afianzamiento del tartamudeo. En unos casos, la atención a los errores puede dificultar la adquisición de la fluidez por un proceso de condicionamiento—instrumental, clásico o de evitación—. Y en otros, las correcciones pueden generar temor y ansiedad (Bloodstein, 1987; Johnson, 1959; Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1985; Van Riper, 1982) y alterar el proceso de aprendizaje de las habilidades comunicativas (Meyers y Freeman, 1985).

Como factores de riesgo en el mantenimiento de la alteración se han descrito el alto nivel de exigencia de los padres, tanto hacia el habla como hacia la conducta del niño, la escasa habilidad social, el retraimiento o ansiedad social y la baja autoestima (Bloodstein, 1987; Starkweather, 1987). En esta misma línea, se citan las situaciones conflictivas que pueda vivir el niño como factores desencadenantes y de afianzamiento del problema (Rustin, Purser y Rowley, 1991; Starkweather, Gottwald y Halfond, 1990).

4.3.3. Factores lingüísticos

El comienzo del tartamudeo entre los 2 y los 5 años coincide con una etapa de amplio desarrollo lingüístico y cognitivo. Desde una perspectiva lingüística se establece relación entre las disfluencias y posibles problemas en el desarrollo del lenguaje. Los estudios indican que los niños con tartamudeo presentan más dificultades en el área del lenguaje (retraso, problemas de pronunciación, etc.) que los niños sin problemas. Igualmente, los resultados en pruebas y medidas de lenguaje (tests de lenguaje, longitud media de emisión, etc.) son más bajas que en niños no tartamudos (Bloodstein, 1987; Wall, 1980; Wingate, 1988).

En resumen, los datos clínicos y los resultados de las investigaciones evidencian que el tartamudeo

es un trastorno complejo en el cual es posible que coexistan distintos subgrupos del trastorno con diferentes etiologías (Ham, 1990; Rustin et al., 1991; Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1985).

4.4. Evaluación

La evaluación del tartamudeo debe partir de una evaluación global que descarte la existencia de otros problemas asociados. Además, han de registrarse datos relativos al desarrollo del lenguaje y del habla para determinar la existencia de algún déficit en las habilidades lingüísticas del niño que pueda influir en la fluidez del habla y requiera plantear una intervención específica paralelamente (Gregory y Hill, 1984; Rustin, 1987):

- *Historia clínica.* Se elabora una historia clínica en la que se recogen los datos relevantes en el desarrollo del trastorno. Se registra el inicio del problema, la existencia de acontecimientos extraordinarios que hayan coincidido con la aparición de la dificultad y la evolución observada en el niño. También se debe conocer la existencia o no de antecedentes familiares.
- *Registro de habla.* Como el tartamudeo varía en función de las circunstancias que rodean la interacción, de cara a obtener una muestra representativa del habla conviene observar al niño en distintos contextos y ante tareas de diferente grado de dificultad. Así, mientras narra una historia, describe una imagen, responde a preguntas y establece una conversación, se pueden evaluar las diferencias que aparecen en la fluidez. A partir de la edad escolar también se examina el habla mientras lee un texto. La lectura seleccionada será adecuada al nivel del niño o inferior para que la habilidad lectora no interfiera en la fluidez. Se suele utilizar una grabación en vídeo en la que además del habla se registran los datos de la conducta asociada al tartamudeo y, especialmente, las manifestaciones de tensión (movimientos del cuerpo, gestos

en la cara, etc.) que se produzcan mientras habla (Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1985). Es útil también realizar la grabación del niño durante una sesión de juego con la madre y/o el padre. Esta muestra sirve, además, para observar la interacción padre-niño, el tipo de habla y el patrón comunicativo de los padres. Este registro se analiza y se obtiene un perfil de la conducta de los padres (Rustin, 1987).

- *Medida objetiva.* En los registros llevados a cabo se observa el habla y se analiza la frecuencia y el tipo de errores que comete el niño. Es conveniente utilizar una medida objetiva que sirva de línea base y aporte información sobre la situación en la que el niño se encuentra. Asimismo, es un punto de partida para la terapia y posibilita determinar la evolución en cada caso. La medida se obtiene contabilizando el número de disfluencias en cien palabras (fluidas y no fluidas), o también contabilizando el número de palabras tartamudeadas por minuto (Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1985). Con este registro se puede medir la frecuencia de errores en el lenguaje espontáneo. El mismo registro se utiliza para analizar cualitativamente las disfluencias que produce el niño (repeticiones, pausas, prolongaciones, etc.), así como la duración de los sonidos y de las pausas.
- *Variables fisiológicas.* Las variables fisiológicas que más comúnmente se alteran en los niños tartamudos son la tensión muscular, localizada en los órganos fonoarticuladores, y la alteración de la frecuencia y ritmo respiratorio. Estas variables requieren observación precisa para establecer la necesidad o no de abordarlas después en la terapia. El método de registro habitual y más útil, aparte de la poligrafía, son las grabaciones en vídeo por quedar reflejado, junto a las disfluencias, la conducta no verbal del tartamudo, como bloqueos y/o gestos en el rostro o movimientos asociados en alguna parte del cuerpo.

- *Aspectos cognitivos.* Las actitudes y opiniones de los padres ejercen un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. Es necesario conocer la conducta de los padres respecto al problema (llamadas de atención, recomendaciones o sentimientos negativos hacia el habla disfluyente, etc.) y las expectativas o exigencias hacia el habla, el lenguaje y la conducta del niño. Todas ellas están estrechamente relacionadas con el estado actual y la evolución posterior del problema (Rustin, 1987; Starkweather et al., 1990). Para obtener este tipo de información son útiles los registros de conducta de los padres en relación con el niño en la casa (actitudes, frecuencia de comentarios, nivel de exigencia, organización diaria y actividades que realizan los padres con su hijo, etc.) (Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1985).
- *Variables situacionales.* Como hemos destacado anteriormente, la frecuencia e intensidad de las disfluencias varía de una situación a otra. En consecuencia, deben anotarse con detalle las personas, situaciones, actividades, temas de conversación, etc., en los que el niño manifieste variaciones en su forma de hablar. De esta manera, se pueden determinar las variables que agravan o disminuyen el problema, haciendo un análisis funcional del trastorno de cara a la correcta planificación del tratamiento (Rustin et al., 1991).

Para examinar el habla del niño fuera de la sesión (preescolares y escolares) se requiere la colaboración de los padres y profesores. Se proporciona un cuestionario (puede resultar útil, por ejemplo, el «Cuestionario para padres», de Fernández-Zúñiga 1997), para que observen la conducta del niño en la casa y adviertan las variaciones que presenta en las diferentes situaciones y con distintos interlocutores. Habitualmente son los padres los que proporcionan esta detallada información. Finalmente, la evaluación de problemas de comunicación no debe olvidar la estrecha relación de estas dificultades con los recursos sociales del paciente y en los niños escola-

res también con el desarrollo de la autoestima. Por tanto, conviene tener en cuenta el uso de instrumentos que evalúen estos aspectos (Perkins, 1992; Rustin y Kuhr, 1989).

4.5. Tratamiento

En los últimos años se ha planteado la conveniencia de no intervenir en los problemas de fluidez antes de los 4 años. Esta perspectiva está en relación con el alto porcentaje de remisiones espontáneas que se presentan durante los primeros años. Sin embargo, en los terapeutas especialistas existe actualmente una clara tendencia a intervenir lo más tempranamente posible y antes de la edad escolar. Este nuevo enfoque terapéutico se justifica por la interpretación evolutiva del trastorno que intenta evitar la instauración de un patrón de habla disfluyente en el futuro. Por otro lado, también hay que resaltar los buenos resultados obtenidos con los programas terapéuticos que han incidido en la fluidez en las primeras etapas del desarrollo (Ham, 1990; Perkins, 1992; Rustin, 1987; Starkweather et al., 1990).

Sin embargo, cuando el tartamudeo ya está instaurado, no se pone en duda la necesidad de la intervención. En estos casos existen diferentes tratamientos que varían en función de la orientación teórica del terapeuta sobre el origen del trastorno. Algunas terapias plantean como objetivo prioritario mejorar la fluidez, mientras otras consideran necesario abordar otros aspectos relacionados, tales como los factores lingüísticos, psicosociales o emocionales (conductas de evitación, temor a tartamudear, ansiedad, etc.). Dentro de estos programas también se plantean diferencias en cuanto al momento evolutivo en el que introducir otros aspectos del programa. Un enfoque terapéutico integral, que aborde tanto la fluidez del habla como el resto de las alteraciones asociadas, se va imponiendo en la mayoría de los programas de intervención (Ham, 1990).

En general, las terapias infantiles tienden a establecer dos tipos de programas, atendiendo a la edad del niño. Uno, de tipo preventivo, para las primeras etapas de preescolar (de 3 a 6 años), y otro para escolares (de 6 a 12 años). En ambos niveles está indica-

da la incorporación de los padres, ya que se les atribuye un papel fundamental en la terapia. Como en otros problemas de comunicación, en la intervención conviene tener en cuenta los principios citados en el capítulo referido a otras alteraciones de la comunicación y del lenguaje. Específicamente, en los problemas de fluidez se añaden los aspectos que a continuación se analizan para asegurar el éxito en la terapia (Fernández-Zúñiga, 1994; Gregory y Hill, 1984; Ham, 1990; Starkweather et al., 1990).

4.5.1. Principios terapéuticos

- *Favorecer una participación activa.* La base de la terapia se centra en proporcionar dentro de la sesión aprendizajes que el niño deberá trasladar a su ambiente natural. Es, por tanto, primordial estimular una actitud activa, de participación en la terapia. En la edad escolar se favorece la responsabilidad del niño en la realización de las tareas propuestas dentro y fuera de la sesión. La asistencia a las sesiones debe ser regular y frecuente, especialmente al comienzo de la terapia.
- *Establecer objetivos a corto y largo plazo.* La reducción de las disfluencias y de otros trastornos se produce de forma gradual, por lo que los padres y el niño deben estar prevenidos para adecuar sus expectativas de mejora a la evolución y poder valorar éxitos parciales. Así, se fijan objetivos de tratamiento y tiempos de consecución de los mismos a corto y largo plazo.
- *Generalización.* Hay que tener en cuenta la necesidad de realizar un trabajo específico de generalización fuera de la terapia, planteando diversas situaciones dentro de las sesiones, similares a las naturales, en las que se ensayen las técnicas y recursos aprendidos para facilitar el traslado de estos aprendizajes a contextos reales.
- *Graduar el alta.* Una vez alcanzados los objetivos marcados se plantea una reducción de la frecuencia de las sesiones. Antes de dar

el alta se establece un seguimiento de la evolución entre 6 y 12 meses.

- *Prevenir recaídas.* Al finalizar el programa terapéutico hay que tener en cuenta la conveniencia de prevenir recaídas y establecer sesiones de recuerdo.
- *Actitud del terapeuta.* Ante los problemas de fluidez el terapeuta debe adaptar su conducta a las dificultades del niño. Se ha de proporcionar un modelo de habla con un patrón de entonación normal pero lenta, y se utilizarán oraciones sintácticamente sencillas y cortas. El estilo conversacional será pausado, con turnos de habla lentos y períodos de silencio frecuentes. Se debe reducir el número de preguntas directas y no exigir hablar (Fernández-Zúñiga, 1994). Ocasionalmente también está indicado que el terapeuta intercale algunos errores leves al dirigirse al niño (repetir una sílaba, prolongar ligeramente el sonido, hacer pequeñas pausas, etc.) que le indiquen al niño cómo reaccionar ante ellos y valorar sin ansiedad las disfluencias. A medida que el niño mejora su fluidez se debe aumentar el grado de exigencia y velocidad del habla (Starkweather et al., 1990).

4.5.2. Programa preventivo

El programa terapéutico con preescolares se lleva a cabo fundamentalmente con los padres y el niño. La intervención es de tipo preventivo, puesto que a esta edad se considera que el tartamudeo aún no está instaurado como trastorno y se basa en establecer unas condiciones favorables en el niño y en su ambiente para mantener el habla fluida y evitar que el problema se afiance. La mayoría de los programas contemplan como objetivos terapéuticos la orientación a los padres, y más recientemente, también la intervención con el niño (Ham, 1990; Irwin, 1994; Perkins, 1992; Rustin, 1987; Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1985; Starkweather et al., 1990). Dentro de esta misma línea también se plantea como necesaria la orientación al profesor en la escuela infantil.

4.5.2.1. Intervención con los padres

El programa de intervención se basa en proporcionar a los padres información y orientación. Paralelamente, deben ser asesorados respecto a la realización de determinadas tareas con el niño dentro de la casa:

- *Orientación.* El primer paso consiste en proporcionar algunos datos relevantes sobre las características, evolución y factores influyentes en la adquisición y mantenimiento del trastorno, con el objeto de ayudar a los padres a disminuir el nivel de ansiedad y facilitar una actitud adecuada ante la falta de fluidez. Se enmarcan las dificultades que presenta el niño dentro del contexto del desarrollo del lenguaje y se explica la notable influencia que ejercen en el mantenimiento del problema factores tales como la actitud de las personas que rodean al niño.
- *Modificar actitudes y conducta.* Se plantea la observación y cambio de diferentes aspectos de su conducta. Se tienden a eliminar aquellas conductas verbales y no verbales que interfieran en la comunicación y dificulten el habla del niño. Se insiste en atender al niño sin interrupciones, darle tiempo para que termine, etc., y controlar las reacciones no verbales relacionadas con la ansiedad que habitualmente surgen ante los errores del niño. Se les explica cómo observar en su conducta las expresiones faciales, el tono de voz, el gesto de las manos, etc., que acompañan y dan significado a las emisiones. En definitiva, debe atenderse cualquier cambio significativo de los padres que el niño pueda relacionar con su forma de hablar o sus interrupciones (Meyers y Freeman, 1985). En esta misma línea, tampoco es adecuado llamar la atención expresamente sobre sus dificultades, ya que se busca mejorar el habla y, en realidad, se consigue el efecto contrario. Es preferible atender a las demandas de comunicación del niño, prestando atención al contenido más que a la forma en que se están produciendo.

- *Tiempo diario.* Se programa para la casa un período de tiempo diario de intercambio padre-niño en el que se practiquen actividades sugeridas en la sesión. La posibilidad de apoyar con trabajo concreto en casa, ayuda a los padres a disminuir el nivel de ansiedad y a enfrentarse al problema. El tipo de tareas se plantean atendiendo a las preferencias del padre y el niño. Pueden ser juegos o ejercicios de estimulación que favorezcan la comunicación espontánea; que faciliten al niño la posibilidad de expresarse con fluidez y a los padres de proporcionar un modelo de habla fluida. También se pueden proponer a los padres registros de conductas o situaciones para focalizar la atención en determinados comportamientos. Observar las situaciones en las que el habla es fluida, registrar la frecuencia con que valoran al niño o pasan un rato agradable con él, así como observar la anticipación negativa a los errores del niño, son instrumentos útiles para cubrir este objetivo (Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1985). Para facilitar el aprendizaje de recursos o conductas nuevas es conveniente practicar previamente en la sesión y comentar cómo se pueden realizar en casa; esto facilita la comprensión de lo que se les pide y la tarea en la casa.
- *Adaptación del lenguaje a las dificultades del niño.* Se plantea a los padres que pueden ayudar al niño proporcionándole un modelo de habla adecuado, el cual pueden introducir paulatinamente en su vida diaria:
 - a) Reducir el número de preguntas. Parece que a los niños pequeños les afecta en su fluidez el uso frecuente de preguntas. Por otra parte, es habitual que los adultos usen preguntas directas para comunicarse con los niños. Se puede ayudar a modificar el estilo de interacción verbal con el niño reduciendo el número de preguntas y aumentando los comentarios. La estrategia de comentar incluye verbalizaciones en frases cortas que el

padre puede decir mientras se relaciona con el niño, describir lo que está haciendo, sintiendo o pensando mientras juega; es decir, pensar en voz alta.

- b) Reducir la velocidad del habla de las personas que se dirigen al niño. Los niños tienden a adaptarse a la velocidad del habla del interlocutor; cuando ésta es rápida, la coordinación de sus movimientos articuladores y la coordinación de la respiración con la fonación es más difícil. Se favorece el aprendizaje de un habla lenta reduciendo nosotros mismos nuestra velocidad de habla.
- c) Usar un lenguaje sencillo. Es decir, hablar con pausas y sin apremios, que suponga para el niño un modelo fluido fácil de imitar y que le proporcione el tiempo suficiente para tomar iniciativas en la conversación.
- d) Hablar sobre situaciones y experiencias presentes. Se ha observado que los niños aprenden a hablar con mayor fluidez y aumentan su vocabulario más rápido si los objetos y sucesos a los que uno se refiere se encuentran presentes. La presencia de los objetos facilita el proceso de recuperación del léxico (Fernández-Zúñiga, 1994).

- *Reducir las fuentes de tensión.* Cuando se evalúa la existencia de situaciones estresantes en las rutinas diarias, conviene plantear a los padres algunos cambios en la planificación de las actividades cotidianas, de forma que se le proporcione al niño un ambiente más predecible, se reduzcan presiones de tiempo y/o demandas de conducta.
- *Reforzar la comunicación.* En la interacción verbal, el refuerzo comunicativo se establece de forma implícita. Si el niño percibe que la comunicación se produce sin interferencias, su interés aumentará por ese tipo de actividades. Por tanto, no es necesario reforzar expresamente la buena marcha de la comunicación. Hay que mostrar interés en el te-

ma de conversación del niño, responder o ampliar lo que él contó es un refuerzo integrado en la comunicación. Ocasionalmente también se pueden utilizar emisiones como «cuéntame más», «sigue con eso que me estabas contando», etc., para estimular las iniciativas. Algunos autores incluyen el reforzamiento contingente con el habla fluida (Ham, 1990; Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1985).

4.5.2.2. Programa para el niño

Se trabaja con el niño en sesiones de baja estructuración y de forma indirecta. Las pautas dadas a los padres se llevan también a la sesión terapéutica. Se programan actividades de corta duración en las que se estimula la expresión espontánea. El niño debe tomar la iniciativa a través de juegos de mesa o de representación que le exijan comunicarse. El terapeuta responde con una determinada entonación a las emisiones disfluente del niño.

Las actividades de tipo lingüístico se pueden utilizar para estimular determinados aspectos del lenguaje. El terapeuta mantiene una actitud tranquila durante la sesión y practica técnicas de control del habla de modo que favorezca en el niño la imitación del patrón lento y facilite su fluidez. Las pautas dadas a los padres también se deben utilizar durante la sesión terapéutica.

4.5.2.3. Programa para el colegio

La actitud que se pide al profesor dentro del aula es similar a la citada para los padres. No debe reaccionar al habla disfluente, ni dar indicaciones; debe mantener la calma y dirigirse al niño con un habla lenta. También está indicado reducir el número de preguntas, así como la presión o exigencia en la comunicación. Con respecto a la prevención, el profesor debe derivar a otro profesional cuando observe junto a las disfluencias factores de riesgo, como pueden ser los retrasos de lenguaje, los problemas de desarrollo social y la ansiedad de los padres por la dificultad del niño.

4.5.3. Tratamiento de escolares

En la edad escolar los programas terapéuticos se suelen realizar en tres ámbitos: en la sesión con el niño, con los padres en la casa y en el colegio. La intervención se centra tanto en el control de la fluidez del habla como en producir cambios en los factores relacionados con el mantenimiento del trastorno (Fernández-Zúñiga, 1997; Gregory y Hill, 1984; Ham, 1990; Rustin et al., 1991; Santacreu y Fernández-Zúñiga, 1985).

4.5.3.1. Intervención dirigida al niño

En el caso de escolares es posible una aproximación terapéutica más directa. Conviene que el niño conozca sus dificultades, los pasos a dar en la terapia y cómo se piensa trabajar con él a lo largo de las sesiones. Es importante que sepa lo que puede esperar de la terapia y que sus expectativas sean realistas para favorecer su motivación:

- *Control del habla.* Las sesiones comienzan instaurando un patrón de habla alternativo a su forma de hablar habitual, utilizando alguna de las técnicas que reducen el tartamudeo: a) «seguimiento» o seguir a otra persona en la lectura o el habla; b) «habla rítmica», consistente en hablar con un ritmo determinado; c) «habla prolongada», que se efectúa prolongando los sonidos del habla con una transición lenta entre ellos, etc. (Ham, 1990).

Las instrucciones a utilizar han de ser adecuadas al nivel del niño según su percepción y grado de conciencia del problema, diciéndole, por ejemplo, que «vamos a hablar a cámara lenta», o en niños menores incluso a través de juegos (contando una historia de animales: la tortuga, lenta, y el caballo, rápido). Se comienza utilizando estas técnicas únicamente dentro de la sesión y, a medida que el niño aprende, se programa su uso fuera, en distintos contextos. La utilización continuada del patrón favorece la habi-

tuación. Paralelamente, se analizan los errores que se observan en el habla y se proporcionan recursos para cada caso, enseñándole «trucos» concretos para evitar los bloqueos, repeticiones, etc. (se le explica cómo la tensión excesiva produce bloqueos, cómo la falta de inspiraciones regulares favorece una emisión inadecuada y cómo la velocidad del habla no le permite controlar adecuadamente su dicción). El uso del vídeo puede facilitar esta tarea de observación de los aspectos verbales y no verbales para controlarlos.

Una vez que el niño es capaz de utilizar las técnicas y «trucos» aprendidos, se plantea cómo practicar en circunstancias reales la generalización del patrón y, por tanto, debe hacerse fuera de las sesiones. Como paso intermedio a esta etapa, se utilizan técnicas de *role-playing* o el ensayo conductual dentro de la sesión, como estrategias terapéuticas que disminuyen la ansiedad y facilitan el enfrentamiento a situaciones estresantes. El listado de situaciones obtenido en la evaluación permite elaborar una graduación de las mismas y del cómo y dónde practicar el patrón según el grado de dificultad.

Algunos programas plantean valerse de grupos terapéuticos que ofrecen la oportunidad de practicar en un ambiente social similar al real. Se posibilita así el ensayo de conductas, la observación de otros modelos de habla y de formas diferentes de afrontar conflictos e incluso distintos enfoques para interpretar los mismos fenómenos (Gregory, 1979). La falta de recursos sociales, ser poco hábil para establecer relaciones, mostrar ansiedad frente a interacciones determinadas, tener falta de asertividad, o tener una pobre autoimagen, son dificultades comunes en los niños con alteraciones del habla y pueden ser obstáculos para el aprendizaje y dificultar la generalización. Por tanto, los programas de tratamiento contemplan abordar tales aspectos de forma específica (Ham, 1990; Rustin y Kuhr, 1989).

- *Variables fisiológicas.* Paralelamente a la mejora de la fluidez del habla se plantea

como objetivo específico disminuir la ansiedad ante la comunicación (Starkweather, 1987). Generalmente se enseña al niño alguna técnica de relajación que pueda ayudarle a reducir la tensión local y generalizada y, consiguientemente, a controlar el habla. En la bibliografía especializada existen diferentes métodos adaptados a la edad del niño. Generalmente, el uso de la imaginación suele ser un sistema útil, especialmente para los más pequeños, puesto que contribuye al recuerdo de las instrucciones y a la práctica posterior (Cautela y Groden, 1986).

Una vez aprendida la técnica se aplica a aquellos puntos concretos en los que se localiza específicamente la tensión. Es habitual que ésta aparezca en los órganos fonoarticuladores y en la respiración mientras el niño está hablando, por lo que se le debe enseñar a distender dichas zonas. Se insiste en el control de la tensión a través de la práctica regular de la relajación. Con el ejercicio continuado se puede generalizar la respuesta y adquirir la capacidad de elicitar tales sensaciones en situaciones determinadas. También se contempla la posibilidad de intervenir específicamente en la respiración cuando esta respuesta está alterada. Se enseña al niño el mecanismo de la respiración, la diferente duración entre la inspiración y la espiración, y cómo este proceso se altera si se lleva a cabo con tensión, produciendo una respiración corta, irregular y descoordinada con el habla. El control de esta variable previene alteraciones de la fluidez tales como bloqueos e interrupciones (Azrin y Nunn, 1986).

- *Variables cognitivas.* Para poder llevar a la práctica el control del habla y de la tensión en situaciones sociales es necesario proporcionar al niño algunas técnicas cognitivas. Se explica al niño cómo la ansiedad está en relación con el aumento de las disfluencias, y cómo puede sustituir la anticipación negativa por autoinstrucciones de control del habla y de la tensión. De igual modo, para el enfrentamiento a determinadas situaciones

comunicativas que resultan estresantes para el niño, se utilizan técnicas de resolución de problemas (Rustin, 1987).

Otro recurso cognitivo es modificar las actitudes negativas del niño hacia el habla y la comunicación. Se plantean estrategias para disminuir la anticipación negativa, aumentar la tolerancia hacia los errores y favorecer una actitud positiva hacia la comunicación y el lenguaje, a través del cual puede expresarse, intercambiar ideas y disfrutar de la conversación (Bloodstein, 1987). Modificar estas actitudes incluye modificar ideas irracionales de perfeccionismo hacia el hecho de hablar sin cometer error alguno. Para trabajar estos conceptos se pueden proponer actividades de observación de personas cercanas y comprobar la gran variedad de formas de expresión que muestran en su lenguaje espontáneo.

4.5.3.2. Intervención con los padres

El trabajo con los padres pretende facilitar la generalización de los objetivos marcados en la sesión. El plan de intervención es similar al que se planteó con los niños preescolares. Se modifican también las conductas y actitudes negativas hacia el habla disfluyente. Se intenta reducir el nivel de ansiedad de los padres, prestando atención a la conversación del niño y al contenido de la misma. En esta edad, ya es posible en determinados momentos hablar abiertamente sobre el tema, pero procurando no dar ninguna recomendación sobre su forma de hablar. Disminuir el nivel de exigencia en los diferentes aspectos de la conducta del niño es primordial para rebajar el nivel de ansiedad y fomentar la autoestima. Se hace referencia tanto a la conducta verbal como a otros comportamientos (escolar, cumplimiento de normas, etc.). Unas altas expectativas hacia el niño suelen relacionarse con una escasa valoración de la realización de las tareas. El ajuste de las demandas comunicativas y sociales hacia el niño y las capacidades que éste va adquiriendo a lo largo del desarrollo

son un factor importante en los programas terapéuticos (Starkweather, 1987).

En este programa se planifican también actividades para los padres, de forma que en el entorno familiar se disfrute de la conversación sobre temas de interés común, de lecturas compartidas, juegos, etc. En estas tareas los padres constituyen un modelo con su conducta y su forma de hablar, mostrándose tranquilos y favoreciendo las opiniones e iniciativas del niño. En ocasiones es preciso dar pautas y patrones a los padres para mejorar sus habilidades conversacionales con su hijo. Es frecuente que los padres sientan ciertas dificultades para dialogar con el niño, en cuanto a temas a tratar, turnos, preguntas, comentarios, etc. Un buen modelo conversacional de los padres es una experiencia positiva que muestra al niño en la práctica cómo valorar la comunicación (Fernández-Zúñiga, 1994).

4.5.3.3. Intervención dirigida al profesor

La mayor parte de los programas contemplan la participación del profesor en la terapia (Ham, 1990). La relación con el profesor en la escuela puede ser un apoyo importante para el niño disfluyente. La actitud del profesor es esencial para la mejora del habla. Se sugieren recursos concretos para facilitar la fluidez y la confianza del niño, generándole una actitud positiva y receptiva, ofreciéndole un tipo de habla pausada y aceptando sus intentos comunicativos, su forma de hablar y dejándole terminar sin «ayuda». Dentro del aula debe dársele opción a participar, reduciendo los momentos de estrés y otorgándole tiempo para que conteste o pregunte, buscando intencionadamente situaciones relajadas que faciliten la conversación.

Se sugieren actividades dentro de la clase en las que sea oportuno hablar lento o con frases cortas, facilitando la lectura junto a otro compañero y fomentando la representación de papeles, recitar, etc. Asimismo, se debe dar al niño la opción de participar gradualmente en distintas tareas de diferente grado de complejidad lingüística (describir, narrar, etc.) o situaciones comunicativas más difíciles (tales como dirigirse a un grupo más amplio).

Con respecto a la valoración del niño, se puede plantear la realización de tareas que le reporten éxito frente al grupo, que le ayuden a aumentar la confianza en su capacidad y a mejorar la imagen de sí mismo. La valoración positiva del profesor es un refuerzo potente para un escolar disfluyente dentro de la escuela y, por tanto, una valiosa ayuda para su evolución.

REFERENCIAS

- Acosta, V. (dir.) (1995): *Programa de intervención en el lenguaje oral. Un enfoque interactivo en la intervención logopédica en contextos escolares*. Gobierno de Canarias: Dirección General de Promoción Educativa.
- Aguado, G. (1989): *TSA. El desarrollo de la morfosintaxis en el niño*. Madrid: CEPE.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Azrin, N. H. y Nunn, R. G. (1986): *Tratamiento de hábitos nerviosos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Baker, B. L., Brightman, A. J., Heifetz, L. J. y Murphy, D. M. (1979): *¿Cómo enseñar a mi hijo? Lenguaje y comunicación. Niveles I y II*. Madrid: Pablo del Río.
- Belinchón, M., Rivière, A. e Igoa, J. M. (1992): *Psicología del lenguaje*. Madrid: Trotta.
- Bishop, D. V. (1997): *Uncommon understanding*. Nueva York: Psychology Press.
- Bishop, D. V. y Rosenbloom, L. (1987): Classification of childhood language disorders. En W. Yule y M. Rutter (dirs.), *Language development and disorders*. Oxford: McKeith Press.
- Bloodstein, O. (1987): *A handbook on stuttering*. Chicago: National Easter Seal Society.
- Bloom, L. (1970): *Language development: form and function in emerging grammars*. Cambridge: MIT Press.
- Bloom, L. (1973): *One word at a time: the use of single-word utterances before syntax*. The Hague: Mouton.
- Bloom, L. y Lahey, M. (1978): *Language development and language disorders*. Nueva York: Wiley.
- Bosch, L. (1984): El desarrollo fonológico infantil: una prueba para evaluación. En M. Siguán (dir.), *Estudios sobre psicología infantil*. Madrid: Pirámide.

- Bosch, L. (1987): Trastornos fonológicos. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, VII, 195-200.
- Bowerman, M. (1986): Desarrollo semántico y sintáctico. En R. L. Shiefelbusch (dir.), *Bases de la intervención en el lenguaje*. Madrid: Alhambra.
- Brown, R. (1973): *A first language. The early stages*. Londres: Allen & Unwin.
- Bruner, J. (1983): *Child's talk: learning to use language*. Nueva York: Norton.
- Bustos, I. (1988): *Discriminación auditiva y logopedia: manual de ejercicios de recuperación*. Madrid: CEPE.
- Cantwell, D. y Baker, L. (1977): Psychiatric disorders in children with speech and language retardation: a critical review. *Archives of General Psychiatry*, 34, 583-591.
- Cantwell, D. y Baker, L. (1987): *Developmental speech and language disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Cautela, J. y Groden, J. (1986): *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Chapman, R. (1981): Exploring children's communicative intents. En J. Miller (dir.), *Assesing language production in children*. Nueva York: Edward Arnold.
- Cole, P. (1982): *Language disorders in children*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Cooper, J., Moodley, M. y Reynell, J. (1983): *Método para favorecer el desarrollo del lenguaje*. Barcelona: Editorial Médica y Técnica.
- Crystal, D. (1983): *Patología del lenguaje*. Madrid: Cátedra.
- De Villiers, P. A. y De Villiers, J. G. (1978): *Language acquisition*. Cambridge: Harvard University Press.
- De Villiers, P. A. y De Villiers, J. G. (1984): *Primer lenguaje*. Madrid: Morata.
- Del Río, M. J. (1997): *Lenguaje y comunicación en personas con necesidades especiales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Dore, J. (1974): A pragmatic description of early language development. *Journal of Psycholinguistic Research*, 12, 343-350.
- Evershed, S. (1991): Input training in phonological disorder: a case discussion. En M. Yavas (dir.), *Phonological disorders in children*. Londres: Routledge.
- Fernández-Zúñiga, A. (1994): Factores de riesgo en el desarrollo de la tartamudez. En: *Logopedia. Prevención, evaluación, intervención*. Actas del XVIII Congreso Nacional de AELFA. Málaga, Torremolinos.
- Fernández-Zúñiga, A. (1997): Disfemia. En M. Puyuelo (dir.), *Casos de logopedia*. Barcelona: Masson.
- Fey, M. E. (1986): *Language intervention with young children*. San Diego, California: College Hill Press.
- Gregory, H. H. (1979): *Controversies about stuttering therapy*. Tigard, Oregon: CC Publications.
- Gregory, H. H. y Hill, D. (1984): Stuttering therapy for children. En W. H. Perkins (dir.), *Current therapy of communication disorders: stuttering disorders*. Nueva York: Thieme Stratton.
- Grunwell, P. (1990): *Developmental speech disorders*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Ham, E. R. (1990): *Therapy of stuttering*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Hodson, B. W. (1980): *The assessment of phonological processes*. Nueva York: Danville Interstate.
- Hodson, B. W. y Paden, E. (1983): *Targeting intelligible speech: a phonological approach to remediation*. Austin, Texas: Pro Ed.
- Ingram, D. (1983): *Trastornos fonológicos en el niño*. Barcelona: Editorial Médica y Técnica.
- Irwin, A. (1994): *La tartamudez en los niños*. Bilbao: Mensajero.
- Jefree, D. y McConkey, R. (1976): *Ejercicios de lenguaje para niños con dificultades del habla*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- Jiménez, J. E. (1988): Imbricación de la memoria en la génesis de la dislalia funcional. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, VII, 134-156.
- Johnston, E. y Johnston, A. (1988): *Desarrollo del lenguaje*. México: Panamericana.
- Johnson, W. (1959): *The onset of stuttering*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Juárez, A. y Monfort, M. (1987): *Estimulación del lenguaje oral. Un modelo interactivo para niños con dificultades*. Madrid: Santillana.
- Kiernan, C., Jordan, R. y Sanders, G. (1990): *Cómo conseguir que el niño juegue y se comunique*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Lenneberg, E. H. (1975): *Fundamentos biológicos del lenguaje*. Madrid: Alianza.
- Meyers, S. C. y Freeman, F. J. (1985): Mother and child speech rates as a variable in stuttering and dysfluency. *Journal of Speech and Hearing Research*, 28, 436-444.
- Miller, J. (1981): *Assessing language production in children*. Nueva York: Edward Arnold.

- Miller, J. (1986): Evaluación de la conducta lingüística de los niños. En R. L. Schiefelbusch (dir.), *Bases de la intervención en el lenguaje*. Madrid: Alhambra.
- Monfort, M. (1984): Intervención logopédica. En *III Simposio de Logopedia*. Madrid: CEPE.
- More, W. y Boberg, E. (1991): Hemispheric processing and stuttering. En L. Rustin, H. Purser y D. Rowley (dirs.), *Progress in the treatment of fluency disorders*. Londres: Whurr Publishers.
- Mura, S. (1987): *La dinámica articulatoria*. Buenos Aires: PUMA.
- Pascual, P. (1978): *La dislalia: naturaleza, diagnóstico y rehabilitación*. Madrid: CEPE.
- Perkins, W. (1992): *Stuttering prevented*. Nueva York: Snighlar Publishing.
- Piaget, J. (1962): *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Madrid: Aguilar.
- Rondal, J. (1982): *El desarrollo del lenguaje*. Barcelona: Editorial Médica y Técnica.
- Rondal, J. (1988): *Trastornos del lenguaje*. Barcelona: Paidós.
- Ruder, K. F. (1986): Planificación y programación para la intervención en el lenguaje. En R. L. Schiefelbusch (dir.), *Bases de la intervención en el lenguaje*. Madrid: Alhambra.
- Rustin, L. (1987): *Assessment and therapy program for disfluent children*. Windsor: NFER-Nelson.
- Rustin, L. y Kuhr, A. (1989): *Social skills and the speech impaired*. Londres: Taylor and Francis.
- Rustin, L., Purser, H. y Rowley, D. (1991): *Progress in the treatment of fluency disorders*. Londres: Whurr Publishers.
- Siguán, M., Colomina, R. y Vila, J. (1990): *Metodología para el estudio del lenguaje infantil*. Barcelona: Abril.
- Santacreu, J. y Fernández-Zúñiga, A. (1985): *Tratamiento de la tartamudez*. Valencia: Promolibro.
- Snow, C. (1972): Mother's speech to children learning language. *Child Development*, 43, 549-565.
- Starkweather, C. W. (1987): *Fluency and stuttering*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Starkweather, C. W., Gottwald, S. R. y Halfond, M. M. (1990): *Stuttering prevention: a clinical method*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Stoel-Gammon, C. (1991): Theories of phonological development and their implications for phonological disorders. En M. Yavas (dir.), *Phonological disorders in children*. Londres: Routledge.
- Stoel-Gammon, C. y Dunn, L. M. (1985): *Normal and disordered phonology in children*. Nueva York: University Park Press.
- Van Riper, C. (1982): *The nature of stuttering* (2.^a ed.). Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Vigotsky, L. S. (1977): *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: La Pléyade.
- Wall, M. (1980): A comparison of syntax in young stutterers and non-stutterers. *Journal of Fluency Disorders*, 5, 345-352.
- Whitehurst, G. J., Fischel, J. E., Lonigan, C. J., Valdez-Menchaca, M. C., Arnold, D. S. y Smith, M. (1991): Treatment of early expressive language delay: if, when, and how. *Topics in Language Disorders*, 11, 55-68.
- Williams, B. (1991): Facilitating intelligibility: assessment, therapy and consideration across languages. En M. Yavas (dir.), *Phonological disorders in children*. Londres: Routledge.
- Wingate, M. E. (1976): *Stuttering: theory and treatment*. Nueva York: Irvington-Wiley.
- Wingate, M. E. (1988): *The structure of stuttering: a psycholinguistic analysis*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Yairi, E. (1982): Longitudinal studies of disfluencies in two-year-old children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 25, 155-160.
- Yavas, M. S. (1991): *Phonological disorders in children*. Londres: Routledge.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Acosta Rodríguez, V. M. y Moreno Santana, A. M. (1999): *Dificultades del lenguaje en ambientes educativos: del retraso al trastorno específico del lenguaje*. Barcelona: Masson.
- Bishop, D. V. M. y Leonard, L. B. (2000): *Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome*. Nueva York: Taylor and Francis.
- Mendoza, E. (dir.) (2001): *Trastorno específico del lenguaje (TEL)*. Madrid: Pirámide.
- Narbona García, J. y Chevie-Muller, C. (1997): *El lenguaje del niño: desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Barcelona: Masson.
- Paul, R. (2001): *Language disorders from infancy through adolescence: Assessment and intervention*. San Luis: Mosby.
- Peña Casanova, J. (1996): *Manual de logopedia*. Barcelona: Masson.
- Santacreu, J. y Fernández-Zúñiga, A. (1985): *Tratamiento de la tartamudez*. Valencia: Promolibro.

Un programa estructurado para el tratamiento del tartamudeo en niños

9

GUIDO AGUILAR¹

1. ASPECTOS GENERALES

El tartamudeo es un problema que se caracteriza por la falta de fluidez al hablar, encontrándose en todos los niveles socioeconómicos, en todos los niveles de inteligencia y en todos los lugares del mundo. Puede variar de una cultura a otra, pero se halla presente en todos los niveles culturales. Se presenta en el 1 por 100 de los niños y en el 0,8 por 100 de los adolescentes y se encuentra más en varones que en mujeres, en una proporción de tres a uno (American Psychiatric Association, 2000). El tartamudeo suele iniciarse de manera gradual, aunque en algunos pocos casos se inicia abruptamente, especialmente cuando es precedido por golpes en la cabeza o problemas emocionales graves.

1.1. Tipos de tartamudeo

Hay tres tipos de tartamudeo: repeticiones, bloqueos y prolongaciones. El más común es el de *repeticiones* y se caracteriza por la repetición persistente y frecuente de sonidos (como t-t-t- t-tiene), sílabas (tie-tie-tie-tiene...), o palabras (como mi-mi-mi papá...). Sin embargo la mayoría de las personas repiten sonidos, sílabas o palabras al hablar y no por eso se les considera tartamudos. Para que la repetición sea considerada un problema,

debe ser una forma característica del habla del niño, en la cual repita los sonidos con una frecuencia mayor de lo que se considera «normal»; es decir, repetir un sonido, sílaba o palabra más de tres veces seguidas, o bien repetir más de tres por minuto, de manera regular, durante el habla espontánea.

Otro es el problema de tartamudeo por *bloqueos*, en que al niño le cuesta «sacar» el sonido, como si se trabara en él y tuviera que gesticular o ejercer fuerza extrema en los labios, ojos o toda la cara, para lograr, finalmente, pronunciar, casi «expulsar», el sonido deseado. Es el caso del niño que quiere decir «papá», pero la «p» inicial pareciera no salirle, por lo que se calla, espera un momento y luego vuelve a intentarlo (algunas veces con éxito y otras sin él); o bien gesticula y ejerce fuerza con los labios, la lengua, mandíbula, boca u ojos, en un intento esforzado y desesperado por lograr que el sonido finalmente «salga»; o bien opta por buscar palabras alternativas (homónimos) para decir lo mismo, evitando las palabras que no puede pronunciar. Con frecuencia, los niños que tienen este problema interrumpen su discurso, dejan de hablar, toman «aire» o «fuerzas» e intentan pronunciar de nuevo el sonido o la palabra que se les dificulta. El tartamudeo por bloqueos se presenta con más frecuencia, en español, en las palabras que empiezan con las consonantes «b», «c», «d», «g», «m», «n», «p» y «t».

El tartamudeo por *prolongaciones* se refiere a un problema en la duración de la emisión de un sonido. Así, si éste se prolonga más de lo que se esperaría (dos segundos o más), se lo considera una forma de

¹ Clínicas de Psicología y Biorretroalimentación (Guatemala).

tartamudeo. Por ejemplo prolongar la «y» diciendo «yyyyyyo», en lugar de «yo»; o la «l» al decir «lllllla pelota». Las prolongaciones suelen presentarse con mayor frecuencia al pronunciar los sonidos «f», «l», «s» e «y».

1.2. Consistencias e inconsistencias en el tartamudeo

El tartamudeo es un problema que ha resultado de especial interés para los científicos, pues sus características son muy especiales. Es difícil encontrar dos personas cuyo tartamudeo sea igual. Algunos niños hablan fluidamente sólo cuando están con personas de confianza (como sus padres y hermanos), tartamudeando especialmente al hablar con personas extrañas, mientras que otros hablan fluidamente precisamente con las personas que les son desconocidas, y tartamudean sólo ante personas de su confianza. Algunos niños tartamudean más cuando están enojados o molestos y menos al estar tranquilos; otros, por el contrario, hablan fluidamente cuando se enojan, pero tartamudean cuando se sienten tranquilos. La mayoría de los niños que tartamudea, lo hace al hablar, pero muy pocos lo hacen al cantar. De manera curiosa, gran parte de los niños que tartamudean en un idioma, no lo hace en otro y tampoco al alterar su entonación usual al hablar, como, por ejemplo, con el «cantado» cubano, venezolano o salvadoreño o al susurrar, hablar o leer en grupo. Esto implica que el tartamudeo está sujeto, de manera muy particular, a procesos de control de estímulos: condicionamiento, discriminación y generalización de estímulos, tanto intra-verbales como sociales y de estados emocionales y disposicionales.

Sin embargo, existen consistencias en el tartamudeo de una misma persona que es necesario identificar para resolver el problema de manera apropiada. Así, por ejemplo, los niños suelen repetir un mismo sonido y tener dificultades por lo general con ciertas palabras (generalmente las mismas) y no en otras; y frecuentemente pueden identificarse las situaciones, las personas y los momentos en que el niño podrá hablar fluidamente y

aquellos en los que será muy poco probable que su habla sea correcta.

1.3. Causas del tartamudeo

Antiguamente se creía que el tartamudeo tenía una causa única, por lo que los investigadores pasaron mucho tiempo discutiendo su origen. Aun cuando no se han identificado todos los factores que parecen estar asociados causalmente con el tartamudeo, actualmente se acepta que se trata de un problema multicausal (es decir, ocasionado por causas múltiples), y que es necesaria la presentación simultánea de varios factores para que el tartamudeo ocurra. Algunos de los más importantes son los siguientes:

1. *Período evolutivo.* El tartamudeo rara vez se inicia después de los 12 años, empezando, por lo general, en el período entre los 2 y 5 años de edad. Durante este período, los niños no suelen hablar de manera fluida, puesto que es cuando empiezan a conjugar los sonidos, palabras y frases, en un intento por expresar su pensamiento de manera verbal, utilizando para ello el lenguaje. Los niños piensan más rápido de lo que pueden expresar al hablar y muchas veces empiezan a hablar sin saber exactamente qué es lo que van a decir o cómo van a decir lo que están pensando. Aún más, otras veces olvidan lo que iban a decir, al empezar una frase. Por ello, al período de 2 a 5 años suele concebirse como de «tartamudeo evolutivo», es decir, que es normal y esperable que, a esa edad, los niños repitan, prolonguen y/o bloqueen los sonidos al hablar al menos en cierto grado (véase Aguilar, Aguilar y Berganza, 1988; Cooper y Cooper, 1995). Si en ese período ocurren algunos problemas, como un exceso de atención o preocupación de los padres por las características del habla del niño, puede iniciarse un problema de tartamudeo.
2. *Factores biológicos.* El tartamudeo parece darse en familias, por lo que actualmente se

supone que tiene bases genéticas (véase Ambrose, Yairi y Cox, 1993). Aunque el papel del aprendizaje en las características del habla es también un factor importante, estudios realizados con gemelos idénticos, separados desde pequeños por razones diversas, han revelado una relación importante entre genética y tartamudeo, aun cuando las bases genéticas del problema no están del todo claras en el presente (Fensfeld, 1996).

Por otra parte, algunas investigaciones han encontrado cierta relación entre el tartamudeo y diversos problemas biológicos, desde la conducción del sonido a través de los huesecillos del oído medio (Hargrave, Kalinowski, Stuart, Armson y Jones, 1994), hasta problemas de tipo cerebral (Andy y Bhatnagar, 1991; Ardila et al., 1994). Esto se sigue investigando, pero parecen constituir factores que contribuyen a la disposición para el desarrollo de este tipo de problema.

3. *Coordinación muscular.* El habla implica una finísima coordinación en tres áreas musculares: 1) respiratoria, 2) la de los músculos que controlan la emisión de la voz, especialmente la laringe, y 3) la de la lengua, labios y mandíbula. La falta de coordinación en el movimiento de cualquiera de estos músculos presenta una condición predisponente para el desarrollo de problemas de tartamudeo. Es por ello que ciertos tipos de tartamudeo se eliminan y otros disminuyen significativamente en frecuencia e intensidad, cuando al niño se le enseña a *a)* vocalizar mejor, *b)* controlar adecuadamente el flujo de aire durante la espiración (el tiempo respiratorio en que el habla ocurre), y *c)* coordinar de manera fina los músculos de la lengua, los labios y la mandíbula.
4. *Factores emocionales.* El tartamudeo no es, en sí mismo, el reflejo de un problema de tipo emocional. Las alteraciones emocionales tienen, sin embargo, cierta influencia, puesto que la manera en que se siente una persona en relación a sí misma y/o a sus características del habla, influyen en el gra-

do en que puede aceptar su problema y coordinar mejor el tratamiento en su totalidad. Los sujetos que tartamudean desarrollan ansiedad asociada al habla, debido a la tensión que implica para ellos realizar ante otras personas una conducta (hablar) con la cual tienen problemas evidentes y que no pueden controlar apropiadamente. Es el tartamudeo el causante de la ansiedad y no la ansiedad la causante del tartamudeo, como alguna vez se creyó (véase Bloodstein, 1960a, b, 1961). Las respuestas de ansiedad, sin embargo, interfieren con la coordinación muscular fina del habla, por lo que contribuye, de manera importante, al mantenimiento del problema (Aguilar, 1982).

Por otra parte, un problema emocional puede poner al niño en una condición vulnerable y provocar la conjugación de los otros factores contribuyentes al desarrollo del tartamudeo, por lo que su función dentro de la génesis del problema debe tenerse siempre presente.

5. *Influencia de los padres.* Durante mucho tiempo se sostuvo que eran los padres quienes provocaban el tartamudeo al sobre-reaccionar ante la falta de fluidez de sus hijos durante el período de «tartamudeo evolutivo». Si bien es cierto que un niño puede desarrollar cierto grado de ansiedad al darse cuenta de la preocupación de sus padres (y/o maestros) ante las características de su habla, esto, por sí solo, no determina la generación de un problema de tartamudeo.

Hay casos en que los padres, hermanos, familiares o personas cercanas no prestan suficiente atención a un niño que se está desarrollando normalmente. Si ellos sobre-reaccionan a su habla «no fluida» durante el período de «tartamudeo evolutivo» y le prestan especial atención, entonces es posible que, por atraer, llamar o mantener su atención, el niño aprenda a hablar con un patrón de tartamudeo que más adelante ya no pueda superar por sí solo. Es decir, si aprendió a hablar tartamudeando, le será difícil no hacerlo al hablar.

Lo que sí se sabe actualmente con certeza es que la involucración de los padres resulta crucial para el tratamiento eficaz y duradero del tartamudeo (Kelly, 1995; Lincoln, Onslow, Lewis y Wilson, 1996; Rustin y Cook, 1995).

6. *El período de «arranque».* En algunas personas con problemas de tartamudeo existe una ligera anomalía en la compleja conexión entre el cerebro, las neuronas que conducen la información hacia los músculos y las células de los órganos implicados en el habla. Esta anomalía no afecta mayormente el «arranque» del habla, a no ser que estén presentes algunos factores como los anteriormente señalados. Suele compararse con el motor de un automóvil, que algunos días arranca sin problemas, pero otros, como, por ejemplo, los días en que coincide con un clima frío, con un ambiente húmedo y, tal vez, con una batería ligeramente descargada, cuesta más que el motor arranque.

2. IDENTIFICANDO LAS CARACTERÍSTICAS DEL HABLA DEL NIÑO

A continuación se expone un programa estructurado para que tanto psicólogos como otros agen-

tes de cambio (padres, profesores) puedan aplicarlo, de forma sencilla, para eliminar el tartamudeo del niño. La exposición se hará en un formato de segunda persona, con el fin de que sea más fácil entender lo que hay que hacer. Seguidamente se presenta dicho programa.

En las páginas que siguen el lector encontrará una serie de hojas de registro que le ayudarán a identificar las más importantes características en el habla del niño. Léalas cuidadosamente y analice a conciencia la información que obtenga de ellas.

1. Identifique posibles factores de influencia

Es importante detectar si existen factores genéticos, biológicos, emocionales o familiares implicados en el tartamudeo del niño. A continuación se ofrece la tabla 9.1 que, sin pretender ser exhaustiva, puede servirle de orientación. Mientras más respuestas positivas tenga, más factores estarán contribuyendo al problema.

2. Identifique las características en el habla del niño

La tabla 9.2 presenta una variedad de situaciones ante las cuales es frecuente que los niños que tartamudean presenten dificultades al hablar. Aunque el

TABLA 9.1

Identifique las posibles influencias en el tartamudeo del niño

Preguntas	Sí	No
1. ¿Empezó el tartamudeo del niño antes de los 6 años?		
2. ¿Existen antecedentes de tartamudeo en la familia?		
3. ¿Empezó el tartamudeo después de algún golpe, accidente o «trauma» emocional?		
4. ¿Sobrerreaccionaron los padres al habla del niño, durante el período de tartamudeo evolutivo?		
5. ¿Ha observado falta de coordinación entre los movimientos de la lengua y boca del niño al hablar?		
6. ¿Ha observado que la respiración del niño al hablar es poco rítmica y fluida?		
7. ¿Tiene el niño días en que habla mejor que otros?		
8. ¿Tiene el niño más problemas de «arranque» (al empezar a hablar) sólo ciertos días?		

TABLA 9.2

Características en el tartamudeo del niño

Observe cuidadosamente al niño hablar y anote si tartamudea cuando:

Características	Mucho	Poco	Nada
Sabe que va a hacerlo; si puede anticiparlo.			
Se encuentra ante personas extrañas.			
Se encuentra con personas que le son familiares.			
Está molesto, enojado.			
Está tranquilo, calmado.			
Está cansado, somnoliento.			
Está excitado, emocionado.			
Está tenso, nervioso o preocupado.			
Habla en voz baja, como susurrando.			
Grita y/o habla en voz alta.			
Cambia su entonación, su «cantado».			
Canta.			
Recita, declama.			
Lee en voz alta en grupo (con el grupo, todos en voz alta).			
Lee en voz alta.			
Repite algo que otro dijo.			
Habla por teléfono.			

objeto del mismo es detectar las situaciones que más afectan al niño, la tabla puede proporcionarle también información acerca del grado en que está extendido el problema. Así, mientras mayor sea el número de situaciones que califique como «Mucho», mayor será la magnitud del problema, y mientras más puntúe como «Nada», menor será ésta.

3. Identifique personas que influyen en el tartamudeo del niño

Los niños habitualmente tartamudean más ante personas con ciertas características (que en su historia han quedado asociadas con el habla) y menos ante

otras, frecuentemente con características distintas u opuestas. Rellene la tabla 9.3 y luego analice cuidadosamente las características que esas personas tienen en común; por ejemplo, ser autoritarias, demandantes, tranquilas, aceptantes, hombres, mujeres, etc.

4. Identifique los lugares en donde el niño tartamudea

Las personas que tartamudean suelen desarrollar temores, tensiones y ansiedades que quedan asociadas a ciertos lugares debido al tipo de experiencias que han tenido en ellos o en lugares similares o por las expectativas que desarrollan acerca de las perso-

TABLA 9.3

Lista de personas ante quienes más y menos tartamudea el niño

El niño tartamudea más al hablar con las siguientes personas:

Nombre	Relación con el niño

Estas personas tienen las siguientes características en común: _____

El niño tartamudea menos al hablar con las siguientes personas:

Nombre	Relación con el niño

Estas personas tienen las siguientes características en común: _____

nas, la situación o el ambiente de los mismos. Puesto que cada individuo ha tenido experiencias diferentes, es importante identificar los lugares que hayan quedado más significativamente asociados con el tartamudeo del niño. Para hacerlo, complete cuidadosamente la tabla 9.4.

5. Diagnóstico del tipo de tartamudeo del niño

El niño puede tener un sólo tipo de tartamudeo o una combinación de varios de ellos. Para saberlo, escúchelo hablar y leer durante un período de 10 minutos, por un mínimo de tres días. Después, res-

TABLA 9.4

Situaciones, lugares y su relación con el tartamudeo del niño

El niño tartamudea más cuando está en los siguientes lugares o situaciones:

Situación o lugar	¿Por qué?

(Analice el colegio, el recreo, la casa de abuelos, tíos, amigos, la iglesia, etc).

ponda cuidadosamente las preguntas de la tabla 9.5 y detecte, por sus respuestas, el tipo de tartamudeo que tiene.

6. Evaluación del tartamudeo

Grabe 10 minutos de un casete, golpeando la mesa con un lápiz exactamente cada 30 segundos. Tendrá, entonces, una cinta preparada para evaluar la frecuencia del tartamudeo del niño. Para realizar la evaluación durante la *lectura*, pídale que lea un cuento. Si aún no sabe leer, ignore esta instrucción. Luego, para evaluar su *conversación*, pídale que relate la historia que leyó, o una aventura que haya tenido, su programa o película favorita, o lo que encuentre útil para evaluar su habla de manera continua durante 10 minutos consecutivos. Marque una anotación (/) en la casilla correspondiente a cada período de 30 segundos en que el tartamudeo haya estado presente y una equis (X) si no ocurrió durante ese período. Y continúe así, hasta completar los 10 minutos de la evaluación. Lo ideal es repetirla durante tres días consecutivos, al menos una vez cada día, para asegurarse que la evaluación refleje los patrones

generales del habla del niño, y no las características de un solo momento en particular (véase tabla 9.6).

Para analizar los resultados de este procedimiento de evaluación en porcentaje de períodos en que el tartamudeo ocurrió, utilice la siguiente fórmula:

$$\% \text{ Tartamudeo} = \left(\frac{\text{N.º de casillas en que el tartamudeo ocurrió}}{\text{N.º de casillas totales (20)}} \right) \times 100$$

Para sacar el porcentaje de tartamudeo por sesión, sume el número de casillas en que el tartamudeo se presentó, divídalo entre el número total de casillas (20 en este caso) y multiplique este resultado por 100.

Un procedimiento más sofisticado, más preciso, pero más complejo para evaluar el tartamudeo, consiste en grabar el habla del niño (ya sea en lectura o habla espontánea) y luego identificar, en la grabación, el número de sílabas habladas (o leídas) por minuto, durante un período mínimo de 20 minutos. Más tarde, de manera similar, se identifica el número de sílabas habladas por minuto. Y aplicando una fórmula puede identificarse el porcentaje de sílabas

TABLA 9.5
Identifique los tipos de tartamudeo del niño

Tipo	Características especiales	Lectura		Conversación	
		Sí	No	Sí	No
<i>Repeticiones</i>	Repite al empezar una frase u oración.				
	Repite a la mitad de una frase u oración.				
	Repite al iniciar las palabras.				
	Repite a la mitad de las palabras.				
	Repite sílabas.				
	Repite palabras completas.				
	Repite frases u oraciones completas.				
	Usualmente repite más de dos veces el sonido, palabra, frase u oración.				
<i>Bloqueos</i>	Tarda antes de empezar a hablar.				
	Guarda largos períodos de silencio entre palabras, frases u oraciones.				
	Interrumpe el habla inesperadamente.				
	Tensa de manera inusual los ojos, la boca y/o la lengua al hablar.				
	Al empezar a pronunciar una palabra que le cuesta, busca sustituirla por otra.				
	Utiliza palabras «comodín», como «ehh, ehh»; «mmm mmm»; «estee, estee»...				
<i>Prolongaciones</i>	Prolonga algunos sonidos de manera inusual (2 segundos o más) al hablar.				

tartamudeadas en función del número de sílabas habladas por minuto. Esto permite identificar más finamente el número de sílabas tartamudeadas (en función del número de sílabas habladas) por minuto, por sesión o por condición general de línea base. La fórmula para identificar el número de sílabas tartamudeadas por minuto (STM) es la siguiente:

$$\% \text{ STM} = \left(\frac{\text{N.º de sílabas tartamudeadas por minuto}}{\text{N.º de sílabas habladas por minuto}} \right) \times 100$$

En la literatura técnica sobre el tartamudeo se encuentran técnicas y métodos de observación, registro y análisis mucho más sofisticados, que exceden los propósitos de este programa (el lector interesado puede consultar, por ejemplo, Aguilar et al., 1988; Aguilar y Berganza, 1989; Cordes e Ingham, 1994a, b, 1996; Cordes, Ingham, Frank y Costello-Ingham, 1992, entre otras fuentes).

Es recomendable plasmar en gráficos los resultados de esta evaluación y evaluar cada una de las sesiones de trabajo terapéutico.

TABLA 9.6
Hoja de evaluación

Lectura	Períodos de 30 segundos c/u																			
Tipo de tartamudeo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Repeticiones																				
Bloqueos																				
Prolongaciones																				

Resumen: N.º de casillas positivas anotadas para repeticiones = _____
 N.º de casillas positivas anotadas para bloqueos = _____
 N.º de casillas positivas anotadas para prolongaciones = _____

Conversación	Períodos de 30 segundos c/u																			
Tipo de tartamudeo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Repeticiones																				
Bloqueos																				
Prolongaciones																				

Resumen: N.º de casillas positivas anotadas para repeticiones = _____
 N.º de casillas positivas anotadas para bloqueos = _____
 N.º de casillas positivas anotadas para prolongaciones = _____

7. Identifique los sonidos en que el niño tartamudea

Después de haber identificado si el niño tiene problemas de repeticiones, bloqueos y/o prolongaciones, así como la frecuencia con que el niño tartamudea, será importante hacer un cuidadoso análisis de cuáles son los sonidos con los que el niño más problemas tiene. Para ello, complete la tabla 9.7.

Finalmente, después de haber completado y analizado la información que usted anotó en todas y cada una de las tablas, tendrá una idea bastante completa de las características del problema del niño. Y estará en condiciones de utilizar esa información e iniciar el programa de tratamiento.

3. TRATAMIENTO DEL TARTAMUDEO

Si siguió cuidadosamente las indicaciones anteriores, ya sabrá usted cuál es el tipo de tartamudeo predominante del niño, su frecuencia, gravedad, las áreas de su vida que afecta, los momentos y situaciones en que se presenta y las personas ante quienes más frecuentemente ocurre. Es, pues, el momento de abordar su tratamiento.

Al igual que otro tipo de problemas, el tartamudeo se elimina con mayor facilidad si se trata a una edad temprana, en cuanto aparece. Eso facilita no sólo el tratamiento, sino que garantiza resultados más duraderos y generalizables (Lincoln, Onslow Lewis y Wilson, 1997; Yairi, Ambrose y Niermann,

TABLA 9.7

Identifique los sonidos de mayor dificultad para el niño

1. Repite los sonidos que empiezan con las letras: _____
2. Se bloquea en los sonidos que empiezan con las letras: _____
3. Prolonga los sonidos que empiezan con las letras: _____

1993). Mientras mayor sea la persona que lo padece y más tiempo tenga el problema de haber aparecido, mayores serán las complicaciones asociadas al tartamudeo y más tiempo, técnicas y esfuerzos serán necesarios para eliminarlo.

Algunas personas, al no saber qué hacer, optan por sugerir esperar a ver qué características toma el problema, con la esperanza de que se elimine con el paso del tiempo. Si se trata de un tartamudeo evolutivo, el problema puede eliminarse solo. Sin embargo, en el caso de un tartamudeo auténtico, si se espera, éste puede avanzar hacia fases en las que su eliminación puede ser compleja, larga y costosa. Por ello, en caso de duda, es preferible consultar con un especialista en el tema, que por lo general será un terapeuta de lenguaje, foniatra o psicólogo especializado.

El programa de tratamiento que se describe a continuación fue desarrollado por el autor con base en su experiencia clínica, incorporando principios, técnicas, elementos y hallazgos de investigación de diversos autores, como los de Aguilar (1982) acerca del manejo de la ansiedad condicionada al habla del sujeto tartamudo; la técnica del habla lenta (Berstein-Ratner, 1992) y la del habla prolongada (Onslow, Costa, Andrews, Harrison y Packman, 1966; Onslow, Hayes, Hutchins y Newman, 1992; Onslow, VanDoorn y Newman, 1992); la forma de lidiar con el conflicto interpersonal, el manejo de la presión social y estados emocionales negativos

para prevenir la recaída (Blood, 1995); el tratamiento sugerido por Craig (1996), añadiendo técnicas respiratorias y reestructuración cognitiva al habla lenta; el entrenamiento en fluidez, combinado con autoinstrucciones y reestructuración cognitiva (Daly, Simon y Burnett-Stolnack, 1995); la identificación y el entendimiento del tartamudeo y la fluidez, con instrucciones precisas y moldeamiento del habla fluida y entrenamiento en estrategias de generalización y mantenimiento, como lo propusieron Healey y Scott (1995); la involucración activa de los padres en el tratamiento de sus hijos (Kelly, 1995; Lincoln et al., 1996); la disposición de condiciones y variables externas y de control de estímulos para favorecer el habla fluida (Mowrer, 1979); el control voluntario del habla, con autorrefuerzo, estrategias de generalización y transferencia, así como entrenamiento en el habla no vigilada, propuesta por Shames y Florance (1980); la importancia de la relajación para el control de los músculos de la laringe (Starkweather, 1982, 1995); el manejo de las deficiencias en la coordinación de la estructura respiratoria (Williams y Brutten, 1994); la importancia del tratamiento a edades tempranas para mejorar su eficacia y pronóstico (Yairi et al., 1993); las implicaciones de la hipótesis de la reparación encubierta de las disfluencias del habla, propuesta por Yarus y Conture (1966), así como diversos conceptos y técnicas señalados por Van Riper (1971, 1973).

3.1. Programa estructurado para eliminar el tartamudeo

1. Hable sincera y abiertamente sobre el problema

Con frecuencia los padres y maestros, al no saber cómo abordar el problema con el niño, optan por no hablar con él del tartamudeo, temiendo provocar un problema emocional adicional. En verdad puede afectársele más si no se habla abiertamente del problema, pues el niño, que sabe bien que lo tiene, puede haber desarrollado una serie de temores y especulaciones fantasiosas acerca del mismo, haciendo del tartamudeo un verdadero tabú. Si usted habla abierta y sinceramente del tartamudeo con el niño, le ayudará a preguntar y expresar sus dudas y aclarar las inquietudes, preocupaciones y frustraciones que tenga al respecto.

Dígale que es un problema que hay que solucionar y que lo van a hacer juntos, pero no le dé la impresión de que se trata de un problema grave. Explíquelo que nada tiene que ver con su inteligencia, capacidad, ni con el cariño que le tienen. Y que no es culpa suya el tenerlo. Pero que hay que trabajar en conjunto para resolverlo.

Aunque será inevitable que algunas personas —especialmente niños— se burlen de él o se turben cuando lo escuchen hablar, evite que esto suceda en casa, con los hermanos y demás familiares. Y prepárelo para manejar las risas y burlas de los compañeros de manera asertiva.

2. Enseñando al niño a respirar

Coloque la mano sobre el diafragma (zona del plexo solar) del niño y dígame que haga una inhalación lenta y profunda que llene los pulmones de aire y desplace su mano hacia arriba. Pídale luego que exhale (que saque el aire inhalado) y que al vaciar los pulmones haga descender la mano que usted colocó sobre su diafragma. Enséñele así a respirar: inhalando lenta y profundamente y cuidando de vaciar los pulmones también de manera lenta. Busque una respiración rítmica, pausada, tranquila. Practique por períodos de cinco a diez minutos, por

lo menos diez veces al día. Es preferible practicar de pie o acostado.

Precaución: Es posible que, al hacer el ejercicio respiratorio, el niño reciba más oxígeno del que su cuerpo está acostumbrado. Por ello, puede experimentar hiperventilación, una sensación de debilidad y mareo, cosquilleo o adormecimiento en las manos, brazos y/o piernas. Si esto sucede, dele una bolsa de papel (*no de plástico*) y pídale que respire dentro de ella por un momento. Esto será suficiente para regular el nivel de oxígeno-dióxido de carbono, por lo que después de un breve período de tiempo (un minuto) estará listo para continuar. Advierta al niño que si llega a sentir las sensaciones anteriormente descritas, interrumpa el ejercicio de inmediato y le avise. Esté alerta, pues si el nivel de oxigenación aumenta desproporcionadamente, el niño puede experimentar un ataque de pánico e inclusive llegar a desmayarse. Esto no sólo dificultaría enormemente el tratamiento, sino que añadiría un temor condicionado adicional. Así que esté alerta.

3. Prolongando las vocales

Cuando el niño ya sepa respirar correctamente, pídale que inhale de manera lenta y que, durante la espiración, saque el aire prolongando una vocal:

- a) Inspira (inhala) lentamente.
- b) Espira: Saca el aire lentamente por la boca, pronunciando suave y largamente el sonido «AAAAAAAAAA...», hasta que el aire se acabe.

Inicialmente trabaje sólo la «A». Explique al niño que el tartamudeo ocurre durante el tiempo de espiración y que este ejercicio tiene por objeto aprender a sacar el aire de manera controlada, mientras vocaliza.

Pueden pasar dos, tres o cuatro días sólo con este ejercicio. No asuma que el niño puede hacerlo correctamente. Aun cuando lo haga correctamente, practíquelo a conciencia, pues está reeducando los mecanismos del habla del niño. Después de cuatro días de practicarlo un mínimo de cinco veces diarias, entre 10 y 15 minutos cada vez, empiece a

cambiar de vocal. Después de la «A», practique sólo la «E», luego la «I» y así sucesivamente las demás vocales. Posteriormente, empiece a combinarlas. Por ejemplo, «AEAEAEAEAEAE...» o «AIOAIOAIOAIO...» o «AEIOUAEIOU...», hasta que el aire se le acabe. Es importante que el niño una el sonido de las vocales («AEAEAE...») y no las pronuncie por separado (por ejemplo, «A-E-A-E-A-E» o «AE- AE-AE-AE...»).

4. Listado de palabras

Elabore un listado de 50 palabras o más, entre mono y bisilábicas (de una o, máximo, dos sílabas), que idealmente empiecen por vocal y contengan las letras que al niño menos le cueste pronunciar. Por ejemplo:

Así	Esa	Iba	Oso	Un
Ala	Eme	Isa	Ola	Una
Ama	Era	In	Oca	Uno
Ata	Efe	Ica	Otto	Ufa
As	El	Ir	Om	Ula

5. Repetición lenta de palabras

Lea una palabra en voz alta (de las de la lista anterior o el listado que usted elaboró) y pronúnciese la al niño de manera larga y prolongada, con mucho aire durante la espiración y la pronunciación, sirviéndole de modelo. Por ejemplo: «Aaaaassss ííííí...». Pida al niño que inhale lenta y tranquilamente, que empiece a exhalar lentamente y, un momento después (uno o dos segundos), que pronuncie en voz alta la palabra, prolongándola intencionadamente y sacando tanto aire como le sea posible. Deberá salirle entonces una palabra lenta, fuerte y con mucho aire. Pídale (y cuide) especialmente que una todos los sonidos de las palabras, que no los separe. Por ejemplo, si va a prolongar la palabra «Oso», deberá salirle, de una sola exhalación: «Oooooossssooo...». No le permita (ni acepte) un: (exhalación) «Ooooo- (segunda exhalación)... ssssoo». Por otra parte, asegúrese que prolongue *todos* los sonidos de la palabra y no sólo algunos. No le permita, por ejemplo, un «Ooooooso».

El objeto de este ejercicio es enseñar al niño a pronunciar fluidamente todos los sonidos de una palabra, sin quebrar el flujo respiratorio durante la pronunciación. A la vez, se pretende enseñar al niño a tener control sobre los sonidos que pronuncia.

Utilice todo el tiempo que sea necesario y trabaje con el niño con paciencia y calma. Con su trabajo dedicado y paciente, el niño irá aprendiendo a ejercer cada vez mayor control sobre su pronunciación y a hablar con un ritmo respiratorio adecuado, fluido. Si el niño se bloquea o repite un sonido o palabra durante los ejercicios, interrúmpale inmediatamente. Pídale que haga primero una respiración completa y, luego, que tome aire lenta y profundamente y que durante la espiración repita nuevamente la palabra correspondiente. Recuérdele que lo haga prolongando *todos* los sonidos de la palabra, uniéndolos entre sí. Explíquelo que si la palabra entera sale de una sola exhalación y flujo de aire por la laringe, le será más fácil pronunciar sin tartamudear. Esto se debe a que una vez los músculos han iniciado su dinámica entre tensión-vibración y movimiento, tienen menor probabilidad de interrumpirse, bloquearse y contraerse, lo cual es más probable que suceda si interrumpe el flujo de aire y deja de unir los sonidos.

6. Frases

Elabore un listado de 50 o más frases cortas. Cuando el niño pueda ya pronunciar palabras sueltas sin tartamudear, proceda con las frases, de la misma manera indicada para la repetición de palabras. Pídale que las prolongue, que las pronuncie lentamente, con mucho aire, en voz alta, y pídale que no sólo una los sonidos de las palabras, sino también las palabras entre sí. Por ejemplo, en lugar de separar la frase «Una-casa» en dos palabras, que lo pronuncie unido, como si fuera una sola: «Unacasa», en una sola espiración. Recuerde, por otra parte, que el sonido debe continuar prolongado en esta etapa, de manera que, en el ejemplo anterior, primero debe inhalar y durante la exhalación, deberá pronunciar la frase como: «Uuuuuunnnnaaaccccaaaaassssaaaaa...».

Sólo cuando el niño pueda realizar este ejercicio respirando bien, prolongando el sonido de la

manera indicada y sin tartamudear, estará en condiciones de empezar gradualmente a pronunciar las palabras y frases de manera menos prolongada, hasta que lleguen a ser sólo pronunciaciones un tanto lentificadas.

7. Oraciones

Proceda de la misma manera que con las frases. Cuide de programar oraciones cortas inicialmente y, luego, pruebe con otras gradualmente más largas. Enséñele a tomar aire al final de algunas frases de una oración larga. Por ejemplo, ante la oración: «La casa de Juan es muy bonita y queda cerca», puede unir las palabras de las oraciones, y tomar aire lenta y tranquilamente, antes de continuar con la siguiente frase de la misma. Por ejemplo: (Inspira lento; empieza a espirar y, un segundo después, sin dejar de exhalar, empieza a hablar) «LacasadeJuan...» (saca el aire restante) (inspira lentamente, espira)... «esmuybonita...» (termina de sacar el aire restante; inspira y luego empieza a exhalar)... «yquedacerca...» (saca el aire restante).

Importante: La tendencia de los niños es a familiarizarse con la situación y a tomar una seguridad superficial muy pronto, por lo que fácilmente empiezan a hablar más rápido de la cuenta y a hacer caso omiso de las instrucciones: cortan el flujo de aire en cualquier punto de la oración o frase y tienden a decir la oración completa, en lugar de frases separadas. No lo permita. Insista en el trabajo ordenado y lento, paso a paso. Permítale hablar más rápido y sin cortar las oraciones, muy gradualmente, después de un tiempo, cuando ya esté hablando sin problemas. Recuerde que está reestructurando la coordinación de una serie de complejos patrones de respuesta muscular, neurológica y cerebral. Dele tiempo, avance lentamente. Cuando, finalmente, su lenguaje sea de una velocidad normal en las oraciones de trabajo, pase a la fase siguiente.

8. Párrafos

Los párrafos son secuencias de oraciones. Pueden trabajarse leídos o hablados. Es importante recordar que se van a trabajar *sólo* durante los perío-

dos de entrenamiento, que deberán ser ahora de 20 a 30 minutos, tres veces diarias.

Mientras el niño lee o habla, mantenga la atención sobre su fluidez. Felicítelo y apruébelo cada cierto número de oraciones que hable fluidamente. Si repite, se bloquea o prolonga el sonido, interrumpa su habla en el instante mismo en que lo haga y pídale que deje de hablar, que respire profundamente y empiece de nuevo la misma frase u oración, respirando de la manera ya indicada. Un «No» u «Otra vez», suelen resultar suficientes para que en el futuro el niño sepa lo que tiene que hacer.

9. Fluidez en el habla y respiración inicial

Cuando el niño esté hablando básicamente bien con este procedimiento, pídale que hable en bloques continuos de oraciones, sin interrumpir el flujo de aire y sin fraccionar palabras ni frases, respirando profundamente sólo al inicio de cada oración. Y cuando lo esté haciendo correctamente y sin tartamudear, instrúyalo para que tanto su inhalación inicial como las siguientes (entre una oración y otra) adquieran una intensidad normal y no sean especialmente notorias. Asegúrese que su discurso verbal sea fluido, no fraccionado. Por ejemplo: (inhala normalmente) «Asegúresequesudiscursoverbalseafluido» (inhala) «quenoseafraccionado». Este procedimiento permite corregir tanto las repeticiones como los bloqueos y las prolongaciones.

4. EXTENDIENDO LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Hasta aquí el tratamiento se habrá realizado, por lo general, en un solo lugar (consulta, clínica, casa o aula) y ante una sola persona (usted, quien llevó a cabo el programa). Esto significa que el niño habrá eliminado o disminuido notablemente su tartamudeo ante usted, en las situaciones de práctica y en ese lugar. Tal vez haya mejorado un poco en otros momentos y ante situaciones y lugares distintos a aquéllos en que trabajó; pero eso no va a ocurrir siempre, con todos los niños, ni de manera automática. De manera que es necesario programar algunos

pasos específicos para asegurarse que los efectos del tratamiento van a extenderse a otras personas y situaciones.

a) *Personas*

1. Tome la lista de personas ante quienes menos tartamudea el niño (tabla 9.3) y programe sesiones de trabajo iguales a las descritas anteriormente, con cada una de ellas de manera individual —primero— y con varios de ellos juntos —posteriormente—, en grupos de dos y de tres. El «invitado» de ocasión no deberá hacer correcciones al niño, sino sólo estar presente, hablar tranquilamente con él, mostrándose aceptante y calmado. Si el niño repite, prolonga o bloquea el sonido, deberá ser *usted* quien le dé las instrucciones pertinentes. Haga cualquier corrección de manera directa, tranquila, segura y breve. Directa significa no cohibirse por la presencia del invitado. Indique al niño que respire, que hable más lentamente, que una mejor las palabras, o dé la instrucción correspondiente en el momento que la corrección sea necesaria.

Una corrección tranquila implica no molestarse con el niño, ni regañarlo. Esto lo pondría tenso, ansioso y le impediría realizar las correcciones necesarias. Recuerde que la ansiedad y la tensión interfieren con el control fino de los músculos implicados en el habla. Se trata sólo de ayudarlo a hacerse consciente de sus patrones de respiración y de habla.

Corregir de manera segura y breve quiere decir dar instrucciones directas, sencillas, sin extenderse en lo que el niño ya aprendió, dándole la impresión de que usted sabe muy bien lo que espera de él, manteniendo una actitud de confianza en él, de que sabe que el niño puede hablar bien, con suficiente tiempo, dedicación y paciencia.

2. Cuando el niño ya esté hablando correctamente con las personas de la primera lista, tome la lista de las personas ante quienes el niño ha tenido más dificultades para hablar

(tabla 9.3). Pídale inicialmente que imagine, durante las sesiones de entrenamiento que tiene a solas con usted, que está hablando con ellos, uno cada vez, empezando por aquél ante quien menos tartamudea el niño, para terminar con la persona que más lo provoca. No se limite a darle la instrucción completa, dirija usted el ejercicio, persona por persona, asegurándose que al imaginarlo, el niño se siente bien, cómodo y tranquilo y que en su fantasía se ve a sí mismo hablando con perfecta fluidez. Si lo desea, puede instaurarse un procedimiento completo de desensibilización sistemática (Wolpe, 1992) o incluso EMDR (Shapiro, 1995; Shapiro y Forrest, 1998).

Cuando el niño se sienta cómodo con el ejercicio, consiga, de ser posible, a las personas de la lista, para que el niño hable con ellos. En este caso, el ejercicio deberá seguir las directrices señaladas en el apartado anterior. Si no puede conseguir a las personas de la lista, busque otras que sean más accesibles y guarden cierta semejanza física y/o en carácter y personalidad con ellas, para el ejercicio.

b) *Situaciones difíciles*

Practique el habla fluida del niño en los diferentes lugares y situaciones que anotó como difíciles en la tabla 9.4. Hágalo en todas o en algunas de ellas, así como en las que se sugiere a continuación. El niño deberá:

1. Pedir la hora a algunas personas extrañas que encuentre por la calle.
2. Solicitar información en algunas tiendas, almacenes y supermercados.
3. Comprar solo el pan, helados u otras cosas.
4. Solicitar diferentes tipos de información por teléfono. Por ejemplo, al cine, teatro, algunas empresas, a la compañía telefónica, etc.
5. Llamar por teléfono a algunos familiares, amigos y/o compañeros.
6. Llamar al azar a cualquier número telefónico «equivocado» y preguntar por alguna persona conocida. Luego, que se disculpe.

7. Preguntar en algunos almacenes por productos que definitivamente no vendan en ese lugar, como hojas de papel en una ferretería.
8. Comprar algo barato con un billete alto. Por ejemplo, pague con un billete de 100 algo que cueste 1.
9. Comprar algunos objetos con el propósito exclusivo de volver posteriormente para solicitar que se los cambien.
10. Contar chistes, historias o cuentos a un pequeño grupo de amigos o familiares.

Los ejercicios del 6 al 10 tienen como propósito fundamental asegurarse de que el niño pueda continuar hablando de manera fluida aun en situaciones difíciles. El propósito del ejercicio es simplemente hacerlo, independientemente de los resultados. Por ejemplo, al querer comprar algo que valga 1 con un billete de alto valor, puede ser que no se lo quieran vender. Eso realmente no importa y así debe comunicárselo al niño con anticipación para evitar su frustración. Lo importante es que se atreva a hacerlo. Recuerde que todas son situaciones de práctica. Permanezca cerca para dar instrucciones si fueran necesarias.

c) Practique en lugares diferentes y variados

Tome la lista de lugares en los que más suele tartamudear el niño y trabaje en ellos. La forma de hacerlo consiste simplemente en que vaya usted a esos lugares con el niño y hablen allí, primero sólo él y usted y, posteriormente, con las demás personas que suelen estar en esos lugares. Si bien cada niño tendrá sus propios lugares de mayor dificultad, puede utilizar como una guía adicional la lista de lugares que se presenta a continuación: 1) el colegio, 2) la casa de los abuelos, 3) la casa de ciertos familiares (especialmente los que tienen un tono de voz alto y/o son personas dominantes); 4) el cine, 5) el teatro, 6) un restaurante, 7) la calle, 8) el consultorio de un médico, 9) un hospital, 10) el estadio de fútbol, 11) un club deportivo, etc.

d) Ejercicios de visualización

Relaje al niño y pídale que imagine, lo más vívidamente posible, imágenes de sí mismo hablando

fluidamente, delante de sus compañeros, de familiares y extraños. No deje el ejercicio a la inventiva del niño. Descríbale situaciones específicas, como, por ejemplo, escenas en las cuales esté hablando con unos pocos amigos y, posteriormente, ante toda su clase; o bien recitando, discutiendo, contando chistes, haciendo bromas, alegando, enfadado, apurado, etc. Es fundamental que el niño se logre visualizar hablando de manera fluida, pues será capaz de lograr lo que sea capaz de visualizar. Felicítelo por visualizaciones de habla fluida.

e) Finalmente, elimine la supervisión

A estas alturas, el niño estará ya hablando bien y fluidamente en todas o en la gran mayoría de ocasiones y, prácticamente, en todas partes. Empiece entonces a eliminar su supervisión. Hágalo gradual y sistemáticamente, apartándose un poco de él, alejándose cada vez un poco más, hasta que el habla del niño no dependa de la presencia del terapeuta, padre o maestro que llevó a cabo el programa. Y antes de dar éste por concluido, si no ha realizado evaluaciones continuas, realice una nueva evaluación del tartamudeo del niño, tal y como se señaló anteriormente, con el fin de observar, comparar y analizar los progresos.

f) ¿Y si el niño no mejoró lo suficiente?

El programa que aquí se presentó es sencillo, pero ha demostrado ser eficaz para eliminar la mayor parte de problemas de tartamudeo en los niños. Sin embargo, es importante saber que no es, en ningún caso, la única modalidad de tratamiento. Si su cliente, hijo o alumno no mejoró tanto como hubiera deseado, revise primero con cuidado y a conciencia si aplicó completo el programa aquí descrito y de la manera indicada. Puede probar hacerlo todo de nuevo, paso por paso. Puede ser que se haya saltado pasos o bien que haya pasado de uno a otro antes de tiempo. Si aún después de haber llevado a cabo el programa por segunda vez el niño sigue con problemas, llévelo a un profesional en la materia, un terapeuta del habla o psicólogo especializado, para que le haga una evaluación más técnica y le

aplique una modalidad de tratamiento que se adecue más a las necesidades de su niño.

El tartamudeo es un problema que *puede* solucionarse; especialmente si el niño es pequeño y no se ha asociado con complicaciones adicionales. Y cualquier esfuerzo por solucionar el problema de su cliente, hijo o alumno, definitivamente vale la pena, pues es una persona que puede hablar correctamente.

REFERENCIAS

- Aguilar, G. (1982): Ansiedad y comportamiento de tartamudeo. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 1, 33-60.
- Aguilar, G., Aguilar, M. T. y Berganza, M. R. (1988): El tartamudeo y su detección temprana. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 6, 41-51.
- Aguilar, G. y Berganza, C. E. (1989): Sesgo en los registros observacionales de la conducta de tartamudeo. *Revista Interamericana de Psicología y Educación*, 2, 43-56.
- Ambrose, N. G., Yairi, E. y Cox, N. (1993): Genetic aspects of early childhood stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 701-706.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*, (4.^a edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor.
- Andy, O. J. y Bhatnagar, S. C. (1991): Thalamic-induced stuttering: Surgical observations. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 796-800.
- Ardila, A., Bateman, J. R., Niño, C. R., Pulido, E., Rivera, D. B. y Venegas, C. J. (1994): An epidemiologic study of stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 27, 27-48.
- Berstein Ratner, N. (1992): Measurable outcomes of instructions to modify normal parent-child interactions: Implications for indirect stuttering therapy. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 14-20.
- Blood, G. W. (1995): A behavioral-cognitive therapy program for adults who stutter: Computers and counseling. *Journal of Communication Disorders*, 28, 165-180.
- Bloodstein, O. (1960a): The development of stuttering: I. Changes in nine basic features. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 25, 219-237.
- Bloodstein, O. (1960b): The development of stuttering: II. Developmental phases. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 25, 366-376.
- Bloodstein, O. (1961): The development of stuttering: III. Theoretical and clinical implications. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 26, 67-82.
- Cooper, E. B. y Cooper, C. S. (1995): Treating fluency disordered adolescents. *Journal of Communication Disorders*, 28, 125-142.
- Cordes, A. K. e Ingham, R. J. (1994a): The reliability of observational data: II. Issues in the identification and measurement of stuttering events. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 279-294.
- Cordes, A. K. e Ingham, R. J. (1994b): Time interval measurement of stuttering: Effects of interval duration. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 779-788.
- Cordes, A. K. e Ingham, R. J. (1996): Time-interval measuring of stuttering: Establishment and modifying judgement accuracy. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 298-310.
- Cordes, A. K., Ingham, R. J., Frank, P. y Costello-Ingham, J. (1992): Time-interval analysis of interjudge and intrajudge agreement exists post-training. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 483-494.
- Craig, A. (1996): Long term-effects of intensive treatment for a client with both a cluttering and stuttering disorder. *Journal of Fluency Disorders*, 21, 329-335.
- Daly, D. A., Simon, C. A. y Burnett-Stolnack, M. (1995): Helping adolescents who stutter focus on fluency. *Language, Speech and Hearing Services in the Schools*, 26, 162-168.
- Fensenfeld, S. (1996): Progress and needs in the genetics of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 21, 77-104.
- Hargrave, S., Kalinowski, J., Stuart, A., Armson, J. y Jones, K. (1994): Effect of frequency-altered feedback on stuttering frequency at normal and fast speech-rates. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 1313-1319.
- Healey, E. C. y Scott, L. A. (1995): Strategies for treating elementary school-age children who stutter. *Language, Speech and Hearing Services in the Schools*, 26, 151-161.
- Kelly, E. M. (1995): Parents as partners: Including mothers and fathers in the treatment of children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 28, 93-105.

- Lincoln, M., Onslow, M., Lewis, C. y Wilson, L. (1996): A clinical operant treatment for school-age children who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2, 73-85.
- Lincoln, M., Onslow, M., Lewis, C. y Wilson, L. (1997): Long-term outcome of early intervention for stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 3, 51-58.
- Onslow, M., Costa, L., Andrews, C., Harrison, E. y Packman, A. (1996): Speech outcomes of a prolonged-speech treatment for stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 734-749.
- Onslow, M., Hayes, B., Hutchins, L. y Newman, D. (1992): Speech naturalness and prolonged speech treatments for stuttering: Further variables and data. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 274-282.
- Onslow, M., VanDoorn, J. y Newman, D. (1992): Variability of acoustic segment durations after prolonged speech treatment for stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 529-536.
- Mowrer, D. E. (1979): *A program to establish fluent speech*. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Rustin, L. y Cook, F. (1995): Parental involvement in the treatment of stuttering. *Language, Speech and Hearing Services in the School*, 26, 127-137.
- Shames, G. H. y Florance, C. L. (1980): *Stutter-free speech: A goal for therapy*. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Shapiro, F. (1995): *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Nueva York: Guilford.
- Shapiro, F. y Forrest, M. (1998): *EMDR : The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. Nueva York: Basic Books.
- Starkweather, C. W. (1982): *Stuttering and laryngeal behavior: A review*. Monografía 21. Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association.
- Starkweather, C. W. (1995): A simple theory of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 2, 91-116.
- Van Riper, C. (1971): *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Van Riper, C. (1973): *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Williams, D. F. y Brutten, G. J. (1994): Physiologic and aerodynamic events prior to the speech of stutterers and nonstutterers. *Journal of Fluency Disorders*, 19, 83-111.
- Wolpe, J. (1992): *The practice of behavior therapy*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Yairi, E., Ambrose, N. y Niemann, R. (1993): The early months of stuttering: A developmental study. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 521-528.
- Yarus, J. S. y Conture, E. G. (1996): Stuttering and phonological disorders in children: Examination of the Covert Repair Hypothesis. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 349-364.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Conture, E. G. (2000): *Stuttering: Its nature, diagnosis and treatment*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Gallego Ortega, J. L. (2001): *La tartamudez: guía para profesionales y padres*. Málaga: Aljibe.
- Ham, R. E. (1999): *Clinical management of stuttering in older children and adults*. Nueva York: Aspen Publishers.
- Onslow, M. y Packman, A. (1999): *The handbook of early stuttering intervention*. Nueva York: Singular Publishing Group.
- Ryan, B. P. (2000): *Programmed therapy for stuttering in children and adults*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Santacreu, J. y Froján Parga, M. J. (1997): *La tartamudez: guía de prevención y tratamiento infantil*. Madrid: Pirámide.

Deficiencia auditiva infantil: psicopatología y tratamiento

10

SANTIAGO TORRES¹

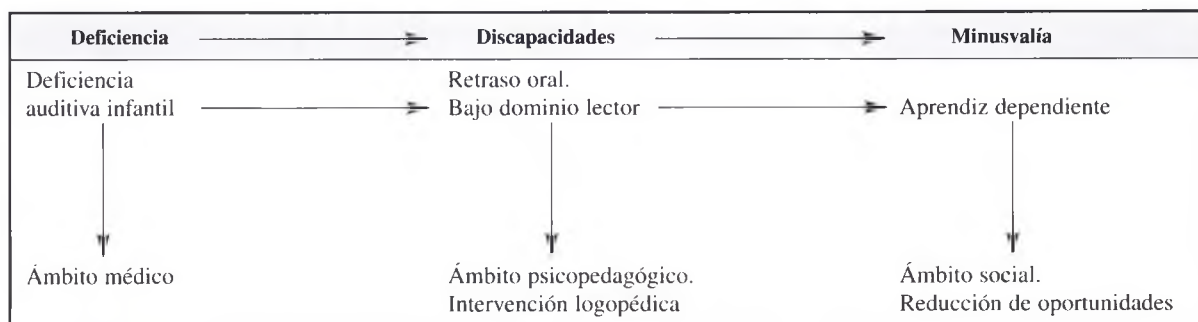
1. INTRODUCCIÓN

Nacer o quedarse sordo durante el primer año de vida, no pasaría de ser un *desgraciado accidente* si no fuera porque, en la mayoría de los casos, este *déficit* desarrolla una *discapacidad* especialmente grave, cual es el retraso en el desarrollo del lenguaje oral, que a su vez genera una segunda *discapacidad*, como consecuencia de la anterior, centrada en el limitado desarrollo y uso del lenguaje escrito que hace la persona sorda. Todo ello desemboca en una seria *minusvalía*, pues sin lectura eficaz, el sordo no puede convertirse en aprendiz autónomo a partir de las etapas básicas de la educación (véase tabla 10.1).

La sordera infantil se presenta muchas veces camuflada o totalmente oculta hasta bien avanzada la primera infancia (entre 0-3 años). Pasan los meses, a veces los años, y en muchos casos no hay diagnóstico seguro ni intervención logopédica. Cuando esto ocurre, el desarrollo cognitivo-lingüístico de calidad queda seriamente lesionado. El niño sordo que llega a los 3 años de edad sin ser estimulado adecuadamente corre el riesgo de arrastrar para siempre una discapacidad lingüístico-cognitiva irrecuperable. Hay que tomar muy en cuenta que con 30-40 dB de pérdida auditiva, la llamada hipoacusia social, se pierde el 50 por 100 de la producción verbal del entorno, que suele corresponder en su mayor parte a las palabras fun-

TABLA 10.1

Sordera: del déficit a la discapacidad y minusvalía



¹ Universidad de Málaga (España).

ción (preposiciones, artículos, interjecciones) y suelen aparecer en posición átona (véase tabla 10.2).

Desde el punto de vista del logopeda, conocedor de las dramáticas consecuencias del retraso en el diagnóstico e intervención de la sordera, no se entiende la falta de programas eficaces de prevención/detección de la sordera durante el embarazo y los tres primeros años de vida del niño. De darse estos programas se facilitaría la intervención inmediatamente después de producirse la lesión, incluso cuando todavía el diagnóstico es provisional. En los casos en que es posible empezar la rehabilitación antes del año de edad —¡sería deseable que siempre fuera así!—, debe contarse con la activa participación de los padres, orientados por un profesional con experiencia en sordos. A los padres, tras ser informados, en general, y formados en concreto en el sistema de comunicación alternativo y/o aumentativo elegido, compete tomar la decisión sobre cuál ha de ser la primera lengua de su hijo (oral o gestual), lengua que le deberá servir para *comunicar, pensar y aprender*. Y es que el lenguaje, como cualquier aprendizaje verdaderamente importante para la vida, no se puede enseñar, sino que lo reinventa cada niño en la interacción psicoafectiva con las cosas y las personas de su entorno. Cada niño desarrolla *su lenguaje* a partir de los estímulos lingüísticos proporcionados por el entorno inmediato.

La sordera, *déficit* aparentemente benigno en sus manifestaciones inmediatas y en sus cuidados clíni-

cos (ni se nota, ni duele, ni se medica, ni exige cuidados exteriores, etc.), suele generar la más cruel de las *discapacidades*, o sea, puede limitar la expresión de las esencias más genuinamente humanas, el pensamiento y el lenguaje (Pinker, 1995). Afortunadamente, la investigación en psicolingüística, psicología básica, psicología evolutiva y sordomudística ha hecho descubrimientos en las dos últimas décadas, que hacen más fácil la elección del modelo de intervención adecuado para cada caso concreto. Además, la biotecnología ha puesto en el mercado productos que, si bien están lejos de eliminar la sordera como déficit, sí que contribuyen decisivamente a paliar sus efectos y a facilitar el proceso rehabilitador.

2. DESCRIPCIÓN DE LA DEFICIENCIA AUDITIVA

2.1. Definición

Persona sorda es aquella cuya audición no le es suficiente para comunicarse oralmente, necesitando para ello de amplificación y entrenamiento especiales (definición de la OMS). Los manuales emplean indistintamente los vocablos «sordera», «hipoacusia», «deficiencia auditiva» y otros términos menos frecuentes, como «sordomudez», hoy afortunadamente desterrado por no hacer justicia a la verdad, ya que la mayoría de sordos actualmente hablan. En este capí-

TABLA 10.2

*Repercusiones cognitivo-lingüísticas de las sorderas infantiles
(adaptado de Torres, 1995, a partir de Matkin, 1989)*

Pérdida en dB	Límite crítico de la intervención	En caso de no intervención
25 dB	Antes de los 35 meses	1 año de retraso recuperable
35 dB	Antes de los 35 meses	2 años de retraso recuperables
45 dB	Antes de los 35 meses	3 años de retraso
40-70 dB	Antes de los 24 meses	Retraso irrecuperable
70-90 dB	Antes de los 18 meses	Retraso irrecuperable
> 90 dB	Desde momento detección	Retraso irrecuperable

tulo usaremos principalmente el término «sordera», por las connotaciones que tiene en relación con las pérdidas auditivas severas y profundas. El término «hipoacusia» se refiere a la pérdida auditiva en general, sin referirse a los casos más graves, sino a cualquier pérdida, grande o pequeña. Como las indicaciones que en este capítulo se sugieren y el proyecto de rehabilitación que se describe tienen como candidatos a los sujetos con pérdidas por encima de 80 dB, de ahí el uso intencionado de «sordera» y «sordo» para referirnos a estos sujetos, objeto de la intervención sistemática que propondremos.

La sordera es una *deficiencia sensorial*, quizá la que menos *alarma social* produce a simple vista, dentro del cuadro general de las deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales. Hasta que no se interactúa con la persona sorda a nivel cognitivo-lingüístico, nada levanta sospechas de su déficit, de ahí el desconocimiento general sobre la sordera y sobre los problemas de los sordos que existe en general.

Como consecuencia de lo anterior, se han ido creando muchos mitos, sin fundamento científico, acerca del sordo, de la sordera y de sus secuelas. A cada uno de estos mitos se opone una realidad bien distinta fundamentada en investigaciones científicas. Son dignos de mención los siete siguientes:

Mito 1. Sobre la homogeneidad de la población sorda: *todos los sordos son iguales*.

Frente al estereotipo *todos los sordos son iguales* está la realidad científica de *no hay dos sordos iguales*. La sordera es cuestión de grados —*leve, mediana, severa y profunda*—, que junto con el momento de aparición —*prelocutiva o postlocutiva*— y el tipo de sordera —*de percepción, de transmisión o mixta*—, afectará más o menos al desarrollo y uso de la comunicación oral. Estos son los tres criterios de clasificación que más interesan al educador con vistas a planificar una intervención de calidad. En relación con el grado de pérdida o aspecto cuantitativo, cuanto más leve sea la pérdida auditiva, mejor pronóstico cabe hacer; en relación con el tipo de sordera y estructuras neurofisiológicas afectadas, tienen mejor pronóstico las sorderas de transmisión que las de percepción; en relación con el momento de adquisición, cuanto más

tarde se adquiera la sordera, mejor pronóstico rehabilitador tendrá. En caso de sorderas prelocutivas tendrán mejor pronóstico aquellas que cuenten con indicadores familiares que las de causa desconocida. Las hereditarias o genéticas suponen el 45 por 100 de sorderas cuyo origen es desconocido, siendo el 15 por 100 debidas a herencia dominante y el 30 por 100 a recesiva. La sordera que más compromete al desarrollo cognitivo-lingüístico es la *sordera neurosensorial bilateral profunda prelocutiva*, objeto de nuestra atención y a la que nos referiremos con el término «sordera» simplemente. *Neurosensorial* hace referencia a lesión de la cóclea, donde se lleva a cabo la primera categorización y análisis de los sonidos. *Bilateral* significa que ambos oídos están igualmente afectados. *Profunda* se refiere al grado de pérdida auditiva. *Prelocutiva* quiere decir que la lesión coclear se ha adquirido en el embarazo o durante los primeros meses de vida, siempre antes de haber adquirido niveles de desarrollo lingüístico estables.

Frente al mito de *todos los sordos son iguales*, los datos de las innumerables investigaciones realizadas comparando grupos de sordos con grupos de oyentes siempre coinciden en que hay más diferencias intra-grupo en la población sorda que en la población oyente (Conrad, 1979; Marchesi, 1987; Torres y Ruiz, 1996). Lo cierto es que dos personas afectadas de sorderas objetivamente iguales pueden llegar, y lo normal es que así sea, a desarrollos cognitivo-lingüísticos diferentes. Los niveles de desarrollo cognitivo-lingüístico alcanzables en caso de sordera profunda dependerán mucho del momento de la detección, diagnóstico e intervención y aquí hay que subrayar una vez más que los primeros tres años de vida del niño son decisivos, cualquiera que sea la orientación metodológica elegida: oral, manual o signada.

Mito 2. Sobre la sordera como déficit: *la sordera no es una deficiencia tan terrible*.

El hecho científico es que la sordera exige mayor esfuerzo rehabilitador, conlleva mayor incertidumbre en la consecución de objetivos y deja más truncado el desarrollo cognitivo-lingüístico del sujeto que las demás deficiencias sensoriales o motóricas a las que cabe compararla (por ejemplo, ceguera o parálisis

cerebral). Se suele decir que «la mayoría de sordos llegan donde pueden y sólo algunos llegan donde deben». Vulgarmente las deficiencias se valoran siguiendo parámetros estéticos, de heterodependencia, de impresionabilidad, etc., y en este sentido es cierto que la deficiencia auditiva es la menos terrible, la menos temida en círculos no profesionales. Pero cuando se analizan sus efectos, el concepto de sordera cambia profundamente, debido a las *discapacidades* que genera, se convierte en la más terrible de las deficiencias, pues produce las mayores o más temidas diferencias. Tres son las principales discapacidades que genera: la primera y más concreta se refiere a las restricciones que impone al desarrollo cognitivo, lingüístico y comunicativo de quien la padece. Pocos sordos prelocutivos, que son el 95 por 100 de la población escolar sorda, desarrollan lenguaje para hacerse entender en la mayoría de situaciones sociales (McCay y Vernon, 1970, citado por Cornett, 1992). Tervoort (1970), estudiando el nivel lingüístico de un grupo de 48 alumnos sordos entre 7 y 17 años de edad, que eran normales en todo menos en la audición, encontró que sólo el 35 por 100 de sus expresiones eran comprensibles por sus compañeros oyentes. La segunda y más general es que reduce las experiencias sociales limitando la educación y los conocimientos (Mann, 1985), que los niños oyentes aprenden de forma *incidental* y el sordo debe aprenderlos de forma *intencional*. La tercera es la consecuencia lógica de las dos anteriores; o sea, al terminar la etapa de formación básica, los sordos se encuentran menos preparados que sus compañeros oyentes para competir en el campo laboral, disfrutan de menos oportunidades y sus opciones de elección de trabajo son menores (Ling, 1985). La intervención temprana de calidad debe y puede hacer cambiar esta situación.

Mito 3. Sobre la integración del sordo: *los sordos se integran fácilmente, sin problemas.*

La realidad es que la integración del sordo sólo se da cuando ha desarrollado un nivel lingüístico (oral y escrito) que le permite comunicarse con sus compañeros y aprender de forma autónoma. Desgraciadamente, este nivel se consigue en muy contadas ocasiones.

La integración es un concepto plurivalente que oculta un ideal difícil de alcanzar. En el ámbito escolar las corrientes integradoras se introdujeron en Europa en las dos últimas décadas con demasiada alegría y poca preparación profesional. El resultado fue volver a la educación específica del sordo en más casos de los previstos. En nuestro país, los resultados del programa de integración (Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, sobre Ordenación de la Educación Especial) han vuelto a poner las cosas en su sitio, lo que se ha hecho mediante otro Real Decreto donde se advierte una vez más de la complejidad que conlleva la integración del alumno sordo (Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, BOE del 2/6/1995, sobre Ordenación de la Educación de los Alumnos con N.E.E.). Es necesario insistir en la necesidad de un sistema compartido de comunicación como requisito para la integración. En un mundo que se nos abre cada día más a través de la comunicación hay que conocer las modalidades en que se presenta ésta para no quedarse marginado.

Mito 4. Sobre la lectura labiofacial: *los sordos leen todo en los labios.*

No sólo las personas ajenas a la educación del sordo, sino también entre los mismos profesionales, es común la creencia de que el sordo es siempre un buen labiolector. La realidad es que sólo se puede leer en los labios y con dificultad el lenguaje oral previamente conocido, de ahí que el oyente es o puede ser mejor labiolector que el sordo en la medida en que conoce más lenguaje oral a nivel de léxico, estructuras morfosintácticas, semántica y pragmática. ¿Qué explicación tiene esta aparente contradicción? La explicación está en el hecho de que la lectura labiofacial es un proceso de reconocimiento de patrones orofaciales de palabras y frases familiares, más que la identificación de sonidos, sílabas e incluso palabras aisladas. Hacer lectura labiofacial supone hacer continuas inferencias, deducciones y cierres semánticos, que sólo con un buen conocimiento del lenguaje y del contexto se pueden realizar con éxito. Dicho brevemente, los conocimientos lingüísticos ayudan a la percepción del habla mediante lectura labiofacial, pero la lectura labiofacial no contribuye a mejorar los niveles lin-

güísticos. En los labios sólo se puede *descubrir* lo que previamente se conoce. Las investigaciones llevadas a cabo para saber cuánta producción verbal es capaz de verse con claridad en los labios arrojan porcentajes del orden del 35 por 100; en situaciones óptimas se llega hasta el 60 por 100. En cualquier caso, la percepción del habla en los labios es ambigua, insuficiente y frustrante para los sordos. Por eso, desde hace siglos, se ha venido buscando un sistema de apoyo capaz de hacer visible el habla en los labios. Actualmente se dispone de un sistema manual, el *Cued Speech* (Cornett, 1967, 1992. En español, *La Palabra Complementada*, Torres y Ruiz, 1996), que adaptado a más de 67 idiomas está dando muy buenos resultados, y un sistema computarizado, el *Autocuer* (Cornett, 1986), cuya fase experimental se ha superado con éxito en Estados Unidos.

Mito 5. Sobre la actividad lectora: *los sordos son voraces lectores.*

Está generalizada la creencia de que los sordos son lectores incansables. La verdad es que *los sordos no suelen leer, porque no llegan a ser buenos lectores*. Los sordos leen muy poco y entienden muy poco de lo que leen. Hay abundantes estudios, que abarcan varios siglos de sordomudística, denunciando esta deficiencia e intentando solucionarla (Alegría, 1992; Asensio, 1989; Charlier, 1994; Conrad, 1979; Cornett, 1967, 1992; Hage, 1994). La deficiencia lectora del sordo es una *tragedia innecesaria*, que hoy puede ser solucionada si a edad temprana se lleva a cabo un buen proyecto de intervención que tienda a desarrollar los prerrequisitos básicos de la comprensión lectora, entre los que destacan el conocimiento del lenguaje oral y el desarrollo fonológico (Alegría, Lybaert, Charlier y Hage, 1992; Forster, 1990; Valle, 1991), entre otros. Uno de los objetivos prioritarios de los programas orales es facilitar el acceso del sordo a la lectura eficaz. El alto interés que tiene para el sordo llegar a ser un buen lector está justificado por la necesidad de convertirse en un aprendiz autónomo. El oyente aprende la mitad del vocabulario que domina, al menos a nivel comprensivo (alrededor de 50.000 palabras), a través de la lectura y a una tasa media de 13 palabras/día hasta los 20 años. Ésta es

una meta razonable en la educación del sordo que la política educativa debe acometer urgentemente y que cualquier programa de intervención debe colocar entre sus objetivos prioritarios.

Mito 6. Sobre la percepción del habla: *el habla se percibe sólo por el oído.*

Una creencia muy generalizada es que de nada sirve hablarle al sordo, puesto que no oye. Se hace una asociación directa y primitiva entre sordera y mutismo, de ahí el vocablo *sordomudo* con el que se ha etiquetado a la persona sorda durante siglos, afortunadamente hoy en desuso. Frente a esta relación tan primitiva están los datos científicos arrojando luz sobre la contribución de la vista a la percepción del habla (Campbell, 1994; Dodd y Campbell, 1987; McGurk y McDonald, 1978; Torres, 1996). Hay abundantes investigaciones que estudian cómo los sordos procesan la información no verbal (Bavelier y Neville, 1995; Corina, 1989; Neville, 1987; Neville y Bavelier, 1996) y la información verbal (Alegría et al., 1992; Bishop, 1992; Campbell, 1994; Conrad, 1979). Si analizamos el lenguaje con la vieja nomenclatura de *modos* de articulación y *puntos* de articulación, sorprende comprobar que lo que no se puede ver del lenguaje, como son los modos de articulación (por ejemplo, los rasgos oral frente a nasal, sordo frente a sonoro, etc.), se pueden discriminar fácilmente mediante audición, incluso con pérdidas profundas y muy profundas, dado que estas oposiciones son transmitidas principalmente a través de las bajas frecuencias. Y viceversa, los puntos de articulación, imposibles de oír (por ejemplo, bilabial frente a interdental, etc.), son perfectamente visibles por sí mismos o mediante complementos manuales (Cornett, 1967, 1992; Torres y Ruiz, 1996). La concreción de estos hallazgos científicos en sistemas visuales de percepción del habla está solucionando problemas que se habían hecho crónicos en la educación del sordo.

Mito 7. Sobre el desarrollo cognitivo: *sordos y oyentes funcionan igual a nivel cognitivo.*

La realidad es que los sordos, cuando han sido comparados con los oyentes a nivel de rendimientos

académicos, no han salido bien parados. En la primera mitad del siglo xx se realizaron abundantes investigaciones sobre la inteligencia y los procesos cognitivos de los sordos (Pintner, Eisenson y Stanton, 1941; Pintner y Patterson, 1916; Pintner y Reamer, 1920) (véase Torres, Rodríguez, Santana y González, 1995, para una revisión exhaustiva), cuyos resultados alimentaron el mito de que el rendimiento cognitivo de los sordos estaba por debajo del de los oyentes. En la segunda mitad del mismo siglo otra serie de investigaciones (Furth, 1966; Hayes, 1955; Hoemann et al., 1976; Marchesi, 1987; Rosenstein, 1961; Vernon, 1967) intentan demostrar todo lo contrario.

Actualmente se admiten diferencias cognitivas, principalmente a nivel de rendimiento, entre sordos y oyentes, más o menos marcadas dependiendo de los programas de intervención seguidos. También en el procesamiento de la información se admiten diferencias topográficas en la activación cortical (Kim, Relkin, Lee y Hirsch, 1997; Neville, 1996). Hoy, como siglos atrás, la educación del sordo es un reto para los profesionales de la educación y de la reeducación. Saber planificar y llevar a cabo un buen programa de intervención es el punto de partida para cambiar esta situación.

2.2. Clasificación de la deficiencia auditiva

Las hipoacusias se clasifican siguiendo tres parámetros: *cantidad* de pérdida auditiva, *localización* fisiológica de la pérdida (oído externo, medio o interno) y *momento* de adquisición de la misma. Siguiendo el criterio cuantitativo, hay cuatro tipos de hipoacusia, a saber: leve, moderada, severa y profunda. A su vez, la hipoacusia profunda se subdivide en tres categorías por la incidencia que tienen en la calidad del habla, principalmente: hipoacusia profunda tipo-1 (entre 90-100 dB), hipoacusia profunda tipo-2 (entre 100-110 dB), e hipoacusia profunda tipo-3 (entre 110-120 dB). Aunque es raro encontrar una sordera absoluta, 100 por 100 de pérdida auditiva, cuando esto se produce recibe el nombre de *cofosis*, término que suele aplicarse también a sorderas profundas tipo-3. Se habla de *cofosis* aun sabiendo que existen restos en las frecuencias bajas, pues en realidad los verdaderamente *cofóticos* no superan el 5 por 100 de la población general. Sin embargo, a los sujetos con grandes pérdidas auditivas en las frecuencias del habla se les llama *cofóticos*, aunque en realidad no haya *oídos caóticos*, sino distintas formas de oír, como suelen decir los verbotonistas (véase tabla 10.3).

TABLA 10.3
Criterios de clasificación de la sordera de interés para la intervención

Criterios	Tipos de sordera	
Cantidad o dB de pérdida	20-40 dB	Leve o ligera
	40-65 dB	Moderada
	65-90 dB	Severa
	> 90 dB	Profunda tipo 1
	> 100 dB	Profunda tipo 2
	> 110 dB	Profunda tipo 3
	> 120 dB	Cofosis
Cualidad	Sordera de transmisión Sordera de percepción Sordera mixta	
Momento de adquisición	Prelocutiva	No hay lenguaje o no está establecido
	Postlocutiva	Hay lenguaje establecido irreversible

En relación con la intervención rehabilitadora, el concepto *sordo* se aplica a la persona que ha adquirido sordera neurosensorial severa o profunda en ambos oídos y con anterioridad a la implantación del lenguaje. Los límites entre sordera pre o postlocutiva son borrosos y hay que referirlos no tanto a la edad cuanto al nivel lingüístico alcanzado en el momento de adquirir la sordera. Se entiende que la sordera es prelocutiva cuando el lenguaje adquirido, caso de que haya habido lugar a ello, desaparecerá si no se refuerza de forma intencional. Por el contrario, será postlocutiva si el lenguaje adquirido no tiene vuelta atrás o su deterioro es a nivel de producción o inteligibilidad del habla, principalmente. Esta diferenciación es crítica y de mayor alcance que la distinción siguiendo criterios cronológicos, por ejemplo, poner el límite entre pre y postlocutiva a los 3 años, pues hay niños que a esta edad han desarrollado un lenguaje muy rico y otros que presentan un manifiesto retraso del mismo.

2.3. Epidemiología

De los distintos estudios epidemiológicos que se han hecho en la última década, citaremos sólo tres que pueden ser muy representativos de lo que ocurre en los países desarrollados. Antes de comentar brevemente estos trabajos, destacar que todos ellos coinciden en señalar que la deficiencia auditiva está más generalizada de lo que cabe imaginar, que cursa con la edad casi de forma paralela a como lo hace

la pérdida visual y que tiene una fuerte incidencia en la infancia con consecuencias de alcance incalculable cuando no es precozmente detectada y tratada. Entre todas las deficiencias (físicas, psíquicas y sensoriales), la deficiencia auditiva ocupa el segundo lugar en número de afectados, sólo superada por la deficiencia mental.

El primero de los informes referido fue publicado en 1991 por el Centro de Estadística para la Salud de los Estados Unidos (citado por Hruby, 1995). En este informe se recoge que el 8,6 por 100 de la población general tiene algún problema de audición y que casi la mitad de estos sujetos presenta dificultades para comunicarse oralmente, si bien es cierto que el 50 por 100 de estas personas afectadas puede solucionar su problema mediante la implantación de prótesis auditivas externas, que no requieren ningún tipo de cirugía para su instalación (véase tabla 10.4).

El segundo informe es relativo a la incidencia de la deficiencia auditiva en la Unión Europea (Roe, 1995). Se trata de un informe de la Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, que recoge los trabajos de la Comisión COST-219. Es un estudio general sobre las tecnologías aplicadas a mejorar la vida de las personas deficientes y mayores; no es un tema menor, pues 120 millones de europeos están comprendidos en el grupo de discapacidad y ancianidad. Para todos ellos se espera que las CTC (ciencias y tecnologías de la comunicación) mejorarán su calidad de vida. Según el informe, el número de personas con algún

TABLA 10.4

Incidencia de la sordera y su repercusión en la percepción del habla (modificado de Hruby, 1995)

Definición	% de la población general	% de la población afectada
Conservan restos, al menos en un oído, para comunicarse oralmente.	0,49%	5,5%
Necesitan ayudas técnicas para comunicarse oralmente.	0,23%	2,7%
No pueden comunicarse oralmente ni con ayudas técnicas.	0,18%	2,1%

tipo de deficiencia auditiva es superior a los 81 millones, más otros 33 millones con problemas de lenguaje y/o habla.

El tercer informe, realizado con la población española, va a ser objeto de análisis más pormenorizado, por razones obvias. Este estudio indica que el 2,8 por 1.000 de los nacidos pueden adquirir algún tipo de deficiencia auditiva durante el primer trimestre de vida y, entre éstos, el 0,77 por 1.000 cursarán sordera bilateral neurosensorial severa o profunda. Si entre la población de recién nacidos consideramos sólo los casos de alto riesgo, entonces la tasa de sordera esperada es del 24,55 por 100. Los nueve factores de riesgo más sobresalientes son los siguientes: antecedentes familiares, que darán lugar a las llamadas sorderas hereditarias; bajo peso al nacer, por debajo de 1.500 gramos; malformación congénita craneofacial; hiperbilirrubinemia; infección pre o postnatal; ototoxicidad; hipoxia; convulsiones y, finalmente, permanencia en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) durante más de 48 horas, provocando sordera en el 50 por 100 de los nacidos pretérmino y en el 1 por 1.000 de los nacidos a término. Estos datos son el resumen de la investigación que con carácter multicéntrico estudió 12.839 neonatos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1991 en centros hospitalarios de tres áreas geográficas seleccionadas para la investigación por su trayectoria en el

tema de la detección temprana de la sordera: Madrid, Valencia y Navarra. De estos 12.839 nacidos vivos, 501 (3,9 por 100) presentaron uno o más factores de riesgo y, de este 3,9 por 100, el 24,55 dio positivo en la primera exploración con PEATC (potenciales evocados auditivos de tronco cerebral), realizada dentro del primer trimestre de vida. Los dos factores detectados como máximos responsables de hipoacusia infantil resultaron ser la *ototoxicidad* (sordera como consecuencia del consumo de medicamentos) y el bajo peso al nacer (Manrique, Morera y Moro, 1994). Un resumen de los principales datos aportados por este estudio puede apreciarse en la tabla 10.5.

Por si las cifras arriba expuestas fueran poco reveladoras, el 1 por 100 de la población general de los países desarrollados adquirirá sordera profunda a lo largo de su vida. Entre la población adulta española, el 1 por 100 de los adolescentes, el 2 por 100 de los adultos, el 30 por 100 de las personas mayores de 65 años y el 50 por 100 de los mayores de 80 años tienen algún problema de audición serio. En la mitad de los casos, los problemas de sordera de las personas adultas podrían paliarse o solucionarse con el uso adecuado de ayudas técnicas. Por lo que a éstas se refiere, señalar que el consumo de prótesis auditivas personales todavía es muy bajo en nuestro país, particularmente si se compara con el consumo de prótesis visuales, por ejemplo.

TABLA 10.5

*Resumen de la incidencia de la deficiencia auditiva
(adaptado de Torres, 1995, a partir de Marinque et al., 1994)*

Tipos de población	Incidencia	Tipos de sordera
Población general (0-3 meses)	2,8‰	Algún tipo de hipoacusia
Del 2,8‰ anterior	0,77‰	Sordera bilateral profunda neurosensorial
Población de alto riesgo (3,9‰)	24,5%	Algún tipo de hipoacusia
Nacidos a término	1%	Algún tipo de hipoacusia
Nacidos pretérmino	50%	Algún tipo de hipoacusia
Adolescentes población general	1%	Algún tipo de hipoacusia
Adultos población general	2%	Algún tipo de hipoacusia
Mayores de 65 años	30%	Sordera mixta ligada a la edad
Mayores de 80 años	50%	Sordera mixta ligada a la edad
Población general en la CE	16%	Algún tipo de hipoacusia

¿Hacia dónde va la tendencia? Los datos globales, lejos de ir reduciéndose, tienden a ir en aumento, pues los avances en neonatología han conseguido salvar a prematuros, en particular, y a población de alto riesgo, en general, que antes engrosaban el índice de mortalidad infantil. Este avance no ha ido acompañado de medidas o descubrimientos para controlar la agresión sobre los órganos de la audición, que se produce en estos casos muchas veces causada por la inmadurez de las estructuras anatomofisiológicas de los órganos de la audición. Por otra parte, el estrés y la contaminación sonora ambiental, incluyendo el ámbito laboral, no están siendo eficazmente controlados. El alto índice de accidentalidad laboral que hay en España hace pensar que, si no se están tomando medidas para reducir los accidentes laborales con resultado de muerte, menos se estarán tomando para mitigar aspectos menos apremiantes de riesgo e insalubridad en el trabajo, como es el nivel de ruido ambiental. Otro factor de riesgo lo constituyen los hábitos sociales de la juventud relacionados con el ocio y tiempo libre, donde la toxicidad por tabaco, alcohol, drogas y nivel sonoro por encima de lo saludable —al que están expuestos durante períodos muy largos—, perjudican de forma irreversible a la audición. Soportar ruido por encima de 80 dB en el trabajo es causa de sordera profesional, y los ruidos de impacto con picos superiores a 140 dB son causa de accidente laboral. La contaminación sonora en el ámbito laboral está regulada en España por el Real Decreto 1316/1989 de 17 de octubre de 1989 (BOE 2/11/89). También está regulada en España, norma NBE CA-88, la contaminación sonora aérea, siendo de 50 dB y 25 dB, dependiendo de tipos de edificios y del ciclo día/noche. Sin entrar en el nivel de cumplimiento de esta normativa, lo cierto es que España es el segundo país del mundo con mayor contaminación sonora, reservándose el primer puesto para Japón, que, como en otros muchos aspectos, también en éste es el primero en producir y soportar ruido (véase tabla 10.6).

3. EVALUACIÓN DE LA SORDERA

La audición o su déficit, la sordera, se evalúa mediante pruebas audiométricas, que sirven para

conocer el tipo y grado de sordera. La biomedicina y la tecnomedicina han resuelto satisfactoriamente este doble aspecto. La evaluación clínica es el paso previo a la intervención para actuar sobre la causa o paliar los efectos de la sordera. La intervención, una vez diagnosticada la pérdida auditiva, puede ser de tres tipos —*técnica, médico-quirúrgica y logopédica*—, dependiendo del tipo, grado y momento de adquisición de la lesión. El tratamiento técnico se centra en la implantación de prótesis auditivas, normalmente externas y de fácil manejo. El médico-quirúrgico abarca tanto medicación como eliminación de la lesión mediante intervención quirúrgica (las sorderas de transmisión tienen buen pronóstico por esta vía, no así las neurosensoriales o de percepción). El tratamiento logopédico se propone paliar las secuelas de la sordera en relación con el desarrollo cognitivo y verbal, por lo que suele tener lugar en la infancia principalmente y más ligado al marco educativo que al hospitalario.

Las pruebas audiométricas se dividen, en una primera aproximación, en *objetivas y subjetivas*. Las primeras son automáticas y no requieren colaboración del sujeto, siendo cinco las principales: potenciales evocados, electrocoqueleografía, impedanciometría, timpanometría y otoemisiones acústicas. Las subjetivas sí exigen la contribución del paciente. En este bloque están los distintos tipos de *audiometrías* (tonal, vocal y verbotonal), que requieren instrumentación para su realización

TABLA 10.6

Relación entre nivel de ruido y tiempo máximo de exposición

Nivel de ruido	Exposición máxima permitida al ruido (horas/día)
85 dB	16 h
90 dB	8 h
95 dB	4 h
100 dB	2 h
105 dB	1 h
110 dB	30 min
115 dB	15 min

(audiómetro, cabina insonorizada, etc.) y la *acumetría*, que por basarse en la observación no precisa de aparatos.

Tanto las pruebas objetivas como las subjetivas pueden ser *liminares* o *supraliminares*, según busquen precisar dónde está el umbral inferior o superior del campo auditivo, respectivamente. El umbral auditivo mínimo equivale a la intensidad de un tono que es detectado por el paciente el 50 por 100 de los ensayos. Una vez pasadas las pruebas audiométricas, los datos se reflejan en una tabla de doble entrada, llamada *audiometría*, cuyo eje de ordenadas representa las intensidades a que se ha percibido cada frecuencia, y el eje de abscisas, en la cabecera o pie de la gráfica indistintamente, representa las frecuencias que han sido evaluadas, que ordinariamente son las de 125, 250, 500, 750, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000 y 8.000 Hz.

La dinámica del campo auditivo humano está entre 10 dB y 120 dB, en lo que a intensidad se refiere, y entre 15 Hz y 16.000 Hz, en lo referente a frecuencias. Dentro de este campo auditivo se encuentra una zona privilegiada, llamada zona de frecuencias conversacionales, por ser la zona donde mejor se perciben los sonidos del habla. Esta zona está entre 500-5.000 Hz y entre 40-100 dB. Entre 0 y 40 dB la intensidad correlaciona con la percepción del habla; a mayor intensidad corresponde mejor percepción del habla. A 40 dB el oído sano percibe todos los sonidos del sistema fonológico de la lengua. Entre 40 y 100 dB la percepción permanece igual cualquiera que sea la intensidad. Por encima de 110 dB, la intensidad empeora la percepción.

No abundaremos más en este punto, pese a ser sumamente importante desde el punto de vista médico, por dos razones. En primer lugar, la evaluación clínico-audiométrica corresponde al equipo médico. El profesional de la intervención logopédica recibe el informe audiométrico y lo usa con valor indicativo de por dónde debe empezar la rehabilitación. En segundo lugar, la evaluación audiométrica contribuye muy poco al pronóstico y al trabajo rehabilitador. Volvemos así a la idea inicial de que no hay dos personas sordas iguales. Dos tipos idénticos de sordera a nivel fisiológico pueden acabar en desarrollos cognitivo-lingüísticos muy distintos;

incluso se puede decir que la audición no es causa ni necesaria ni suficiente para un buen desarrollo del pensamiento y del lenguaje. Las diferencias en desarrollo cognitivo-lingüístico de dos sujetos con la misma pérdida auditiva no van a depender de la más o menos exhaustiva evaluación audiométrica, sino del proyecto rehabilitador, que debe ser adecuado y llevado con rigor.

4. TRATAMIENTO

En el tema de la rehabilitación del sordo el desacuerdo entre los profesionales es lo normal. En realidad, no podía ser de otra manera, pues no hay ningún método para enseñar una lengua, todos son arbitrarios. Pero si algo hay absolutamente claro, en lo que todos los profesionales de la intervención coinciden, es en que hay que rehabilitar y hay que hacerlo lo antes posible. Otra cosa es cómo o bajo qué orientación hay que intervenir: ¿gestual u oral?, ¿gestual antes que oral?, ¿oral antes que gestual?, ¿simultaneidad o bilingüismo?, ¿integración total, parcial o centro específico?, etc. Lo curioso es que las opciones a tener en cuenta a la hora de decidir bajo qué modalidad rehabilitar son limitadísimas; en realidad todas se circunscriben a tres: oral, manual y gestual, todo lo demás son variantes. Desde una postura reduccionista cabría decir que si lo que se persigue es que el sordo hable, a medio o largo plazo, nada mejor que entrenar el oído y la articulación (oralismo clásico). Si lo que se busca es el desarrollo lectoescritor de calidad, que convierta al sordo en un aprendiz autónomo, nada mejor que el lenguaje escrito, que se nutre del modelo manual y del oral, principalmente (método Rochester y Neoralismo ruso, como ejemplos típicos). Si lo que se pretende es la comunicación desde el primer momento y de la manera más cómoda para el sordo, lo mejor sería empezar por el lenguaje de signos (actual política educativa). Pero las cosas no son tan simples, ya que ningún método u orientación en solitario es capaz de llevar al sordo al pleno desarrollo cognitivo y lingüístico, de ahí que se acepte como punto de partida la *complementariedad* metodoló-

gica. En cualquier caso, entran en conflicto intereses contrapuestos. Por una parte, los oyentes tienden a la lengua oral, pues pocas veces llegan a comunicar con lenguaje de signos tan pronto y al ritmo que avanza el niño. Por otra parte, está el *ser sordo*, que entre otras cosas reivindica su propia *lengua natural* para comunicar y desarrollarse. Una vía intermedia está representada por los bimodales, que consisten en hablar simultaneando palabras y signos gestuales. Esta solución sólo exige del oyente aprender vocabulario signado, pues la estructura gramatical es la de la lengua oral. ¿Qué datos aporta la investigación empírica para tomar la decisión acertada, pues el punto de partida no es el mismo si se empieza por un sistema oral que si se empieza por un sistema gestual? Veremos algunas investigaciones relevantes al respecto en el apartado siguiente con el ánimo de contribuir a la toma de decisiones.

4.1. Bases empíricas del tratamiento

4.1.1. Oralismo

El oralismo fue *impuesto* en el Congreso de Milán (1880) como la única opción válida para rehabilitar al sordo. Todos los representantes de los distintos países, salvo la delegación de Estados Unidos, se pusieron de acuerdo. Los resultados obtenidos por el oralismo durante todo el siglo xx no han satisfecho ni a educandos ni a educadores. Los sordos, salvo excepciones, no han alcanzado la competencia cognitivo-lingüística de sus pares oyentes. Esta situación ha provocado una reacción en contra del oralismo, cuyo punto de partida tuvo lugar en el Congreso Mundial de Sordos celebrado en Hamburgo en 1980, encontrándose hoy esta reivindicación en su punto más álgido. Sin embargo, actualmente tenemos datos para justificar la opción oralista y optar por ella con ciertas garantías de éxito. Investigaciones hechas en las dos últimas décadas con recién nacidos e incluso con no nacidos durante las últimas seis semanas de embarazo, confirman que el sujeto humano conoce ya distintos aspectos del lenguaje oral en el momento de su

nacimiento o unas pocas semanas después de nacer. El recién nacido ya muestra habilidades perceptivas para el habla (Aslin y Smith, 1988; Jusczyk, Pisoni y Mullennix, 1992), las cuales son independientes de las habilidades articulatorias (Fowler, Whalen y Cooper, 1988); tiene capacidad para discriminar entre la lengua de su madre y otro idioma (DeCasper y Fifer, 1980; Fernald, 1989; Jusczyk et al., 1992); percibe los cambios de voz del hablante y distingue entre sonidos del habla y sonidos que no son del habla (Garman, 1990; Jusczyk et al., 1992; Lieberman y Blumstein, 1988; Miller, 1990); antes de los 35 meses de edad, el bebé ha categorizado los sonidos de la lengua de su ambiente, esto mismo es posible en los sordos si tienen estimulación adecuada (Kuhl, 1985; Lieberman y Blumstein, 1988; Miller, 1990); a las cuatro semanas es sensible a los cambios de vocal y a los dos meses lo es a los cambios de consonante (Martin, Wisberg y Saffran, 1989); antes de los cuatro meses es sensible al fenómeno de la coarticulación (Jusczyk et al., 1992; Miller, 1987); entre los tres y cuatro meses detecta la variación de los formantes (Eimas, 1991), etc.

Estos datos sobre la competencia lingüística del recién nacido ponen de manifiesto algo largo tiempo sospechado y últimamente comprobado: que el feto está recibiendo estimulación lingüística durante gran parte del embarazo, no en vano el oído es el primer sentido que se desarrolla. Incluso los sordos por causas genéticas es posible que reciban la misma estimulación intrauterina que los oyentes, sólo que por vía ósea, que equivaldría a la estimulación vibrotáctil proporcionada por el Suvag. Éste es un sólido argumento que justifica la intervención en modalidad oral siempre que la sordera se detecta en los primeros meses de vida. Se trata simplemente de no echar por la borda el material verbal que la naturaleza ha puesto en el niño desde antes de nacer. Estas investigaciones en psicología básica sobre los procesos psicolingüísticos, más los avances tecnológicos en procesamiento del habla, que han logrado reducir y mejorar las prótesis hasta niveles inimaginables hace muy pocos años, hacen que la aproximación oral vuelva a contemplarse con optimismo desde el punto de vista profesional.

4.1.2. Gestualismo

Stokoe fue pionero en el estudio del Lenguaje de Signos Americano. Sus investigaciones (Stokoe, 1960, 1972) convencieron a la SLI (Sociedad Lingüística Internacional), que en ese mismo año 1972 incluyó a la lengua de signos entre las lenguas naturales vivas. Siguiendo los estudios de Stokoe sobre el *Ameslan* (*American Sign Language*), otras lenguas de signos fueron estudiadas, encontrándose en ellas todos los componentes esenciales de una verdadera lengua. Kyle y Woll (1985) estudiaron la lengua de signos inglesa; Volterra (1981) la lengua de signos italiana; Filip Loncke, la francesa; Lars Wallin (1994) la lengua de signos sueca; María Ángeles Rodríguez (1992), la lengua de signos española, etc. Estos estudios, todos ellos muy recientes, han despertado el debate sobre si la lengua de signos, que al fin y al cabo es la lengua natural de los sordos, debe ser la primera y en muchos casos la única a que deben ser expuestos. Los argumentos en que se apoyan los defensores de esta hipótesis son:

1. Los niños sordos, puestos en ambiente de lengua de signos, aprenden esta lengua de forma espontánea, natural y similar a como los oyentes aprenden su primera lengua oral.
2. Los signos gestuales son un código específico, diferente del lenguaje oral, que sirve para emitir-recibir información.
3. En la lengua de signos, la unidad lingüística es el signo manual acompañado de expresión facial, mirada intencional y movimiento corporal dotados de función comunicativa.
4. El signo manual tiene seis parámetros articulatorios con función distintiva: *queirema* (forma de la mano), *toponema* (lugar donde se hace el signo), *kinema* (movimiento de la mano), *kineprosema* (dirección del movimiento), *queirotropema* (orientación de la palma de la mano) y *prosoponema* (expresión de la cara que acompaña al signo gestual).
5. Los seis parámetros formativos del signo gestual le dotan del carácter productivo o abierto de las lenguas naturales.
6. El lenguaje de signos tiene carácter discreto, pudiéndose analizar los signos segmentalmente.

La enumeración de características del lenguaje de signos llega hasta 25 puntos, que sería excesivo detallar aquí, todos ellos encaminados a mostrar que la lengua de signos no es una lengua de segunda clase, sino que puede cumplir las mismas funciones y al mismo nivel que cualquier lengua oral. Algunas investigaciones sobre el alcance del lenguaje de signos como modalidad rehabilitadora, sin ser exhaustivos, sí conviene mencionar con vistas a centrar la opinión del lector. Musselman, Lindsay y Wilson (1988) compararon sordos y oyentes en evolución del lenguaje, cada uno en su respectiva lengua, y no encontraron diferencias significativas. Bates, O'Connel y Shore (1987), Bruner (1997) y Casselli (1983) estudiaron la importancia de los gestos como recurso prelingüístico, confirmando que los primeros signos preceden a las primeras palabras, como también confirmaron Schlesinger y Meadow (1972) y Bonvillian (1983). Facchini et al. (1981), Gregory y Mogford (1981) y Mohay (1984), descubrieron que los gestos prelingüísticos son universales y se dan por igual en niños sordos y en niños oyentes. Goldin-Meadow y Mylander (1984) comprobaron que todos los sordos, expuestos o no intencionalmente a la lengua de signos, terminaban desarrollando un sistema gestual parecido. Esta investigación se tomó como prueba de la universalidad del sistema gestual. Clemente y Valmaseda (1987), González (1993), Gregory y Mogford (1981), Mohay (1984) y Triadó (1991), descubrieron que todos los sordos menores de 3 años de edad recurren espontáneamente a los gestos para comunicarse, predominando los gestos déicticos sobre los referenciales o simbólicos. Volterra y Casselli (1983) concluyeron que los signos usados por los niños sordos tienen capacidad combinatoria como consecuencia de ser expuestos a un modelo lingüístico signado.

En relación con el desarrollo evolutivo del lenguaje, hay coincidencia en señalar que los niños sordos en lenguaje de signos recorren las mismas etapas que los oyentes en lenguaje oral (Casselli, 1983, 1985; Volterra, Ossella y Casselli, 1982).

También se ha estudiado el desarrollo del lenguaje de signos que hacen los niños sordos hijos de padres sordos frente al uso que hacen los niños sordos hijos de padres oyentes, viéndose que los primeros se adelantan a los segundos en conocimiento y uso del lenguaje (Tetzchner, 1984).

Otro foco de interés se ha centrado en saber si el desarrollo cognitivo del sordo tiene que ver con el primer lenguaje al que ha sido expuesto, oral o gestual. Las investigaciones coinciden en afirmar que los sordos hijos de sordos, cuyo primer lenguaje es el de signos, tienen mejor ejecución en tareas cognitivas durante las etapas preoperatorias, pero no después.

El lenguaje de signos, como primera y única opción, abre ciertos interrogantes que todavía no han tenido contestación satisfactoria. Primero, al no tener fonología, ¿cómo contribuye el lenguaje de signos al aprendizaje lectoescriptor, donde la fonología juega un papel clave, sobre todo en las lenguas de ortografía transparente, como es el caso del español? Segundo, en el 95 por 100 de los casos, que es el porcentaje de niños sordos hijos de padres oyentes, el lenguaje de signos al que podrían ser expuestos va a ser muy limitado, ¿será suficiente este modelo incompleto de lenguaje de signos que pueden aportar los adultos oyentes para que el niño desarrolle un lenguaje completo? Tercero, a nivel pragmático, independientemente de que la lengua de signos cumpla todos los requisitos de una verdadera lengua, cosa que hoy nadie pone en duda, ¿conviene limitarse a la lengua de signos cuando todo el entorno sociocultural es oral? Finalmente, determinados aspectos del lenguaje, por ejemplo la fonología, que van a ser decisivos posteriormente en tareas cognitivas como la amplitud de memoria a corto plazo y los procesos que tienen lugar en el bucle fonoarticulatorio de la memoria de trabajo, están sometidos a *períodos críticos* muy tempranos, lo cual significa que se adquieren bien y con facilidad a edades tempranas y se corre el riesgo de no poderlos adquirir si se posterga su exposición a la lengua oral.

4.1.3. Bimodalismo

El bimodalismo es el uso simultáneo de signos y palabras en la comunicación (Monfort y Juárez,

1994; Monfort, Rojo y Juárez, 1982; Schlesinger, 1978). De la lengua oral toma la estructura sintáctica y de la lengua de signos toma los signos correspondientes a las palabras. En realidad, de la lengua de signos coge los signos, principalmente signos correspondientes a palabras con significado semántico (sustantivos, verbos, adverbios y adjetivos) y de la lengua oral toma todo lo demás. El resultado es un *sistema híbrido* (Marmor y Pettito, 1979), pero que a pesar de ello sigue ganando adeptos y cosechando resultados, al menos a nivel de comunicación coloquial. El bimodal es un sistema aumentativo de comunicación, que sigue siendo oral en el *fondo* aunque gestual en la *forma*. No hay que confundirlo con el lenguaje de signos, pues muy poco tiene que ver con él, aunque es muy difícil, incluso en círculos profesionales, captar los matices que distinguen al verdadero lenguaje de signos del bimodal. El principal argumento en contra del bimodal lo constituye el rechazo visceral hacia él que tienen los sordos signantes. Los sordos dicen que el uso del bimodal no les facilita el aprendizaje de la gramática del oral, ya que entra en conflicto con la gramática de su lenguaje de signos. Desde la teoría del procesamiento de la información el bimodal es una *meta imposible para una práctica imposible* (Lynas, 1988). El bimodal supone simultaneizar expresión hablada con expresión signada. Pues bien, estudiado el nivel de simultaneidad real que se produce, cuando el bimodal es usado por expertos, se ha visto que no supera el 8 por 100. El nivel de ejecución correcta de las frases en bimodal hecho por profesionales no supera el 10 por 100. Cuando se intenta atender simultáneamente a los signos vistos en las manos y a las palabras vistas en los labios, la discriminación del habla descende al 26,2 por 100 (Carson y Gotzinger, 1975, citado por Tamarit, 1988). Marit Vogt-Svendsen (1983), analizando 37 signos del lenguaje de signos holandeses, descubrió los cinco rasgos siguientes: abertura de mandíbula, forma de los labios, configuración de las mejillas, posición de la lengua y forma de expulsar el aire según los distintos signos. Esta investigación puso de manifiesto la importancia semiótica de los movimientos orofaciales que acompañan al signo manual, por una parte, y la imposibilidad de signar y hablar al mismo tiempo, por otra.

Pese a lo anteriormente dicho, la mayoría de las investigaciones sobre los efectos de este sistema en comunicación y rehabilitación arrojan datos favorables al bimodal. Algunos defienden el bimodal ante la situación de indefensión en que se encuentran la mayoría de los niños sordos, que no van a recibir buenos modelos lingüísticos ni en lengua oral, por razones intrínsecas a la sordera, ni en lengua de signos, por incompetencia de sus interlocutores. Borsntein y Saulnier (1984), aunque lamentan que el bimodal no aumente la inteligibilidad del habla del sordo, sí que contribuye, dicen, a la organización y competencia lingüísticas. Volterra et al. (1982) eran en la década pasada los máximos defensores del bimodal, aunque hoy su euforia ha decaído un tanto; su defensa del bimodal está basada en la presencia y valor del gesto en el bebé, en general (Casselli, 1983), en la mejora del desarrollo cognitivo (Montanini-Manfredi, Fruggeri y Facchini, 1979) y en la espontaneidad con que los sordos hijos de oyentes usan los gestos para comunicarse. Schlesinger y Meadow (1972), tras un estudio longitudinal del desarrollo lingüístico de dos niñas sordas entre los 2 y 5 años, comprobaron que su desarrollo lingüístico era equiparable al de sus pares oyentes. Musselman et al. (1988) compararon dos tipos de sordos, bimodales y orales, con una muestra de 149 sujetos entre 3 y 9 años de edad. El estudio concluye que los bimodales fueron muy superiores a los orales en desarrollo verbal. Musselman y Churchill (1991) y Moores (1982) estudiaron el bimodal en relación con la percepción del habla y concluyeron que el uso del bimodal mejora la percepción general del habla. Replicada esta investigación por McKay, Soroka, Trehub y Thorpe (1987), los autores llegaron a la misma conclusión, o sea, el bimodal favorece la percepción del habla. Si uno de los pilares del desarrollo lingüístico es la interacción, el bimodal favorece la interacción diádica madre oyente-hijo sordo (Clemente, 1991; González, 1993; Greenberg, 1980).

Pese a los datos a favor del bimodal, no son pocas las incógnitas que deja sin despejar. Por ejemplo, cómo contribuye al desarrollo oral si no tiene marcadores fonológicos; también está por investigar si el aprendizaje de signos con anteriori-

dad a las palabras favorece o perjudica la posterior percepción de las palabras y su acceso léxico y representación mental; sí resultará cierta la hipótesis de que cuando un concepto lo tenemos representado mentalmente en signo gestual y en palabra, al evocar dicho concepto con el signo y la palabra simultáneamente (bimodal), el signo no contribuye a encontrar la palabra correspondiente en el lexicon mental, sino que la ensombrece, entonces el lexicon mental signico limitaría el uso del lexicon oral y con ello perjudicaría a los procesos y tareas cognitivas que recurren a los códigos fonológicos, tales como ciertas tareas de memoria a corto plazo y de memoria de trabajo. Finalmente, los conceptos aprendidos en signos antes que en palabra, aunque después se tengan en los dos formatos representacionales, o sea, en bimodal, no suelen ser repasados en su forma oral o fonológica cuando son evocados (Cornett, 1992).

4.2. Programa estructurado de tratamiento

El punto de partida para realizar un programa de intervención implica cuatro aspectos clave: 1) valoración del caso atendiendo al momento de adquisición de la sordera, al tipo y grado de sordera, al compromiso familiar y a la trayectoria rehabilitadora anterior, si la hay; 2) concreción de objetivos a corto, medio y largo plazo; 3) elección de una aproximación metodológica (oral o gestual) de acuerdo con los objetivos, y 4) Diseño y planificación de tareas. Veamos cada uno de estos puntos con más detenimiento.

Sin despreciar los casos de sorderas leves (20 por 100 de pérdida auditiva), moderadas (40 por 100 de pérdida) y severas (60 por 100 de pérdida), en este capítulo nos referiremos a las *sorderas profundas prelocutivas* (80 por 100 o más de pérdida auditiva). El momento de adquisición, que no siempre es posible conocerlo, es de capital importancia, pues ya desde el vientre materno el feto está aprendiendo lenguaje de la madre (Aslin y Smith, 1988; DeCasper y Fifer, 1980; Fernald, 1984; Jusczyk et al., 1992; Miller, 1990). El tipo y grado de sordera, siempre dentro de las sorderas profundas, tam-

bién impondrá determinadas restricciones. Pero donde se juega la eficacia del proyecto rehabilitador es en el grado de participación de los padres. Los primeros años del niño *son de los padres* y el educador ha de ser muy respetuoso con el entorno psicoafectivo, tan importante para la madurez, aprendizaje y felicidad del niño. Esto equivale a decir que sin los padres, el educador no podrá llevar al niño sordo al pleno desarrollo cognitivo y verbal.

En segundo lugar, respecto a la planificación de objetivos, se dice que *lo que es primero en la intención es último en la consecución*. Cada ejercicio o tarea concreta tiene que estar al servicio de un objetivo claro previamente planificado. El fracaso de muchos programas de intervención, independientemente del atractivo de las sesiones y sus contenidos, se ha debido a falta de objetivos. Un programa de intervención es como un proyecto arquitectónico, que tiene que estar terminado a nivel teórico antes de colocar la primera piedra. Los objetivos han de negociarse con los padres, pues ellos son agentes del éxito o fracaso final. Hay unos objetivos ligados al restablecimiento y normalización de la comunicación, que ha quedado alterada por la sordera, o a disminuir la angustia de los padres tras ser informados de la sordera de su hijo, o a preparar el escenario y los instrumentos para intervenir (por ejemplo, enseñar a los padres lenguaje de signos, bimodal, dactilología, palabra complementada, etc., según proceda). Estos son algunos de los objetivos a corto plazo. Por su parte, hay otros objetivos ligados a etapas concretas del desarrollo cognitivo-lingüístico, que deberán ser alcanzados en relación con la edad del niño, son los objetivos a medio plazo. Finalmente, hay objetivos a largo plazo relacionados con las expectativas de los padres y dependientes de las posibilidades reales del niño. Objetivos de este tipo, a largo plazo, son el uso de un sistema de comunicación productivo y la adquisición de la lectura eficaz, requisito previo para el aprendizaje autónomo y el desarrollo del pensamiento hasta el dominio del pensamiento formal. *

Aludiendo a la decisión sobre la opción metodológica a seguir, destacar que es un punto muy delicado y la principal causa de conflictos entre las personas sordas adultas y los profesionales de la intervención educativa y logopédica. Asumiendo el

riesgo que lleva simplificar tema tan polémico y complejo, cualquier método habido o por haber, en la práctica, tendrá componentes orales, manuales y gestuales, en mayor o menor medida. En definitiva, siempre se interviene con un método mixto. A cada una de estas opciones se les asocia, de salida, un objetivo concreto con sus respectivas concreciones (véase tabla 10.7).

Finalmente, el diseño, planificación y ejecución de tareas, es la cara visible y cotidiana de la intervención, lo que el educador o el logopeda realizan con el niño sordo a la vista de los demás. Si los tres puntos anteriores están bien elaborados, las tareas concretas podría hacerlas cualquiera, profesional o no profesional. Por eso se insiste tanto en el papel de los padres, pues ellos son los responsables por antonomasia de la educación y reeducación del niño sordo y sólo ellos pueden convertir la tediosa tarea de desarrollar el lenguaje en un espacio lúdico y amoroso. La intervención de los padres tiene el máximo protagonismo en la etapa preescolar y lo va perdiendo, en lo que a la intervención logopédica se refiere, conforme crece y progresa el niño.

4.2.1. *La intervención cognitiva frente a la conductista*

Si el objetivo final es que el sordo adulto comparta en igualdad de oportunidades con el oyente el escenario sociocultural, hay que dotarle durante las etapas preescolar y escolar de las mismas herramientas cognitivo-comunicacionales con que cuenta el oyente. Ya es comúnmente aceptado que la intervención logopédica no se limita al desarrollo del lenguaje y, menos aún, al desarrollo del lenguaje oral exclusivamente. Hoy es doctrina común que la intervención logopédica del sordo tiene que incidir tanto en el desarrollo de estrategias cognitivas como en el desarrollo de un lenguaje eficaz para comunicarse y aprender de forma autónoma. La corriente oralista surgida del Congreso de Milán (1880), dominante hasta hace un par de décadas, ha sido duramente cuestionada en los últimos años por haber prestado atención casi exclusivamente al lenguaje oral en detrimento de otros lenguajes y del

TABLA 10.7
Principales métodos de intervención con sordos

Orientaciones	Objetivos	Concreciones
Orales	Adquisición de la lengua hablada antes y como base de la lengua escrita.	Unisensoriales: — Verbotonal. Plurisensoriales: — LPC (Cornett, 1967). — MOC (Torres, 1993).
Manuales	Adquisición de la lengua escrita antes y como base para la oral.	Basados en dactilología: — Neooralismo ruso. — Método Rochester. Basados en complementos: — M° Borel-Maisonny (1975). — PMS (Schulte, 1978). Basados en signos: — Bimodal (Schlesinger, 1978).
Gestuales	Adquisición del lenguaje de signos como base para la escritura y el habla. Prioriza la comunicación.	Lenguajes de signos.

desarrollo cognitivo. Era una intervención que buscaba los productos, el *habla* principalmente, más que los *procesos*. Así, mientras que al amparo de la psicología cognitiva han ido surgiendo Programas de Enriquecimiento Instrumental (PEI) encaminados a mejorar los niveles de inteligencia en poblaciones que abarcan desde los deficientes mentales hasta los superdotados (Feuerstein, 1980; Nickerson, Perkins y Smith, 1987), los sordos no habían sido tenidos en cuenta, en lo que a este tipo de programas se refiere, quizá por un concepto erróneo de normalización respecto a su desarrollo cognitivo. Es ahora cuando se empiezan a aplicar con sordos PEI diseñados tanto específicamente para ellos, como para otras poblaciones (Fernández et al., 1996; Ruiz y Torres, 1992).

El programa de intervención, suponiendo todo lo anteriormente dicho, ha de servir para estructurar dos grandes universos interrelacionados: el universo del pensamiento y el universo del lenguaje. Referente al pensamiento, se propondrá equipar al niño sordo de las mismas estrategias cognitivas que desarrolla el oyente a través de las experiencias

multisensoriales espontáneas en la etapa preescolar y del aprendizaje reglado durante la etapa escolar, siguiendo alguna de las formalizaciones experimentadas sobre el desarrollo cognitivo. Para concretar más pongamos dos ejemplos bien distintos:

- a) El modelo piagetiano, que divide el desarrollo del pensamiento en cuatro etapas: sensorio-motriz, verbal, de las operaciones concretas y de las operaciones formales, que a su vez se subdividen en distintas subetapas o estadios. Este modelo ha generado gran cantidad de materiales y actividades para intervenir en el aula (Duckworth, 1987; Mehler y Dupoux, 1992; Moreno, 1989; Piaget e Inhelder, 1975; Polk, 1977; Prieto, 1992; Sastre y Moreno, 1988).
- b) El modelo de los procesos cognitivos (Torres et al., 1995; Torres y Ruiz, 1996), que incluye el lenguaje dentro del marco de los procesos cognitivos, que se subdividen en procesos básicos —*atención, percepción y memoria*— y procesos com-

plejos, —*pensamiento* (formación de conceptos y resolución de problemas) y *lenguaje* (percepción, comprensión y producción verbal).

Por su parte el desarrollo lingüístico cuenta con un soporte teórico bien fundamentado y en creciente expansión sobre cada uno de los tres procesos psicolingüísticos —*percepción, comprensión y producción del habla*— y sobre los niveles de procesamiento de la información: fonético-fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático (Belinchón, Rivière e Igoa, 1992; Clemente, 1995; Gallego, 1993; Martín y Siguán, 1991).

Resumiendo, un proyecto de intervención logopédica dirigido al sordo buscará ante todo restablecer la comunicación eficaz y desarrollar los aspectos cognitivos y lingüísticos hasta ponerlo en situación de ser un aprendiz autónomo. Esto se logrará cuando, además de tener una lengua para comunicar y pensar, haya adquirido el nivel de lectura eficaz.

4.2.2. *Secuencia resumida de las etapas y objetivos del proyecto de intervención*

En nuestro proyecto de intervención, por razones prácticas, hemos dividido el *tiempo útil* para la intervención en cuatro etapas, con sus respectivas tareas y objetivos. Estas tareas y objetivos no son exclusivos de cada etapa, sino *sumativos*; o sea, está claro el momento de introducirlos en el programa, pero no el de retirarlos de éste.

— Objetivos de la 1.ª etapa (entre 0 y 3 años):

- Elección de modalidad comunicativa (oral, gestual o mixta), que dé al niño los elementos (palabras o gestos) necesarios para comunicarse.
- Diseño de objetivos a corto, medio y largo plazo.
- Información y formación de los padres para que colaboren eficazmente.

- Implantación de ayudas técnicas (audífonos convencionales, implantes cocleares, etcétera).
- Desarrollo cognitivo-lingüístico lo más cercano posible a lo que es normal para cada edad cronológica.
- Concreción del diagnóstico clínico (tipo y grado de sordera, deficiencias asociadas, rasgos de personalidad destacables, etc.).
- Primeros contactos con el grupo de iguales (guardería, escuela infantil, etc.).

— Objetivos de la 2.ª etapa (entre 3 y 6 años):

- Elección de centro escolar.
- Afianzamiento de los procesos básicos.
- Mejora de los procesos psicolingüísticos (percepción, comprensión, producción) haciendo hincapié en la articulación.
- Introducción al aprendizaje lector.

— Objetivos de la 3.ª etapa (entre 6 y 12 años):

- Perfeccionamiento lectoescriptor hasta convertir al sujeto en un aprendiz autónomo. En nuestro idioma, por ser el más transparente de nuestro entorno cultural, el proceso de convertirse en un *lector eficaz* está estrechamente ligado al conocimiento de la lengua oral.
- Afianzamiento de los distintos niveles de análisis lingüístico (fonético, morfosintáctico, semántico y pragmático), que no pueden comprenderse ni deben trabajarse aisladamente. Al hablar seleccionamos y combinamos palabras. Los manuales, siguiendo terminología de Jacobson, describen la **selección de palabras** en la frase como las operaciones hechas en el eje vertical y la **combinación de palabras** como las operaciones hechas en el eje horizontal. El eje vertical es el dominio del significado de las palabras, que abarca desde los sinónimos a las metáforas, mientras que el eje horizontal es el dominio del significado de la proposición, o dicho con términos

más gramaticales, de la sintaxis. Metáfora y metonimia, como figuras literarias, o afasia metafórica (dificultad en la selección de palabras) y afasia metonímica (combinaciones aberrantes de palabras), como patologías descriptivas, son algunos de los aspectos analizables en las dimensiones vertical/horizontales del lenguaje, respectivamente.

— Objetivos de la 4.^a etapa (a partir de los 12 años):

- Entrenamiento en el aprendizaje autónomo.
- Estrategias de aprendizaje.
- Aplicación de los conocimientos lingüísticos al aprendizaje de conocimientos académicos.
- Construcción de puentes entre el lenguaje natural y el lenguaje formal.
- Decidir sobre los apoyos psicopedagógicos necesarios para su integración escolar.

4.2.3. *Problemas que debe afrontar y resolver la intervención*

Cualquiera que sea la orientación logopédica elegida, la estimulación temprana, entre 0 y 3 años de edad, va a tener gran importancia. El desarrollo del lenguaje está ligado a los primeros años de vida, tanto en sordos como en oyentes, por lo que en el caso de sospecha de sordera conviene empezar con un programa de estimulación temprana, que siempre será beneficioso, independientemente del grado de pérdida auditiva que posteriormente se concrete.

La intervención logopédica, en casos de sordera profunda prelocutiva, debe intentar resolver dos tipos de problemas:

- a) A corto plazo, restablecer el intercambio lingüístico entre el sordo y su entorno familiar introduciendo algún sistema de comunicación alternativo (lengua de signos) o

aumentativo (bimodal y/o palabra complementada). De esta manera, la familia se integra en el proceso de estimulación temprana contribuyendo no sólo al desarrollo cognitivo y lingüístico del sordo, sino también a su equilibrio psicoafectivo.

- b) A medio y largo plazo, preparar al sordo para la etapa escolar y sociolaboral. Respecto a la etapa escolar, será deseable que el sordo acceda a la escuela con un desarrollo cognitivo y lingüístico similar a sus compañeros oyentes, que le permita afrontar adecuadamente el reto académico más importante para toda su vida, el aprendizaje lector.

4.2.4. *El programa estructurado de tratamiento propiamente dicho*

Para facilitar al lector la comprensión del proceso de intervención nos vamos a apoyar en un caso práctico real. Al ser un caso real estará decantado hacia un sistema de comunicación específico, en este caso concreto será el lenguaje oral y, precisando aún más, se trata de un modelo oral complementado, cuyas tres herramientas básicas son: 1) el método verbotonál, que persigue la corrección de los parámetros suprasegmentales del habla; 2) la palabra complementada (en adelante LPC), que intenta recrear la inmersión lingüística imprescindible para que se desarrolle el lenguaje de forma natural, y 3) un programa de enriquecimiento instrumental con el que se estimula el desarrollo cognitivo.

4.2.4.1. Descripción general del caso

Se trata de la niña N.N., sorda profunda prelocutiva sin sospecha de deficiencias asociadas ni indicadores familiares de sordera. A los 3 meses de edad fue sometida a un tratamiento antivírico y posteriormente empezó a dar muestras de falta de atención a los sonidos en general y al habla en particular. En un primer momento se atribuyó a falta de

atención o desinterés de la niña por el entorno. A los 7 meses de edad se le hicieron pontenciales evocados que confirmaron las sospechas de deficiencia auditiva profunda bilateral. A los 8 meses se empezó un programa de intervención logopédica de orientación oralista. A los 12 meses, tras remitir la otitis serosa que venía sufriendo desde los 6 meses, se le implantan audífonos retroauriculares en ambos oídos. A los 3 años de edad, tras confirmarse la ausencia de respuesta auditiva, tanto mediante tests subjetivos como objetivos, se le puso un implante coclear, mediante operación quirúrgica, en el oído derecho. Pese a la poca rentabilidad sacada a los audífonos durante los dos años previos al implante coclear, tras el implante la niña empezó a responder más pronto de lo habitual a los sonidos y al habla. Los educadores sospechan que esto se debió al uso de la percepción vibrotáctil provista por el Suvag. Actualmente la niña está integrada en un colegio de oyentes y sigue el ritmo escolar con normalidad, dentro del grupo correspondiente a su edad cronológica, con ayuda de un complementador en el aula.

4.2.4.2. Negociación del programa de integración con los padres

Los padres se interesaron desde el primer momento por un programa de intervención oralista. Las expectativas de los padres eran muy altas y su disposición y preparación para colaborar con el equipo de rehabilitación eran las más idóneas. Tras valorar las distintas opciones —*oral, manual y gestual*— se llegó al acuerdo sobre un programa oral complementado, consistente en estimulación audio-oral (percepción del habla a través de la vista y el oído) más un programa de enriquecimiento instrumental cognitivo. Hasta los 3 años de edad recibió sesión diaria de logopedia de una hora de duración. Cuando a partir de los 3 años empezó la educación infantil en colegio de oyentes, la logopeda visitaba a la niña en el aula una vez por semana y casi diariamente recibía sesión de logopedia fuera del centro escolar. A los 4 años de edad, la niña fue introducida en un programa de lectura eficaz, que siguió

con visibles muestras de satisfacción y gran aprovechamiento. A esta edad, la comprensión y producción del lenguaje eran las normales para un niño de su edad, el desarrollo cognitivo era superior a su edad y la articulación estaba por debajo de su edad, pero en progresiva mejoría.

Los padres, al elegir el programa oral complementado, se comprometían a aprender y usar consistentemente en el hogar LPC para comunicarse con su hija. Conforme iba avanzando el programa, los padres recibían consignas sobre su papel de *mediadores*, sobre hábitos de trabajo y disciplina con la niña, repaso de tareas, narración de cuentos en LPC cada noche al ir a la cama, explicación de todo lo que sucedía en su entorno y finalmente hacer LPC cuando hablaban con otras personas oyentes en presencia de la niña.

Por su parte, la logopeda seguía el programa de entrenamiento auditivo basado en la filosofía del método verbotonar con ayuda del aparato Suvag. La mayor parte de las sesiones logopédicas estaban dedicadas a tareas cognitivas, en lo que se ha dado en llamar *tiempo de calidad*, ocupado en la resolución de problemas, formación de conceptos, percepción, comprensión y producción del habla. Dicho de forma breve, se perseguía el desarrollo verbal a través de tareas cognitivas.

No queremos pasar de largo el capítulo relativo al entrenamiento auditivo, que ningún programa de intervención que se precie puede descuidar. Dada su trascendental importancia en cualquier caso, pero principalmente cuando se hace una opción oral, describiremos en el apartado siguiente el procedimiento seguido.

4.2.4.3. El entrenamiento de los restos auditivos

Es necesario insistir en la trascendental importancia del entrenamiento auditivo cuando se practica un modelo oral complementado. El modelo está basado en las dos premisas siguientes:

- a) El entrenamiento auditivo específico (*modalidad unisensorial*, o sea, percepción del

habla mediante audición únicamente), el entrenamiento audio-oral (*modalidad multisensorial*, o sea, escuchando y viendo la boca del que habla al mismo tiempo, que es la situación más natural de comunicación entre hablantes) y la percepción del lenguaje sin ambigüedad, son tres requisitos básicos que, unidos al aprovechamiento óptimo de los restos auditivos, más la información visual a nivel de lectura labiofacial, contribuyen a la rápida adquisición verbal. Pese al énfasis puesto en la audición, el programa no asume la idea de que la audición sea imprescindible para el desarrollo verbal bajo modalidad oral, afirmando más bien que ésta es un aspecto independiente dentro del programa.

- b) El lenguaje tiene que *sonarle* al niño antes de que intente discriminarlo mediante el uso de sus restos auditivos. Esta familiaridad previa con el lenguaje se desarrolla a través de LPC, como veremos a continuación.

Beth Dowling, logopeda especializada en LPC y convencida de que hay que combinar el uso de ésta con el entrenamiento auditivo, llevó a cabo con Cornett en 1990 (Cornett y Daisey, 1992) un estudio piloto para preparar la comunicación sobre este modelo, que tendría lugar en la Convención Anual de la Asociación Bell. Dos profesores y dos padres usaron la LPC para enseñar 20 palabras en español a cuatro preescolares sordos profundos prelocutivos, que estaban acostumbrados a usar LPC y entrenamiento auditivo simultáneamente. El aprendizaje de las palabras requirió alrededor de 45 segundos/palabra, distribuidos durante 8 días. Hubo sólo tres exposiciones de 10 a 20 segundos/palabra. Posteriormente, se evaluó a los niños en su habilidad para identificar cada una de las 20 palabras (todas ellas eran sustantivos) mediante la elección de un dibujo entre cuatro que se les ponían delante, mientras las palabras se les presentaban mediante audición solamente. Sus puntuaciones fueron del 100 por 100, 85 por 100, 60 por 100 y 70 por 100, con una media de 79 por 100. Después de cada ensayo en modalidad unisensorial, los niños eran

evaluados mediante una prueba de presentación audio-oral multisensorial. Todos los niños alcanzaron una puntuación del 100 por 100. Como se presentaban cuatro dibujos a la vez, la probabilidad de acertar era del 25 por 100.

Hay que resaltar dos aspectos importantes de este estudio piloto: la velocidad con la que los niños aprendían las palabras a través de la LPC (más o menos 45 segundos/palabra), y el hecho de que sin un entrenamiento auditivo audio-oral en esas palabras, que no estaban dentro del lenguaje familiar de los sujetos experimentales, los niños estaban capacitados para puntuar tan alto en ambas pruebas, audición pura y audición más LLF. Esta conclusión se deduce tanto de los resultados de la investigación como de los planteamientos teóricos. El modelo comprende los siguientes pasos, que deberán ser recorridos escrupulosamente:

1. *Condición previa.* Los sujetos de este modelo son niños de preescolar expuestos en casa a la percepción del lenguaje mediante LPC. El uso de LPC en casa asegura la comunicación del sordo con el entorno familiar oyente.
2. *Pretest.* Mediante audición solamente (modalidad unisensorial), se evalúa el nivel de discriminación auditiva que el niño tiene del lenguaje que ya conoce por haber sido previamente expuesto al mismo en casa mediante LPC.
3. *Fase A o de entrenamiento.* Las modalidades de presentación del lenguaje son tres: multisensorial con LPC (audición + LLF + complementos), multisensorial sin LPC (audición + LLF) y unisensorial (sólo audición, sin LLF ni complementos). El niño conoce siempre de antemano los estímulos lingüísticos y las tres modalidades de discriminación en que se le van a presentar dichos estímulos. Esta fase puede suprimirse cuando no sea necesaria.
4. *Fase B o de evaluación.* En esta fase de entrenamiento tipo B o evaluación, se le presentan al niño los estímulos por este orden: mediante sólo audición (modalidad unisensorial). Si falla en la prueba de discri-

minación auditiva unisensorial, entonces se le repite el estímulo en modalidad multisensorial (LLF sin complementos). Si tampoco discrimina el estímulo, entonces se le presenta en modalidad plurisensorial con LPC. La tarea del niño consiste en repetir los estímulos presentados. Como se ve, el procedimiento expone al niño a niveles de mayor a menor dificultad en la discriminación de lenguaje previamente conocido. El procedimiento da al niño la oportunidad de tener éxito inmediatamente después de cada presentación fallida. Si el niño falla en una de las dos primeras presentaciones, la secuencia deberá ser repetida posteriormente en orden inverso, o sea, de menor a mayor dificultad, como se ve en [1]:

[1] [LPC → plurisensorial con LLF → unisensorial sin LLF]

La facilitación progresiva de pistas hasta que el niño discrimine el estímulo evita que éste se quede con la impresión de fracaso.

5. *Entrenamiento auditivo.* El objetivo del modelo presentado es que el entrenamiento auditivo ocupe un tiempo determinado en cada sesión de rehabilitación. Además, de vez en cuando, a nivel familiar y cuidando que el lenguaje empleado sea conocido de antemano por el niño, se debe suprimir la LPC e incluso la LLF con el fin de que se prepare para los intercambios con sus pares oyentes, que le proporcionarán muchas ocasiones de aprender nuevo lenguaje presentándose de ordinario en la modalidad multisensorial, es decir, mediante audición más LLF.

Cuando se combinan estas tres modalidades de presentación, que se pueden provocar con facilidad en la vida real, el niño goza de las siguientes ventajas:

- a) La comunicación en casa durante los primeros años es mucho más fluida y reduce

mucha de la tensión que conlleva la comunicación auditiva unisensorial o plurisensorial sin LPC.

- b) La lengua hablada se aprende de manera natural y rápida a través de la comunicación normal en casa. Se adquieren al mismo tiempo los modelos fonológicos igual que los adquieren los niños oyentes, dotándoles de una base sólida tanto para el habla como para la lectura.
- c) La habilidad para rentabilizar los restos auditivos se desarrolla con mayor rapidez y eficacia al hacer el entrenamiento auditivo usando el lenguaje aprendido con anterioridad mediante LPC.
- d) Hay un notable ahorro del tiempo dedicado a entrenamiento auditivo, lo que permite dedicar más tiempo a la presentación del lenguaje mediante las otras modalidades y hacer más tareas encaminadas al desarrollo óptimo de otros aspectos cognitivo-lingüísticos.

4.2.4.4. Planificación de las etapas del programa de intervención

- a) *Etapa de los aprendizajes básicos* (entre 0-3 años): se ponen las bases del lenguaje y se activan los procesos cognitivos. Es la fase de consolidación de hábitos de trabajo, tanto respecto al niño como a sus padres. El sistema de trabajo está basado en el *modelado*, o sea, hacer los ejercicios paso a paso en presencia del niño para que éste vea cómo se hacen al tiempo que el adulto, principalmente la madre, asimila la tarea. Pronto este marco de *aprendizaje vicario* empieza a dar sus frutos. Los resultados esperados en esta etapa son:

- Rápida habituación del niño a la disciplina de trabajo.
- Consolidación y generalización de estrategias cognitivas en resolución de problemas y formación de conceptos.
- Desarrollo de la atención.

- Mejora de la percepción multisensorial y especialmente de la auditiva.
- Uso espontáneo del lenguaje en tareas de amplitud de memoria.
- Adquisición de metalenguaje básico (por ejemplo, rastreo, seguimiento, conteo, turnos...).
- Uso del lenguaje como un medio para resolver tareas de pensamiento.
- Producción espontánea de las primeras palabras con valor lingüístico.

b) *Etapas de consolidación del lenguaje* (entre 4-6 años). En esta etapa el niño ingresa en la escuela y allí se hace el seguimiento de adaptación a los materiales y modos escolares, sin bajar la guardia en cuanto a rehabilitación individual se refiere. Los resultados esperados en esta etapa son:

- Adaptación al medio escolar normalizado.
- Interiorización de la disciplina escolar y rendimientos dentro de la media de la clase.
- Uso espontáneo del lenguaje previamente aprendido y visible aumento de las estructuras lingüísticas por el contacto con sus iguales.
- Facilidad para darle el apoyo que necesita, tanto previo a las actividades como de refuerzo tras la ejecución de las mismas.

c) *Etapas del aprendizaje lectoescritor* (a partir de los 6 años). Se espera que los niños dirigidos hacia un modelo oral complementado lleguen a esta etapa con los mismos conocimientos lingüísticos que los oyentes y hagan el aprendizaje lectoescritor en base al conocimiento del lenguaje oral. Resultados esperados en esta etapa son:

- Rápido proceso de adquisición del marco estructural de la lectura.
- Autocorrección entonativa y evidencia de que están manejando la fonología interna.

- Gusto por leer.
- Corrección automática de los fallos ante la falta de sentido de lo leído.

d) *Etapas del pensamiento formal*. Esta etapa es la coronación de un programa de intervención rigurosamente planteado y ejecutado. Para esta etapa se han desarrollado los materiales del PEI-log (programa de enriquecimiento instrumental basado en la lógica del razonamiento). Supuesto el dominio suficiente del lenguaje coloquial, se analizan las situaciones en que el lenguaje ordinario entra en conflicto con el lenguaje formal de la lógica y se enseña al alumno a desarrollar estrategias para resolver problemas, formar conceptos con economía de esfuerzo, transferir y ampliar conocimientos, etc.

4.2.5. *Materiales y tareas para la intervención*

1. *Los juegos colectivos*. Son un entorno privilegiado para la adquisición de conductas lingüísticas y metalingüísticas. Refuerzan la atención, entrenan en los turnos conversacionales, facilitan la adquisición de estructuras simples mediante la repetición. Por ejemplo: «Ven, N.». El grupo se sienta en el suelo en círculo y el líder va nombrando a cada uno por su nombre. La niña sorda espera su turno y sabe lo que debe hacer cuando escuche su nombre, pues ha visto la dinámica del juego antes de que le llegue su turno.
2. *Palabras desencadenadoras de lenguaje*, por ejemplo: dónde, cuándo, cómo, cuánto, por qué, qué, quién... Ídem juego anterior, pero ahora con la consigna «¿Quién se llama...?» o «¿Quién tiene 4 años?», etc.
3. *Tareas domésticas*, tales como poner la mesa, ordenar la ropa, hacer la lista de la compra, ir al supermercado, almacenar a la vuelta la compra en el frigorífico, etc., son

un marco extraordinario para relacionar, asociar, categorizar (por ejemplo, la madre prepara con la niña la lista de la compra y luego van al supermercado). Se puede enviar a la niña a buscar el pan, la mantequilla, etc., y observar su amplitud de memoria, su capacidad para hacer procesamiento sucesivo/simultáneo, su comprensión en situaciones cerradas/abiertas, etc.

4. *El álbum de fotos* y los libros de imágenes. Son muy útiles al principio para que el niño asocie personas y cosas con sus respectivos nombres. Facilitan el repaso, que suele ser tarea tediosa, pero imprescindible con los niños sordos, dispuestos siempre a olvidar con mucha facilidad lo que aprenden con gran dificultad. También sirven para contabilizar la cantidad de vocabulario que dominan y las estructuras que comprenden/producen. Las visitas al circo, cine, zoo, museo, excursiones, vacaciones..., dan pie para enriquecer el libro de fotos y repasar el lenguaje nuevo.
5. *Las onomatopeyas*. Si están bien ordenadas y se enseñan con rigor sirven para presentar al niño todo el sistema fonético, primer nivel en el desarrollo del lenguaje oral; después seguirán los niveles morfosintáctico, semántico y pragmático. Las onomatopeyas son el primer material lingüístico presentado al niño. Hay que cuidar bien que la presentación sea progresiva y que nunca aburra al niño. Sugerimos los pasos siguientes: 1) se coge el álbum de onomatopeyas (solo una foto o dibujo por página sin ningún otro elemento distractor, lo que en el argot se llama un bit de información). Lo primero, se complementa cada onomatopeya y, después, rápidamente se le muestra el dibujo para que el niño asocie de forma automática la imagen mediante LPC con la imagen gráfica. Esto se hace poniendo el dibujo cerca de la boca mientras se complementa, para que el niño vea al mismo tiempo el referente oroarticulatorio y el significado. En esta posición, se pronuncia la onomato-

peya tres veces. Por ejemplo: «*mu, mu, mu*» (para la vaca), «*am, am, am*» (para el león), «*miau, miau, miau*» (para el gato), etc. 2) Cuando el niño ya asocie sonidos e imágenes, entonces se presentan las onomatopeyas en estructuras lingüísticas muy simples a modo de cuento. 3) Se introducen en cancioncillas infantiles. 4) El niño las repite.

Tan pronto como el niño asocie algunas onomatopeyas, se usarán para entrenamiento auditivo. Existen encajables de madera con animales (vaca, gato, pato, perro, conejo...), con vehículos (coche, camión, tren, moto...), que son idóneos para este trabajo.

6. *Estimular la motivación* introduciendo elementos creativos, fantásticos, haciendo ver al niño el resultado de su esfuerzo. El rechazo a tareas difíciles por parte del niño se evita haciendo primero las tareas con un adulto, que sirve de mediador. En este caso el niño aprende por aprendizaje vicario al tiempo que el adulto asimila la tarea, que después tendrá que repetir hasta que el niño se la apropie.
7. *Las cancioncillas infantiles*, rimas, trabalenguas y usos disparatados del lenguaje. Mediante el uso de las cancioncillas infantiles más populares (por ejemplo: «*en la vieja factoría, ía, ía, o*»), se enseñan al niño las reglas de la morfosintaxis y las irregularidades lingüísticas.
8. *Juegos de lenguaje*, tales como palabras encadenadas, antónimos, sinónimos, etc., dan pie para muy variados juegos de turnos, que suelen ser bien aceptados por los niños.
9. *El cuento interactivo*, pieza clave del programa, previamente estructurado con preguntas a distinto nivel de dificultad o elicitando inferencias, anticipaciones, cierres semánticos y/o morfosintácticos. La tarea del cuento es tan rica que además de enseñar a estructurar el lenguaje y desarrollar estrategias de pensamiento, anticipación, inferencias, hipótesis, etc., anima a los niños sordos a hablar en voz alta mientras ven una y otra vez las imágenes. El *cuento*

estructurado, cuando se hace con rigor, es todo un taller de lenguaje (Ruiz y Torres, 1992).

En fin, las nueve sugerencias anteriores son una simple muestra de materiales, tareas y modos de intervenir, que contribuyen a la consecución de los objetivos del programa de intervención. Lo importante es que el profesional tenga claro dónde quiere llegar, lo de menos son los medios con que logra sus objetivos.

4.2.6. Razones que avalan la elección de un programa oral frente a otro signado

Las razones fundamentales que avalan la elección de un programa oral frente a otro signado son las siguientes:

- a) El lenguaje oral tiene *períodos críticos* muy estrictos para alguno de sus niveles (por ejemplo, el fonético-fonológico). Hasta donde hoy sabemos, el lenguaje de signos no está sometido a períodos tan estrictos y podría aprenderse después. Es más, defendemos el derecho del sordo a dominar ambas lenguas.
- b) Entre 0 y 35 meses de edad, sordos y oyentes tienen la misma *capacidad para categorizar* los sonidos de la lengua, que jugarán un importante papel en el posterior aprendizaje lector. El aprendizaje lector es la culminación lógica del aprendizaje verbal. De ahí que sistemas basados en la fonética y fonología, sobre todo en lenguas muy transparentes como es el español, sean recomendables con vistas a convertir al sordo en un lector eficaz.
- c) Por la *complejidad organizativa* del lenguaje oral, que suponemos tiene que servir de motor para el pensamiento verbal y no verbal, es mayor en el lenguaje oral que en el de signos, al menos en el uso que suelen hacer de ambos lenguajes los oyentes no

superespecializados, como es el caso de un niño sordo hijo de padres oyentes.

- d) Entre los distintos formatos para plasmar el pensamiento —*imágenes, palabras y códigos abstractos*—, los sordos no orales no suelen *pensar en palabras*.
- e) La rentabilidad del lenguaje oral, en base a su *universalidad y redundancia*, que son sus mejores rasgos pragmáticos. A hablar se aprende hablando: por tanto, hay que ir hacia sistemas de presentación masiva de los estímulos verbales.
- f) Porque *es posible oralizar al sordo*, y no se debe renunciar a lo posible.
- g) Porque los *padres y profesores oyentes no son competentes en LS*, salvo excepciones, y no hay que obligar a lo excepcional sin necesidad.

5. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

La solución de los problemas ligados a la deficiencia auditiva va a depender de los avances teóricos en las *ciencias y tecnologías de la cognición y comunicación* (CTCC), principalmente de los avances en psicología básica, psicolingüística, neurociencias e inteligencia artificial. Pero la intervención logopédica es por definición una actividad práctica, sin que esto suponga un rechazo a la teoría, pues parafraseando a K. Lewin «no hay mejor práctica que una buena teoría». El hecho de haber presentado un caso práctico de orientación oralista en un momento de gran tirón de los lenguajes de signos requiere, al menos, una mínima explicación. Por una parte, el 95 por 100 de los alumnos sordos son hijos de padres oyentes y los padres oyentes suelen pedir como primera opción la oral. Por otra parte, la primera lengua de un niño, siempre que sea posible, debe ser la lengua de sus padres, que en la inmensa mayoría de los casos es la lengua oral. Además, en las etapas de intervención temprana, cuando la actuación de los padres es tan imprescindible como valiosa, todo su tiempo disponible debe estar dirigido a la atención especial del niño. En estos momen-

tos de confusión inicial, les resultará más fácil aprender sistemas de comunicación que partan del lenguaje que ya conocen que aprender sistemas nuevos, como es el lenguaje de signos. Finalmente, el hecho de hacer la intervención temprana bajo modalidad oral no impide que el niño sordo pueda aprender simultánea o sucesivamente el lenguaje de signos, que defendemos como una verdadera lengua a la que el sordo tiene derecho por naturaleza.

Una razón añadida, no la menos importante, es que un programa de intervención debe estar dirigido desde el principio a cubrir todas las necesidades cognitivo-lingüísticas presentes y futuras del sordo. Entre estas necesidades, la más imperiosa y a la vez la más difícil de conseguir, es convertirlo en un lector eficaz. La adquisición de este objetivo clave e irrenunciable está indefectiblemente más ligada al lenguaje oral que al gestual, hasta donde hoy llega la investigación básica.

Para terminar, sólo añadir que reconocemos el derecho de los padres a elegir cualquier modalidad, bien sea oral, manual o gestual y animamos a los profesionales a formarse en todas ellas para poder aconsejar bien y prestar, cuando llegue el caso, un servicio de calidad a la persona sorda.

REFERENCIAS

- Alegría, J. (1992): Lecture, phonologie et surdit . *Les entretiens Nathan. Actes II*. París: PUF la Sorbonne.
- Alegría, J., Lybaert, J., Charlier, B. y Hage, C. (1992): On the origin of phonological representations in the deaf: listening to the lips and the hands. En J. Alegría, D. Hollender, J. Morais y M. Radeau (dirs.), *Analytic approaches to human cognition*. Dordrecht, Holland: Elsevier.
- Asensio, M. (1989): *Los problemas de lectura en los deficientes auditivos*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. (Extracto en *Premios Nacionales de Investigación e Innovación Educativa*. Madrid: CIDE, 20-224).
- Aslin, R. y Smith, L. (1988): Perceptual development. *Annual Review of Psychology*, 39, 435-473.
- Bates, E., O'Connel, B. y Shore, C. (1987): Language and communication in infancy. En J. D. Osofsky (dir.), *Handbook of infant development*. Nueva York: Wiley.
- Bavelier, D. y Neville, H. (1995): *Human brain mapping: Proceedings of the first international conference on functional mapping of the human brain*. Nueva York: Wiley-Liss.
- Belinchón, M., Rivière, A. e Igoa, J. M. (1992): *Psicología del lenguaje. Investigación y teoría*. Madrid: Trotta.
- Bellugi, U. (1991): Language and cognition: what hands reveal about the brain. Presidential special address. *Society of Neuroscience Abstracts*, 17, 581.
- Bishop, D. y Adams, C. (1992): Comprehension problems in children with specific language impairment: literal and inferential meaning. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 119-129.
- Bonvillian, J. (1983): Early sign language acquisition and its relation to cognitive and motor development. En J. G. Kyle y B. Woll (dirs.), *Language in sign: an international perspective on sign language*. London: Croom Helm.
- Bornstein, H. y Saulnier, K. (1984): *The signed English starter*. Washington: Gallaudet College Press.
- Bruner, J. (1977): Early social interaction and language acquisition. En R. H. Schaffer (dir.), *Studies in mother-infant interaction*. Londres: Academic Press.
- Bruner, J. (1983): *El habla del niño*. Barcelona: Paidós.
- Campbell, R. (1994): Audiovisual speech: where, what, when, how? *CPC*, 13, 76-80.
- Casselli, M. (1983): Communicative gestures and first words. *Et  Evolutiva*, 16, 36-51.
- Casselli, M. (1985): Le prime tappe di acquisizione linguistica nei bambini udenti e nei bambine sordi. *Et  Evolutiva*, 18, 67-76.
- Charlier, B. (1994): *Le développement des représentations phonologiques chez l'enfant sourd:  tude comparative du LPC avec d'autres outils de communication*. Tesis doctoral. Universidad Libre de Bruselas.
- Clemente, R. A. (1995): *Desarrollo del lenguaje. Manual para profesionales de la intervención en ambientes educativos*. Barcelona: Octaedro.
- Clemente, R. A. y Valmaseda, M. (1987): La interacción comunicativa madre-hijo. El efecto de la sordera infantil congénita. *Lenguaje y Comunicación*, 7, 84-94.
- Conrad, R. (1979): *The deaf school child*. Londres: Harper and Row.
- Corina, D. (1989): Recognition of effective and noncanonical linguistic facial expressions in hearing and deaf subjects. *Brain and Cognition*, 9, 227-237.
- Cornett, O. (1967): Cued-Speech. *American Annals of the Deaf*, 112, 3-13.

- Cornett, O. (1986): El Cued Speech y el Autocuer. Aparato portátil y automático de ayuda a la LLF. En S. Torres y otros, *Logopedia y Nuevas Tecnologías*. Madrid: OEI/Apanda.
- Cornett, O. y Daisey, M. E. (1992): *The Cued Speech resource book*. The NCSA: Raleigh, NC.
- DeCasper, A. J. y Fifer, W. P. (1980): Of human bonding: newborns prefer their mother's voices. *Science*, 208, 1174-1176.
- Dodd, B. y Campbell, R. (1987): *Hearing by eye: the psychology of lip-reading*. Londres: LEA.
- Duckworth, E. (1987): *Cómo tener ideas maravillosas y otros ensayos sobre cómo enseñar y aprender*. Madrid: Visor-MEC.
- Eimas, P. (1991): *The perception of speech in early infancy*. Cambridge: MIT Press.
- Facchini, M., Guidicini, G., Volterra, V., Beronesi, S. y Massoni, P. (1981): Il bambino sordo nei primissimi anni di vita. *Età Evolutiva*, 10, 46-57.
- Fernald, A. (1984): The perceptual and affective salience of mother's speech to infants. En L. Feagans, C. Garvey et al., *The Origins and Growth of Communication*. Norwood: Ablex.
- Fernández, J. A., Villalba, A. y Mancebo, J. M. (1996): Programa de enriquecimiento instrumental (PEI) y deficiencia auditiva. *Fiapas*, 51, Separata, I-XII.
- Forster, K. I. y Marcus, R. (1994): Bodies, antibodies and neighborhood-density effects in masked form priming. *Journal of Experimental Psychology Learning, Memory and Cognition*, 20, 844-863.
- Fowler, C., Whalen, D. y Cooper, A. (1988): Perceived timing is produced timing: a reply to Howell. *Perception and Psychophysics*, 43, 94-98.
- Furth, H. G. (1966): *Thinking without language: psychological implications of deafness*. Nueva York: Free Press (trad., Marova, 1981):
- Furth, H. G. (1971): *Las ideas de Piaget: su aplicación en el aula*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Gallego, C. (1993): Lenguaje. En A. Puente (coord.), *Psicología básica, introducción al estudio de la conducta humana*. Madrid: Eudema Universidad.
- Garman, M. (1990): *Psycholinguistics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goldin-Meadow, S. y Mylander, C. (1984): Gestual communication in deaf children: the effects and non-effects of parental input on early language development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 49, 235-244.
- González, A. (1993): *Estudio evolutivo de las interacciones entre madres normo-oyentes y niños sordos*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Málaga.
- Greenberg, M. (1980): Mode use in deaf children. The effects of communication method and communication competence. *Applied Psycholinguistics*, 1, 65-79.
- Gregory, S. y Mogford, K. (1981): Early language development in deaf children. En B. Voll, J. Kyle y M. Deuchar (dirs.), *Perspectives on British Sign Language and Deafness*. Londres: Croom Helm.
- Hage, C. (1994): *Développement de certains aspects de la morpho-syntaxe chez l'enfant à surdité profonde: rôle du LPC*. Tesis doctoral. Universidad Libre de Bruselas.
- Hayes, G. (1955): *A study of the visual perception of the orally trained deaf children*. Ambers: University of Massachussets.
- Hoemann, H. W., Andrews, C. E., Florian, V. A., Hoemann, S. y Jensema, C. (1976): The spelling proficiency of deaf children. *American Annals of the Deaf*, 121, 489-493.
- Hruby, J. (1995): Terminology in the field of hearing impairment: one root of the troubles for deaf children. En J. Hruby (dir.), *Proceeding of the International Conference The Equal Opportunities for the Deaf*. Praga: FPFHI.
- Juszyk, P., Pisoni, D. y Mullennix, J. (1992): Some consequences of stimulus variability on speech processing by 2-month-old infants. *Cognition*, 43, 253-291.
- Kulh, P. (1985): Categorization of speech by infants. En J. Mehler y R. Fox (dirs.), *Neonate cognition: beyond the blooming, buzzing confusion*. Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaum.
- Kyle, J. y Woll, B. (1985): *Sign language*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Lieberman, P. y Blumstein, S. (1988): *Speech physiology, speech perception and acoustic phonetics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ling, D. (1985): *The effects of hearing impairment*. Newsounds. Alexander Graham Bell Association for the Deaf.
- Lynas, W. (1988): Sign systems in special education: some experiences of their use with deaf children. *Child Language Teaching and Therapy*, 4, 251-170.
- Mann, L. (1985): Play behaviors of deaf and hearing children. En D. Martin (dir.), *Cognition, education and deafness: directions in research and instruction*. Washington, DC: Gallaudet University Press.

- Manrique, M., Morera, C. y Moro, M. (1994): Detección precoz de la hipoacusia infantil en recién nacidos de alto riesgo. Estudio multicéntrico. *Anales Españoles de Pediatría*, 40, supl. 59, 13-45.
- Marchesi, A. (1987): *El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos*. Madrid: Alianza.
- Marmor, G. y Petitto, L. (1979): Simultaneous communication in the classroom. *Sign Language Studies*, 23, 99-136.
- Martin, N., Wisberg, R. y Saffran, E. (1989): Variables influencing the occurrence of naming errors: implications for models of lexical retrieval. *Journal of Memory and Language*, 28, 462-482.
- Martín, M. y Siguán, M. (1991): Comunicación y lenguaje. En J. Mayor y J. L. Pinillos, *Tratado de psicología general* (Vol. 6). Madrid: Alhambra.
- McGurk, H. y McDonald, J. (1978): Hearing lips and seeing voices. *Nature*, 264, 746-748.
- Mehler, J. y Dupoux, E. (1992): *Nacer sabiendo: introducción al desarrollo cognitivo del hombre*. Madrid: Alianza.
- Miller, J. (1990): Speech perception. En D. N. Osherson y H. Lasnik (dirs.), *Language*. Cambridge: MIT Press.
- Miller, M. (1987): Sign iconicity. *Journal of Communication Disorders*, 20, 359-365.
- Mohay, H. (1984): The relationship between the development of spoken and gestural communication in two profoundly deaf children. *Journal of British Association for Teachers of the Deaf*, 8, 35-47.
- Monfort, M. y Juárez, A. (1994): Comunicación bimodal. En S. Torres (comp.), *Discapacidad y sistemas de comunicación*. Madrid: Real Patronato.
- Monfort, M., Rojo, A. y Juárez, A. (1982): *Programa elemental de comunicación bimodal*. Madrid: CEPE.
- Montanini-Manfredi, M., Fruggeri, L. y Facchini, M. (1979): *Dal gesto al gesto. Il bambino sordo tra gesto e parola*. Bolonia: Capeli.
- Moores, D. (1982): *Educating the deaf: psychology, principles and practices*. Boston: Houghton Mifflin.
- Moreno, M. (1989): *La pedagogía operatoria*. Barcelona: Laia.
- Musselman, C. y Churchill, A. (1991): Conversational control in mother child dyads: auditory oral versus total communication. *American Annals of the Deaf*, 136, 5-16.
- Musselman, C., Lindsay, P. y Wilson, A. (1988): The effect of mother's communication mode on language development in preschool deaf children. *Applied Psycholinguistics*, 9, 185-204.
- Myklebust, H. R. (1960): *Psychology of deafness, sensory deprivation, learning, and adjustment*. Nueva York: Grune and Stratton (trad., Magisterio Español, 1974).
- Neville, H. (1987): Attention to central and peripheral visual space in a movement detection task: an event-related potential and behavioral study. II: Congenitally deaf adults. III: Separation effects of auditory deprivation and acquisition of a visual language. *Brain Research*, 405, 268-283 y 284-294.
- Nickerson, R. S., Perkins, D. N. y Smith, E. (1987): *Enseñar a pensar: aspectos de la aptitud intelectual*. Madrid: Paidós/MEC.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1977): *Psicología del niño* (7.ª ed.). Madrid: Morata.
- Pinker, S. (1995): *El instinto del lenguaje, cómo crea el lenguaje la mente*. Madrid: Alianza.
- Pintner, R., Eisenson, J. y Stanton, M. (1941): *The psychology of physically handicapped*. Nueva York: Croffts.
- Pintner, R. y Patterson, D. (1916): A measurement of the language ability of deaf children. *Psychological Review*, 23, 413-436.
- Pintner, R. y Reamer, J. (1920): A mental and educational survey of schools for the deaf. *American Annals of the Deaf*, 65, 451-472.
- Polk, P. (1977): *Un enfoque moderno al método Montessori*. México: Diana.
- Prieto, M. D. (1992): *Habilidades cognitivas y currículum escolar (área de lenguaje)*. Salamanca: Amarú.
- Rodríguez, M. A. (1992): *Lenguaje de signos*. Madrid: CNSE-Insero.
- Roe, P. R. (1995): *Telecommunications for all. Cost 219*. Luxemburgo: Oficina Publicaciones Oficiales de las CC.EE. (trad., Fundesco, 1996).
- Rosenstein, J. (1961): Perception, cognition and language in deaf children. *Exceptional Children*, 27, 276-284.
- Ruiz, M. J. y Torres, S. (1992): Estimulación de la comprensión lectora a través de un programa de escucha estructurada. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 15, 183-199.
- Sastre, G. y Moreno, M. (1988): *Descubrimiento y construcción de conocimientos: una experiencia de pedagogía operatoria*. Barcelona: Gedisa.
- Schlesinger, H. (1978): The actiusion of bimodal language. En I. M. Schlesinger y L. Namir (dirs.), *Sign language of the deaf: psychological, linguistic and sociological perspective*. Nueva York: Academic Press.

- Schlesinger, H. y Meadow, K. (1972): *Sound and sign: childhood deafness and mental health*. Berkeley: University of California Press.
- Stokoe, V. (1960): *Sign language structure: an outline of the visual communication systems of the American deaf*. *Studies in linguistic: occasional papers*, 8. Buffalo: University of Buffalo.
- Stokoe, V. (1972): *Semiotics and human sign language*. The Hague: Mouton.
- Tetzchner, S. (1984): First signs acquired by a Norwegian deaf child of deaf parents. *Sign Language Studies*, 44, 225-257.
- Torres, S., Rodríguez, J. M., Santana, R. y González, A. (1995): *Deficiencia auditiva: aspectos psicoevolutivos y educativos*. Málaga: Aljibe.
- Torres, S. y Ruiz, M. J. (1992): Estimulación de la comprensión lectora a través de un programa de escucha estructurada: proyecto cuentacuentos. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 15, 183-199.
- Torres, S. y Ruiz, M. J. (1996): *La palabra complementada: introducción a la logopedia cognitiva*. Madrid: CEPE.
- Triadó, C. (1991): El desarrollo de la comunicación en el niño sordo. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 3, 122-129.
- Valle, F. (1991): *Psicolingüística*. Madrid: Morata.
- Vénguer, L. y Vénguer, A. (1993): *Actividades inteligentes: jugar en casa con nuestros hijos en edad preescolar*. Madrid: Visor.
- Vernon, M. (1967): Relationship of language to the thinking process. *Archives of General Psychiatry*, 16, 325-333.
- Volterra, V. y Casselli, M. (1983): From gestures and vocalization to signs and words. En W. Stokoe y V. Volterra (dirs.), *SLR'83 Proceedings of the III International Symposium on Sign Language Research*. Roma.
- Volterra, V. y Casselli, M. (1989): Instruments for the study of communicative and linguistic development in preschool children. *Etá Evolutiva*, 34, 89-98.
- Volterra, V., Ossella, T. y Casselli, M. (1982): Il ruolo del gesto nello sviluppo comunicativo e cognitivo del bambino sordo. *Giornale di Neuropsichiatria*, 3, 235-239.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Manrique, M., Morera, C. y Moro, M. (1994): Detección precoz de la hipoacusia infantil en recién nacidos de alto riesgo. Estudio multicéntrico. *Anales Españoles de Pediatría*, 40, supl. 59, 13-45.
- Mehler, J. y Dupoux, E. (1992): *Nacer sabiendo: introducción al desarrollo cognitivo del hombre*. Madrid: Alianza.
- Torres, S., Rodríguez, J. M., Santana, R. y González, A. (1995): *Deficiencia auditiva: aspectos psicoevolutivos y educativos*. Málaga: Aljibe.
- Torres, S. y Ruiz, M. J. (1996): *La palabra complementada: introducción a la logopedia cognitiva*. Madrid: CEPE.

PARTE QUINTA

Deterioro de la interacción social

Psicopatología y tratamiento de la timidez en la infancia

11

INÉS MONJAS¹
VICENTE E. CABALLO²

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el tema de las habilidades de interacción social en la infancia y adolescencia ha suscitado un notable interés, de forma que se han incrementado sensiblemente las investigaciones en este campo. Ello se debe fundamentalmente a la constatación de la importancia que la interacción interpersonal tiene en el desarrollo infantil y en el funcionamiento psicológico, académico y social (Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1987; Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989; Trianes, Jiménez y Muñoz, 1997).

Sin embargo, a pesar de la preocupación por cómo se relacionan los niños y niñas con las otras personas, no se sabe mucho sobre las dificultades de relación interpersonal en la infancia y, concretamente, sobre los niños con baja tasa de interacciones, sobre los niños que interactúan con sus iguales con mucha menos frecuencia de lo que es la norma en su grupo de edad, sobre aquellos que presentan ansiedad y temor ante los demás y sobre los que tienden a evitar el contacto social. Estos niños, etiquetados como tímidos, retraídos, aislados o inhibidos, serán objeto de nuestra atención en este capítulo.

Sorprendentemente, la timidez en la infancia es un fenómeno al que se presta poca atención, o no la suficiente, tanto por las familias como por el profe-

sorado y los profesionales que trabajan con la infancia. Las familias de niños tímidos generalmente no buscan ayuda terapéutica y cuando lo hacen suele ser bastante tarde. Muchos padres creen firmemente que su hijo *ha nacido así, es así* y se resignan a ello. En otros casos se piensa que es un problema que mejorará con la edad. En el contexto escolar, el profesorado califica a estos niños como callados y temerosos y, en muchos casos, no los identifican como posibles sujetos con problemas, ya que las conductas que presentan no son perturbadoras, con lo que suelen pasar incluso desapercibidos como niños con dificultades.

No obstante, ocurre que los problemas interiorizados (o *acting in*), aquellos comportamientos que se expresan «hacia dentro», que tienen como destinatario al propio sujeto, suscitan mucha menos atención que los exteriorizados (o *acting out*), comportamientos que se expresan «hacia fuera», que tienen como destinatarios a los otros y que perturban y alteran el medio en el que se producen (Achenback y Edelbrock, 1982).

En este capítulo se pretende dar una visión actualizada de la timidez y del retraimiento social en la infancia. Se inicia con la descripción de la conducta tímida, tratando de esclarecer un poco el confuso panorama terminológico y conceptual de hoy día. Seguidamente se abordan las diferentes teorías etiológicas utilizadas para dar cuenta de los orígenes, desarrollo y mantenimiento de la timidez y se señalan algunas de las consecuencias que se asocian con el retraimiento infantil. El apartado

¹ Universidad de Valladolid (España).

² Universidad de Granada (España).

dedicado a evaluación presenta una síntesis de los principales métodos e instrumentos para identificar y evaluar el comportamiento tímido en la infancia; y en el apartado relativo al tratamiento se describen, a grandes rasgos, las principales líneas para diseñar un programa cognitivo-conductual con el fin de tratar la timidez en esta edad.

Somos conscientes de la amplitud de este tema y, por supuesto, nuestra intención no es ser exhaustivos, sino aportar sugerencias y directrices para que cada profesional interesado diseñe y construya su propio programa de tratamiento. Puntualizamos que en la bibliografía consultada, en este tema como en tantos otros, la descripción, las teorías explicativas, la evaluación y la intervención de la conducta de timidez, en muchos casos, proceden y se adaptan de los planteamientos mantenidos con los adultos (André y Légeron, 1997; Girodo, 1980; Zimbardo, 1990).

2. DESCRIPCIÓN DE LA TIMIDEZ

2.1. Delimitación terminológica y conceptual

El término timidez alude a un conjunto de fenómenos heterogéneos y, en cierto modo, confusos y en la revisión bibliográfica se aprecian problemas terminológicos y conceptuales, existiendo una falta de acuerdo respecto a la definición y delimitación de este constructo. Así, cuando se alude a las dificultades en la relación interpersonal que se refieren a baja tasa de interacción con los iguales, unido a ansiedad social, aparecen múltiples términos entre los que señalamos timidez, retraimiento social, inhibición, introversión, aislamiento, falta de asertividad y soledad. Estos términos se utilizan de forma bastante arbitraria, a veces como sinónimos, otras veces aludiendo a realidades diferentes, en otros casos con definiciones circulares; lo cierto es que este panorama ha conducido a una gran confusión en la bibliografía y en los planteamientos sobre el tema. Por este motivo, en los siguientes párrafos pretendemos aclarar y delimitar estos términos, siendo conscientes de que la tarea no es fácil, ya que, según veremos con posterioridad, entre ellos

existen relaciones y cierto significado compartido.

Según Asendorpf (1993) y Rubin y Asendorpf (1993) la confusión entre los distintos términos y la utilización de ellos como intercambiables es debida a que existen diversas caras de la timidez y de la soledad en la infancia, que corresponden a distintos constructos. A partir del «mecanismo motivacional de aproximación y evitación», identifican tres de ellos: baja sociabilidad, baja aceptación social y timidez propiamente dicha. Añadimos nosotros un cuarto apartado que se refiere a estilo de relación pasivo o inhibido, ya que puede ayudarnos a delimitar y completar el confuso panorama conceptual.

2.1.1. Baja sociabilidad

Se habla de baja sociabilidad para referirse a los niños que tienen una baja motivación de aproximación social, pero no necesariamente un alto grado de motivo de evitación. Estos niños muestran una baja tasa de interacción simplemente porque prefieren estar solos a estar con otros. Son solitarios y poco sociables, pero no tienen problemas cuando quieren interactuar con los demás; su baja interacción no va acompañada de ansiedad social. Es una forma «no tímida» de soledad. Esta descripción que se hace del niño con baja sociabilidad tiene puntos en común con lo que generalmente se considera un niño introvertido. Así, Eysenck describe a las personas introvertidas como individuos tranquilos, retraídos, introspectivos, reservados y distantes con la gente. Aunque no se tienen datos de si la baja sociabilidad extrema es un factor de riesgo, sobre todo en culturas como la nuestra que favorecen la alta sociabilidad, los datos de Rubin, Both y Wilkinson (1980) apoyan que en la temprana infancia, la «actividad solitaria constructiva y exploratoria» no es desadaptativa; sin embargo, sí lo es en la infancia media y tardía.

2.1.2. Baja aceptación social

Existe un grupo de niños que tienen baja frecuencia de interacción social y ello debido a que

presentan una baja aceptación social y son excluidos y/o olvidados de la interacción social *por* los otros compañeros. Son los niños que en un procedimiento sociométrico resultan rechazados (reciben pocas elecciones y muchos rechazos) o ignorados (reciben pocas o ninguna elección y pocos o ningún rechazo). Pero en este punto es preciso detenernos y hacer unas puntualizaciones que aclaren las posibles relaciones entre el comportamiento tímido y la aceptación social.

La aceptación social, entendida como el grado en que un niño es querido y aceptado o rechazado en su grupo de iguales y medida a través de estrategias sociométricas, ha llamado poderosamente la atención a los estudiosos de la conducta infantil debido a la importancia que tiene como índice de ajuste y adaptación; la baja aceptación social es un factor de riesgo importante (Asher, 1983; Monjas, 1992). Los numerosos estudios, ya clásicos, sobre aceptación social en la infancia se centran en el estatus sociométrico de rechazo y afirman conlleva un alto riesgo, ya que los niños que resultan rechazados son más vulnerables a problemas exteriorizados (agresión, impulsividad, etc.) y, generalmente, no tienen en consideración el estatus de ignorados, ya que no lo consideran muy estable ni relevante. Actualmente se está profundizando mucho más en la descripción de cada grupo sociométrico y se ha prestado atención a distintos subgrupos que se encuentran tanto dentro del estatus sociométrico de rechazados como entre los ignorados. Por ejemplo, en la investigación de Cillessen, Ijzendoorn, Lieshout y Hartup (1992) se encontró que el 13 por 100 de los niños rechazados manifestaron timidez. Lo mismo ocurría con los ignorados, ya que dentro de este grupo se pueden contemplar otros subgrupos con características diferenciadas; solamente un pequeño subgrupo de los ignorados, los altamente aislados, sujetos que presentan «aislamiento social» de forma mantenida durante varios años, son sujetos que presentan riesgo de trastornos interiorizados.

Parece, entonces, que la timidez y el retraimiento social no han de confundirse con ningún grupo sociométrico. Asendorpf (1993) recomienda distinguir claramente entre el comportamiento del niño (tímido, agresivo) y las respuestas de los otros a este

comportamiento (aceptación, ignorancia o rechazo). Tenemos que diferenciar entre:

- a) Retraimiento de tipo pasivo-ansioso. Es el perfil de un niño que está *aislado de* su grupo; se ha aislado a sí mismo debido a una autoprotección negativa y a la ansiedad social subyacente. Implica *aislamiento o evitación* del contacto social con otros.
- b) Rechazo o ignorancia. Es el perfil de un niño que está *aislado por* su grupo y sufre el rechazo o el olvido de éste. Es una forma de ser *excluido por* los otros de la interacción social. Sólo un pequeño subgrupo de estos niños que no son aceptados reacciona con retraimiento social, temor a la evaluación social y, más tarde, con dificultades internalizadas.

2.1.3. Timidez propiamente dicha

Existe un grupo de niños que tienen alta motivación de aproximación y alta motivación de evitación; son niños que les gustaría interactuar con otros, pero por determinadas razones los evitan. Su comportamiento se caracteriza, no por desinterés pasivo y construcción solitaria, como los niños de baja sociabilidad, sino por cautela y recelo. El niño está impulsado a aproximarse a otros, pero esta tendencia simultáneamente es inhibida por otra tendencia de evitación. Este conflicto aparece habitualmente en todos los niños cuando encuentran a un niño desconocido; paran su juego y miran al niño; más tarde empiezan a jugar en paralelo y, progresivamente, empiezan a jugar con el otro, de forma que se resuelve satisfactoriamente el conflicto de aproximación-evitación. Sin embargo, en las criaturas tímidas, esto no ocurre así; los niños anormalmente tímidos se caracterizan por una tendencia de evitación estable y fuerte en determinados contextos y escenarios sociales. Los niños tímidos suelen evitar a los otros porque les tienen miedo. En adultos se han identificado dos clases de miedos, que también aparecen en niños: a los desconocidos y a la evaluación social. Parece que ambos tipos de miedo están

relacionados con distintos tipos de timidez, aunque ambos presentan el mismo comportamiento mani-fiesto y llegan a confundirse con la edad.

2.1.3.1. Timidez temperamental

Kagan et al. (Kagan, Reznick y Snidman, 1988; Kagan, Snidman y Arcus, 1993) realizaron estudios longitudinales con niños de 2 años a los que categorizaron en extremadamente inhibidos y extremadamente desinhibidos, considerando la inhibición en situaciones no familiares, incluyendo interacción con extraños. Encontraron una sustancial estabilidad temporal en estas categorías y una moderada consistencia a través de las situaciones en ambos grupos a los 7 años. Esta inhibición hacia lo no familiar, a menudo es considerada un rasgo temperamental debido a su temprano comienzo, características de rasgo y concomitantes fisiológicos indicando alta activación simpática (Plomin y Daniels, 1986). El miedo a los extraños en situaciones no familiares parece ser un rasgo temperamental moderadamente estable desde la infancia temprana, pero es específico de situaciones no familiares (Asendorpf, 1991).

2.1.3.2. Timidez socioevaluativa

Es la timidez que se presenta en situaciones familiares, timidez preocupante, ya que éstas son las situaciones habituales en la vida cotidiana de cualquier persona, fundamentalmente en la infancia. Esta alta timidez en contextos familiares es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas interiorizados en la infancia media, ya que refleja una alta sensibilidad hacia la evaluación de los demás, factor que puede conducir a autoevaluaciones negativas y, por tanto, a problemas interiorizados. El miedo a la evaluación negativa, no sólo de los extraños, sino también de los conocidos, es un aspecto importante en la timidez. Hay que resaltar la importancia de las expectativas de evaluación negativa (o insuficientemente positiva) que presentan los tímidos.

2.1.4. *Estilo de relación pasivo o inhibido*

Tradicionalmente, en el estudio de la conducta interpersonal, y más concretamente de la asertividad, es decir, de «la conducta interpersonal que implica la expresión directa de los propios sentimientos y la defensa de los propios derechos personales, sin negar los derechos de los otros», se han diferenciado tres estilos: pasivo o inhibido, asertivo y agresivo.

Para concretar más este concepto, en la tabla 11.1, tomada de Caballo (1993, p. 227), se incluyen los aspectos más relevantes de los estilos de relación pasivo, agresivo y asertivo en lo referente a conducta no verbal, conducta verbal y a los efectos y consecuencias que produce. De los tres estilos nos interesa centrarnos en el estilo pasivo o inhibido, ya que se afirma que la persona tímida exhibe este estilo en sus relaciones con los demás.

La conducta pasiva es un estilo de huida. Implica la violación de los propios derechos, al no ser capaz de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones, permitiendo a los demás que no respeten sus sentimientos o expresando los pensamientos y sentimientos propios de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza (de tal modo que los demás puedan fácilmente no hacerle caso). La persona pasiva es inhibida, introvertida, reservada, no consigue sus objetivos, se encuentra frustrada, infeliz y ansiosa, permitiendo a los otros elegir por ella; no defiende sus derechos a fin de no deteriorar las relaciones con la/s otra/s persona/s y adopta conductas de sumisión esperando que la otra persona capte sus necesidades, deseos y objetivos. Lega, Caballo y Ellis (1997) apuntan que el objetivo de la conducta pasiva es apaciguar a los demás y evitar conflictos. Para los inhibidos, el evitar o escapar de los conflictos productores de ansiedad es muy reforzante; por eso se mantiene su conducta inhibida.

El niño pasivo resultará avasallado y amenazado por los demás y los otros se aprovecharán de él. El niño que sistemáticamente adopta conductas de pasividad e inhibición cuando sus derechos son violados, sufrirá consecuencias negativas, se encontrará descontento, se valorará poco y los otros se apro-

TABLA 11.1

Estilos pasivo, asertivo y agresivo de relación (Caballo, 1993, p. 227)

Estilo pasivo	Estilo asertivo	Estilo agresivo
Demasiado poco, demasiado tarde. Demasiado poco, nunca.	Lo suficiente de las conductas apropiadas en el momento correcto.	Demasiado, demasiado pronto. Demasiado, demasiado tarde.
<i>Conducta no verbal</i>	<i>Conducta no verbal</i>	<i>Conducta no verbal</i>
Ojos que miran hacia abajo; voz baja; vacilaciones; gestos desvalidos; negando importancia a la situación; postura hundida; puede evitar totalmente la situación; se retuerce las manos; tono vacilante o de queja; risitas falsas.	Contacto ocular directo; nivel de voz conversacional; habla fluida; gestos firmes; postura erecta; honesto; respuestas directas a la situación; manos sueltas.	Mirada fija; voz alta; habla fluida/rápida; enfrentamiento; gestos de amenaza; postura intimidatoria; des-honesto.
<i>Conducta verbal</i>	<i>Conducta verbal</i>	<i>Conducta verbal</i>
Mensajes en segunda persona, verbalizaciones negativas o de duda, «Quizá», «Supongo», «Me pregunto si podríamos», «Te importaría mucho», «Solamente», «No crees que», «Ehh», «Bueno», «Realmente no es importante», «No te molestes».	Mensajes en primera persona, verbalizaciones positivas, «Pienso», «Siento», «Quiero», «Hagamos», «¿Cómo podemos resolver esto?», «¿Qué piensas?», «¿Qué te parece?»	Mensajes impersonales, «Harías mejor en», «Haz», «Ten cuidado», «Debes estar bromeando», «Si no lo haces», «No sabes», «Deberías», «Mal».
<i>Efectos</i>	<i>Efectos</i>	<i>Efectos</i>
Conflictos interpersonales. Depresión. Desamparo. Imagen pobre de uno mismo. Se hace daño a sí mismo. Pierde oportunidades. Tensión. Se siente sin control. Soledad. No se gusta a sí mismo ni gusta a los demás. Se siente enfadado.	Resuelve los problemas. Se siente a gusto con los demás. Se siente satisfecho. Se siente a gusto consigo mismo. Relajado. Se siente con control. Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades. Se gusta a sí mismo y a los demás. Es bueno para sí y para los demás.	Conflictos interpersonales. Culpa. Frustración. Imagen pobre de sí mismo. Hace daño a los demás. Pierde oportunidades. Tensión. Se siente sin control. Soledad. No le gustan los demás. Se siente enfadado.

vecharán de él y le tratarán injustamente. Michelson et al., (1987, p. 75) apuntan que «cuando una persona actúa de forma pasiva, no se expresa a sí misma, se comporta como un ratón. Deja que los demás niños le manden, le digan lo que tiene que hacer y, generalmente, no defiende sus propios derechos. Por regla general, sus necesidades, opiniones o sentimientos son ignorados y puede que los otros niños se aprovechen de él».

2.2. Definición y descripción conductual

Teniendo en cuenta lo que acabamos de exponer, en este capítulo usaremos los términos timidez y retraimiento social de forma indistinta para referirnos a «aquellos niños con un patrón de conducta caracterizado por déficit de relaciones interpersonales y una tendencia estable y acentuada de escape o evitación del contacto social con otras personas».

Nos referimos a aquellos niños que, de forma estable, interactúan poco con sus iguales y mantienen relaciones insuficientes y/o insatisfactorias con ellos, permanecen mucho tiempo solos, se aíslan de los demás, exhiben un estilo pasivo e inhibido de relación y sufren de ansiedad social (temor en las situaciones sociales y miedo a la evaluación negativa), por lo que evitan activamente distintas situaciones sociales de su vida cotidiana.

Hay que tener en cuenta que la conducta tímida puede contemplarse a lo largo de un continuo, donde existe una graduación en el nivel de gravedad, encontrándonos desde problemas leves y moderados hasta trastornos mucho más serios. Hemos de puntualizar que, en principio, nos vamos a referir a problemas de timidez que no cursan con ansiedad clínica. En la timidez el grado de malestar puede ser fuerte, existe una notable incomodidad, pero, inicialmente, no es incapacitante, ya que no interfiere gravemente con el progreso académico y la adaptación social del niño. Es esto precisamente lo que la diferenciará de otros problemas que sí conllevan deterioro de las actividades del individuo o malestar clínico significativo, como es el caso de la fobia social, como veremos en el apartado dedicado al diagnóstico diferencial.

Es muy difícil hacer una descripción de la timidez ya que existen niños tímidos con sus peculiaridades y características concretas. Lo que sigue a continuación trata de esbozar un perfil conductual a partir de una revisión de la bibliografía científica sobre el tema articulada con nuestra propia experiencia aplicada. Todo ello sin ánimo de ser exhaustivos. La persona interesada puede obtener información más detallada en Monjas (2000) y Monjas y Caballo (en prensa).

Las principales manifestaciones de la conducta tímida son:

- a) Déficit o carencia de conductas de interacción con compañeros y adultos: no participa ni pregunta en clase, no inicia ni mantiene conversaciones con otros niños, no saluda a los vecinos, no se integra en actividades de grupo, etc. En general, la timidez está asociada a escasa habilidad social. Los niños

socialmente retraídos presentan déficits notables en habilidades sociales, desde problemas de asertividad y autoexpresión emocional hasta dificultades en la solución de problemas cognitivo-sociales. Al mismo tiempo, se constata un exceso de conductas de ensimismamiento, apatía, inactividad, pasividad, indecisión, inseguridad, lentitud, sumisión, indiferencia e inhibición. Son niños que permanecen en soledad y aislamiento más frecuentemente que lo que es habitual en su grupo de edad.

- b) Conductas de ansiedad, miedo y temor, preocupaciones y pensamientos negativos ante situaciones interpersonales habituales y situaciones que impliquen evaluación (por ejemplo, expresar una opinión, hacer una pregunta, exponer en la clase, leer en voz alta, responder ante un grupo, etc.). Junto a estos temores aparecen diversos síntomas psicofisiológicos como rubor, taquicardia, sudoración, molestias estomacales, temblor de piernas o tartamudeo. Con el tiempo, los niños tímidos llegan a evitar y/o escapar en lo posible de los contactos interpersonales que les resultan incómodos o amenazantes.
- c) Problemas relativos al concepto de sí mismo y a la afectividad

Los niños tímidos pueden presentar, entre otros problemas, bajo concepto de sí mismos, autoestima y autovaloración negativas, tendencia a subestimarse, sentimientos de inferioridad, alto grado de autoexigencia y autocrítica, hipersensibilidad, sobreemocionabilidad, depresión e indefensión, preocupación, culpabilidad, atribuciones inexactas y autopercepción negativa de su propia competencia social.

2.3. Diagnóstico diferencial

El tema de la timidez reviste un gran interés desde el punto de vista clínico, ya que, aunque actualmente en los sistemas de clasificación clínicos como el DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical*

Manual for Mental Disorders) (APA, 2000) y la CIE-10 (*Clasificación Internacional de Enfermedades*) (OMS, 1992) no exista una categoría diagnóstica referida a timidez o retraimiento social, una revisión reposada de ambos nos muestra que existe un nutrido grupo de trastornos y categorías psicopatológicas en cuyos criterios diagnósticos se incluye la carencia de interacción social y/o un deterioro en las relaciones con los iguales. Asimismo, en algunos trastornos psicológicos, como, por ejemplo, en la fobia social y en el trastorno de personalidad por evitación, parecen existir antecedentes de timidez en la infancia y aislamiento en la adolescencia (Caballo, 1995; Caballo, Andrés y Bas, 1997; Echeburúa, 1993a).

2.3.1. *Timidez y otros trastornos de ansiedad social*

La ansiedad social, como temor en las situaciones sociales y miedo a la evaluación negativa, está presente, bajo distinta forma, en la timidez, la fobia social y el trastorno de personalidad por evitación.

Las personas tímidas presentan ansiedad social no clínica. Es una ansiedad social limitada a algunas situaciones y que puede remitir. Pueden encontrarse incómodas en las relaciones sociales, pero su funcionamiento académico, social o laboral no está gravemente afectado y pueden mejorar con el paso de la adolescencia a la edad adulta (Echeburúa, 1993b).

Sin embargo, la fobia social, de acuerdo con los trabajos de Caballo (1995), Caballo, Andrés y Bas (1997) y Echeburúa (1993a, 1995) y siguiendo la descripción y características señaladas en el DSM-IV-TR (APA, 2000, p. 429) «se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o de actuación en público, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación».

Es importante resaltar algunos aspectos que se incluyen en los criterios diagnósticos y en los síntomas característicos de la fobia social y que tienen que ver con este trastorno en la infancia. Se señala que en los niños: *a*) es necesario haber demostrado

que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto, *b*) la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar; *c*) puede no reconocerse, por parte del niño, que el temor es excesivo e irracional, y *d*) la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo seis meses. Como puede apreciarse, para establecer el diagnóstico de fobia social es preciso que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad interfieran marcadamente con la rutina diaria del niño, su trabajo y actividades en el colegio, su vida social o producirle un malestar clínicamente significativo.

Unas palabras respecto a la edad de inicio de la fobia social. Parece que hay un cierto acuerdo de que la adolescencia es un período crítico, siendo la edad principal de aparición entre los 15 y los 20 años y también a mediados de la edad adulta, pero es preciso tener en cuenta que en algunos casos se sitúa el inicio del cuadro al principio de la segunda infancia. Siguiendo las orientaciones de Caballo, Andrés y Bas (1997, p. 28), que recogen los trabajos de autoridades relevantes en este tema, hay que prestar atención a la época infantil, ya que se ha llegado a encontrar un porcentaje del 33 por 100 de sujetos que habían iniciado el trastorno antes de los 10 años. A pesar de lo que acabamos de exponer, una duda nos asalta: ¿la timidez infantil puede convertirse a largo plazo en una fobia social? A este respecto creemos que actualmente la relación entre la timidez en la infancia y la fobia social en la vida adulta no está del todo clara.

Con relación al trastorno de la personalidad por evitación podemos equipararlo a la fobia social generalizada grave. Hay que resaltar que dicho trastorno supone un déficit de habilidades sociales, que arranca de forma gradual desde la infancia y que presenta una mayor gravedad que los síndromes anteriormente mencionados (Caballo, 1995; Caballo y Turner, 1997).

2.3.2. *Timidez y trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez*

En el DSM-IV-TR (APA, 2000, p. 127) se describe la característica principal de este cuadro como «una relación social que, en la mayor parte de los contextos, se manifiesta notablemente alterada e inadecuada para el nivel de desarrollo del sujeto y que se inicia antes de los 5 años de edad». Se incluyen dos subtipos, inhibido y desinhibido. En este caso nos interesa el tipo inhibido en el que la alteración dominante de la relación social reside en la incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las relaciones sociales y responder a ellas de modo adecuado al nivel de desarrollo del sujeto, como, por ejemplo, mezcla de acercamiento, evitación y resistencia (APA, 2000).

2.3.3. *Timidez y depresión infantil*

Es preciso diferenciar el niño tímido y retraído del niño triste y deprimido. A este respecto pueden resultar de gran ayuda los trabajos del profesor Méndez (1998, 2001). Los síntomas de la depresión, extraídos del DSM-IV-TR (APA, 2000), indican que, aunque pueda haber un cierto solapamiento, cada uno de los cuadros tiene sus peculiaridades. Los síntomas aludidos son: 1) estado de ánimo irritable o triste, 2) pérdida de interés o placer en las actividades, 3) pérdida (o aumento) de apetito/peso, 4) insomnio o hipersomnia, 5) agitación o enlentecimiento psicomotores, 6) fatiga o pérdida de energía, 7) sentimientos de inutilidad o de culpa, 8) disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, y 9) pensamientos de muerte o ideas, planes e intentos de suicidio.

2.4. Epidemiología

En los ya clásicos estudios de Zimbardo (1990) con adultos norteamericanos y datos autoinformados, se señala que el 40 por 100 se declara como habitualmente tímido, el 15 por 100 informa mos-

trarse tímido en alguna ocasión y el 5 por 100 dice que nunca se ha mostrado tímido. Según Henderson y Zimbardo (en prensa), las últimas investigaciones hechas en adultos indican que se ha elevado el porcentaje de timidez autoinformada desde el 40 al 50 por 100. En opinión de los autores esto se debe a las peculiaridades del contexto social de indiferencia hacia los otros y a la poca prioridad que se da al aprendizaje de la compleja red de habilidades necesarias para ser socialmente competente. Hoy en día se están reduciendo drásticamente el número de interacciones interpersonales cotidianas cara-a-cara, siendo sustituidas por otro tipo de interacciones caracterizadas por la preponderancia del contenido verbal y la ausencia prácticamente total de elementos paralingüísticos y no verbales (por ejemplo, las salas de charla [*chat*] a través de Internet).

En nuestro país no existen estudios epidemiológicos sobre timidez y retraimiento social en la infancia. Los realizados en otros países, aunque hace ya bastante tiempo, arrojan los siguientes datos: un 10 por 100 de los niños se retraen, entre un 5 y un 10 por 100 de los niños no es elegido por ningún compañero, el 20 por 100 de los niños de una clase son ignorados o rechazados por sus iguales, más del 10 por 100 de los niños de 3.º a 6.º informan de sentimientos de soledad y de que no tienen amigos para jugar, un 20 por 100 de los alumnos tiene dificultades para hablar en público en clase y alrededor de un 30 por 100 de los niños entre 8 y 10 años son considerados tímidos por sus padres (André y Légeron, 1997; Asher y Dodge, 1986; Hymel y Rubin, 1985).

En nuestro trabajo con alumnos de Educación Infantil, Primaria y Secundaria, utilizando procedimientos sociométricos, encontramos que el 29 por 100 de los alumnos es rechazado por sus compañeros y el 17 por 100 es ignorado, aumentando estos porcentajes conforme los niños tienen asociadas otras necesidades educativas especiales o presentan algún tipo de discapacidad (Monjas, 1992, 1997). Otro dato de nuestra realidad cultural es el aportado por las investigaciones que sobre el fenómeno del maltrato entre compañeros (*bullying*) viene realizando la profesora Ortega de la Universidad de Sevilla. En ellas se señala que aproximadamente el

4 por 100 de los niños manifiesta no tener amigos y que se encuentra aislado con mucha frecuencia (Ortega, 1994).

No obstante, es aconsejable tomar todos estos datos con cautela porque son poco precisos, ya que debido a la confusión conceptual no se han obtenido con criterios claros y, en muchos casos, son resultado de solapamiento con otros cuadros. Por estos motivos apelamos a la necesidad de estimular la investigación a este respecto en nuestro contexto cultural.

Una última reflexión en este apartado se refiere a las relaciones entre sexo y comportamiento tímido. En estudios anteriores se constata que la timidez en niñas es más aceptable que en niños (French, 1990; Stevenson-Hinde y Glover, 1996). Es más, según señala Engfer (1993), el comportamiento expresivo vergonzoso es, no sólo aceptado como femenino, sino que incluso tiene cualidades de flirteo. Parece que en ello tiene mucho que ver la pervivencia de los roles tradicionales de hombre y mujer.

3. ANTECEDENTES Y CONSECUENCIAS

3.1. Teorías etiológicas

A pesar de los múltiples intentos explicativos, no hay datos concluyentes concernientes a los orígenes de la timidez y son varias las teorías etiológicas que se esgrimen. El análisis de estos modelos nos muestra la similitud con la etiología de la ansiedad y, sobre todo, con la fobia social. Ello puede deberse a que, como hemos indicado previamente, la timidez se presenta como un antecedente bastante delimitado de la fobia social, de forma que al estudiar los orígenes de ésta se está aludiendo también a los de aquélla. Los modelos etiológicos que se esgrimen son poco específicos y se refieren tanto a la incompetencia social, en general, como a la timidez y a la fobia social (Echeburúa, 1993a).

Teniendo en cuenta nuestra perspectiva aplicada y psicoterapéutica, nuestro interés no se encuentra tanto en los factores etiológicos últimos que desencadenan la timidez, sino en aquellos otros aspectos

que contribuyen a su desarrollo y que están actualmente manteniendo el comportamiento social inhibido. El tratamiento ha de encaminarse a eliminar estos factores de forma prominente, lo que no obsta para señalar que es importante conocer también los factores tempranos que se asocian con el retraimiento social, con el fin de desarrollar estrategias de prevención. Las principales teorías etiológicas son psicobiológicas, psicosociales, del aprendizaje e interactivas.

3.1.1. Teorías psicobiológicas

La timidez se explica con base en una predisposición hereditaria general, es decir, temperamental. Tradicionalmente se ha considerado que el temperamento es la parte de la personalidad constituida por factores biológicos, genéticos y constitucionales. Se han realizado diversas investigaciones, fundamentalmente estudios longitudinales tratando de esclarecer diversos aspectos relacionados con el temperamento. Haciendo una apretada síntesis de los principales hallazgos aplicables al tema de la timidez, resaltamos que:

- a) Se encuentran diferencias individuales en recién nacidos en actividad motora, irritabilidad y tipo de reacción ante acontecimientos nuevos. Concretamente, el grupo de Kagan describen un rasgo de «inhibición ante lo desconocido», que se traduce como «timidez», apareciendo en cerca del 10 por 100 de los niños recién nacidos y, en la mayoría de los casos, continúa a los 7 años y medio. Se refiere a un umbral excesivamente bajo de activación psicofisiológica ante estimulación social nueva manifestado en rubor, taquicardia y lentitud en la reducción de dicha activación (Kagan, Reznick, Clarke, Snidman y García-Coll, 1984).
- b) El grupo de Plomin, a partir del estudio de 18 pares de gemelos, encuentra que el índice de concordancia de las medidas de timidez es mayor en los gemelos univitelinos y

que el grado de timidez de los hijos está inversamente relacionado con el grado de sociabilidad de las madres (Plomin y Daniels, 1986).

- c) Aunque en principio parece que hay un cierto apoyo empírico a la transmisión hereditaria de conductas de timidez, se va produciendo una pérdida de estabilidad de las calificaciones temperamentales a medida que pasa el tiempo. Las calificaciones de los recién nacidos se van matizando e interactúan con las influencias ambientales, especialmente con la conducta de los padres y las figuras de apego. No obstante, el tipo de temperamento del niño puede determinar, en gran medida, el tipo de comportamiento por parte de los padres y cuidadores (por ejemplo, un niño de temperamento inhibido provoca en sus cuidadores menos conductas de atención).

3.1.2. *Teorías psicosociales*

3.1.2.1. Teorías del apego y del estilo educativo parental

Las relevantes aportaciones de Bowlby precisando que el apego del niño con el cuidador/a principal es uno de los factores más importantes relacionados con la capacidad para hacer amigos dan claves para entender la conducta socialmente tímida y, aunque no hay apoyo empírico, parece que puede establecerse una conexión entre apego inseguro y retraimiento social (Mills y Rubin, 1993; Ortiz, 1994).

El comportamiento retraído es visto como un fracaso en las relaciones iniciales de apego. La cualidad de la relación padre-hijo resultante será de inseguridad en el niño; este sentimiento de inseguridad se generaliza a todas las relaciones subsecuentes y produce una creencia complementaria de incompetencia y falta de valor. Estas representaciones cognitivas de sí mismo y de los demás contribuyen a la ansiedad, la inhibición y el retraimiento en situaciones sociales nuevas.

En todo este proceso es de vital importancia el

estilo educativo de los padres, las creencias y valores paternos respecto a la crianza de los hijos y las estrategias de socialización de las que a título ilustrativo señalamos: grado de promoción de la competencia social, facilitación o no de contactos sociales, exposición a situaciones interpersonales nuevas y variadas, sobreprotección. Todo lo anterior tiene gran impacto bajo circunstancias vitales difíciles y en condiciones de estrés familiar y/o carencia de recursos de afrontamiento por parte de la familia. Sobre este particular hemos de indicar que en diversas investigaciones acerca del maltrato, abandono y abuso sexual infantil, la timidez y el aislamiento social aparece como indicador y como consecuencia (De Paúl y Arruabarrena, 1995).

3.1.2.2. Teorías de la interacción con los iguales

Desde la psicología evolutiva hay consenso prácticamente unánime y apoyo empírico que señala que las experiencias de interacción con los iguales son críticas para el desarrollo normal en la infancia. Así lo expresan Rubin, Both y Wilkinson (1990, p. 132): «la interacción con los compañeros es una fuerza importante para el desarrollo de las relaciones y habilidades sociales normales. Por tanto, un niño que no tenga experiencias adecuadas en las relaciones con sus compañeros corre el riesgo de sufrir algún desajuste posterior».

La interacción con los compañeros es el foro en el que se desarrollan las habilidades sociales. La interacción con los iguales es fuente de diversión, de aprendizajes importantes, de identificación, de fortalecimiento del autoconcepto, de apoyo, intimidad, reciprocidad, expresión de afecto, de disfrute, de diversión, compañerismo (Michelson et al., 1987; Trianes, 1999). A este respecto, los niños que no se relacionan con sus compañeros corren el riesgo de presentar ciertas dificultades emocionales en su desarrollo. Como la interacción es recíproca, el niño retraído provoca menos respuestas sociales positivas en los demás y el resultado es un bajo nivel de contacto social. Si el repertorio social de un niño es reforzado pocas veces, muchos comporta-

mientos importantes pueden resultar suprimidos o extinguidos. Esto hace que hitos que son muy importantes para el desarrollo individual y social se vean frustrados. Sucede además que «la amistad en la infancia tiene un potente efecto amortiguador para mitigar el estrés» (Trianes, 1999, p. 143).

3.1.3. *Teorías del aprendizaje*

La conducta de timidez y retraimiento social se interpreta como consecuencia de carencia de aprendizaje o de un proceso de aprendizaje incompleto o defectuoso. La conducta de timidez se aprende y se explica por procesos tanto de condicionamiento clásico (por ejemplo, ansiedad condicionada a determinadas situaciones interpersonales o sociales generando respuestas de evitación) como operante (la conducta de timidez es directamente recompensada o las interacciones son ignoradas o castigadas) y/o vicario (carencia de modelos sociales asertivos y seguros y exposición a modelos tímidos y retraídos). Estas teorías explican también el desarrollo y mantenimiento de la conducta tímida, aspectos que se han de tener muy en cuenta en el tratamiento.

Dentro de la teoría del aprendizaje se han utilizado principalmente dos hipótesis para explicar las dificultades de interacción: la del déficit de habilidades y la de interferencia. Según la primera hipótesis, los problemas de los niños tímidos se explican porque el sujeto no cuenta en su repertorio con las habilidades necesarias para establecer y mantener relaciones sociales. Bajo la hipótesis de interferencia, se amparan varios de los modelos explicativos (por ejemplo, modelo cognitivo, modelo de ansiedad de Wolpe) que afirman que el sujeto tiene o puede tener en su repertorio determinadas habilidades, pero no las pone en juego porque factores emocionales, cognitivos y/o motores interfieren con su realización. Por ejemplo, Pablo sabe cómo decir a Victoria que juegue con él, pero no lo hace porque teme que le diga que no, como ocurrió el otro día. Entre las variables interferentes, sin ánimo de ser exhaustivos, reseñamos: ansiedad, miedo, autoverbalizaciones negativas, creencias irracionales, déficit en percepción y discriminación social, pensamientos autoderrotistas, distor-

siones cognitivas, errores atribucionales, expectativas de autoeficacia negativas y autoconciencia excesiva.

3.1.4. *Teorías interactivas*

Las teorías vigentes y los datos empíricos actuales apuntan hacia una multicausalidad de la timidez, lo que supone modelos eclécticos e interactivos, planteamientos que asumimos y sintetizamos a continuación, recogiendo diversos trabajos (Caballo, Andrés y Bas, 1997; Coplan, Rubin, Fox, Calkins y Stewart, 1994; Henderson y Zimbardo, en prensa; Mills y Rubin, 1993).

La conducta tímida se explica por una interacción entre variables intraindividuales/personales (temperamento), con variables interindividuales (apego, relaciones entre iguales) y con variables ambientales (estrés, contexto, clima social).

Inicialmente se puede hablar de una predisposición genética, de una vulnerabilidad biológica que podría ser la inhibición conductual (temperamento). A continuación, entrarían en juego las primeras experiencias de aprendizaje y todo lo relacionado con el apego. Estas interacciones tempranas son cruciales para favorecer y reforzar la predisposición biológica o bien para reducirla y minimizarla. Después de un cierto tiempo, el niño ya tiene un primer repertorio de comportamientos y cogniciones en relación a las situaciones de interacción social. Este repertorio puede ser adecuado y adaptativo o no. Por contacto directo, observación, información, es decir, los procesos de aprendizaje que hemos mencionado, el niño va manteniendo o modificando su repertorio inicial. El repertorio inadecuado hará que las situaciones sociales se vean como amenazantes; el fracaso del niño en esas situaciones hará que el sujeto crea que no es capaz de enfrentarse eficazmente a esos retos interpersonales y su conducta de timidez e inhibición se desarrollará y consolidará.

3.2. *Consecuencias*

La creencia, bastante asumida por cierto, tanto por la población en general como por algunos profesionales del campo de la psicología y la educación, de que

la conducta socialmente inhibida del niño es algo temporal y pasará y mejorará con el tiempo y la edad, es una creencia infundada que ha de abandonarse porque no se sustenta con datos empíricos. Más bien al contrario, la evidencia empírica acumulada en los últimos años afirma que la timidez y el retraimiento social en la infancia tienen consecuencias negativas para el sujeto conforme avanza hacia la vida adulta (Rubin y Asendorpf, 1993; Stevenson-Hinde y Glover, 1996). Los principales hallazgos de los estudios longitudinales evidencian que el retraimiento social en la infancia es un factor de riesgo, ya que predice problemas posteriores de naturaleza interna (problemas emocionales, problemas de personalidad). Existe pues un lazo entre retraimiento social y dificultades internalizadas (Rubin, Hymel y Mills, 1989). El estudio más interesante a este respecto es el «Proyecto longitudinal Waterloo» (Rubin, Both y Wilkinson, 1990; Rubin, 1993) que se inició en 1980 y está estudiando la evolución de los niños con dificultades de relación con sus compañeros; concretamente se analizan las consecuencias del retraimiento social durante la primera infancia en el desarrollo posterior. Los hallazgos obtenidos hasta el momento permiten señalar que el retraimiento social en la infancia:

- a) Refleja la existencia de problemas relativos al concepto de sí mismo y a la afectividad,
- b) Es un fenómeno relativamente estable, ya que gran parte de los niños identificados como retraídos en la Educación Infantil siguen siendo identificados así también en la Educación Primaria.
- c) Predice problemas posteriores de naturaleza interna; los niños socialmente retraídos corren el riesgo de, en un futuro, sufrir problemas socioemocionales interiorizados (ansiedad social, depresión, fobia social). En suma, puede afirmarse que la timidez extrema puede ser indicativa de problemas actuales y, si no se interviene de forma preventiva, puede conllevar futuros trastornos (Merrell, 1995; Rubin, 1993; Stevenson-Hinde y Glover, 1996).

4. EVALUACIÓN

La evaluación de la timidez y el retraimiento social en la infancia se ajusta a los planteamientos generales de la evaluación psicológica en la infancia (Del Barrio, 1995) y, por supuesto, no puede ni debe separarse de la evaluación de la competencia social en general. Es por ello que organizaremos este apartado siguiendo las líneas marcadas en trabajos anteriores completándolo con la revisión de los trabajos más recientes en este tema y ciñéndonos a las peculiaridades de la conducta de timidez (Monjas, 1994).

Propugnamos que la evaluación del niño tímido ha de ser un proceso en el que se contemplan distintos momentos: 1) identificación y evaluación inicial, 2) planificación del programa de intervención, 3) evaluación continua de la aplicación del programa, y 4) evaluación de los efectos de la intervención. Así considerada, la evaluación se ha de llevar a cabo antes, durante y después del tratamiento. Conviene en este punto hacer dos observaciones. La primera se refiere a la necesidad de diseñar estrategias de detección y de identificación precoz de sujetos de alto riesgo y ello con fines preventivos. La segunda señala la conveniencia de, a lo largo del proceso de evaluación, descartar la existencia de otros problemas que puedan estar influyendo en la conducta de inhibición, de forma que ésta sea una consecuencia de aquéllos, como, por ejemplo, maltrato de adultos, abuso sexual, intimidación de otros compañeros (Cantón y Cortés, 2001; De Paúl y Arruabarrena, 1995).

Centrándonos ya en los procedimientos de evaluación, recogemos en la tabla 11.2 los que desde nuestro punto de vista revisten más interés, como son: 1) heteroinformes, tanto de los iguales como de los adultos, 2) observación directa, y 3) autoinformes. Sin duda, el análisis detallado de todos estos aspectos es complejo y excedería la intención del presente capítulo. El lector interesado en profundizar y ampliar en estos temas, puede consultar las lecturas recomendadas al final del capítulo.

TABLA 11.2

Métodos e instrumentos de evaluación de la conducta de timidez

- 4.1. Heteroinformes.
 - 4.1.1. Procedimientos sociométricos.
 - 4.1.2. Escalas de apreciación para adultos.
 - 4.1.2.1. Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (CHIS) (Monjas, 1997).
 - 4.1.2.2. Batería de Socialización para profesores (BAS-1) y para padres (BAS-2) (Silva y Martorell, 1983).
- 4.2. Observación directa.
 - 4.2.1. Escala de Observación del Juego (Rubin, 1981).
 - 4.2.2. Código de Observación de la Interacción Social (COIS) (Monjas, Verdugo y Arias 1992).
- 4.3. Autoinformes.
 - 4.3.1. Autoinformes estructurados.
 - 4.3.1.1. Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS) (Michelson et al., 1987).
 - 4.3.1.2. Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (CHIS). Autoinforme (Monjas, 1997).
 - 4.3.1.3. Batería de Socialización (Autoevaluación) (BAS-3) (Silva y Martorell, 1989).
 - 4.3.1.4. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC) (Spielberger, 1988).
 - 4.3.1.5. Escala del Concepto de sí mismo (Piers y Harris, 1969).
 - 4.3.2. Autoobservación.

Partiendo de la base de que para evaluar el comportamiento tímido no existe ningún procedimiento estándar ni combinado eficaz, teniendo claro además que ningún método por sí solo nos puede suministrar toda la información necesaria, aunque todos y cada uno aportan datos de utilidad, y siguiendo las orientaciones que propugnan una aproximación que denominaremos Evaluación Comprensiva y que en la literatura especializada aparece bajo las denominaciones

de Evaluación Global, Evaluación Multimodal, Evaluación Multipropósito-Multimétodo (Caballo, 1993; Michelson et al., 1987), proponemos que se utilicen de forma combinada: *a)* diversas fuentes de información, diversos evaluadores (familia, profesorado e iguales), *b)* diversos procedimientos e instrumentos de evaluación (heteroinformes, observación directa y autoinformes), y *c)* diferentes contextos (clínico, escolar, familiar, comunitario).

4.1. Heteroinformes

4.1.1. Procedimientos sociométricos

Los procedimientos sociométricos evalúan y describen la amistad, la simpatía y la atracción interpersonal entre los miembros de un grupo y proporcionan información sobre lo querido, aceptado o rechazado que es un niño por sus iguales. Se incluye a los iguales en el proceso de evaluación como una fuente muy importante a tener en cuenta, ya que los compañeros basan sus opiniones en numerosas experiencias de interacción con el niño tímido. Además, actualmente se dispone de un sustancial cuerpo de investigaciones que demuestran que el estatus sociométrico es uno de los mejores predictores de la adaptación escolar y social en edades posteriores y constituye una importante medida para identificar sujetos con riesgo de problemas psicológicos (Asher y Coie, 1990; Hymel y Rubin, 1985; Newcomb, Bukowski y Pattee, 1993).

Las estrategias que se utilizan más frecuentemente en la detección, identificación y evaluación de los niños tímidos son: *a)* nominación por los iguales, *b)* puntuación por los iguales, y *c)* técnica del «Adivina quién».

a) Nominación por los iguales

El procedimiento básico consiste en preguntar al niño sobre sus amigos o compañeros preferidos dentro del grupo. Se pide al niño que elija (nominación positiva) o rechace (nominación negativa) un predeterminado número de compañeros de acuerdo a un criterio determinado, como, por

ejemplo, mejores amigos o hacer un trabajo juntos. Este procedimiento nos permite obtener el estatus de elecciones de cada sujeto (número de elecciones que recibe) y el estatus de rechazos (número de rechazos).

b) Puntuación por los iguales

Esta técnica consiste básicamente en que cada sujeto puntúa y valora a todos sus compañeros del grupo. A cada alumno se le da una lista de sus compañeros y se le pide que, de acuerdo con un criterio específico (por ejemplo, cuánto te gusta jugar con..., cuánto te gusta trabajar con..., cómo te cae...), les califique mediante una escala Likert de 3 a 7 puntos. Se evalúa así la «aceptación media» del sujeto por el grupo de iguales.

c) Técnica del «Adivina quién» (*Guess who*)

De acuerdo con esta técnica, a partir de una lista escrita o verbal de ítems que describen determinadas conductas (positivas y/o negativas), cada alumno escribe o dice el nombre del niño que mejor responde a cada una de las descripciones. Las siguientes constituyen ejemplos de descripciones relevantes para la timidez: Adivina qué niño está siempre solo durante el recreo, Adivina qué niño se pone nervioso cuando le preguntan en clase, Adivina quién teme a los demás compañeros, Adivina quién se pone colorado y tartamudea cuando habla en público, Adivina quién es demasiado tímido para hacer amigos.

4.1.2. Escalas de apreciación para adultos

Los procedimientos de información y valoración por los adultos (fundamentalmente profesorado y padres) son bastante utilizados porque son fáciles de aplicar y analizar y proporcionan información socialmente válida. Hemos obviado conscientemente aquellos instrumentos como *The Child Behavior Checklist (CBCL)* («Lista de Conductas Infantiles») de Achenbach y Edelbrock (1982) o *Behavior Problem Checklist (BPC)* («Lista de Problemas de

Comportamiento») de Quay y Peterson (1975), que consideramos de amplio espectro y como medidas generales de adaptación, ya que nuestro interés se centra en instrumentos que evalúan aspectos más concretos y específicos del funcionamiento personal e interpersonal de los niños tímidos. Son muestra de este tipo de instrumentos en nuestro país el «Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (CHIS)» de Monjas (1997) y la «Batería de Socialización para profesores (BAS-1) y para padres (BAS-2)» de Silva y Martorell (1983).

4.1.2.1. Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (CHIS) (Monjas, 1997)

Este cuestionario consta de sesenta ítems que describen conductas interpersonales adecuadas y positivas relacionadas con los contenidos del «Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS)» (Monjas, 1997). El adulto ha de señalar la frecuencia de emisión de cada comportamiento en una escala tipo Likert de cinco puntos. Ejemplos de ítems son:

- Responde adecuadamente a las emociones y sentimientos agradables y positivos de los demás (felicitaciones, alegría).
- Expresa y defiende adecuadamente sus opiniones.
- Hace elogios, cumplidos, alabanzas y dice cosas positivas a otras personas.
- Expresa adecuadamente a los demás sus emociones y sentimientos desagradables y negativos (tristeza, enfado, fracaso).
- Inicia juegos y otras actividades con otros niños y niñas.

Se obtienen datos de la competencia social general y de seis subescalas: 1) habilidades sociales básicas, 2) habilidades para hacer amigos y amigas, 3) habilidades conversacionales, 4) habilidades relacionadas con emociones y sentimientos, 5) habilidades de solución de problemas interpersonales, y 6) habilidades de relación con los adultos.

4.1.2.2. Batería de Socialización para profesores (BAS-1) y para padres (BAS-2) (Silva y Martorell, 1983)

Esta batería se compone de un conjunto de escalas de estimación (con cuatro categorías de respuesta) y está diseñada para evaluar la socialización de niños y adolescentes en ambientes escolares y extraescolares. Tiene dos versiones, una para profesores y otra para padres. La versión para profesores consta de 118 ítems y la versión para padres de 114. Ambas comprenden siete escalas, cuatro que evalúan aspectos positivos o facilitadores de la socialización (Liderazgo, Jovialidad, Sensibilidad Social y Respeto-Autocontrol Social) y tres que se ocupan de aspectos negativos, perturbadores e inhibidores de la socialización (Agresividad-Terquedad, Apatía-Retraimiento y Ansiedad-Timidez). También dispone de una Escala Criterial de Socialización que permite constatar el grado de adaptación social general. Ejemplos de elementos son:

- Hace nuevas amistades con facilidad.
- Se le ve jugando más con sus compañeros que solo.
- Se ruboriza con facilidad. Es vergonzoso.
- Es tímido y sumiso.
- Suele estar solo, apartado de los demás.

4.2. Observación directa

Este procedimiento consiste en el registro de la frecuencia, duración y/o calidad de determinadas conductas y habilidades sociales manifestadas por el niño en los contextos naturales donde espontáneamente se producen.

4.2.1. Escala de Observación del Juego

Es la estrategia más conocida y utilizada en la investigación sobre el retraimiento social en la infancia (Rubin, 1981; Rubin, Both y Wilkinson, 1990). El procedimiento general consiste en observar y registrar el juego libre en el aula o en la sala de juegos del labo-

ratorio con espejo unidireccional. Las categorías de observación se incluyen en la tabla 11.3.

TABLA 11.3

Categorías de observación de la «Escala de Observación del Juego» (Rubin, 1981)

Desocupado	
Espectador/Observador	
Transicional	
Conversación (+, -, 0)	
Lucha y persecución	
Agresión	
Solitario:	
	Funcional-sensoriomotora
	Exploratorio
	Constructivo
	Dramático
	Juegos de reglas
Paralelo:	
	Funcional-sensoriomotora
	Exploratorio
	Constructivo
	Dramático
	Juegos de reglas
En grupo: (+, -, 0)	
	Funcional-sensoriomotora
	Exploratorio
	Constructivo
	Dramático
	Juegos de reglas
Proximidad:	
	Contacto directo
	Dentro de la longitud del brazo
	Orientado hacia
	No orientado hacia
	Más allá de la longitud del brazo
	Orientado hacia
	No orientado hacia

4.2.2. Código de Observación de la Interacción Social (COIS) (Monjas, Verdugo y Arias, 1992)

En nuestras investigaciones con niños en contextos escolares hemos utilizado este sistema codificado de observación directa en el que se registran

las interacciones que se producen en situaciones espontáneas y no estructuradas (por ejemplo, el recreo). Contempla un total de quince categorías de observación (que se incluyen en la tabla 11.4), siete de ellas corresponden al tipo de interacción y las otras ocho explicitan la calidad de la interacción.

TABLA 11.4

Categorías de observación del «Código de Observación de la Interacción Social (COIS)» (Monjas, Verdugo y Arias, 1992)

- | |
|--|
| <p>A) Categorías no interactivas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permanece solo en inactividad. 2. Permanece solo en actividad. 3. Permanece solo como espectador. <p>B) Categorías interactivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Tipo de interacción. <ol style="list-style-type: none"> 4. Interacción cooperativa. 5. Interacción social positiva. 6. Interacción agresiva. 7. Interacción social negativa. — Modalidad de interacción. <ol style="list-style-type: none"> 8. Iniciación. 9. Respuesta. — Con quién se produce la interacción. <ol style="list-style-type: none"> 10. Niño individual. 11. Niño en grupo. 12. Adulto. — Modo de interacción. <ol style="list-style-type: none"> 13. Verbal. 14. Física. 15. Mixta. |
|--|

4.3. Autoinformes

Los procedimientos que utilizan la información, observación, descripción y valoración que hace el sujeto de su propio comportamiento interpersonal, de sus pensamientos, sentimientos o emociones han recibido muy poca atención en la evaluación de niños y niñas, ya que, sobre todo cuando son pequeños o con problemas, pueden tener especiales dificultades a la hora de autoinformar. Nosotros, a pesar de ello, consideramos de interés utilizarlos y en

este apartado incluimos tanto los autoinformes propiamente dichos como los procedimientos de auto-observación y autorregistro y obviamos, aunque por supuesto utilizamos, la entrevista con el niño.

4.3.1. Autoinformes estructurados

Los autoinformes generalmente consisten en una serie de preguntas o descripciones de conductas o pensamientos referidas a diversos aspectos de la conducta del sujeto, que debe responder según las instrucciones, estando de acuerdo o en desacuerdo con cada descripción o puntuando la frecuencia de su conducta. Aunque los autoinformes han recibido muchas críticas debido a que presentan numerosas limitaciones y problemas (carencia de fiabilidad y validez, subjetividad, percepción errónea de la propia conducta interpersonal, sesgo del recuerdo y deseabilidad social), aconsejamos su utilización teniendo siempre presentes estas limitaciones (Hymel, Woody y Bowker, 1993).

A continuación describimos someramente unos ejemplos de autoinformes utilizados actualmente en nuestro país para evaluar la conducta de timidez.

4.3.1.1. Escala de Conducta Asertiva para Niños (*Children Assertive Behavior Scale, CABS*) (Michelson et al., 1987) (adaptado por Segura, 1995)

Evalúa el estilo de interacción, es decir, las conductas asertiva, pasiva y agresiva en niños y jóvenes a partir de los 6 años y consta de una serie de ítems en los que se describe una situación interpersonal y se dan 3/5 alternativas de respuesta (una de las alternativas es asertiva y las otras son inhibidas o agresivas). Son ejemplos de ítems:

- Un amigo te echa la culpa de haberle roto su juguete, pero tú no fuiste:
 - a) «¡Eres un mentiroso!».
 - b) «Yo no fui».
 - c) Me pongo a llorar.

— Mi mejor amigo se ha olvidado de traerme los apuntes que le había prestado y que necesito para hacer el trabajo de clase:

- a) «Espero que la próxima vez no te vuelva a pasar lo mismo».
- b) «No importa, no me hacen falta» (aunque los necesites).
- c) «¡Siempre te olvidas de todo! Ya no te vuelvo a prestar nada».
- d) «Hombre, es que los necesito ahora. ¿No puedes ir a buscarlos, ya que tu casa no está lejos?».
- e) No le digo nada.

4.3.1.2. Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (CHIS), versión autoinforme (Monjas, 1997)

Tiene los mismos contenidos y características que la versión para adultos descrita con anterioridad en el apartado de heteroinformes.

4.3.1.3. Batería de Socialización (Autoevaluación) (BAS-3) (Silva y Martorell, 1989)

Es un cuestionario que consta de 92 ítems con dos categorías de respuesta (Sí o No) que se aplica a chicos de 11 a 19 años aproximadamente. Evalúa las siguientes dimensiones de conducta social: consideración con los demás, autocontrol en las relaciones sociales, retraimiento social, ansiedad social-timidez y liderazgo. Contiene también una escala de sinceridad.

4.3.1.4. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC) (Spielberger, 1988)

Es una adaptación del cuestionario de adultos hecha para niños de 9 a 15 años, que se aplica de forma individual o colectiva. Comprende dos escalas,

una de rasgo (evalúa dimensión estable de personalidad, tendencia) y otra de estado (ansiedad situacional actual). Consta de 40 ítems referidos a situaciones en las que los niños suelen mostrar ansiedad. Son muestra de dichos ítems los siguientes:

- Me siento feliz.
- Estoy preocupado.
- Tengo miedo.

4.3.1.5. Escala del Concepto de sí mismo (Piers y Harris, 1969)

Evalúa el autoconcepto global y en varias dimensiones: a) comportamental, b) académico/intelectual, c) apariencia física, d) falta de ansiedad, e) social o popularidad, y f) satisfacción general o autocrítica de la conducta. Consta de 80 frases (positivas y negativas) con respuesta dicotómica (Sí o No) de las que son ejemplos:

- Soy una persona feliz.
- Me resulta difícil encontrar amigos.
- Soy tímido.
- Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor.
- Tengo buenas ideas.

4.3.2. Autoobservación

El procedimiento de autoobservación y autorregistro consiste en que el propio niño observa y registra su propio comportamiento interactivo en situaciones naturales. Generalmente se utilizan como índices la frecuencia, la intensidad o la duración, junto a otros aspectos cualitativos. Esta técnica, que es muy versátil y plástica, sirve tanto para la conducta manifiesta como para la encubierta (pensamientos, autoverbalizaciones) y es muy útil para enseñar al niño a identificar antecedentes y consecuentes de los comportamientos-objetivo. Por supuesto que con la infancia es preciso diseñar modelos de autoobservación y autorregistro muy sencillos y adaptados a las características de esta población. En las tablas 11.5 y 11.6 pro-

TABLA 11.5

Ejemplo de autorregistro para el tiempo de recreo

	Hacer preguntas a las compañeras y compañeros	Responder a las preguntas de otras personas (niños o adultos)
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		

TABLA 11.6

Ejemplo de autorregistro para el fin de semana

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Digo cosas positivas a los otros												
Doy mi propia opinión												
Saludo												
Aporto ideas en el juego												
Me digo cosas positivas a mí mismo												

ponemos dos ejemplos. En el primer caso se trata de la observación y registro semanal durante el tiempo de recreo de la frecuencia de dos conductas: hacer preguntas a los compañeros y responder a las preguntas de otras personas (niños o adultos). En el segundo caso se trata de registrar la frecuencia de cinco conductas durante el fin de semana.

5. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA TIMIDEZ

En este apartado, presentamos las líneas generales y básicas para abordar problemas de timidez en la práctica clínica. Nuestro propósito no es presentar un programa muy estructurado y cerrado, sino trazar un marco-guía lo suficientemente flexible para poder utilizarse con un amplio espectro de conductas de timi-

dez y retraimiento social, haciendo ajustes y concreciones para contextualizarlo a la realidad de cada niño y de cada terapeuta. Trataremos de sintetizar aquí los conceptos principales indicando que los lectores interesados en aspectos más detallados de la intervención encontrarán más información en Monjas (2000). Hoy en día se están desarrollando intervenciones para mejorar los problemas de los niños retraídos y para prevenir las consecuencias negativas posteriores de este fenómeno. La intervención actual de la timidez y el retraimiento social se orienta hacia programas cognitivo-conductuales.

5.1. Bases empíricas del tratamiento

La asunción de que las habilidades sociales son comportamientos fundamentalmente aprendidos impli-

ca que ante un problema de competencia social, como es el caso de la timidez infantil, se planteen estrategias de aprendizaje y modificación de las conductas interpersonales (Goldstein et al., 1989; Michelson et al., 1987; Monjas, 1997; Trianes, Jiménez y Muñoz, 1997). Estas estrategias de intervención se han etiquetado como «Entrenamiento en habilidades sociales», área que ha experimentado un notable desarrollo en los últimos años, de forma que hoy día, prácticamente cualquier intervención psicológica conlleva algún componente de entrenamiento o modificación del comportamiento interpersonal (Caballo, 1993). Los datos aportados por diversas investigaciones apuntan a que el entrenamiento en habilidades sociales, junto a otros componentes, es eficaz en la enseñanza de diversas habilidades de interacción social a niños con dificultades interpersonales como son la timidez, el retraimiento social y el aislamiento (Erwin, 1994; Jupp y Griffiths, 1990; Kotila y Saloviita, 1993; Lewis y Sugai, 1993; Beidel y Turner, 1998, entre otros).

Al inicio de la década de los ochenta, Hops (1982) hace una revisión de estudios experimentales sobre entrenamiento en habilidades sociales realizados en niños con aislamiento social, retraimiento, timidez e introversión. La revisión se organiza en torno al procedimiento de intervención utilizado: *a)* refuerzo, *b)* modelado, *c)* modelado más refuerzo, *d)* entrenamiento en habilidades sociales específicas a través de aleccionamiento, entrenamiento asertivo y solución de problemas, *e)* los iguales como agentes de cambio conductual, y *f)* programas con múltiples componentes. Concluye que el entrenamiento en habilidades sociales es eficaz en la enseñanza de diversas conductas y habilidades de interacción social a niños con serios problemas de aislamiento social. Erwin (1994), a partir de cientos de estudios sobre entrenamiento en habilidades sociales en la infancia, realiza un metaanálisis con 43 estudios llevados a cabo con niños retraídos y aislados y examina la efectividad relativa de tres métodos de entrenamiento en habilidades sociales: instrucción verbal más ensayo más retroalimentación, solución de problemas cognitivo-sociales y modelado. Concluye que: 1) el entrenamiento en habilidades sociales produce significativas mejoras en el nivel de interacción social, en el estatus sociométrico y en las habilidades cognitivas de

solución de problemas, 2) ninguna técnica se muestra superior a las otras, y 3) es recomendable la utilización de programas de entrenamiento multimodales. Lindeman, Fox y Redelheim (1993) utilizaron de forma combinada incitación y sesiones de refuerzo con niños de preescolar socialmente retraídos y obtuvieron incremento de las iniciaciones en el juego y en las conductas de compartir y ayudar.

En distintas investigaciones realizadas en nuestro país se informa que el entrenamiento en habilidades sociales es eficaz en el tratamiento de niños y niñas socialmente retraídos y tímidos (Monjas, 1992; Monjas y González, 2000) y en algunos casos se dan detalles de la eficacia diferencial de distintas estrategias de intervención. Éste es el caso de Trianes, Rivas y Muñoz (1991) trabajando con preescolares, que encuentran que el programa de solución de problemas cognitivo-sociales beneficia a los niños impulsivos y a adaptados, pero no a los inhibidos. También Gil, Llacer y Miranda (1992) comprueban que los niños con estatus sociométrico de olvidados mejoran más con el tratamiento conductual y los rechazados mejoran más con el tratamiento cognitivo.

Sin embargo, aunque los resultados son alentadores y favorables, es preciso señalar que los datos aportados en este campo por la investigación están sometidos a muchas críticas y presentan serios problemas y limitaciones entre los que destacamos: carencia de validez social, falta de evidencia respecto a generalización de los resultados del entrenamiento, problemas para demostrar el mantenimiento de los efectos del tratamiento, carencia de una base teórica y conceptual que enmarque y guíe la investigación y problemas metodológicos (inadecuados diseños experimentales, muestras muy pequeñas, pobre definición de las variables independientes, etc.), por lo que es aconsejable seguir investigando.

5.2. Características generales

El tratamiento que proponemos tiene las siguientes características:

- a)* Es un programa de tratamiento multicomponente donde el principal elemento es el

«entrenamiento en habilidades sociales» acompañado y completado con programas de autoestima, reestructuración cognitiva y reducción de la ansiedad (cuando existe un componente alto de ansiedad).

- b) Es un programa de entrenamiento e instrucción directa y sistemática de las habilidades sociales, lo que supone enseñar conductas. Se pretende, por una parte, enseñar comportamientos que el niño no posee (iniciar conversaciones, presentarse ante gente nueva o hacer peticiones a adultos) y, por otra parte, disminuir los aspectos que estén interfiriendo la correcta conducta interpersonal (atribuciones incorrectas, autoinstrucciones negativas o ansiedad).
- c) Es un programa cognitivo-conductual porque se centra tanto en la enseñanza de comportamientos motores (contacto visual, comunicación no verbal, conducta verbal) como en la de comportamientos cognitivos (autoinstrucciones positivas) y afectivos (expresión de emociones). Para ello se utilizan técnicas y estrategias de intervención conductuales y cognitivas.
- d) La aplicación ideal de este programa supone la coordinación con la escuela y la familia, puesto que éstos son los contextos más importantes donde interactúa y se desenvuelve el niño con problemas de timidez. Implica también el trabajo conjunto con padres, profesorado, hermanos e iguales porque constituyen elementos personales relevantes en la vida del niño. Se pretende un tratamiento lo más cercano al contexto cotidiano, promoviendo la transferencia y generalización de lo que se entrena en el contexto de tratamiento hacia los contextos naturales.

5.3. Objetivos

La meta final del tratamiento es que el niño tímido llegue a mantener relaciones gratificantes

y a disfrutar de las relaciones interpersonales y ello a través del logro de los siguientes objetivos:

1. Aumentar las conductas de interacción con otras personas (iguales y adultos) y disminuir las conductas de aislamiento, apatía e inactividad.
2. Reducir la ansiedad social en relación a los contactos interpersonales.
3. Mejorar su autoestima general.
4. Mejorar su estilo de pensamiento.

La definición de los objetivos terapéuticos específicos se plantea de acuerdo con los resultados de la evaluación del sujeto concreto y han de operacionalizarse para facilitar el diseño de las actividades de intervención de cada sesión.

5.4. Habilidades

Los contenidos y habilidades concretas a trabajar en cada programa, han de determinarse de acuerdo a la evaluación del caso y a los recursos disponibles. En la tabla 11.7 se presentan 25 conductas y habilidades que frecuentemente se consideran en los programas diseñados para niños tímidos. Para facilitar la comprensión, están categorizadas en torno a cinco módulos: 1) Iniciación y respuesta a las iniciaciones, 2) Participación en juegos y actividades de grupo/pareja, 3) Conversaciones, 4) Asertividad, y 5) Autoconcepto y autoestima.

En los numerosos casos en que existe un componente de ansiedad, deben incluirse técnicas de relajación como componente necesario. De acuerdo con nuestra experiencia aplicada, utilizamos una variante del «Método de relajación progresiva de Jacobson» y las orientaciones de Cautela y Groden (1985). Todo ello se acompaña con visualización de imágenes relajantes y placenteras y autoinstrucciones. Es conveniente entrenar también en la estimación del grado de ansiedad que se experimenta utilizando una escala de diez puntos.

TABLA 11.7

Conductas y habilidades para los programas de tratamiento para niños tímidos

- Módulo 1: Iniciación y respuesta a las iniciaciones.
 - Iniciar conversaciones y contactos interpersonales.
 - Presentarse ante gente desconocida.
 - Hacer y responder a una invitación.
 - Entrar en un grupo y pedir ser incluido.
- Módulo 2: Participación en juegos y actividades de grupo/pareja.
 - Decir lo positivo de los demás.
 - Ofrecer sugerencias para el juego o la actividad.
 - Proponer juegos y actividades.
- Módulo 3: Conversaciones.
 - Hacer y contestar a preguntas.
 - Mensajes en primera persona («Yo»).
 - Dar la propia opinión.
 - Dar información sobre uno mismo.
 - Pedir información.
 - Comunicación no verbal: contacto ocular, tono de voz, expresión gestual y facial.
- Módulo 4: Asertividad.
 - Hacer peticiones a los compañeros en situaciones de juego/clase.
 - Decir «No».
 - Expresar y recibir sentimientos positivos y negativos.
 - Discrepar de la opinión de los otros.
 - Comunicar deseos.
 - Manejar la vergüenza.
 - Manejar las críticas.
- Módulo 5: Autoconcepto y autoestima.
 - Así soy yo.
 - Yo valgo mucho.
 - Autoinstrucciones positivas.
 - Pienso en positivo.
 - Atribución de éxitos y fracasos.

en grupo. En los casos de fuerte timidez es aconsejable empezar con formato individual, ya que si se realiza en grupo puede provocar mayor ansiedad e inhibición. Es oportuno también el formato individual para los momentos iniciales del tratamiento, para la relajación, para ciertos aspectos de reestructuración cognitiva o para entrenamiento autoinstruccional. Progresivamente, y a medida que el niño va incorporando nuevas habilidades a su repertorio y va disminuyendo su ansiedad interpersonal, se va ampliando el número de sujetos. Realizar el entrenamiento junto con otros compañeros tiene muchas ventajas, ya que éstos serán, según las necesidades, modelos a imitar, receptores de las conductas del niño, iniciadores de comportamientos que el niño tiene que continuar y proveedores de información y refuerzo. Pero es preciso cuidar la composición de los miembros teniendo cuidado de incluir no sólo niños con conducta tímida, sino también niños y niñas socialmente hábiles. Es aconsejable que sean niños con los que el sujeto con problemas se encuentra bien, pero hemos de tener cuidado inicialmente con hermanos y amigos porque pueden intentar reproducir en el grupo los roles, expectativas y pautas de interacción anteriores respecto al niño tímido. Los escenarios de entrenamiento han de ser diversos, tratando, en lo posible, de salir del escenario clínico hacia los contextos reales (patio escolar, parque, tiendas, etc.).

5.5.2. Sesiones

El número de sesiones por semana, la duración de cada una y el espaciamiento entre sesiones son aspectos que se han de delimitar en cada caso teniendo en cuenta al sujeto (edad, características, problemas...) y los recursos disponibles. En general, se contemplan entre quince y veinte sesiones de una hora de duración aproximada con una periodicidad de una o dos sesiones a la semana.

5.5. Aspectos logísticos de la intervención

5.5.1. Formato de entrenamiento

Proponemos un formato de entrenamiento mixto con sesiones o tiempos individuales y otras realizadas

5.6. Técnicas de intervención

Las técnicas que conforman el paquete de tratamiento aparecen en la tabla 11.8. Se incluyen aque-

TABLA 11.8

Técnicas del paquete de tratamiento

Desensibilización sistemática.
Entrenamiento en autoinstrucciones.
Exposición.
Retroalimentación.
Instrucción verbal, diálogo y discusión.
Modelado (en vivo, simbólico).
Práctica (en vivo, representación de papeles).
Reestructuración cognitiva.
Refuerzo.
Relajación.
Solución de problemas cognitivo-sociales.
Tareas para casa.
Terapia racional emotivo-conductual.

llas técnicas que han demostrado ser eficaces en los estudios empíricos sobre este tema y en problemas afines; aunque para lograr la eficacia del tratamiento, es preciso elegir el combinado de técnicas más acorde en cada caso.

En muchas ocasiones son técnicas utilizadas en el tratamiento de adultos, por lo que es importante garantizar que cada procedimiento se adapte a la edad y características del niño y se tenga en cuenta la situación de aplicación (Bragado, 1994; Echeburúa, 1993b).

5.7. Procedimiento de entrenamiento

Para el entrenamiento de cada una de las habilidades señaladas, o de las que se consideren en el caso concreto en que se va a intervenir, proponemos un procedimiento instruccional típico del «entrenamiento en habilidades sociales» (Monjas, 1997) que contempla la siguiente secuencia: 1) instrucción verbal, diálogo y discusión, 2) modelado de la habilidad a entrenar (modelado más autoinstrucciones, modelado de afrontamiento), 3) práctica: representación de papeles y práctica *in vivo*, 4) retroalimentación y refuerzo, y 5) tareas. A continuación lo ejemplificamos con la habilidad de «Iniciar conversaciones».

1. Instrucción verbal, diálogo y discusión

Se trata de llegar al concepto de la habilidad que se va a enseñar a partir de su definición y descripción, la importancia y relevancia que tiene para el niño y la aplicación de esa habilidad a su propia vida, actividades, personas y situaciones. Asimismo, se ha de llegar a la instrucción verbal de los pasos conductuales específicos que conforman la habilidad.

¿Qué es iniciar una conversación?, ¿cómo inicias conversaciones?, ¿qué te dices a ti mismo?, ¿qué dices?, ¿qué haces?, ¿cómo te sientes cuando inicias conversaciones?, ¿cómo reaccionan las otras personas?, ¿cómo crees que se sienten?, ¿cuál es lo que te resulta más difícil cuando tienes que iniciar una conversación?, ¿y lo más fácil?, ¿por qué te cuesta iniciar una conversación?, ¿por qué es importante para ti saber iniciar una conversación?, ¿cuándo debes/no debes iniciar una conversación?, ¿con quién?, dónde?

¿Cómo se ha de iniciar una conversación?, ¿Qué se ha de hacer para iniciar una conversación?

2. Modelado

Es la demostración de cómo se pone en juego la habilidad. Consiste en exponer al niño a uno o varios modelos que exhiben las conductas que tiene que aprender. Es la presentación de ejemplos de la correcta aplicación de la habilidad. Siempre que sea posible, se modela un ejemplo puesto por el niño tímido o por alguno de los participantes en el grupo de entrenamiento.

El psicoterapeuta y/u otros miembros del grupo modelan y ejemplifican situaciones concretas en las que se inician conversaciones con otras personas señalando los pasos correctos en cada caso. *Te encuentras con un compañero que se fue a otro colegio y quieres saber cómo le va.*

3. Representación de papeles y dramatización

Se refiere al ensayo y la práctica de las conductas que conforman cada habilidad bajo la supervisión del psicoterapeuta. Los niños han de practicar,

de forma dramatizada, las conductas que van a aprender. Es muy conveniente ensayar y practicar la conducta deseada con distintas personas y en distintas situaciones, para facilitar la transferencia y generalización de las conductas adquiridas.

Los niños han de dramatizar distintos ejemplos de iniciar una conversación. Se trata de ensayar y practicar repetidamente distintas conductas relacionadas con el inicio de conversaciones y ejemplos concretos de comenzar a hablar con otras personas.

Ensayamos fórmulas habituales para iniciar una conversación. Pensamos y practicamos temas que se suelen utilizar para iniciar una conversación.

4. Retroalimentación y refuerzo

Concierne a la información de cómo ha sido la práctica y al refuerzo por la actuación adecuada. Inmediatamente después de practicadas las conductas-objetivo, el terapeuta proporciona información al niño de cómo ha sido su práctica, qué cosas ha hecho bien, qué aspectos ha de modificar y en qué sentido y refuerza positivamente su ejecución. El refuerzo será dispensado tanto por el terapeuta como por los compañeros que han interactuado con el niño durante el desarrollo del entrenamiento. Si la actuación no ha sido del todo correcta, se reforzarán las aproximaciones sucesivas a la conducta objetivo y se proveerá al niño de información sobre los aspectos de su conducta que han de variar en la próxima práctica. Es muy importante también fomentar que el niño tímido se autorrefuerce.

«¡Qué bien has mirado a los ojos!; además le has sonreído».

«Muy bien las preguntas que has utilizado para empezar a hablar con una compañera, pero procura elevar el tono de voz y poner más énfasis en lo que dices. ¡Vamos a volverlo a ensayar!».

5. Tareas para casa

Consiste en la planificación de oportunidades para practicar la habilidad en situaciones nuevas y no directamente supervisadas por el terapeuta. Es preciso que las tareas estén cuidadosamente graduadas y secuenciadas. Empezar con tareas sencillas

que impliquen interacción y puesta en práctica de las conductas aprendidas (preguntar la hora en la calle, preguntar una dirección, hacer un pequeño recado) y hacerlo progresivamente más difícil en función de si el comportamiento se hace solo o acompañado de otras personas (profesor, madre...), duración de la actividad, número de personas que intervienen, dificultad que le supone al sujeto, etc.

De acuerdo con el proceso seguido en la enseñanza de la habilidad de iniciar una conversación, se encargan al niño tímido distintas tareas para que practique, fuera del escenario de entrenamiento, diversos aspectos de la iniciación de conversaciones. Por ejemplo, *iniciar una conversación con un vecino en el ascensor; iniciar una conversación con una niña a la salida del colegio; durante el recreo, empezar a hablar con un niño de otra clase.*

6. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS

El análisis de los contenidos presentados en este capítulo nos lleva a extraer la siguiente conclusión: la timidez en la infancia es un problema al que hay que prestar más atención profesional y científica. Es por ello que las siguientes afirmaciones se presentan como posibles líneas y tendencias de futuro en la investigación en este campo:

- Es conveniente profundizar en los aspectos conceptuales y teóricos en torno al tema de la timidez en la infancia.
- Es necesario hacer en nuestro país estudios longitudinales para determinar cómo se desarrolla y evoluciona la conducta de timidez. También se necesitan estudios epidemiológicos que aporten información respecto a la frecuencia, incidencia por sexos, edad de comienzo, etc.
- Es preciso desarrollar instrumentos de evaluación del comportamiento tímido en castellano y con poblaciones de niños españoles.
- Es importante llegar a comparar y determinar la eficacia relativa de los distintos procedimientos y técnicas de intervención para

seleccionar e incluir en los programas de tratamiento los que resulten más adecuados y eficientes.

- Sería deseable incluir sistemáticamente procedimientos y estrategias de detección e identificación de niños tímidos en los contextos educativos como forma de prevención.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1982): *Manual for the Child Behavior Checklist*. Burlington: University of Vermont.
- André, C. y Légeron, P. (1997): *El miedo a los demás*. Bilbao: Mensajero.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (4.ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Autor.
- Asendorpf, J. B. (1991): Development of inhibited children's coping with unfamiliarity. *Child Development*, 62, 1460-1474.
- Asendorpf, J. B. (1993): Abnormal shyness in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1069-1081.
- Asher, S. R. (1983): Social competence and peer status: Recent advances and future directions. *Child Development*, 54, 1427-1434.
- Asher, S. R. y Coie, J. D. (1990): *Peer rejection in childhood*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Asher, S. R. y Dodge, K. A. (1986): Identifying children who are rejected by their peers. *Developmental Psychology*, 22, 444-449.
- Asher, S. R., Hymel, S. y Renshaw, P. D. (1984): Loneliness in children. *Child Development*, 55, 1456-1464.
- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998): *Shy children, phobic adults*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bragado, C. (1994): *Terapia de conducta en la infancia. Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Caballo, V. E. (1993): *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1995): Fobia social. En V. E. Caballo, G. Buela y J. A. Carroble (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Andrés, V. y Bas, F. (1997): Fobia social. En V. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. y Turner, R. M. (1997, noviembre): Generalized and discrete social phobia: Specific or general causal processes. Comunicación presentada en la 31th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Miami Beach, Florida.
- Cantón, J. y Cortés, M. R. (2001): Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Cassidy, J. y Asher, S. R. (1992): Loneliness and peer relations in young children. *Child Development*, 63, 350-365.
- Cautela, J. R. y Groden, J. (1985): *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cillessen, A., Ijzendoorn, H. W., Lieshout, C. F. y Hartup, W. W. (1992): Heterogeneity among peer-rejected boys: Subtypes and stabilities. *Child Development*, 63, 893-905.
- Coplan, R. J., Rubin, K. H., Fox, N. A., Calkins, S. D. y Stewart, S. L. (1994): Being alone, playing alone, and acting alone: Distinguishing among reticence and passive and active solitude in young children. *Child Development*, 65, 129-137.
- De Paúl, J. y Arruabarrena, M. I. (dirs.) (1995): *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson.
- Del Barrio, M. V. (1995): Evaluación clínica infantil y adolescente. En F. Silva (dir.), *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Echeburúa, E. (1995): *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. (1993a): *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. (1993b): *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Engfer, A. (1993): Antecedents and consequences of shyness in boys and girls: A 6-year longitudinal study. En K. H. Rubin, y J. B. Asendorpf (dirs.), *Social*

- withdrawal, inhibition and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Erwin, P. G. (1994): Effectiveness of social skills training with children: A meta-analytic study. *Counselling Psychology Quarterly*, 7, 305-310.
- French, D. C. (1990): Heterogeneity of peer rejected girls. *Child Development*, 61, 2028-2031.
- Gil, M. D., Llacer, M. D. y Miranda, A. (1992): Comparación de dos programas para el entrenamiento de las habilidades sociales de los escolares rechazados y olvidados. En T. Bonet (dir.), *Problemas psicológicos en la infancia. Programas de intervención*. Valencia: Promolibro.
- Girodo, M. (1980): *Cómo vencer la timidez*. Barcelona: Grijalbo.
- Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J. y Klein, P. (1989): *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Henderson, L. y Zimbardo, P. (en prensa): Shyness. En VV.AA., *Encyclopedia of Mental Health*. San Diego: Academic Press.
- Hops, H. (1982): Social-skills training for socially withdrawn isolate children. En P. Karoly y J. J. Steffen (dirs.), *Improving children's competence*. Lexington: Lexington Books.
- Hymel, S. y Rubin, K. (1985): Children with peer relationships and social skills problems. *Annals of Child Development*, 2, 251-297.
- Hymel, S., Woody, E. y Bowker, A. (1993): Social withdrawal in childhood: Considering the child perspective. En K. H. Rubin, y J. B. Asendorpf (dirs.), *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Jupp, J. J. y Griffiths, M. D. (1990): Self-concept changes in shy, socially isolated adolescents following social skills training emphasising role plays. *Australian Psychologist*, 25, 165-177.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N. y García-Coll, C. (1984): Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55, 2212-2225.
- Kagan, J., Reznick, J. S. y Snidman, N. (1988): Biological basis of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.
- Kagan, J., Snidman, N. y Arcus, D. (1993): On the temperamental categories of inhibited and uninhibited children. En K. H. Rubin y J. B. Asendorpf (dirs.), *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kotila, H. y Saloviita, T. (1993): Using peers to promote the social interaction of withdrawn children in a natural preschool setting. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 22, 129-137.
- Lega, L., Caballo, V. E. y Ellis, A. (1997): *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Lewis, T. J. y Sugai, G. (1993): Teaching communicative alternatives to socially withdrawn behavior: An investigation in maintaining treatment effects. *Journal of Behavioral Education*, 3, 61-75.
- Lindeman, D. P., Fox, J. J. y Redelheim, P. S. (1993): Increasing and maintaining withdrawn preschoolers peer interactions: Effects of double prompting and booster session procedures. *Behavioral Disorders*, 19, 54-66.
- Méndez, F. X. (1998): *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Olivares, J. y Ros, M. C. (2001): Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y la adolescencia. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Merrell, K. W. (1995): An investigation on the relationship between social skills and internalizing problems in early childhood: construct validity of the preschool and kindergarten behavior scales. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 13, 230-240.
- Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P. y Kazdin, A. E. (1987): *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mills, R. S. y Rubin, K. H. (1993): Socialization factors in the development of social withdrawal. En K. H. Rubin y J. B. Asendorpf (dirs.), *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Monjas, M. I. (1994): Evaluación de la competencia social y las habilidades sociales en la edad escolar. En M. A. Verdugo (dir.), *Evaluación curricular. Una guía para la intervención psicopedagógica*. Madrid: Siglo XX.
- Monjas, M. I. (1992): La competencia social en la edad escolar. Diseño, aplicación y validación del «Programa de Habilidades de Interacción Social». Tesis doctoral no publicada, Universidad de Salamanca, Salamanca.

- Monjas, M. I. (2000): *La timidez en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Monjas, M. I. (1997): *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños/as y adolescentes*. Madrid: CEPE.
- Monjas, M. I. y Caballo, V. E. (en prensa): El niño tímido y retraído. En G. Aguilar (dir.), *Problemas conductuales en niños. Guía de trabajo para padres y maestros*. México: Trillas.
- Monjas, M. I. y González, B. (dirs.) (2000): Las habilidades sociales en el currículo. Madrid: Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE): Ministerio de Educación y Cultura.
- Monjas, M. I., Verdugo, M. A. y Arias, B. (1992): Intervención sobre la competencia social de los alumnos con necesidades educativas especiales en Educación Infantil y Primaria. Madrid: Convocatoria de Ayudas a la Investigación Educativa para 1992 del Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE): Ministerio de Educación y Ciencia.
- Newcomb, A. F., Bukowski, W. M. y Pattee, L. (1993): Children's peer relations: A meta-analytic review of popular, rejected, neglected, and average sociometric status. *Psychological Bulletin*, 113, 99-128.
- OMS (1992): *CIE-10. Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Ortega, R. (1994): Las malas relaciones interpersonales en la escuela: Estudio sobre la violencia y el maltrato entre compañeros en segunda etapa de EGB. *Infancia y Sociedad*, 27/28, 205-216.
- Ortiz, M. J. (1994): Conocimiento social: Génesis y naturaleza de la representación de las figuras de apego. *Infancia y Aprendizaje*, 61, 55-71.
- Piers, E. y Harris, D. (1989): *The Piers-Harris children self concept scale: Manual*. Nashville, Tenn: Counselor Recording and Tests.
- Plomin, R. y Daniels, D. (1986): Genetic and shyness. En W. H. Jones, J. M. Cheek y S. R. Briggs (dirs.), *Shyness: Perspectives and research and treatment*. Nueva York: Plenum.
- Quay, H. C. y Peterson, D. R. (1967): *Manual for the behavior problem checklist*. Urbana, Ill: University of Illinois.
- Rubin, K. H. (1981): *Manual for coding free play behavior of young children*. Waterloo, Ontario: University of Waterloo.
- Rubin, K. H. (1993): The Waterloo Longitudinal Project: correlates and consequences of social withdrawal from childhood to adolescence. En K. H. Rubin y J. B. Asendorpf (dirs.), *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Rubin, K. H. y Asendorpf, J. B. (1993): Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood: Conceptual and definitional issues. En K. H. Rubin y J. B. Asendorpf (dirs.), *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Rubin, K. H., Both, L. y Wilkinson, M. (1990): El proyecto longitudinal Waterloo: Factores y consecuencias del retraimiento. *Infancia y Aprendizaje*, 49, 73-90.
- Rubin, K. H., Hymel, S. y Mills, R. S. L. (1989): Sociability and social withdrawal in childhood: stability and outcomes. *Journal of Personality*, 57, 237-255.
- Segura, M. (1996): *Habilidades sociales en la escuela*. Las Palmas: Fundación ECCA.
- Silva, F. y Martorell, M. C. (1983): *Batería de Socialización (BAS-1 y 2)*. Madrid: TEA.
- Silva, F. y Martorell, M. C. (1989): *Batería de Socialización (BAS-3) (Autoevaluación)*. Madrid: TEA.
- Spielberger, C. D. (1988): *STAIC. Manual para el inventario de ansiedad estado-rasgo en niños*. Madrid: TEA.
- Stevenson-Hinde, J. y Glover, A. (1996): Shy girls and boys: a new look. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 181-187.
- Trianes, M. V. (1999): *Estrés en la infancia. Su prevención y tratamiento*. Madrid: Narcea.
- Trianes, M. V., Jiménez, M. y Muñoz, A. (1997): *Competencia social: su educación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Trianes, M. V., Rivas, T. y Muñoz, A. (1991): Eficacia diferencial de una intervención psicoeducativa sobre las habilidades sociales en niños preescolares inhibidos e impulsivos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 895-916.
- Zimbardo, P. G. (1990): *Shyness: what it is, what to do about it*. Reading, MA: Addison-Wesley.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1998): *Shy children, phobic adults*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Monjas, M. I. (2000): *La timidez en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.

- Rubin, K. H., y Asendorpf, J. B. (dirs.) (1993): *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Swallow, W. K. (2000): *The shy child: Helping children triumph over shyness*. Nueva York: Warner.

- Varma, V. P. (dir.) (1991): *Truants from life: Theory and therapy*. Londres: David Fulton.
- Zimbardo, P. G. y Radl, S. H. (1999): *The shy child: Overcoming and preventing shyness from infancy to adulthood*. Nueva York: Malor.

Mutismo selectivo: naturaleza, evaluación y tratamiento

12

JOSÉ OLIVARES
FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ
ROSA MARÍA BERMEJO¹

1. INTRODUCCIÓN

Coincidiendo normalmente con el inicio de su escolarización no obligatoria o, cuando esto no ha sucedido, con su incorporación al régimen obligatorio de escolaridad, durante los primeros días los niños se muestran reticentes a hablar o incluso, en algunos casos, se niegan a hacerlo, aun cuando pudieran ser instigados para ello. Transcurrido un breve período de adaptación a esta nueva situación, generalmente muy corto —días—, la inmensa mayoría vuelve a hablar; en cambio, otros prorrogan y generalizan este silencio ante personas que no pertenecen a su ámbito íntimo y en situaciones extrañas. En otros casos, la inhibición del habla de los sujetos (su mutismo) se produce, bien de forma progresiva (iniciándose a partir de una «timidez excesiva») o tras otras situaciones también potencialmente estresantes como el ingreso en un hospital, el cambio de residencia de una ciudad a otra o de un país a otro. En todas estas situaciones, los niños terminan limitando su comunicación oral a personas muy íntimas y en situaciones muy específicas, generalmente el hogar, produciéndose como consecuencia una ausencia del habla allá donde ésta también debería producirse. Esta situación paradójica es considerada desde el punto de vista clínico como *«un problema de la infancia particularmente difícil (...) [y] con una incidencia lo suficientemente alta como para considerarlo problemático (...) [y] justificar un vivo inte-*

rés por su etiología, diagnóstico y tratamiento» (Ollendick y Matson, 1988, pp. 337-343).

De hecho, las consecuencias del mutismo selectivo pueden resultar altamente incapacitantes para el sujeto. Así, se ha podido constatar cómo entre sus efectos desadaptativos se hallan los generados por el aislamiento, el olvido y/o rechazo a veces acompañado de burla por parte de sus compañeros; déficit y/o carencias de los repertorios básicos de conducta implicados tanto en las habilidades sociales necesarias para la defensa de los propios derechos como en el inicio, mantenimiento y/o recuperación de una interacción social o, por citar alguno más, las implicaciones que conllevan los déficits instrumentales generados por la carencia o reducción a mínimos del rendimiento escolar. Ejemplos en este último sentido son la disminución drástica de oportunidades laborales o la reclusión de los sujetos en aulas o centros específicos de educación especial que, a su vez, aún limitan más sus posibilidades de incrementar sus repertorios básicos de conducta.

2. DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO

2.1. Definición

En 1877 Kussmaul describe por primera vez un trastorno de la conducta en el que los sujetos fracasaban al intentar hablar en determinadas situaciones, pese a tener intacta su capacidad para hacerlo; este hecho llevó al autor a definir el problema como

¹ Universidad de Murcia (España).

una «afasia voluntaria». Cincuenta y siete años más tarde, Tramer (1934) volvía a ocuparse en la literatura científica de este trastorno, pero denominándolo esta vez como «mutismo electivo», a fin de enfatizar el supuesto de que los niños elegían no hablar. A día de hoy, tal creencia ya ha sido rechazada incluso por la APA (1994, 2000), la cual había venido recogiendo de forma reiterada en las sucesivas ediciones de su manual el término «electivo» hasta su penúltima edición (DSM-III-R).

La construcción y delimitación del concepto de mutismo selectivo ha ido contando, en el marco del modelo conductual, con aportaciones (hallazgos y/o constataciones) por parte de distintos autores (Olivares, Macià y Méndez, 1993). Así, en esta sucesión de aportaciones relativas a la clarificación del problema, a autores como Kolvin y Fundudis (1981) les correspondió el enésimo refrendo de la existencia, entre los repertorios básicos de conducta del mudo selectivo, de las respuestas verbales necesarias para la producción y mantenimiento de una comunicación oral, fluida y espontánea, con alguno de los miembros de la propia familia y/o amigo íntimo. Otros como Rutter (1977) recordaron la necesidad de que fuese constatada la ausencia de alteración durante el examen neurológico, mientras que Reed (1963) ya llamó la atención sobre la conveniencia de distinguir entre mudos selectivos «manipuladores» y «fóbicos». La consideración de la inexistencia de retraso mental profundo o déficit motor fue manifestada por Sluckin y Jehu (1969) y más tarde por Friedman y Karagan (1973) o Bauermeister y Jemal (1975), entre otros; mientras, investigadores como Wright (1968) ya habían verificado la independencia entre mutismo selectivo y nivel intelectual. Más tarde, Williamson et al. (1977) diferenciaron también el mutismo selectivo de la *aversión a hablar* (ocurrencia de algún tipo o modalidad de lenguaje oral en distintas situaciones de interacción social con personas ajenas al ámbito íntimo). El diagnóstico diferencial con problemas de origen estrictamente orgánico y/o sensorial, tales como la sordera, fue subrayado por autores como Cantwell y Baker (1985).

Como ya hemos comentado en otros lugares (Olivares, 1995; Olivares, Méndez y Macià, 1990),

desde el punto de vista de la operacionalización conductual del mutismo selectivo, probablemente la aportación más importante, de entre aquellas que generaron los estudios iniciales, se presenta en el trabajo de Reed (1963). En este trabajo, Reed ya excluye una posible explicación concurrente de la conducta problema en términos de «trauma infantil», definiendo el mutismo selectivo como una respuesta de evitación aprendida y, asimismo, relacionando su génesis con un amplio abanico de variables que producían/producen respuestas de ansiedad en el sujeto.

En la actualidad, estimamos que una definición operativa del mutismo selectivo debería incluir como notas esenciales las que se detallan a continuación:

1. Constatación de un descenso generalizado de la frecuencia de ocurrencia de la conducta verbal (hasta su anulación en casi todas las situaciones).
2. Negativa persistente a hablar en situaciones sociales específicas o con carácter general ante personas ajenas al ámbito íntimo.
3. Existencia de comunicación oral espontánea con algún amigo íntimo y/o familiar —generalmente la madre—, de acuerdo a la edad y grupo cultural de referencia para el sujeto.
4. Inexistencia de otro problema de orden psicológico o somático, de conocimiento y/o fluidez en la ejecución del lenguaje oral que pudiera justificar el mutismo selectivo.
5. Duración superior a un mes y éste no coincidir con el primero de la escolarización del niño o su traslado de un centro escolar a otro distinto.

2.2. Clases

Siguiendo el punto de vista categorial, Kolvin y Fundudis (1981) ubican el mutismo selectivo junto al mutismo de origen presumiblemente biológico (casos en los que se relaciona con sordera profunda, retraso mental grave o autismo infantil); pero dife-

renciado el selectivo del traumático, básicamente porque este último sigue de forma inmediata a un acontecimiento biológico o físico que le antecede, mientras que en aquél no se tiene constancia de trauma precedente de estos órdenes que lo pudiera justificar.

Otros autores optan por criterios diferentes para llevar a cabo sus agrupaciones (Hayden, 1980) o hacen su distinción, por ejemplo, en base a la edad de aparición de la conducta problema, tal cual ocurre con Kaplan y Escoll (1973), que incluyen una nueva categoría («mutismo selectivo adolescente») con edad de inicio posterior a los 12 años y en la que el mutismo se restringe al habla con los familiares y el terapeuta, no con los iguales.

En 1927, M. G. Heuger y M. Morgenstern ya diferenciaban entre mutismo selectivo y total. Estos autores daban a conocer el primer caso publicado, del que tenemos noticias, en el que se describe cómo un niño que previamente había presentado un cuadro de mutismo selectivo evolucionó a mutismo total (no hablar a ninguna persona en ninguna situación). Sesenta y un años después, Paniagua y Saeed (1988) publican los resultados de una revisión de casos, llevada a cabo por ellos, en la que se aporta evidencia que permite corroborar la distinción aludida entre mutismo selectivo y progresivo o total.

2.3. Epidemiología

Tanto las distintas revisiones llevadas a cabo sobre este problema (Cunningham, Cataldo, Mallion y Keyes, 1983; Hesselman, 1983; Labbe y Williamson, 1984; Olivares, Macià y Méndez, 1993; Wright, Holmes, Cuccaro y Leonhardt, 1994) como los estudios epidemiológicos, permiten concluir a este respecto que: 1) la frecuencia de ocurrencia parece depender tanto de la edad de los sujetos muestreados como de la delimitación y operacionalización del problema, así como del tipo de mutismo, y 2) se constata una baja frecuencia de ocurrencia.

En la tabla 12.1, construida siguiendo el curso temporal de las investigaciones que se recogen, podemos observar la variabilidad ya comentada en el apartado número uno del párrafo anterior sobre los datos epidemiológicos publicados.

Por lo que respecta a las *diferencias halladas en función del género*, en el estudio realizado por nosotros en abril de 1991 sobre una población de 2.400 preescolares españoles (párvulos de primer año), utilizando un criterio restrictivo (hablar sólo en casa y presentar una historia ininterrumpida en la conducta problema de al menos seis meses), pudimos constatar que, tal como ya se había informado

TABLA 12.1

Datos epidemiológicos sobre el mutismo selectivo aportados por los trabajos publicados

Año	Investigador(es)	Frecuencia hallada	Características de la población estudiada	Tipo de definición utilizada
1950	D. J. Salfeld	1%**	General	Restrictiva
1975	S. Bradley y L. Sloman	2,6*	Jardín de infancia	—
1975	B. J. Brown y M. A. Lloid	0,33-0,66*	Niños de seis años	Amplia
1979	T. Fundudis, Y. Kolvin y R. F. Garside	0,66*	Niños de siete años	Restrictiva
1988	T. Cline y F. Keyserl	2,9*	Educación especial	—
1991	J. Olivares, F. X. Méndez y D. Macià	1,5*	Niños de cuatro años	Restrictiva
1994	APA	1%**	Sujetos visitados en centros de salud mental	Amplia

* = Tanto por mil. ** = Inferior al 1 por 100. — = Ausencia de datos.

reiteradamente (Kolvin y Fundudis, 1981; Wilkins, 1985), se trataba de un problema con una frecuencia de ocurrencia que, en unos estudios, parece ligeramente mayor en los niños que en las niñas (en nuestro caso la proporción es de un 66,66 por 100 para los niños y de un 33,34 por 100 para las niñas), mientras que en otros no hallaron diferencias en función del género en la incidencia del mutismo selectivo en niños, como ocurre en el trabajo de Brown y Lloyd (1975), realizado con sujetos de edades comprendidas entre los 4 y los 5 años.

En el caso concreto de sujetos mudos selectivos escolarizados en aulas de educación especial, o centros específicos de educación especial, Cline y Keyser (1988) no encontraron diferencias significativas entre niños y niñas (sobre 23 mudos selectivos, 11 eran chicos y 12 chicas).

La edad más común informada respecto del *inicio* de la conducta problema se ubica entre los 3 y los 5 años, pero ésta es generalmente reconocida como tal, en el contexto oficial, cuando los niños inician su escolaridad y rehúsan hablar con sus profesores y compañeros (Elson, Pearson, Jones y Schumacher, 1965; Hayes, 1971). En general, los padres suelen informar que el niño o la niña «ha sido siempre así» (Kolvin y Fundudis, 1981; Leonard y Topol, 1993; Wright et al., 1985), lo que ha llevado a sostener la existencia de un inicio insidioso que nosotros hemos tratado de concretar en nuestra propuesta multidimensional y multicausal de modelo explicativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de este problema de conducta (Olivares, Méndez y Macià, 1996).

En relación con el *curso* seguido por el trastorno hay que indicar que existen indicios suficientes para postular el tránsito desde la *aversión a hablar* hasta el *mutismo selectivo*, *así como desde éste hasta el progresivo*, aun cuando es posible también la ocurrencia directa del mutismo selectivo (véase Kratochwill, 1981; Olivares, 1995). En su fase de mutismo selectivo puede ocurrir que la duración o existencia del trastorno se limite a un intervalo temporal (desde apenas unos meses hasta varios años) tras el que puede observarse una recuperación «espontánea», aun cuando persistan en el sujeto características comportamentales como las

incluidas en los constructos denominados «timidez excesiva», «aislamiento», «retraimiento social», etc. Habitualmente, como ya se ha indicado, se inicia antes de los 5 años de edad, pese a que el clínico no tenga generalmente conocimiento del mismo hasta haberse producido el ingreso en el centro escolar y no resulte posible la evaluación del aprendizaje de materias instrumentales básicas como la lectura.

También en relación con el curso hemos de indicar que algunos autores han venido sosteniendo en los últimos años cierta relación entre los niños con mutismo selectivo y los adultos con fobia social, lo que ha llevado a alguno a sostener que el mutismo selectivo debería ser considerado como una variante/antecedente de la fobia social más que como una categoría diagnóstica independiente. Las dos primeras publicaciones que aparecen en la literatura en este sentido son las de Crumley (1990) y Golwyn y Weinstock (1990). Crumley (1990) especula sobre las relaciones que podrían establecerse entre el mutismo selectivo inicial y la fobia social diagnosticada posteriormente. Este autor relata el caso de un varón de 29 años que había presentado un cuadro de mutismo selectivo hasta los 8 años y medio. El hombre recordaba haber tenido un gran miedo durante ese período a la hora de hablar por temor a lo que «pudiera decir o hacer mal» (p. 318). También recordaba haber vivido «episodios repentinos de intensa ansiedad» cuando se encontraba en una situación donde se esperaba que hablase y cuyas respuestas psicofisiológicas se corresponden con algunas de las que configuran en la actualidad el cuadro psicopatológico de ataques de pánico (respiración entrecortada, frecuencia cardíaca elevada, vértigos). Crumley (1990, p. 319) indica que el sujeto todavía recordaba la ansiedad que experimentaba cuando siendo ya adulto quería iniciar una conversación pero no se atrevía por miedo a que pudiera decir algo mal y avergonzarse de sí mismo.

Black y Uhde (1992), por su parte, también abundan en la hipótesis de la relación, pero en este caso apoyan además su argumentación en el hecho de que el sujeto (una niña de 12 años) respondió bien al tratamiento con fluoxetina, principio activo que, según los autores, resulta eficaz en el trata-

miento de la fobia social. En este caso, la niña muda selectiva había contado a su madre que era reacia a hablar porque «su voz sonaba extraña y no quería que otros la oyeran (p. 1090). También contaba con una historia familiar en la que la madre confesaba haber sido muy tímida en su infancia y el padre mostraba niveles elevados de ansiedad a la hora de hablar en público. En esta misma línea se encuentra el trabajo publicado por Boon (1994). Este autor también sostiene que la investigación en la psicofarmacología del mutismo selectivo parece apoyar la continuidad, en tanto que problema de ansiedad, entre el mutismo selectivo y la fobia social. El sujeto tratado por Boon (1994), un niño de 6 años que no hablaba a los adultos, explicó su incapacidad para hablar argumentado que «mi cerebro me lo impide; mi voz suena extraña» (p. 238).

En relación con este intento de asimilación del mutismo selectivo a la fobia social nosotros hemos de indicar tres cuestiones fundamentales. En primer lugar, todos estos autores parecen olvidar que una de las características básicas del concepto de fobia social está directamente relacionada con las habilidades cognitivas del sujeto (temor a una evaluación negativa); habilidades que es difícil suponer a un niño de 4 o 5 años. En segundo lugar, el hecho de que un principio activo pueda resultar de ayuda (aunque ésta pudiera ser relevante) para el tratamiento de un problema de ansiedad sólo quiere decir eso; pero no por ello, por ejemplo, se confunden o se unifican categorías diagnósticas como la agorafobia y los ataques de pánico, pese a estar ambos cuadros integrados fundamentalmente por respuestas de ansiedad cognitivas, psicofisiológicas y motoras. Finalmente, utilizar la introspección de un solo sujeto adulto o un adolescente que presenta fobia social para analizar determinantes causales de un problema anterior también relacionado con el constructo de ansiedad es, cuando menos, arriesgado (habida cuenta de las variables extrañas que pueden afectar a dicha información). En consecuencia, nosotros abogamos por mantener el supuesto de continuidad (que no de inclusión) entre aversión a hablar, mutismo selectivo y mutismo progresivo (véase Olivares et al., 1996), entre los que estimamos posible establecer diferencias en términos

topográficos de frecuencia, intensidad y duración de las respuestas de ansiedad que, a su vez, conlleven implicaciones directas en relación tanto con el análisis funcional como con los tratamientos a aplicar implicados por éste. Asimismo, consideramos que el mutismo selectivo y la fobia social pueden compartir el supuesto de estar definidos por patrones de respuestas de ansiedad y, en ese sentido, constituir el primero un factor de vulnerabilidad en relación con el segundo, en determinadas circunstancias, pero sin olvidar que entre ambos existen notables diferencias tanto en el contexto evolutivo como en relación con el sistema cognitivo. En todo caso, queda pendiente un estudio retrospectivo riguroso para intentar aportar evidencia empírica en este último sentido. De igual modo, queda también pendiente verificar si los sujetos que presentan fobia social y confiesan haber padecido mutismo selectivo se corresponden con los sujetos que en el curso del mutismo selectivo presentaron una «recuperación espontánea» (como nosotros suponemos).

2.4. Descripción clínica

La caracterización básica de este problema conductual también ha venido siendo recogida y compilada por la American Psychiatric Association (APA) en las sucesivas revisiones de su *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)* como una categoría diagnóstica específica. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, al igual que ocurre con otros problemas conductuales relacionados con el constructo ansiedad (Eysenck, Wakefield y Friedman, 1983; Marks, 1992), también en este caso la categorización que la APA (2000) sigue realizando sobre el *mutismo selectivo* carece de funcionalidad (véase la tabla 12.2 donde se incluyen los criterios diagnósticos), dado que se limita a una descripción dicotómica que, al no considerar la existencia del *mutismo progresivo* y la *aversión a hablar*, ignora las implicaciones que ello puede generar tanto en lo concerniente al pronóstico, como en relación con la elección del tratamiento o el curso del problema (véase Labbe y Williamson, 1984; Paniagua y Saeed, 1988; Piersel y Kratochwill,

TABLA 12.2

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el mutismo selectivo (APA, 2000)

- A) Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, como, por ejemplo, en la escuela) a pesar de hablar en otras situaciones.
- B) La perturbación interfiere con el rendimiento escolar o laboral o con la comunicación social.
- C) La duración de la perturbación es de por lo menos un mes (no se limita al primer mes de escuela).
- D) La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento de, o a no encontrarse cómodo con, el lenguaje requerido en la situación social.
- E) La perturbación no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (por ejemplo, tartamudeo) y no aparece exclusivamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

1981;Williamson et al., 1977), en el marco del continuo que venimos denominando como miedo desproporcionado a hablar (véase tabla 12.3).

Los niños con mutismo selectivo presentan aislamiento social, lo que se interpreta como una respuesta de evitación pasiva, dado que al dejar el sujeto de interactuar socialmente logra que no se presenten los estímulos evocadores de las respuestas de ansiedad. Utilizan modos de comunicación alternativos al procedimiento oral convencional

(respuestas de evitación activa): *cuchichean* al oído del interlocutor, emplean de forma sistemática el *gesto*, la *mueca*, movimientos o sacudidas de la cabeza para afirmar o negar, estiran o empujan para pedir algo o expresar su desagrado o usan el lenguaje escrito como sustituto del oral (empleo de «notas»). También suelen mostrar respuestas compulsivas, así como negativismo, pataletas y otros comportamientos controladores, especialmente en casa. Excepcionalmente, cuando el mutismo ya está consolidado y, con más frecuencia, en su inicio, o en la que suponemos fase de transición de la aversión a hablar al mutismo selectivo, el sujeto puede utilizar monosílabos o expresiones cortas acompañadas de alteración de la voz, pero sin mirar al interlocutor (en general la mirada se dirige hacia el suelo). Tal fue, por ejemplo, el caso de Juan (un niño tratado por nosotros), el cual, previamente a su escolarización en una clase de párvulos (donde se diagnosticó el mutismo selectivo), asistió desde los 2 años a un jardín de infancia donde reiteradamente su comportamiento fue calificado por la encargada de clase en sus informes a los padres como «retraído, tímido, muy vergonzoso y poco colaborador; además le cuesta mucho hablar y cuando lo hace se limita a palabras-frase, monosílabos y frases cortas» (véase Olivares, Méndez y Macià, 1993). Otro tanto ocurrió con la información que los padres ofrecieron de M. (otro niño tratado por nosotros); éstos, los padres, estimaban que M. era «un poco retrasado y raro» porque no solía hablar salvo que

TABLA 12.3

Propuesta de clasificación gradual del miedo desproporcionado a hablar (modificada de Olivares, 1995)

	Existencia de comunicación oral		Etiquetas relativas a los distintos grados de miedo desproporcionado a hablar	Nivel del miedo
El niño habla en distintas situaciones de interacción social	Sí, con personas	Ajenas al ámbito íntimo	Aversión a hablar	Menos miedo
		Sólo del ámbito íntimo	Mutismo selectivo	
	No	No habla a nadie	Mutismo progresivo	Más

se le preguntara, en cuyo caso respondía con frases cortas o monosílabos, excepto con su madre (véase Olivares, Méndez y Macià, 1990). De hecho, en este último caso, nuestra intervención fue solicitada por la dirección y jefatura del centro de estudios para intentar «tratar la ausencia reiterada de colaboración y el rechazo a la institución escolar, su aislamiento y retraimiento social». Su profesora comentaba que «siempre está solo y cuando la situación se lo permite distante físicamente de los demás»; igualmente, en su informe escrito, relataba que la interacción verbal con sus compañeros de clase había pasado de ser muy escasa («monosílabos y poco más») a ser nula, como lo había sido desde el principio con los adultos (profesores, educadores, etc.). Todo ello, como es obvio, generalmente lleva a un grave deterioro social y escolar, además de convertirse en objeto de burla de sus compañeros y actuar como causa o co-causa de una amplia variedad de problemas de conducta que han sido descritos en los niños con mutismo selectivo. En este último sentido, Kolvin y Fundudis (1981) informaron tras su estudio epidemiológico que los niños con mutismo selectivo mostraban en relación con los problemas de eliminación una frecuencia de ocurrencia del 42 por 100 para la enuresis y del 17 por 100 para la encopresis (frente a un 15 por 100 y 2 por 100, respectivamente, para los controles); en otros trabajos también se ha encontrado un amplio abanico de problemas, tales como depresión (Wilkins, 1985), patrones de respuesta obsesivo-compulsivos (Hayden, 1980; Kolvin y Fundudis, 1981; Wegeland, 1979) o fobia escolar (Pustrom y Speers, 1964; Wright, 1968).

Aunque no hemos podido encontrar informes sobre la evaluación sistemática del habla y el lenguaje de estos niños ni en los trabajos publicados en lengua inglesa (véase, por ejemplo, Wright, Holmes, Cuccaro y Leonhardt, 1994) ni española, sí se puede confirmar que ocasionalmente pueden presentar trastornos de la comunicación, sobre todo cuando el mutismo selectivo ya está consolidado y, en consecuencia, existe una amplia generalización de su aplicación por parte del niño; así, es posible hallar problemas fonológicos, del lenguaje expresivo y más raramente de ambos (expresivo-recepti-

vo), o algún problema somático que genere problemas en la articulación (por ejemplo, labio leporino). En este sentido, Kolvin y Fundudis (1981) informaron que los resultados de su estudio epidemiológico mostraban que los 24 niños mudos selectivos investigados comenzaron a hablar significativamente más tarde que los 102 controles utilizados: 27,3 meses frente a 21,9 (no se facilita el valor de *p*); además, la mitad de los niños con mutismo selectivo (12:24) también mostraban un patrón de habla inmaduro, mientras que entre los controles esto sólo ocurría en el 8,82 por 100 (9:102). Wright (1968) halló problemas de articulación en el 21 por 100 de los niños de su muestra (5:24), siendo uno de ellos disártrico. Por su parte, Wilkins (1985) informó que el 25 por 100 (6:24) de los niños mudos selectivos estudiados por él tenían problemas en el habla en el momento de la evaluación; en cambio, no encontró ningún problema en este sentido entre los controles. Por su parte, Dow et al. (1995) informan que algo menos de la mitad de los niños mudos selectivos evaluados por ellos muestran un leve o moderado retraso del lenguaje expresivo o receptivo lo bastante severo como para tener que intervenir.

3. NATURALEZA DEL MUTISMO SELECTIVO

Retomando lo ya comentado en este mismo sentido previamente (Olivares, Macià y Méndez, 1993), hemos de recordar que en el ámbito conductual las hipótesis más ampliamente contrastadas en los estudios clínicos publicados son las que relacionan ansiedad y/o refuerzo y mutismo selectivo (Carr y Afnan, 1989; Hesselman, 1983).

Prácticamente desde el inicio de la aplicación del modelo conductual al estudio y tratamiento de este problema, las respuestas de evitación/escape ante situaciones de interacción social, exhibidas por el mudo selectivo, han sugerido la hipótesis de que el mutismo es una estrategia aprendida cuyo mantenimiento se explicaría por refuerzo negativo contingente al cese o evitación de las demandas de habla. Tal es el caso, ya comentado, de Reed (1963)

o de otros autores como Halpern, Hammond y Cohen (1971) o Shaw (1971).

En el caso concreto de autores españoles, Echeburúa y Espinet (1990), de acuerdo con esta hipótesis, también definen el mutismo selectivo presentado por el sujeto objeto de su intervención como una conducta de evitación mantenida por reforzadores negativos (en su caso concreto de tipo cognitivo —no hablar para evitar algo que se teme—).

Para autores como Croghan y Craven (1982), Goll (1979), Kolvin y Fundudis (1981) o Rosenberg y Linblad (1978), la génesis del mutismo selectivo podría ser explicada como la respuesta al estrés situacional, en la mayor parte de los casos ocasionada por el inicio de la escolarización, de acuerdo con los patrones de conducta que caracterizan a sus modelos familiares.

Desde esta última perspectiva, las expectativas aprendidas a través de la experiencia directa, el modelado o la facilitación de información respecto de acontecimientos potencialmente desagradables, serían las responsables en última instancia, desde el modelo del aprendizaje social de Bandura (1977), de la adquisición de esta conducta problema.

En el modelo biprocesual de Mowrer (1960), la génesis del mutismo selectivo viene explicada por el modelo del condicionamiento clásico (estímulos neutros terminarán evocando respuestas de ansiedad por asociación con estímulos aversivos que, de forma incondicionada, desencadenan este tipo de respuestas), mientras que su mantenimiento lo explicaría el condicionamiento operante (toda respuesta de escape/evitación ante un estímulo/situación aversivo/a quedará reforzada negativamente).

En cuanto al mantenimiento de esta conducta problema habría que añadir que, por una parte, entre los sujetos con mutismo selectivo son muchos los que se comunican eficazmente por medio de signos, gestos no verbales o escritura (Cunningham, Cataldo, Mallion y Keyes, 1983; Echeburúa y Espinet, 1990), lo que supone de forma manifiesta «la instauración de una comunicación no verbal que es funcionalmente equivalente a la interacción verbal referencial» (Pérez-Álvarez, 1990, p. 202). Por otro lado, ante la respuesta de silencio de los niños, los adultos (generalmente los suministradores de

refuerzos con mayor significación; padres, profesores, tíos, abuelos, etc.) responden adoptando frecuentemente patrones de interacción verbal (por ejemplo, «¿Querías agua?») que frecuentemente facilitan la respuesta de evitación/escape; en otras ocasiones, este patrón de interacción verbal puede ir seguido de recompensas (caricias, autoverbalizaciones en voz alta tales como «No hay que preocuparse; poquito a poquito», etc.) que, de igual modo, contribuyen al mantenimiento/estabilidad de la ausencia de habla al disminuir/evitar el estado de malestar subjetivo y proporcionar privilegios y/o atención.

Desde los inicios de la intervención conductual en este problema también ha podido observarse que la ausencia de habla no es reforzada por los iguales (Straughan, Potter y Hamilton, 1965). La conducta de los iguales conlleva una retirada de atención que se traduce en una reducción progresiva de la interacción con el mudo selectivo, hasta quedar éste completamente aislado (no sólo en clase, en el autobús o en el patio escolar, sino también en casa respecto de sus compañeros de clase y vecinos del barrio). Este hecho, a su vez, también termina contribuyendo a la consolidación y mantenimiento de la conducta problema al reducir prácticamente a cero las probabilidades de interacción verbal en este contexto y, en consecuencia, como ya comentaba Brison (1966), minimizar la posibilidad de que pudiera producirse de forma natural (fortuita) el desvanecimiento estimular, la desensibilización *in vivo* y/o el refuerzo positivo y así desencadenarse una «recuperación espontánea».

El mantenimiento del problema también vendría explicado por la/s posible/s razón/es que lleva/n generalmente a los padres a retardar mucho la petición de ayuda para la solución del problema de su hijo (cuando lo hacen). Un «comportamiento similar» en el repertorio conductual infanto-juvenil y/o actual de los padres y/o parientes próximos explicaría la «comprensión», la ausencia de una percepción negativa del mutismo y, en definitiva, la ausencia de urgencia a la hora de pedir ayuda. De hecho, en aquellos trabajos en los que se ha realizado un estudio en este sentido entre familias sin antecedentes pasados y/o actuales de mutismo selectivo (grupo

control) y familias con mudos selectivos entre sus miembros y/o parientes (por ejemplo, Brown y Lloyd, 1975), se han obtenido resultados que tienden a confirmar esta hipótesis.

Otras variables, generalmente de relevancia muy cambiante de unos estudios a otros, incluso muchas veces con resultados contradictorios, también han sido hipotetizadas como elementos potencialmente participantes y/o facilitadores de/en la génesis y/o mantenimiento del problema. Entre éstas se hallan variables sociodemográficas (Bradley y Sloman, 1975; Brown y Lloyd, 1975; Looff, 1971), diferencias significativas con la población control respecto de dificultades en el habla (Wright, 1968) y patologías familiares (Goll, 1979; Krolin, 1988; Pustrom y Speers, 1964), variables orgánicas tales como problemas intestinales, de la vejiga urinaria o hiperactividad (Kolvin y Fundudis, 1981), o diferencias étnico-culturales (Goll, 1979).

Por lo que respecta al caso concreto del papel de las variables étnico-culturales, y del posible efecto del bilingüismo sostenido por algunos autores (Sluzki, 1983), el trabajo de Cline y Kysel (1988), en relación con la muestra londinense utilizada, parece dejar clara la inexistencia de relaciones significativas entre ambos conjuntos de variables y el mutismo selectivo. Es más, en términos cuantitativos, el citado trabajo arroja 54,5 por 100 de sujetos con mutismo selectivo entre el grupo de anglosajones (ingleses, galeses, escoceses e irlandeses) frente al 27,3 por 100 del grupo integrado por afrocaribeños o el 4,5 por 100 que corresponde al grupo de los asiáticos (el 13 por 100 representa a los sujetos que no se pueden asignar a ninguno de los grupos anteriores).

Resumiendo, cabe decir que el supuesto común a todas las explicaciones conductuales es que el mutismo selectivo es una respuesta aprendida, en cuya adquisición y mantenimiento pueden intervenir procesos de condicionamiento directo (clásico y operante) y procesos de aprendizaje vicario y/o de transmisión de la información, con independencia de que esas explicaciones puedan tener en cuenta, además, variables biológicas (por ejemplo, preparatoriedad de la especie ante determinados estímulos/situaciones —en este caso situaciones extrañas

y ausencia de seres conocidos—) y/o variables relativas a la predisposición individual para condicionar respuestas de ansiedad, tales como una mayor labilidad electrodermal u otro tipo de condicionantes ambientales que pudieran actuar como facilitadores de la génesis y/o moduladores del mantenimiento. En este sentido, nosotros, como ya hemos indicado, hemos elaborado y propuesto un modelo explicativo (multicausal y multidimensional) de la génesis, desarrollo y mantenimiento de este problema de la conducta y la personalidad en el que se define el mutismo selectivo como un patrón de respuestas de ansiedad condicionadas al habla con extraños, ante extraños y/o personas conocidas a las que ya no se habla (Olivares et al., 1996).

4. EVALUACIÓN

La evaluación del mutismo selectivo, como en el caso de cualquier otro problema de conducta, debe cumplir los objetivos, fases y etapas propios de la evaluación conductual (Fernández-Ballesteros, 1994; Olivares, Méndez y Macià, 1997; Olivares, Méndez y Rosa, 1998). Asimismo, para una evaluación más específica remitimos al lector a un trabajo previo en donde podrá encontrar las pautas e instrumentos necesarios para llevar a cabo esta evaluación psicológica (Olivares, 1995). Entre tales instrumentos se hallan un «Cuestionario exploratorio del miedo desproporcionado a hablar», un «Cuestionario abreviado para la estimación de la gravedad del miedo desproporcionado a hablar», modelos de registro para la observación de las interacciones del niño en presencia de personas extrañas, de personas conocidas en lugares extraños o con personas conocidas en presencia de extraños; un «Modelo de registro general de las respuestas de miedo», etc. Igualmente, también resulta necesario contemplar el repaso de cuestiones tales como la aplicación previa de otros tratamientos psicológicos y sus resultados, o la información generada o que potencialmente pueden generar otras áreas como la biomédica o la relativa al habla y el lenguaje, la cual puede resultar muy relevante. Tales áreas las recogemos en la tabla 12.4.

TABLA 12.4

Síntesis de las principales áreas, contenidos, estrategias e instrumentos empleados en la evaluación del mutismo selectivo

Áreas o centros de interés		Contenido de la información a recabar	Estrategias y/o instrumentos a utilizar
Biomédicas	Médica	Historial médico: — De la familia. — Del niño: peri. prenatal e historial evolutivo (incluidas enfermedades y hospitalizaciones; estudio de problemas neurológicos u oral-sensoriomotores).	Examen físico.
	Audiológica	— Frecuencia de otitis registrada. — Número de visitas y contenidos relativos a preocupaciones por problemas auditivos.	Sensibilidad periférica. Timpanometría. Reflejo acústico para el oído medio.
	Psiquiátrica	— Historial familiar relativo a problemas psiquiátricos. — Historial del niño.	Examen psiquiátrico (criterios DSM-IV).
Escolar		— Rendimiento escolar y desarrollo de habilidades cognitivas.	Pruebas escolares de rendimiento y escalas de habilidades cognitivas estandarizadas*.
Expresión oral y/o gestual		— Complejidad y fluidez del habla del niño (descripción detallada de la producción de habla: pronunciación, longitud enunciados, complejidad gramatical de la respuesta, ritmo, acento, inflexión, tono y volumen de la voz, etc.). — Comunicación no verbal (gestos, movimientos, muecas, etc.). — Existencia de retraso en la adquisición del habla y el lenguaje gestual. — Descripción detallada de la comprensión del lenguaje. — Descripción de variables ambientales que han podido influir en el aprendizaje del lenguaje (bilingüismo, cambio de residencia, etc.)	Evaluar lenguaje receptivo (usar tests estandarizados)**. Evaluar lenguaje expresivo (utilizar grabaciones <i>ad hoc</i> y pruebas estandarizadas).

* Las pruebas no verbales del WISC-R (Wechsler, 1974) y las Matrices Progresivas de Color de Raven (Raven, 1976) pueden constituir buenas herramientas para medir las habilidades cognitivas de estos niños.

** El Peabody Picture Vocabulary Text (Dunn, 1981) no requiere del niño el uso del habla, puede aplicarse desde los 2 años y proporciona información útil para una valoración inicial en este sentido. Para evaluar niveles más complejos de la habilidad receptiva se puede utilizar pruebas como las de D. D. Hammil: Test for Auditory Comprehension de Language Development (Hammil y Newcomer, 1982) o Detroit Test de Learning Aptitude Primary (Hammil y Bryant, 1986). Si los niños presentan algún grado de retraso o problemas de atención/obediencia pueden resultar muy útiles pruebas como las elaboradas por I. L. Zimmerman, V. G. Steiner y R. E. Pond (Zimmerman, Steiner y Pond, 1991): Preschool Language Scale-3.

5. TRATAMIENTO

5.1. Tratamiento psicológico

El pronóstico respecto del tratamiento del mutismo selectivo ha venido siendo señalado por unos autores como pobre (Carr y Afnan, 1989; Wright et al., 1995), mientras que otros han subrayado además el reconocimiento reiterado de la extrema resistencia del problema tanto a los tratamientos conductuales como ante los no conductuales (Ciottonne y Madonna, 1984; Halpern, Hammond y Cohen, 1971; Kupiez y Schwarz, 1982; Kolvin y Fundudis, 1981; Reed, 1963). Pese a ello, cuando las revisiones se hacen sobre estudios que han empleado en el tratamiento de este problema técnicas conductuales, siempre aparece reflejada su eficacia (Cunningham et al., 1983; Krohn, Weckstein y Wrihgt, 1992; Labbe y Williamson, 1984; Sluckin, Foreman y Herbert, 1991).

En general, por otra parte, el grado de pesimismo en el pronóstico de la eficacia del tratamiento de este problema alcanza sus cotas más altas cuando el sujeto no ha logrado una mejoría sustancial antes de los 10 años de edad, respecto de la conducta de hablar. Es decir, el pronóstico de las intervenciones parece estar mediado también por la prontitud con que se inicia el tratamiento del problema en relación con su aparición (Baldwin y Cline, 1991; Hayden, 1980; Hesselman, 1983; Kolvin y Fundudis, 1981; Wright, Miller, Cook y Littman, 1985). Pese a ello, los datos de las revisiones provenientes de estudios tanto extranjeros como españoles han venido poniendo de manifiesto, salvo excepciones, fuertes demoras entre el momento informado de inicio del problema y el del inicio de su tratamiento (véase Olivares, Macià y Méndez, 1993).

Respecto del tratamiento en sí, en el ámbito del modelo conductual, desde las revisiones más extensas (Labbe y Williamson, 1984) hasta los trabajos de autores como Brison (1966), Brown y Doll (1988), Echeburúa y Espinet (1990), Lazarus, Gavilo y Moore (1983), Paniagua y Saeed (1987), Pecukonis y Pecukonis (1991) o Pérez-Álvarez (1990), por citar sólo algunos, se pone de manifiesto la eficacia ya comentada de determinados proce-

dimientos conductuales (de forma aislada o combinados) en el tratamiento del mutismo selectivo, tanto cuando éste ha sido individual como cuando se ha procedido a su tratamiento en grupo (Bozigar y Hansen, 1984).

Efectivamente, los datos generados por las revisiones de mayor relevancia realizadas en el marco conductual en relación con el tratamiento de este problema (Cunningham et al., 1983; Labbe y Williamson, 1984), así como nuestra propia revisión (Olivares, Macià y Méndez, 1993), muestran la relevancia de las técnicas conductuales y especialmente de las operantes en las distintas fases en las que se puede organizar el tratamiento de este problema de conducta, en relación con los distintos niveles de inhibición del habla. Así, cuando el sujeto no habla a nadie en ninguna situación, para iniciar la emisión de respuestas orales se han empleado con éxito el moldeamiento, los procedimientos de evitación y escape, el muestreo de refuerzos, el costo de respuesta y el modelado. Cuando el habla se produce de forma espontánea ante una o muy pocas personas, en una sola situación, la estrategia de primera elección ha sido el desvanecimiento estimular ante nuevas personas; si el habla se produce ante la mayoría de las personas pero en una única situación o, por contra, ante una o muy pocas personas pero en la mayoría de las situaciones, la técnica de primera elección ha resultado ser el desvanecimiento estimular ante nuevas personas en distintas situaciones. En el incremento del habla espontánea la estrategia más empleada con éxito ha sido el manejo de contingencias, mientras que para el mantenimiento de los logros se ha utilizado fundamentalmente la estrategia de desvanecer el programa de refuerzo e incrementar paralelamente su dependencia del refuerzo natural (véase tabla 12.5).

En la actualidad, como consecuencia de la búsqueda de mejores relaciones costo-eficacia, se está empezando a aportar evidencia en relación con la eficacia y eficiencia de otras estrategias conductuales de tratamiento, tanto para iniciar e incrementar la producción de respuestas orales espontáneas como para hacerlo lo más tempranamente posible (Wright, Miller, Cook y Littmann, 1985; Olivares, Macià y Méndez, 1993).

TABLA 12.5

Síntesis de las estrategias de tratamiento más frecuentemente utilizadas en función de los resultados de la evaluación

Menos		Miedo a hablar			Más
Aversión a hablar		Mutismo selectivo			Mutismo progresivo
Resultados de la evaluación	Habla <i>ocasionalmente</i> en la mayoría de lugares/situaciones a la mayoría de personas	Habla a la mayoría de las personas en la mayoría de las situaciones, pero <i>en un solo lugar</i>	Habla <i>a una o muy pocas personas</i> , en la mayoría de lugares y situaciones	Habla <i>a una o muy pocas personas</i> en la mayoría de situaciones, pero <i>en un único lugar</i>	<i>No habla a nadie en ningún lugar ni situación</i>
Desarrollo de la intervención: Aplicación del tratamiento				Aplicar DE con nuevas personas	Aplicar procedimientos de iniciación de respuestas
	Aplicar desvanecimiento estimular				
		Lugares (y situaciones)	Con nuevas personas (∪ situaciones variadas)	Con nuevas personas ∪ nuevos lugares (y situaciones)	Con nuevas personas ∪ nuevos lugares (y situaciones)
	Aplicar programa de refuerzo al habla				
	En el contexto pertinente	En todo lugar y situación	En presencia de cualquier persona	En presencia de cualquier persona, en todo lugar y situación	En presencia de cualquier persona, en todo lugar y situación
	Desvanecimiento del programa de refuerzo del habla				
Mantenimiento del habla por medio de reforzadores naturales					
Aplicar otros tratamientos (HS, RP, etc.)					

U = Unión. DE = Desvanecimiento estimular. HS = Habilidades sociales. RP = Resolución de problemas.

Por lo que respecta a la eficacia del tratamiento conductual del mutismo selectivo, como norma general se puede sostener que, cuando el sujeto todavía habla a una o más personas, al menos en una situación, las técnicas conductuales que conlleven la exposición del sujeto a las situaciones en las que éste inhibe el habla son las que han resultado más útiles (en combinación con el manejo de contingencias) para lograr el incremento y la generalización del habla espontánea. Tal es el caso del desvanecimiento estimular y el automodelado filmado. Este último se inserta dentro de la búsqueda de mejores relaciones costo-eficacia a las que hacíamos referencia en el párrafo anterior y ha sido utilizado tanto en combinación con el desvanecimiento estimular (Holmbeck y Lavigne, 1992) como en su versión «trucado» (Dowrick y Hood, 1978; Kehle, Owen y Cressy, 1990; Pigott y Gonzales, 1987) y como en una variante gradual de este último denominada «Automodelado Gradual Filmado y Trucado» (AGFT) (Olivares, Méndez y Macià, 1993), cuyo procedimiento vamos a describir de forma sucinta a continuación.

El Automodelado Gradual Filmado y Trucado (AGFT) persigue dos objetivos: *a)* establecer la comunicación verbal de los sujetos en el contexto donde se inhibe el habla, con independencia del interlocutor y la situación; *b)* sustituir la ausencia de interacción social por un incremento de la relación interpersonal, de acuerdo con la edad del sujeto. Es un tratamiento multicomponente que incluye automodelado, exposición gradual y manejo de contingencias. Está destinado a niños pequeños cuyas habilidades cognitivas no les permiten discriminar entre la ficción y la realidad; es decir, niños cuyas edades oscilen entre los 3-4 y 6-7 años. Por esta razón, se trata de un tratamiento orientado fundamentalmente a ser aplicado en los programas de detección e intervención temprana.

El AGFT consiste en la exposición del sujeto a una jerarquía filmada de secuencias de automodelado (previamente trucada) que progresa a lo largo de cinco fases, de cinco ítems cada una, que incluyen desde la respuesta monosilábica hasta el comportamiento final deseado (preguntar y contestar espontáneamente a preguntas realizadas al conjunto de los

sujetos en un contexto grupal). La confección de la videocinta para el automodelado gradual se inicia a través de un proceso de grabación de primeros planos de la cara del niño mudo selectivo, por medio de cámara oculta, en los que éste va progresando desde la pronunciación de monosílabos hasta la narración espontánea. En segundo lugar, se procede al montaje de las escenificaciones trucadas, a partir de las respuestas y preguntas del niño a los adultos significativos con los que convive (madre, padre, abuela...) y las mismas respuestas y preguntas grabadas, siguiendo el mismo guión, a adultos que no pertenecen al ámbito íntimo del niño. Así, si es en el centro educativo donde inhibe el habla se grabará a profesores, a otros alumnos de distintos cursos, a madres con niños en el centro, además de distintos momentos del desarrollo de las clases (también esto último mediante cámara oculta). Caso de no contextualizarse el problema en el centro educativo se procedería de la misma forma, pero esta vez con personas a las que no se habla y en situaciones en las que tampoco se hace. Una vez realizadas las distintas grabaciones se procede a su montaje de acuerdo con el guión previo que sirvió para el rodaje de las distintas escenas o secuencias. Como resultado del proceso de montaje debe quedar establecida una jerarquía integrada por las cinco fases comentadas en las que se automodelen, como ya hemos indicado, contestaciones a preguntas que impliquen respuestas monosilábicas (1.ª fase), preguntas que impliquen respuestas integradas por dos-tres palabras (2.ª fase), preguntas que conlleven respuestas de más de tres palabras (3.ª fase), respuesta de saludo y contestaciones a preguntas de sujetos extraños (4.ª fase) y narración espontánea en respuesta a una pregunta generalizada, responder por otro que no lo hace cuando un adulto significativo lo requiere y formulación espontánea de preguntas al adulto significativo ante el que previamente se inhibía el habla (profesora, padre, tío, etc.) (5.ª fase).

La exposición del mudo selectivo a su automodelado debe realizarse siempre en el mismo lugar, a la misma hora y con la presencia de las mismas personas, procurando controlar las variables extrañas de orden ambiental y orgánico que pudieran alterar la atención del niño (ruidos, luces, determi-

nantes biológicos actuales, etc.). Caso de tratarse de un centro educativo, un lugar adecuado puede ser la sala de medios audiovisuales o sala alternativa en la que se disponga de aparato reproductor de videocintas y televisión. Una hora adecuada puede ser el cuarto de hora previo a la entrada matinal al colegio y las personas presentes deberían ser el psicólogo, su ayudante y la persona que habitualmente acompaña al niño al centro.

Durante la exposición, el mudo selectivo debe recibir dos tipos de refuerzo. El primero es el refuerzo social vicario correspondiente al automodelado (simbólico), el cual debe aparecer en la filmación trucada de forma contingente a la respuesta del sujeto ante el adulto significativo o los sujetos extraños ante los que inhibe el habla. El refuerzo debe consistir en verbalizaciones del adulto significativo al que no se habla (por ejemplo, su maestra), mediante voz en *off* o apareciendo de manera inmediata tras la imagen del niño y felicitándolo con expresiones tales como *¡Muy bien T.!* Cuando se utilicen verbalizaciones en *off*, éstas deben estar debidamente contextualizadas con sonidos e imágenes ambientales propios de la situación en la que no se habla a esa persona (así, en el caso escolar, visualización y/o audición de sonrisas, aplausos de los compañeros o una combinación de ambas a fin de hacer todo lo creíble que podamos el trucaje al que estamos sometiendo al niño). El segundo tipo de refuerzo que ha de programarse es el refuerzo material. Se ha de comunicar al mudo selectivo, previamente a la sesión de exposición al automodelado, que por prestar atención a la grabación («estar mirando la tele») recibirá el refuerzo material que él seleccione de entre una relación previamente acordada (chicles sin azúcar, gominolas, cromos, soldaditos de plástico, etc.). La aplicación de refuerzo debe realizarse siguiendo un programa de intervalo fijo e igual a dos segundos durante la primera fase, de tres segundos durante la segunda, de cuatro durante la tercera y de cinco durante la cuarta y de intervalo variable en la quinta.

El diseño de una intervención en la que se utilice el AGFT debe implicar tanto el nivel individual como el grupal, por razones obvias. Además de ello, cuando la intervención se realice en un centro edu-

cativo, también debería de intervenir en el contexto o nivel institucional (familia y escuela). En la primera intervención que programamos para poner a prueba el tratamiento que habíamos diseñado (Olivares, Méndez y Macià, 1993) incluimos además del nivel individual, ya descrito líneas atrás, el grupal y el institucional. Con el grupal perseguíamos la modificación de expectativas de los alumnos de la misma clase que el mudo selectivo mediante la proyección de una secuencia de la videocinta en la que se podía oír y ver hablar al mudo selectivo (previa autorización de éste y una vez que el número de respuestas dadas espontáneamente en clase por él, sin instigación previa, superó el número de las que requerían ser instigadas). En el nivel institucional se intentaba instruir a la familia para que no pronunciaran ante sus hijos juicios negativos respecto de las situaciones de interacción social, ni relataran situaciones donde pudiera modelarse una respuesta de escape y/o evitación ante este tipo de situaciones; a las profesoras que trabajaban en el mismo nivel educativo y compartían patio de recreo se les explicó el efecto paradójico de sus caricias, frases de consuelo, etc., ante el niño con mutismo selectivo, al tiempo que se les dieron instrucciones para retirar la atención al sujeto cuando éste no respondía verbalmente. La profesora que tenía el niño en clase recibía un entrenamiento complementario más extenso.

En el AGFT las sesiones de exposición deben iniciarse y terminarse siempre con la exposición del niño a una secuencia de automodelado ya superada. El criterio de finalización del tratamiento («alta») se debe condicionar a la superación de la jerarquía y la consecución de los dos objetivos marcados.

Volviendo a las relaciones eficacia *versus* eficiencia, como ya hemos indicado, las intervenciones conductuales se muestran generalmente eficaces en el tratamiento de este problema y aun cuando, en algún caso, los problemas de infraestructura pudieran minimizar los efectos de la intervención, cuando éstos logran resolverse el tratamiento termina mostrándose altamente válido (Brown y Doll, 1988). Pese a ello, no resultan todo lo eficientes que sería deseable dado el elevado

número de sesiones que generalmente suelen requerir (excepción hecha de los resultados comunicados por Dowrick y Hood, 1978, o Kehle, Owen y Cressy, 1990), la infraestructura que su aplicación conlleva o el grado de intrusismo que pueden suponer para el sujeto tratado. En relación con el problema de la duración de la intervención y, particularmente, respecto del número de sesiones de tratamiento que son requeridas, hemos de indicar que para lograr la participación activa del sujeto en el proceso de comunicación, según datos de la revisión de Cunningham et al. (1983), con independencia de la técnica o «paquete» de tratamiento empleado, el habla espontánea suele requerir alrededor de 44 sesiones de tratamiento como promedio, mientras que el logro del habla como respuesta a preguntas sitúa su media en 18 sesiones. Hemos de indicar que tales datos corresponden a estudios en los que no se incluía la detección e intervención temprana como una estrategia añadida a la aplicación del tratamiento, sino que éste se aplicaba cuando el profesional era requerido para ello. En este sentido, cabe pensar a la luz de los datos disponibles, aunque todavía escasos, que los programas de detección e intervención temprana diseñados en el contexto de la psicología conductual comunitaria deberían reducir considerablemente la duración de las intervenciones. Desde nuestro punto de vista, ello debería ser posible como consecuencia de que éstas pueden impedir la consolidación y generalización de las respuestas de escape/evitación que es lo que, a nuestro entender, permite también comprender por qué los datos muestran cómo en la misma medida en que se retarda la intervención (desde el momento en que se detecta la existencia del mutismo selectivo) resulta más difícil tener éxito y, en todo caso, se incrementa su duración. De ahí que

nosotros defendamos la necesidad de un cambio en la sensibilidad ante las necesidades de la comunidad y en el estilo de prestación de servicios por las instituciones: paso de las actitudes pasivo-receptivas a otras más activas o de búsqueda, de una consideración aversiva de la demanda a otra de servicio y solución de problemas, no sólo en relación con el problema de conducta que nos ocupa, sino para cualquier otro trastorno. Por lo que respecta al mutismo selectivo, el AGFT puede constituir una alternativa más en este sentido.

A modo de síntesis, presentamos en la tabla 12.6 el porcentaje de empleo de técnicas y/o «paquetes» de tratamiento del mutismo selectivo, calculados a partir de 34 estudios (41 sujetos tratados, de ellos 4 en grupo y el resto estudios de caso único) revisados por Cunningham et al. (1983), los 6 estudios (7 sujetos tratados utilizando diseños de caso único) que figuran en la revisión de Labbe y Williamson (1984), formando parte de las 29 publicaciones revisadas por ellos y no incluidos en la revisión previa de Cunningham et al. (1983) y los 32 de una revisión realizada recientemente por nosotros (Olivares y García-López, 1998).

Con gran diferencia, la combinación de refuerzo positivo y desvanecimiento estimular es el tratamiento más utilizado por los autores muestreados, pese a que esta estrategia ha de enfrentarse con problemas importantes de infraestructura y costos temporales, en relación con la disposición de los espacios y el tiempo que han de dedicar las personas que participan en la aplicación y/o como parte del propio tratamiento.

Otras modalidades de intervención conductual potencialmente eficaces, en consonancia con la hipótesis de miedo adquirido, en el contexto del miedo desproporcionado a hablar, tales como

TABLA 12.6

Porcentaje de empleo de técnicas y/o «paquetes» de tratamiento del mutismo selectivo

Refuerzo (+)	Desvanecimiento estimular	Aversión/alivio	Otras	Desvanecimiento estimular + refuerzo (+)
0,5%	3,41%	17%	19,03%	60,06%

los procedimientos de autocontrol, inundación, desensibilización sistemática o entrenamiento en relajación, no aparecen en las revisiones que hemos supervisado, ni en nuestra propia revisión, ni entre las técnicas de mayor frecuencia de empleo, ni entre aquellas cuya eficacia ha sido refrendada por estudios sistemáticos en sujetos con mutismo selectivo. Una excepción en este sentido parecen empezar a serlo las variantes del automodelado ya comentadas (Dowrick y Hood, 1978; Kehle, Owen y Cressy, 1990; Olivares, Méndez y Macià, 1993; Pigott y González, 1987).

Por lo que respecta a la evaluación de la eficacia diferencial de las intervenciones realizadas a través de procedimientos psicoterapéuticos (por ejemplo, terapia del juego), frente a intervenciones conductuales, sólo hemos podido encontrar el trabajo de Paniagua y Saeed (1987) en el que tal estudio se llevara a cabo. En este trabajo se emplearon inicialmente técnicas de sugestión, terapia familiar, terapia psicodinámica individual y terapia de juego. Ante la falta de cambios significativos respecto de la línea base durante las primeras ocho sesiones de intervención terapéutica, los autores iniciaron el tratamiento con procedimientos conductuales que sí generaron cambios altamente significativos. Pese a la carencia de estudios contundentes en este sentido, a la luz de los resultados de Paniagua y Saeed (1987), cabe pensar que en aquellos casos en los que se emplean estrategias psicoterapéuticas combinadas con procedimientos conductuales en el tratamiento del mutismo selectivo (Austad, Sininger y Stricklin, 1980; Carr y Afnan, 1989; Hoffman y Laub, 1986; Thorpe, Keegan y Veeman, 1985), el éxito informado parece depender básicamente de los componentes conductuales que integran el tratamiento.

Otra de las cuestiones que puede ser necesario clarificar respecto de la intervención con mudos selectivos es la relativa a la pertinencia o no de la inclusión de la familia en el tratamiento o como parte de éste. Respecto de la participación de toda o parte de la familia, desde el modelo conductual tal inclusión, como fuente de coterapeutas y/o como objeto de tratamiento, constituye una constante de la práctica habitual cuando la relación entre esta

conducta problema y la familia ha sido puesta de manifiesto por el análisis funcional relativo a los datos proporcionados por la evaluación (Rosenberg y Linblad, 1978, 1984; Straughan, 1968; Wahler, 1983). En cambio, cuando no se ha observado ninguna relación funcional, los resultados positivos obtenidos sin tal participación muestran lo gratuito que resultaría la mediación familiar (Bauermeister y Jamail, 1975; Brison, 1966; Olivares, Méndez y Macià, 1990). Es más, en algún caso, tal cual ocurre con Lazarus, Gavilo y Moore (1983), los autores dan cuenta dentro de una misma publicación del tratamiento de dos sujetos mudos selectivos para lo que, en un caso, se precisó de la inclusión de la familia, mientras que, en el otro, bastó con el tratamiento del sujeto en el contexto escolar. No obstante, cabe recordar que la familia, al igual que los compañeros de clase, barrio o autobús, pueden constituir elementos clave en todo tratamiento que persiga la generalización del habla a sujetos y situaciones distintas a las del entrenamiento.

5.2. Tratamiento psicofarmacológico

El tratamiento psicofarmacológico es la estrategia que desde el modelo biomédico está intentando abrirse camino en la eliminación del mutismo selectivo. Pese a no ser un tratamiento psicológico, sino psiquiátrico, vamos a ocuparnos brevemente de él porque, desde la perspectiva biopsicosocial, en la que nos ubicamos, representa una nueva vía que se abre a la investigación y que merece ser tenida en cuenta aun cuando sus resultados no puedan abandonar todavía los calificativos de interesantes y prometedores.

Desde nuestro punto de vista, la fluoxetina (el psicofármaco utilizado en todas las investigaciones publicadas, salvo en una), a tenor de sus propiedades (antidepresiva y ansiolítica), puede actuar generando una reducción significativa de la intensidad y duración de las respuestas psicofisiológicas de ansiedad, lo que podría explicar la pérdida gradual de miedo a hablar o, lo que es lo mismo, la desinhibición progresiva del habla en las situaciones y ante las personas en las que no se daba. La mejora de la

alteración psicofisiológica sería percibida cognitivamente como menos desagradable y, en consecuencia, tendería a disminuir el miedo a hablar. A ello se uniría el estado propiciado por la sustancia en tanto que antidepresivo. Ahora bien, de lo que no estamos tan seguros es de que, aun siendo todo esto como lo hemos supuesto, las carencias que muestre el sujeto tanto en sus repertorios conductuales como en la destreza y habilidad para ejecutar los ya adquiridos, puedan ser paliadas mediante la administración del psicofármaco (después de haber estado durante un período largo de tiempo inhibidos). Tampoco estamos muy convencidos de que la mera administración del psicofármaco y la percepción por parte del sujeto de un incremento de su bienestar, lleve por sí mismo al individuo a buscar la interacción social y vencer de forma «espontánea» su resistencia a exponerse a tales situaciones. Sí pensamos que esto podría ser menos dificultoso en la medida en que se intervenga más tempranamente y también que estos principios activos pueden convertirse en un buen aliado de los tratamientos psicológicos en aquellos casos en los que la investigación ponga de manifiesto de forma inequívoca su utilidad y el mejor procedimiento para aplicarlos.

Siguiendo un orden cronológico, la primera vez de la que tenemos noticias en la que se utilizó un psicofármaco con la intención de tratar un caso de mutismo selectivo fue en 1990. En ese año, Golwyn y Weinstock (1990) trataron con fenelcina, un antidepresivo del grupo de los IMAO (cuyo nombre comercial en España es Nardelzine), a razón de 52,5 mg/día, a una niña de 7 años que presentaba mutismo selectivo y timidez asociada. Los autores informan que la niña pasó de no hablar en la escuela a ser capaz de conversar espontáneamente con los profesores, compañeros y terapeutas, tras seis semanas de tratamiento. En 1992, Black y Uhde daban a conocer el caso de una niña de 12 años con mutismo selectivo y ansiedad social, la cual fue tratada con fluoxetina, principio activo que se comercializa en España bajo los nombres de Prozac, Adofen y Reneuron, a razón de 20 mg/día durante siete meses, a lo largo de los cuales la niña logró hablar espontáneamente con los profesores y compañeros de la escuela. Dos años más tarde, Boon (1994), aunque sin proporcionar detalles, dio a

conocer los efectos beneficiosos de la aplicación de fluoxetina sobre el mutismo selectivo de una niña de 6 años. En ese mismo año, también aparece un nuevo trabajo de Black y Uhde (1994), en el que estos autores ponían de nuevo a prueba el papel de la fluoxetina, pero esta vez con un diseño más ambicioso que incluía un grupo de control-placebo. Los resultados obtenidos por Black y Uhde (1994) fueron confusos: los seis niños que tomaron fluoxetina presentaron mejoras sólo parciales. Dos años más tarde, Dummit et al. (1996) dan a conocer los resultados de un estudio piloto en el que también pretenden poner de nuevo a prueba la eficacia de la fluoxetina. El tratamiento se prolongó a lo largo de nueve semanas, tras las cuales el 76 por 100 de los 21 sujetos que participaron en el estudio presentaron mejoría: esta mejoría supuso la disminución de los niveles de ansiedad y el incremento del habla en lugares públicos, incluida la escuela.

En la tabla 12.7 se detallan algunas características de los estudios en los que se han empleado psicofármacos para el tratamiento del mutismo selectivo.

Teniendo en cuenta los problemas metodológicos que presentan algunos de los trabajos citados (por ejemplo, en general los sujetos ya habían recibido distintas modalidades de tratamiento psicológico) y en virtud de los resultados que se generan cuando éstos intentan ser replicados incluyendo medidas que subsanen tales deficiencias metodológicas, hemos de concluir que queda pendiente confirmar realmente tales beneficios a través de nuevos estudios cuyo diseño permita un mayor control de las variables extrañas, dado que desde nuestro punto de vista, su concurso pueda estar confundiendo el peso real del tratamiento psicofarmacológico en las mejorías comunicadas por los investigadores. Asimismo, resta llevar a cabo estudios en los que se investigue el efecto combinado de estos psicofármacos antidepresivos con los tratamientos conductuales que se han mostrado más eficaces y frente a éstos solos cuando se aplican en programas de detección e intervención temprana. Un primer paso en esta línea, aunque no compartamos su perspectiva multimodal, lo puede constituir el trabajo de Wright et al. (1995), en el que los autores aplicaron a una muda selectiva de 5 años de edad un tratamiento multicomponente integrado por terapia fami-

TABLA 12.7

Características de los estudios en los que se han empleado psicofármacos para el tratamiento del mutismo selectivo

Estudio/investigación	Psicofármaco utilizado			Efecto sobre el MS***		Diseño
	Principio activo	Nombre comercial	Dosis/duración	Parcial	Total	
Golwyn y Weinstock (1990)	Fenelcina (IMAO)	Nardelzine	52,5 mg/día (6 semanas)		X	N = 1
Black y Uhde (1992)	Fluoxetina	Prozac, Adofen y Reneuron	20 mg/día (4 semanas)		X	N = 1
Boon (1994)	Fluoxetina	Idem.	—		X	N = 1
Black y Uhde (1994)	Fluoxetina	Idem.	20 mg/día (12 semanas)	X		Grupo control placebo, doble ciego (n = 15 sujetos)
Dummit, Klein, Tancer, Asche y Martin (1996)	Fluoxetina	Idem.	28,1 mg/día** (9 semanas)	X*		Un solo grupo n = 21 sujetos)

* La mejoría fue inversamente proporcional a la edad.

** Rango: 10-60 mg/día.

*** MS = Mutismo selectivo.

liar, terapia de conducta, terapia del juego y psicofármacos (fluoxetina; con una dosis inicial de 4 mg/día que se fue incrementando hasta llegar a los 8 mg/día durante doce días). Estos investigadores subrayan la importancia de la detección e intervención temprana como una variable importante a la hora de explicar el éxito obtenido. Los resultados indican que la niña comenzó a hablar libremente en todas las situaciones tras los primeros veinte días de tratamiento psicofarmacológico, el cual siguió a un período de un año durante el cual el tratamiento aplicado había mejorado en varias áreas del comportamiento, pero seguía sin hablar.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3.ª edición revisada) (DSM- III-R)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición) (DSM-IV)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Autor.
- Austad, C. S., Sininger, R. y Striclin, A. (1980): Successful treatment of case of elective mutism. *Behavior Therapy*, 3, 18-19.
- Baldwin, S. y Cline, T. (1991): Helping children who are selectively mute. *Educational and Child Psychology*, 8, 72-83.
- Bandura, A. (1977): *Social learning theory*. Nueva York: Prentice-Hall (trad., Espasa Calpe, 1982).
- Barbero, F., Maroto, G. y Fernández, A. (1994): Tratamiento conductual en el colegio del mutismo electivo de una niña de cinco años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 899-920.
- Bauermeister, J. J. y Jemal, J. A. (1975): Modification of elective mutism in the classroom setting: a case study. *Behavior Therapy*, 6, 246-250.

- Black, M. y Uhde, T. W. (1992): Elective mutism as a variante of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 711-718.
- Black, M. y Uhde, T. W. (1994): Fluoxetine treatment of elective mutism: a double blind, placebo controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1000-1006.
- Boon, F. (1994): The selective mutism controversy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 283.
- Bozigar, J. A. y Hansen, R. A. (1984): Group treatment of elective mute children. *Social Work*, 29, 478-480.
- Bradley, S. y Sloman, L. (1975): Elective mutism in immigrant families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 510-514.
- Bragado, C. (1992): Trastornos de ansiedad en la infancia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 57, 5-27.
- Brison, D. W. (1966): Case studies in school psychology. A non-talking child in kindergarten: an application of behavior therapy. *Journal of School Psychology*, 4, 65-69.
- Brown, B. J. y Doll, B. (1988): Case illustration of classroom intervention with an elective mute child. *Special Services in the Schools*, 5, 107-125.
- Brown, B. J. y Lloyd, M. A. (1975): A controlled study of children not speaking at school. *Journal of the Association of Workers for Maladjusted Children*, 3, 27-37.
- Cambra, J. (1988): Mutismo selectivo escolar: diagnóstico y estrategias de intervención. *Informació Psicológica*, 33, 48-52.
- Cantwell, D. y Baker, L. (1985): Speech and language: developmental disorders. En M. Rutter y L. Hersov (dirs.), *Child and adolescent psychiatry: modern approaches* (2.ª ed.). Oxford: Blackwell.
- Carr, A. y Afnan, S. (1989): Concurrent individual and family therapy a case of elective mutism. *Journal of Family Therapy*, 11, 29-44.
- Ciottone, R. A. y Madonna, J. M. (1984): The treatment of elective mutism: the economics of an integrated approach. *A Journal for Remedial Education and Consulting*, 1, 23-30.
- Cline, T. y Kysel, F. (1988): Children who refuse to speak. Ethnic background of children with special educational needs described as elective mute. *Children and Society*, 4, 327-334.
- Colligan, R. W., Colligan, R. C. y Dilliard, M. K. (1977): Contingency management in the classroom treatment of long term elective mutism: a case report. *Journal of School Psychology*, 3, 411-426.
- Croghan, L. M. y Craven, R. (1982): Elective mutism: learning from the analysis of a successful case history. *Journal of Pediatrics Psychology*, 7, 85-93.
- Crumley, F. E. (1990): The masquerade of mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 318-319.
- Cunningham, Ch. E., Cataldo, M. F., Mallion, C. y Keyes, J. B. (1983): A review and controlled single case evaluation of behavioral approaches to the management of elective mutism. *Child and Family Behavior Therapy*, 5, 25-49.
- Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S. H. y Leonard, H. L. (1995): Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 836-846.
- Dowrick, P. W. y Hood, M. (1978): Transfer of talking behavior across settings using faked films. En E. L. Glynn y S. S. McNaughton (dirs.), *Proceedings of the New Zealand conference for research in applied behavior analysis*. Auckland, New Zealand: University of Auckland Press.
- Dummit, E. E., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B. y Martin, J. (1996): Fluoxetine treatment of children with selective mutism: an open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 615-621.
- Dunn, L. M. (1981): *Peabody Picture Vocabulary Test*. Circle Pines (MN): American Guidance Services.
- Echeburúa, E. y Espinet, A. (1990): Tratamiento en el ambiente natural de un caso de mutismo selectivo. En F. X. Méndez y D. Macià (dirs.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos*. Madrid: Pirámide.
- Elson, A., Pearson, C., Jones, C. D. y Schumacher, E. (1965): Follow-up study of childhood elective mutism. *Archives General Psychiatry*, 13, 182-187.
- Eysenck, H. J., Wakefield, J. y Fiedman, A. (1983): Diagnosis and clinical assessment: the DSM-III. *Annual Review of Psychology*, 34, 167-193.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994): El proceso en evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (dir.), *Evaluación conductual, hoy*. Madrid: Pirámide.

- Friedman, R. y Karagan, N. (1973): Characteristics and management of elective mutism in children. *Psychology in the Schools*, 10, 249-252.
- Fundudis, T., Kolvin, I. y Garside, R. F. (1979): *Speech retarded and deaf children: their psychological development*. Londres: Academic Press.
- Goll, K. (1979): Role structure and subculture in families of elective mutists. *Family Process*, 18, 55-68.
- Golwyn, D. H. y Weinstock, R. C. (1990): Phenelzine treatment of elective mutism: a case report. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 384-385.
- Halpern, W. L., Hammond, J. y Cohen, R. (1971): A therapeutic approach to speech phobia: elective mutism re-examined. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10, 94-107.
- Hammil, D. D. y Bryant, D. R. (1986): *The Detroit Test of learning aptitude-primary*. Austin: Pro-ED.
- Hammil, D. D. y Newcomer, P. L. (1982): *Test for auditory comprehension of language development*. Austin: Pro-ED.
- Hayden, T. L. (1980): Classification of elective mutism. *This Journal*, 19, 118-133.
- Hayes, L. (1971): The use of some contingency management techniques with a case of elective mutism. *Schools Applications of Learning Theory*, 4, 34-39.
- Hesselman, S. (1983): Elective mutism in children 1877-1981. A literary summary. *Acta Paedopsychiatry*, 49, 297-310.
- Heuger, M. G. y Morgenstern, M. (1927): Un cas de mutisme chez un enfant myopathique ancien convulsif. *L'Encephale*, 22, 478-481.
- Hoffman, S. y Laub, B. (1986): Paradoxical intervention using a polarization model of cotherapy in the treatment of elective mutism: a case study. *Contemporary Family Therapy*, 8, 127-134.
- Kaplan, S. L. y Escoll, P. (1973): Treatment of two silent adolescent girls. *This Journal*, 12, 59-71.
- Kehle, T. J., Owen, S. V. y Cressy, E. T. (1990): The use of self-modeling as an intervention in school psychology: a case study of an elective mute. *School Psychology Review*, 19, 115-121.
- Kolvin, I. y Fundudis, T. (1981): Elective mute children: Psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 219-232.
- Kratochwill, T. R. (1981): *Selective mutism: implications for research and treatment*. Hillsdale, Nueva Jersey: LEA.
- Krohn, D. D., Weckstein, S. M. y Wrihgt, H. L. (1992): A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 31, 711-718.
- Krolin, E. B. (1988): Speech is silver, but silence is golden: day hospital treatment of two electively mute children. *Clinical Social Work Journal*, 16 (4): Invierno.
- Kupietz, S. S. y Schwartz, I. L. (1982): Elective mutism: evaluation and behavioral treatment of three cases. *New York State Journal Medical*, 82, 1073-1076.
- Kussmaul, A. (1877): Die Strungen der Sprache (Band 12. Anhang, *Handbuch d. spec. Pathol. Ther.*); F. C. W. Vogel: Leipzig [citado por A. Von Misch (1952): Elektiver mutismus im kindersalter. *Zeitschrift Fuer Kinder Psychiatrie*, A, 49-87].
- Labbe, E. E. y Williamson, D. A. (1984): Behavioral treatment of elective mutism: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 4, 273-292.
- Lazarus, P. J., Gavilo, H. M. y Moore, J. W. (1983): The treatment of elective mutism in children within the school setting: two cases studies. *School Psychology Review*, 12, 467-472.
- Lebrun, I. (1990): *Mutism*. Newcastle: Whurr Publisher.
- Leonard, H. L. y Topol, D. A. (1993): Elective mutism. *Children and Adolescents Psychiatric Clinics of North America*, 2, 695-707.
- Looff, D. H. (1971): *Appalachia's children: the challenge of mental health*. Lexington, Kentucky: The University Press of Kentucky.
- Marks, I. (1992): Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico. En E. Echeburúa (dir.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Martínez, A. M., Sánchez, L., Casas, M. T. y Company, R. (1984): Sobre un caso de mutismo selectivo escolar. *Revista de Logopedia y Fonoaudiología*, 4, 15-19.
- Matson, J. L., Esvelt-Dawson, K. y O'Donnell, D. (1979): Overcorrection, modeling and reinforcement procedures for reinstating speech in a mute boy. *Child Behavior Therapy*, 4, 363-371.
- Monras, C. (1984): Consideraciones en torno al mutismo selectivo. *Revista de Logopedia y Fonoaudiología*, 4, 224-231.
- Mowrer, O. H. (1960): *Learning theory and behavior*. Nueva York: Wiley.
- Nolan, J. D. y Spence, C. (1970): Operant conditioning principles in the treatment of a selectively mute

- child. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 265-268.
- Olivares, J. (1995): *El niño con miedo a hablar*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (1998): *Revisión de estudios de caso único sobre mutismo selectivo*. Manuscrito no publicado. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.
- Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. X. (1993): Naturaleza, diagnóstico y tratamiento conductual del mutismo electivo. Una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 771-791.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (1990): Tratamiento conductual de un caso de mutismo selectivo en un sujeto con retraso mental. *Anales de Psicología*, 6, 59-70.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (1993): Detección e intervención temprana en mutismo selectivo. Una aplicación del automodelado gradual filmado y truca-do (AGFT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 793-817.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (1996): Mutismo selectivo. Un modelo explicativo. *Psicología Conductual*, 4, 169-192.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (1997): *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Rosa, A. I. (1998): Evaluación de las intervenciones conductuales. En J. Olivares y F. X. Méndez (dirs.), *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ollendick, D. G. y Matson, J. L. (1988): Estereotipias conductuales, tartamudez y mutismo selectivo. En T. H. Ollendick y M. Hersen (dirs.), *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Paniagua, F. A. y Saeed, M. A. (1987): Labeling and functional language in a case of psychological mutism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 259-267.
- Paniagua, F. A. y Saeed, M. A. (1988): A procedural distinction between elective and progresive mutism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 207-210.
- Pecukonis, A. V. y Pecukonis, M. T. (1991): An adapted language training strategy in the treatment of an electively mute male child. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 9-21.
- Pérez-Álvarez, M. (1990): Mutismo selectivo. En M. A. Vallejo, E. G. Fernández-Abascal y F. J. Labrador (dirs.), *Modificación de conducta: análisis de casos*. Madrid: TEA.
- Piersel, W. C. y Kratochwill, T. R. (1981): A teacher-implemented contingency management package to assess and treat selective mutism. *Behavioral Assessment*, 3, 371-382.
- Pigott, H. E. y Gonzales, F. P. (1987): The efficacy of videotape self-modeling to treat electively mute child. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 106-110.
- Pustrom, E. y Speers, R. W. (1964): Elective mutism in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 3, 287-297.
- Raven, J. C. (1976): *The Colored Progressive Matrices*. Londres: HK Lewis.
- Reed, G. F. (1963): Elective mutism in children: a reappraisal. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4, 99-107.
- Rodríguez, J. y Párraga, J. (1982): *Técnicas de modificación de conducta. Aplicaciones a la psicopatología infanto-juvenil y a la educación especial*. Sevilla: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Rosenberg, J. B. y Linblad, M. B. (1978): Behavior therapy in a family context: treating elective mutism. *Family Process*, 17, 77-82.
- Rosenberg, J. B. y Linblad, M. B. (1984): Behavioral and family therapies for elective mutism. En C. Schaefer, J. Briesmeister y M. Fitton (dirs.), *Family therapy techniques for problem behaviors of children and teenagers*. Washington: Jossey-Bass.
- Rutter, M. (1977): Speech delay. En M. Rutter (dir.), *Child psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Salfeld, D. J. (1950): Observations on elective mutism in children. *Journal of Mental Science*, 96, 1024-1032.
- Shaw, W. H. (1971): Aversive control in the treatment of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10, 572-581.
- Sluckin, A., Foreman, N. y Herbert, M. (1991): Behavioural treatment programs and selectivity of speaking at follow-up in a sample of 25 selective mutes. *Australian Psychologist*, 26, 132-138.
- Sluckin, A. y Jehu, D. (1969): A behavioral approach in the treatment of elective mutism. *British Journal of Psychiatric Social Work*, 3, 70-73.

- Sluzki, C. E. (1983): The sounds of silence: two cases of elective mutism in bilingual families. *Family Therapy Collections*, 6, 68-77.
- Straughan, J. H. (1968): The application of parent conditioning to the treatment of elective mutism. En H. N. Sloan y B. D. Macaulay (dirs.), *Operant procedures in remedial speech and language training*. Nueva York: Houghton Mifflin Company.
- Straughan, J. H., Potter, W. K. y Hamilton, S. H. (1965): The behavioral treatment of an elective mute. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 6, 125-130.
- Thorpe, L. U., Keegan, D. L. y Veeman, G. A. (1985): Conversion mutism: case report and discussion. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 71-73.
- Tramer, M. (1934): Elektiver mutismus bei Kindern. *Z. Kinderspathisher*, 1, 30-35.
- Wahler, G. (1983): Comportamiento infantil aberrante dentro de la familia: especulaciones sobre el desarrollo y estrategias de cambio conductual. En H. Leitenberg (dir.), *Modificación y terapia de conducta (Vol. II): Infancia y juventud. Aplicaciones generales*. Madrid: Morata (orig. 1976).
- Wergeland, H. (1979): Elective mutism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59, 218-228.
- Weschler, D. (1974): *Manual for the Weschsler Intelligence Scale for Children-Revised*. Nueva York: The Psychological Corporation.
- Wilkins, R. (1985): A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *British Journal of Psychiatry*, 146, 198-203.
- Williamson, D. A., Sewell, W. R., Sanders, S. H., Haney, J. N. y White, D. (1977): The treatment of reluctant speech using contingency management procedures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 151-156.
- Wright, H. H. (1968): A clinical study of children who refuse to talk in school. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 7, 603-617.
- Wright, H. H., Cuccaro, M. L., Leonhardt, T. V., Kendall, D. F. y Anderson, J. L. (1995): Case study: fluoxetine in the multimodal treatment of a pre-school child with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 857-862.
- Wright, H. H., Holmes, G. R., Cuccaro, M. L. y Leonhardt, T. M. (1994): A guided bibliography of the selective mutism—elective mutism— literature. *Psychological Reports*, 74, 995-1007.
- Wright, H. H., Miller, M., Cook, M. A. y Littmann, J. R. (1985): Early identification and intervention with children who refuse to speak. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 24, 739-746.
- Zimmerman, I. L., Steiner, V. G. y Pond, R. E. (1991): *The Preschool Language Scale-3*. Nueva York: The Psychological Corporation.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Konigsburg, E. L. (2000): *Silent to the bone*. Nueva York: Atheneum.
- Olivares, J. (1995): *El niño con miedo a hablar*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (1996): Mutismo selectivo. Un modelo explicativo. *Psicología Conductual*, 4, 169-192.
- Ollendick, D. G. y Matson, J. L. (1988): Estereotipias conductuales, tartamudez y mutismo selectivo. En T. H. Ollendick y M. Hersen (dirs.), *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.

El niño con autismo: un programa estructurado para su educación

13

HANNIA CABEZAS

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de que el autismo se descubrió hace ya más de cincuenta años (Kanner, 1943), la puesta a punto de programas de intervención ha llevado su tiempo, y hasta hace cuatro décadas no se empezaron a realizar esfuerzos sistemáticos encaminados hacia la educación de estos niños en Estados Unidos y Europa. Debido a que este trastorno afecta a una gama muy amplia de áreas de desarrollo, y siendo un importante problema de salud, los programas de intervención deben ser planeados y desarrollados por diversos profesionales, entre los que se encuentran expertos en educación, psicología, medicina, trabajo social y otras disciplinas de apoyo, ya que la participación interdisciplinar es de vital importancia para llevar a cabo una tarea integral y de conjunto. La conjugación de factores como la detección temprana, el tratamiento médico, el apoyo psicológico a los padres y la ejecución de programas educativos, es la columna vertebral en donde se apoya la integración del niño en el medio en que se desenvuelve.

En este capítulo se hace una descripción del trastorno autista, se resumen las diferentes teorías cognitivo-conductuales y se detallan algunos procedimientos para la evaluación del síndrome. Además, se presenta un programa estructurado de tratamiento conductual, exponiendo los resultados obtenidos sesión por sesión para aquellas conductas más representativas de cada una de las áreas intervenidas. Dada la dimensión del trabajo y tomando en

consideración las características de la presente obra, es obvio que no resulta posible exponer con detalle todas las conductas de interés, por lo que se ofrecerá una muestra representativa para cada una de las áreas trabajadas y dar una idea global del proceso llevado a cabo.

Las necesidades de los niños con autismo se centran en tres áreas problemáticas: la adquisición de patrones lingüísticos, la falta de relaciones sociales y la inconsistencia o irregularidad en las reacciones conductuales (Steven, Forness y Kenneth, 1984). Si tomamos en consideración estos factores, hay una creciente necesidad de ejecutar programas educativos muy bien estructurados, en donde se establezcan las metas a alcanzar en cada una de estas áreas de acuerdo con los repertorios básicos con que cuenta cada niño. Como tendrá ocasión de apreciar el lector, ésta ha sido una de las ideas básicas que ha presidido el programa de intervención conductual propuesto. No obstante, dado que una de las áreas que se encuentra más comprometida en los niños con autismo es la del lenguaje, el peso de la intervención se centró en esta área deficitaria.

2. DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO

2.1. Definición

La definición clásica del autismo se remonta al año 1943. Fue enunciada por Leo Kanner, quien agrupó bajo este término un conjunto de caracterís-

ticas específicas presentadas por 11 niños cuyo comportamiento se alejaba del comportamiento normal de niños de su misma edad. Entre las características más sobresalientes destacó «una incapacidad innata para establecer contacto afectivo normal con otras personas». Sin embargo, el término *autista* lo utilizó Eugenio Bleuler por primera vez en el año 1906 (Brauner y Brauner, 1978) para describir las alteraciones sufridas por pacientes psiquiátricos en torno al pensamiento y a la pérdida de contacto con la realidad.

Se han utilizado muy diversos calificativos para catalogar a las personas con autismo. Polaino (1982) menciona entre ellos los de esquizofrenia infantil, deficiencia mental asociada a una hipocusia y lesiones neurológicas; sin embargo, conforme se ha avanzado en el conocimiento del problema, los investigadores han hecho hincapié en las características más sobresalientes que presenta cada niño, configurando así una descripción más precisa de este síndrome.

Tinbergen y Tinbergen (1972) se han referido a la falta de contacto ojo a ojo, Lovaas (1965) a las dificultades intelectuales, Maskita (1966) a la edad de inicio del proceso y Rutter y Lockyer (1967) han señalado dificultades específicas en la adquisición del lenguaje, caracterizadas por la poca representatividad mental, repetición de palabras y uso indebido de pronombres. Campbell y Friedman (1974) y Rimland (1984), entre otros autores, han profundizado en los aspectos metabólicos y bioquímicos del síndrome.

Paluszny (1987) definió el autismo como «un síndrome que se caracteriza por la falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio».

Rutter y Schopler (1984) partieron de la definición de Kanner (1943) y tras un estudio minucioso tomando en consideración los aportes de los diferentes investigadores, concluyeron que el mejor procedimiento para definir el autismo consiste en hacerlo tomando como base cuatro criterios esenciales, estrechamente relacionados con la conducta de los niños, y que se resumen en los siguientes:

a) Comienzo antes de los 30 meses de edad.

- b) Desarrollo social alterado que tiene varias características especiales y que no corresponden al nivel intelectual.
- c) Desarrollo lingüístico retrasado y anómalo, que también tiene ciertos rasgos definidos que no corresponden al nivel intelectual del niño.
- d) Una marcada insistencia en la identidad reflejada en pautas de juego estereotipadas, obsesiones normales o resistencia al cambio.

Sin embargo, de acuerdo con los mismos autores, la definición no debe quedarse allí, por lo que señalaron que no pueden desecharse otros factores que se encuentran involucrados, como son el nivel intelectual y el estado neurológico y médico. El autismo es claramente un trastorno multicausal. Hay otras sintomatologías asociadas que no deben desecharse y que permitirían tener un cuadro más completo del mismo.

Debido a la diversidad de manifestaciones ha sido necesario hacer una subclasificación, teniendo en cuenta las características conductuales y etiológicas que presentan las personas con autismo, reconociéndose que es una condición que se manifiesta en sí misma con una gran variabilidad (Du Verglas, 1988).

De acuerdo con las investigaciones realizadas por Denckla, Ritvo y Szatmari (citados en Du Verglas, 1988), existe una característica común que une varios tipos de autismo: el marcado impedimento para establecer adecuadas relaciones sociales, asociado con problemas de lenguaje.

En 1988, Siegel elaboró una subclasificación basándose en la observación directa de la conducta que presentaban los niños y describió cuatro grupos de sujetos. Un primer grupo que llamó *autismo ecológico*, en donde incluyó niños ecológicos con pobre desarrollo del lenguaje y con movimientos estereotipados. Un segundo grupo que llamó *autismo primitivo*, en donde ubicó niños severamente incapacitados que presentaban un retardo mental de severo a profundo, carentes de habla. Un tercer grupo de niños con un diagnóstico de *estado residual autista* que él denominó «raros», pero no lo suficientemen-

te retraídos como para que exista un impedimento en su capacidad de respuesta, y, finalmente, un cuarto y último grupo que calificó como *niños negativistas*, los cuales son mal diagnosticados porque se resisten al contacto social, siendo niños más activos que pasivos.

Tomando en consideración las diferentes investigaciones, podemos decir que el autismo es un síndrome que se presenta con varios grados de severidad, en cualquier familia, raza y condición social, en donde la subclasificación juega un papel importante para poder distinguirlo de otros síndromes cuyas características son muy similares. Para definir el autismo deben tenerse en cuenta una serie de criterios que se manifiestan constantes a través de las diferentes investigaciones, como son:

- a) La edad de inicio del proceso, el cual se presenta, generalmente, antes de los treinta meses.
- b) Problemas en el desarrollo social del niño que no corresponden a su edad cronológica.
- c) Problemas en la adquisición de los patrones lingüísticos.
- d) Insistencia en la identidad, manifiesta por medio de las conductas repetitivas, juegos estereotipados y una marcada resistencia al cambio.

De acuerdo con investigadores como Denckla, Ritvo y Szatmari (citados en Du Verglas, 1988), el marcado impedimento para establecer adecuadas relaciones sociales, asociado a los problemas de lenguaje, es una característica común presente en todos los casos de autismo.

La diversidad de factores que se encuentran involucrados hace que en ocasiones el trastorno autista pueda confundirse con otras patologías que presentan rasgos similares en su proceso de desarrollo, como es el trastorno de Rett, por la similitud que existe entre algunas fases de ambos desórdenes.

Denckla (Du Verglas, 1988) destaca que el trastorno de Rett no se incluye como un subgrupo del autismo, sino que es un desorden degenerativo desarrollado únicamente por mujeres, quienes tienen un crecimiento normal hasta la edad de 18

meses, y cuyos primeros síntomas se evidencian con la pérdida de habilidades motoras, especialmente en la marcha, conjuntamente con problemas para el control de su cuerpo. El elemento común presente en ambos desórdenes es la pérdida de interés por el entorno social y la falta de contacto ojo a ojo, característica por la que se tienden a confundir. De hecho, ambos problemas son actualmente conceptualizados como *trastornos generalizados del desarrollo* (American Psychiatric Association, 2000).

Dado que las estereotipias motoras son típicas del trastorno autista, otros problemas que comúnmente pueden ser identificados de forma errónea con el autismo son los trastornos de tics, particularmente el trastorno de la Tourette. Ritvo (Du Verglas, 1988) se refirió a este síndrome como los «tics» nerviosos o ruidos incontrolados que aparecen en forma involuntaria. En algunas ocasiones se asocia con los desórdenes atencionales y manifestaciones de conducta agresiva.

El trastorno de Asperger, otro trastorno generalizado del desarrollo, puede igualmente ser confundido con el autismo; sin embargo, este problema puede distinguirse del trastorno autista por la ausencia de retraso del desarrollo del lenguaje.

Para terminar, y dado que un elevado porcentaje de sujetos con trastornos generalizados del desarrollo también presenta retraso mental, es importante diferenciar entre ambas categorías de problemas (particularmente, en lo que al trastorno autista se refiere). En este sentido, el «síndrome de X frágil», descrito por primera vez por Lubs en 1969, y que supone la segunda causa más frecuente de retraso mental (Du Verglas, 1988), ha sido estudiado por Brown et al. (1986) y Cohen et al. (1988) en relación con el autismo.

2.2. Epidemiología

El autismo aparece típicamente durante los tres primeros años de vida. Esto ocurre aproximadamente en 15 de cada 10.000 nacimientos y es cuatro veces más común en niños que en niñas (Sociedad Americana de Autismo, 1997). Estos

datos están sujetos a la edad en que la condición de autismo ha sido diagnosticada (Trevvarthen, Aitken, Papoudi y Robarts, 1996).

2.3. Descripción clínica

Debido a la diversidad y complejidad de este síndrome, el diagnóstico de la persona con autismo es difícil de establecer a pesar de los avances que se han hecho en este campo (Polaino, 1982), por lo que deben tomarse en consideración tanto criterios clínicos como neurofisiológicos y bioquímicos. Como parte de estos criterios, Polaino (1982) destaca las alteraciones sensorio-perceptivas y comportamentales.

Una de las características esenciales del autismo es la presencia de un desarrollo anómalo y deficiente de la interacción y comunicación social, que afecta tanto a las habilidades verbales como a las no verbales (American Psychiatric Association, 2000). Así, por ejemplo, respecto a las últimas, es patente el poco contacto ocular, comportamiento del que carecen, además de manifestar una gran cantidad de conductas táctiles y olfatorias (Hermelin y O'Connor, 1970).

Ornitz, Guthrie y Farley (1977) destacan la agresividad con que responden ante los estímulos auditivos muy fuertes, así como a los cambios de rutina, los que se manifiestan por cambios inesperados de humor, entre ellos, gritos o llanto prolongado.

Como alteraciones motoras para establecer un diagnóstico adecuado, Polaino (1982) enumera un retraso en el control de esfínteres, autolesiones, muecas, aleteo reiterativo de brazos y piernas, volteretas, balanceo de cabeza y cuerpo, saltos sobre sí mismo, caminar de puntillas, hiperactividad, pataletas y estereotipias. A las estereotipias, por su importancia, Polaino (1982) las clasifica en motoras, verbales y rituales, subdividiendo las primeras en simples y complejas. Como parte de las estereotipias verbales, actúa la ecolalia.

Kanner y Eisenberg (1956) enfatizan en la insistencia en que las cosas permanezcan iguales y cualquier cambio en sus rutinas es motivo de irritabilidad. Esta irritabilidad la vemos manifiesta por medio

de llanto, gritos, rabietas y movimientos continuos que contrastan con las conductas normales de los niños de edades similares.

Para establecer un buen diagnóstico, desde el punto de vista psicopatológico deben tomarse en consideración algunas características que se muestran constantes a través de las diferentes investigaciones realizadas. Una de ellas es la edad de inicio del proceso, así como los trastornos del lenguaje y la dificultad presente para establecer adecuadas relaciones sociales (Rutter y Schopler, 1984).

Ritvo y Freeman (1984) describen el autismo como un síndrome clínicamente definido, compuesto por una serie de subdivisiones, cada una con diferentes etiologías, patologías y tratamiento. Por definición, el inicio del problema es anterior a los 3 años de edad.

La resonancia magnética ha producido algunos de los descubrimientos más importantes efectuados hasta ahora acerca de la estructura del cerebro en individuos con autismo. Courchesne et al. (1988) encontraron que el tamaño de los lóbulos vermales cerebelares sexto y séptimo, eran significativamente más pequeños que en otros niños de su edad. Du Verglas (1988) señala que estas anomalías pueden causar funciones cognitivas reducidas, además de problemas en las actividades automáticas relacionadas.

El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) clasifica las características del autismo en tres tipos y establece que para emitirse un diagnóstico deben estar presentes al menos seis o más síntomas de los tipos 1, 2 y 3 (con por lo menos dos del tipo 1, y uno tanto del tipo 2 como del tipo 3). El tipo 1 se enuncia como una alteración cualitativa de la interacción social, que se manifiesta a través de al menos dos de las siguientes características:

- a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como mirar a los ojos, expresión facial, postura del cuerpo y gestos para regular la interacción social.
- b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel del desarrollo.

- c) Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (por ejemplo, ausencia de acciones de mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- d) Falta de reciprocidad social o emocional.

El tipo 2 se refiere a la alteración cualitativa de la comunicación, manifestando por lo menos uno de los siguientes síntomas:

- a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante la utilización de modos alternativos de comunicación, tales como gestos).
- b) En individuos con lenguaje apropiado, alteración marcada en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
- c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- d) Ausencia de juegos de representación o imitación social variados y propios de su nivel de desarrollo.

Finalmente, los síntomas del tipo 3 aluden a los patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotípicos y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su focalización.
- b) Apego aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.
- c) Manías motoras repetitivas y estereotipadas (por ejemplo, aleteo o contorsión de manos o dedos, o movimientos complejos del cuerpo completo).
- d) Preocupación persistente por partes de objetos (por ejemplo, ruedas de coches).

Además de estas características, debe haber un retraso o un funcionamiento anormal, que debería

aparecer antes de los 3 años, en al menos una de las siguientes áreas: 1) interacción social, 2) lenguaje utilizado en la comunicación social, y 3) juego simbólico o imaginativo.

Finalmente, según el DSM-IV-TR (APA, 2000), los síntomas precedentes no habrán de estar mejor descritos por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

3. TEORÍAS

Algunos autores como Kanner (1949), Eisenberg (1957) y Bettelheim (1967), discutieron en su época la influencia que podrían tener los padres como factor «etiológico» del autismo infantil. Ellos describieron a los padres de los niños autistas como personas frías, distantes, un tanto obsesivas y perfeccionistas o con alguna tendencia a la soledad, pero estas tesis, lejos de tener fundamento científico, han sido desechadas (Rutter, Bartak y Newman, 1971). No obstante, sobre estos supuestos, existen algunas explicaciones; una de las más interesantes es la hipótesis del estrés parental (Polaino, 1982). Con esta hipótesis se sostiene que el convivir con un niño autista genera una gran ansiedad en sus padres y que, probablemente, este comportamiento sea una consecuencia de la conducta desajustada de los niños con quienes viven.

Como señalamos anteriormente, se ha descrito a los padres de los niños autistas como personas obsesivas, perfeccionistas, con un grado de rigidez muy alto. En 1960, la revista *Time* publicó un artículo en donde se manifestaba que «los niños con autismo infantil temprano eran descendientes de padres organizados y profesionales, fríos y racionales que, por casualidad, llegaron a descongelarse el tiempo suficiente como para producir un hijo» (*Time*, 25-7-1960).

Rimland (1964), padre de un niño autista e investigador de esta patología, fue uno de los primeros en aportar conocimientos importantes que restan la culpabilidad a los progenitores, y a partir de entonces la literatura especializada se ha dirigido hacia el entrenamiento que deben tener los padres para un manejo adecuado de sus hijos (Coleman y Gillberg, 1989).

Ditfield (1964), DeMyer (1972) y McAdoo y DeMyer (1978), realizaron investigaciones con padres y no pudieron verificar que la hipótesis psicogenética enunciada por Bethelheim (1967) fuera verdadera.

Evidentemente, otro importante aspecto que se ha planteado es el de los factores biológicos. Goldfarb (1970) trabajó con padres de niños psicóticos sin organicidad y niños con autismo orgánicos, y encontró que el 50 por 100 de las madres de los niños psicóticos no orgánicos eran psicóticas y que el 20 por 100 eran madres de niños con autismo orgánicos. A pesar de que estos datos fueron refutados en 1978 por McAdoo, Polaino (1982) señala que las diferencias encontradas no fueron muy significativas, por lo que se rechaza esta hipótesis y se confirma en forma relativa la hipótesis biológica.

Son muchos los estudios que se han efectuado en relación con las causas del autismo, y, en su mayoría, llegan a la conclusión de que existe una lesión cerebral. Rutter (1977) lo relaciona con una lesión cerebral mínima; Lotter (1974) con esclerosis tuberosa; Hermelin y O'Connor (1970) y Ornitz (1973) con alteraciones en el sistema vestibular.

Polaino (1982), basándose en una revisión bibliográfica realizada por Coleman (1978), hace un resumen de las diferentes investigaciones que se han realizado desde el punto de vista metabólico, infeccioso y genético, y brinda un aporte importante sobre las hipótesis etiológicas de tipo biológico.

Ritvo y Freeman (1984), en estudios realizados en cerebros de personas con autismo, manifiestan que no revelan una patología especial en sus autopsias de rutina. Sin embargo, los síntomas clínicos que se presentan son tan diversos, que se presume que varias áreas del cerebro están involucradas; la corteza, por los problemas de expresión oral y lenguaje; los sistemas límbico, frontal y temporal, por las manifestaciones atencionales; la base del cerebro, el cerebelo y el sistema vestibular, al encontrarse alterado el ciclo del sueño, la movilidad y las respuestas sensoriales (Polaino, 1982). La tomografía axial computarizada (TAC) aplicada a personas con autismo, revela anormalidades que van desde una atrofia cerebral hasta ventrículos agrandados (Ritvo, 1984), pero estos síntomas no parecen ser la causa ni tener relación directa con el autismo.

De acuerdo con Ritvo y Freeman (1984), existe la posibilidad de que en el autismo varios factores etiológicos actúen solos o asociados, y es posible que las personas puedan padecer a la vez otras enfermedades o síndromes, que frecuentemente se asocian al retraso mental, por lo que recomiendan que se tomen en consideración tanto los factores genéticos, infecciones virales específicas, así como los traumas encefálicos.

Otra posible causa del autismo se enfoca a nivel de neurotransmisión. Al ser los neurotransmisores los encargados de la contracción muscular y la actividad nerviosa, una alteración de estas sustancias puede ser causa de problemas de conducta (Paluszny, 1987). La serotonina, que es un producto del metabolismo del triptófano, puede jugar un papel importante en la etiología del autismo (Paluszny, 1987), ya que se ha encontrado en concentraciones muy altas en niños con esta patología (Campbell y Friedman, 1974; Ritvo y Yuwiler, 1970; Yuwiler y Plotkin, 1970).

Se han realizado diversos estudios sobre los efectos del uso de la fenfloramina. Ritvo et al. (1984) administraron fenfloramina a catorce niños con autismo para determinar si había alguna correlación entre la baja de serotonina en la sangre y algunas mejoras clínicas, encontrando al final del tratamiento cambios tan importantes como una disminución de la hiperactividad, un mayor incremento en las conductas sociales y un aumento en la comunicación.

Otros estudios realizados con niños a quienes se les aplicó terapia con fenfloramina, han encontrado al final del tratamiento ligeras mejoras en la memoria auditiva a corto plazo, en el lenguaje receptivo, una reducción en los movimientos motores, mejoras en el comportamiento social y en los períodos de atención (Campbell, 1988; Sloman, 1991).

Lamentablemente, las causas exactas del autismo siguen siendo desconocidas; sin embargo, la investigación científica puede acercarnos en un futuro no muy lejano a este descubrimiento.

4. EVALUACIÓN

Para realizar una evaluación acertada del autismo deben tomarse en consideración una diversidad de

criterios. Entre ellos, se debe tener en cuenta una delimitación de las capacidades de los niños, cuáles son sus áreas fuertes y débiles, definir sus conductas, así como efectuar un diagnóstico sobre posibles deficiencias visuales y auditivas. Como factores orgánicos para una buena evaluación, no deben descartarse la historia de desarrollo del niño, historia clínica de la madre, exámenes metabólicos y cromosómicos, y factores cognitivos, además de las habilidades verbales y logros académicos que ayuden en la conformación de una evaluación más acertada.

Existen diferentes instrumentos que nos brindan criterios para una buena evaluación del autismo y que nos permiten, a su vez, tener un punto de partida para identificar el nivel en que se encuentra el niño, además de darnos un cuadro general de su funcionamiento, tomando en consideración la historia familiar, ambiental y de desarrollo. Como uno de estos instrumentos, es importante destacar la «Lista de cotejo de la conducta autista», que forma parte del instrumento de «Clasificación del autismo para Planes Educativos», elaborado en el año 1975 y revisado en 1980 por Krug, Arick y Almond, de la Universidad de Portland. Este instrumento fue traducido y aplicado a la población costarricense por Rodríguez y Fonseca (1992) con una confiabilidad, de acuerdo con las pruebas aplicadas, de un 95 por 100. Se compone de 57 ítems conductuales que brindan una información valiosa y detallada acerca del comportamiento vocal, la interacción social del niño, la valoración educativa y la prognosis del aprendizaje, así como una clasificación para la elaboración de planes educativos (Krug, Arick y Almond, 1980).

5. TRATAMIENTO

Quizá, para entender un poco más el autismo, podría resultar de interés imaginar cómo ven estos niños el mundo. Podría ser que nos vean ir de un sitio a otro, hablarles, tomar objetos en un mundo donde para ellos todo es un obstáculo. El problema para brindarles una adecuada atención es mucho más complejo de lo que creemos.

Wing (1985) enfatiza que la terapia debe proceder del exterior; educación más que vida interior. Lo

que mejor resultado ha dado ha sido el uso de terapia conductual aplicada, siendo muchos los esfuerzos que se han realizado en esta línea y diversos los métodos utilizados. Paralelamente, la tendencia actual va dirigida hacia los métodos educativos, ya que al no poseer el niño un repertorio conductual básico, éste debe estructurarse sistemáticamente para ir desarrollando en ellos las habilidades de que carecen (Wing, 1985).

En el contexto del tratamiento del trastorno autista se han utilizado diversos procedimientos de intervención terapéutica, cuyas principales características se exponen de forma resumida a continuación.

5.1. El enfoque intrapsíquico

Este enfoque se orienta supuestamente hacia la causalidad del ambiente en el autismo. Ward (1976) lo describe como una vulnerabilidad innata del niño, en virtud de la cual el ambiente no satisface sus necesidades, y esta no satisfacción de acuerdo con él es la causa del problema. El tratamiento se centra en el reconocimiento del yo, que se encuentra casi ausente en el niño, además de promover el rompimiento de las conductas estereotipadas.

5.2. El uso de megavitaminas

Se ha recomendado el uso de vitaminas en dosis muy altas para los niños con autismo, especialmente del complejo B. En investigaciones llevadas a cabo por Rimland (1973) y Rimland, Callaway y Dreyfus (1978) se encontró que al retirar la vitamina B₆ (piridoxina), los problemas de conducta de los niños aumentaban; sin embargo, los resultados no fueron determinantes porque no se controlaron todas las variables. Igualmente, se han efectuado estudios acerca del suplemento dietético de altas dosis de vitamina B₆ y magnesio (LeLord et al., 1981). Aunque el uso de vitaminas se considera muy importante, sin embargo, se necesita más investigación al respecto para determinar sus efectos reales en los niños con autismo.

5.3. Terapia electroconvulsiva

Es una técnica poco utilizada en la actualidad, excepto si la conducta autolesiva del niño es llevada a extremos graves, o padece de un retraso mental muy profundo (Lickstein y Schribman, 1976). Esta terapia, en caso de ser aplicada, debe ser llevada a cabo por personal altamente cualificado y en total acuerdo con los padres del niño. Lickstein y Schribman (1976) refieren que la descarga eléctrica utilizada no provoca convulsiones ni pérdida de conciencia o lesiones graves, pero no en todos los casos la conducta es eliminada, por lo que esta descarga parecería más apropiada en períodos de crisis. Evidentemente, ni que decir tiene que lo ideal sería sustituir los comportamientos autolesivos del niño por otras habilidades.

5.4. Tratamiento bioquímico

Desde el punto de vista bioquímico, los esfuerzos están dirigidos a estabilizar los niveles anormales de serotonina, los cuales, como señalamos anteriormente, se han relacionado con el autismo. La L-dopa se ha utilizado para disminuir los niveles de serotonina, aunque sin resultados particularmente relevantes (Campbell y Friedman, 1974; Freeman y Ritvo, 1984).

Otra droga utilizada ha sido la fenfloramina, una vez aplicada a nivel experimental con ratas y monos, y después de conocer su efecto reductor de los niveles de serotonina. En este sentido, Campbell y Lowell (1984) han demostrado la eficacia del haloperidol y la trifluoperazina para mejorar el aprendizaje y favorecer los mecanismos de atención en los niños, en ambientes altamente controlados.

De acuerdo con Ritvo y Freeman (1984), el importante y necesario manejo farmacológico, por sí solo, no puede conseguir la recuperación del niño. Es evidente que se necesita apoyo y técnicas específicas en los campos educativo y psicológico, reforzado con medicamentos psicotrópicos para el control de la conducta.

6. PROGRAMA ESTRUCTURADO DE TRATAMIENTO

El programa que se presenta a continuación está basado en la teoría del reforzamiento (Ribes-Iñesta, 1975; Skinner, 1944). A lo largo de las páginas que siguen se describen algunos de los procedimientos utilizados para cambiar la conducta de niños con autismo; como parte de estos procedimientos se utilizaron reforzadores primarios y sociales, contingentes a la emisión de la conducta deseada para moldearla. Se llevaron a cabo registros sistemáticos con la finalidad de establecer una medida cuantificable de las conductas trabajadas y así tener una idea más clara de los logros alcanzados. El método experimental se basó en el modelo de investigación de sujeto único (McReynolds y Kerns, 1983).

Como se manifestó anteriormente, desde el punto de vista educativo las necesidades de los niños con autismo se centran en tres áreas problemáticas: 1) la adquisición de patrones lingüísticos; 2) la falta de relaciones sociales, y 3) la inconsistencia o irregularidad en las reacciones conductuales (Steven et al., 1984). Si tomamos en consideración estos tres factores, hay una creciente necesidad de poner a punto programas educativos muy bien estructurados, en donde se establezcan las metas a alcanzar de acuerdo con los repertorios básicos con que cuente el niño.

6.1. Sujetos

En este programa se dio seguimiento a dos niños con edades comprendidas entre los 4 y los 6 años. No se relacionaban con adultos ni con otros niños de su misma edad. Su vocabulario era muy pobre, y en caso de que estuviera presente mostraba una marcada ecolalia. No mantenían la mirada por un período mayor de tres segundos y carecían de lenguaje expresivo. Lloraban constantemente, no admitían el contacto físico y presentaban conductas estereotipadas, las cuales se manifestaban por medio de movimientos de manos o girando objetos. El uso del «yo» estaba ausente. Eran ágiles, se movían sin dificultad y sin problemas de marcha

aparente; si se les dejaba correr lo hacían libremente, sin control. El ciclo del sueño parecía estar alterado y cualquier cambio en sus rutinas era motivo de rabietas.

6.2. Procedimientos empleados

Se utilizó el enfoque de investigación de sujeto único (Hersen y Barlow, 1976; Kazdin, 1982) y, más concretamente, el diseño de criterio cambiante y múltiples AB. Como es sabido, en este tipo de diseños se establecen de antemano los criterios para alcanzar la conducta del sujeto. Cada vez que un criterio es alcanzado, se aumenta el nivel de dificultad que esa conducta puede representar para el niño. Una vez que se define la conducta, se toma la línea base para determinar el nivel operante en que se encuentra, y así obtener información sobre el grado de dificultad.

El programa de intervención se introdujo a través de las diferentes fases, en donde cada fase del diseño conforme se avanzaba, se tomaba como la línea base de la fase posterior. Se utilizaron procedimientos de intervención conductual y se registraron las conductas sesión por sesión. Como medio para cuantificar el progreso de los niños se escogió el registro observacional, más concretamente el de eventos, definido por Hall (1973) como aquel en donde un observador hace un registro acumulativo de eventos discretos de cierta clase. Éste es un registro de frecuencia de ocurrencia de veces. Una de las ventajas de este tipo de registro es que es un procedimiento particularmente sencillo que no interfiere significativamente con las tareas rutinarias. Además, el registro de eventos también produce un resultado numérico.

En ausencia de repertorios conductuales, éstos pueden ser inducidos en los niños gradualmente hasta alcanzar la conducta final deseada, de la misma manera que se hace cuando algunos comportamientos se encuentran muy arraigados, y su intensidad puede disminuirse retirando los reforzadores que pueden estarlos manteniendo, o agregando consecuencias aversivas a su emisión, por lo que es factible desarrollar programas que permitan aumentar,

disminuir o mantener conductas, mediante el uso de reforzadores o castigos propios para cada niño

6.3. Ambiente de trabajo

La intervención se llevó a cabo en una sala pequeña carente de estímulos visuales y auditivos relevantes. Con ambos niños se dieron las mismas condiciones de trabajo y estimulación. Se estableció una relación 1:1, lo que permitió un mayor control físico y experimental de los sujetos. Los padres estuvieron presentes en la sala de sesiones como observadores y fueron entrenados para el manejo de los niños.

6.4. Desarrollo del programa

El programa se dividió en tres grandes áreas. Cada área se subdividió en categorías conductuales graduadas, las cuales se llevaron a cabo conforme los niños adquirían los niveles de respuesta satisfactorios, que les permitieran pasar a comportamientos cada vez más complejos.

Como criterio para determinar si una conducta se había adquirido, se estableció que los niños mostrarán un nivel de rendimiento del 80 por 100 en la conducta que se trabajaba y que, a su vez, este porcentaje de respuesta se mantuviera durante cinco sesiones consecutivas o más.

— *Área de conducta básica.* En esta área se incorporaron conductas muy importantes que los niños debían desarrollar para involucrarse efectivamente en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Se les llama básicas porque son el soporte sobre el cual se estructura el resto del aprendizaje. Si el niño carece de ellas, no puede aprender.

La persistencia de comportamientos disruptivos comúnmente presentes en los niños con autismo interfiere notablemente con su aprendizaje, por lo que deben ser controlados antes de establecerse repertorios académicos. Como parte de estas conductas se señalan: el control del llanto, el establecimiento de un

contacto ocular adecuado, el permanecer sentado por un período de tiempo razonable y el mantener las manos quietas.

- *Área de conducta intermedia.* En esta área se desarrollaron conductas que permitieron a los niños responder ante diferentes órdenes. Una vez que habían incorporado en su repertorio el contacto ocular adecuado y el permanecer sentados por un período mayor de 30 minutos, se encadenaron a ellas otras tareas más complejas, como el seguimiento de órdenes, tomando como base el principio conductual en el que se enuncia que una persona aprende mejor si se le enseña a través de pasos pequeños. Cada una de las conductas se dividió en sus componentes utilizando el análisis de tareas, las cuales se enseñaron paso a paso. Se siguió el proceso de encadenamiento, definido como aquel reforzamiento de combinaciones de conductas sencillas que ya figuran en el repertorio del individuo, para formar conductas más complejas (Sulzer-Azaroff y Mayer, 1990).

En esta fase del programa se trabajaron órdenes, el concepto de «yo» y el esquema corporal. Se inició con aquellas órdenes sencillas que permitieran a los niños responder en forma inmediata, tales como: «deme», «ponga» y «tome».

Seguidamente, como parte del proceso, se tomó el cuerpo como el punto de partida a través del cual el niño incorpora el mundo exterior. Vayer (1977) se refiere a él como el medio que permite incorporar las diferentes experiencias corporales y en donde se crean e instalan hábitos, actitudes, comportamientos, que son para el niño su YO, es decir, su forma de estar en el mundo. Como parte de estos repertorios se trabajó el concepto de «yo» y el esquema corporal.

- *Área de conducta avanzada.* En esta área se hizo énfasis en el desarrollo del lenguaje tanto oral como escrito. Este lenguaje se subdividió de la siguiente forma:

- a) Lenguaje imitativo. Se inició con la imitación de sonidos, los cuales se encade-

naron a través del proceso de moldeamiento a sílabas y palabras. El objetivo se centró en la repetición sin que necesariamente el niño mostrara comprensión de los patrones lingüísticos.

- b) Lenguaje denominativo. La siguiente tarea a trabajar en esta fase se centró en que los niños asociaran el nombre de objetos a cosas concretas. Se utilizaron objetos que formaban parte de su entorno inmediato y que en alguna medida los niños tenían contacto con ellos, ya sea como un medio de supervivencia o para ejecutar alguna acción que luego serviría de base para montar sobre ella nuevas destrezas, como lo fueron el seguimiento de órdenes sencillas a través de la identificación de cosas de su ambiente próximo, o señalando partes de su propio cuerpo. Como ejemplos de estas conductas tenemos: identificación de taza, cuchara, etc., señalar diferentes partes del cuerpo (cabeza, ojos, nariz, boca, etc.) y ejecutar acciones como el colocar objetos (sobre, debajo, dentro, fuera, etc.).
- c) Lenguaje avanzado. Gallardo y Gallego (1993) enfatizan que el lenguaje está fundado en la asociación arbitraria de un significado (contenido semántico) y un significante (imagen acústica). La unidad resultante es el signo lingüístico. Por lo tanto, para poder establecer la comunicación se necesita que hablante y oyente acepten los mismos símbolos para los mismos objetos y que la combinación de estos símbolos se efectúe según unas reglas.

Conforme se requieren en el proceso de enseñanza-aprendizaje niveles de abstracción más complejos, la tarea de comprensión y expresión del lenguaje se dificulta, por lo que en esta fase del programa fue necesario desarrollar algunos conceptos que llevaron a los niños a la comprensión de símbolos más abstractos, a la verbalización de acciones y a la diferenciación de contrarios. Como

parte de estos repertorios conductuales se trabajaron los que se detallan a continuación:

1. Identificación y concepto de color (rojo, verde, amarillo, azul, etc.).
2. Verbalización de acciones (pintando, jugando, tomando café, enjabonando, etc.), conceptos que se dieron como respuesta a la pregunta: ¿qué está haciendo?, mediante el uso de láminas.
3. El uso de contrarios como: encendido- apagado, alegre-triste, gordo-flaco, grande-pequeño.
4. Funcionalidad de objetos como respuesta a la pregunta: ¿para qué sirve la cuchara, las tijeras, el vaso, el lápiz, la cama...?
5. Diferenciar situaciones de pertenencia como respuesta a la pregunta ¿de quién es?: mío, suyo, de mamá, etc.
6. Comprensión de datos referidos a sí mismo entre los que se citan: puedes caminar... ¡sí!... ¿con qué?; puedes tomar cosas... ¡sí!... ¿con qué?
7. Recepción auditiva (comprensión): se incluyeron situaciones absurdas para ayudar a los niños a discriminar entre situaciones verdaderas o falsas. Se incorporaron enunciados a los que tenían que dar como respuesta un sí o un no: el sol es frío, el lápiz se come.
8. Lectura. En esta fase del programa se desarrollaron habilidades propias del proceso de la enseñanza de la lectura entre las que se citan: desarrollo de la memoria auditiva, desarrollo de la memoria visual, reconocimiento de vocales, reconocimiento de sílabas, fusión de sílabas y palabras.

Como método de lectura se utilizó el método global, con apoyo de claves de color, ya que una de las características que presentan los niños con autismo es el apego a los detalles. Se trabajó con un elemento común, destacándose este elemento dentro de las palabras, lo que les permitió globalizar con mayor facilidad. Se graduó el vocabulario y las oraciones en un inicio fueron precisas, cortas y con tér-

minos claros (Cabezas, 1996). Como es sabido, el autismo se presenta en una gran diversidad y variabilidad, además de ubicarse en un ámbito de leve a profundo, por lo que no todos los niños muestran el mismo nivel de respuesta (Ritvo y Freeman, 1984).

6.5. Puesta en práctica del programa

Al poner en ejecución el programa se reforzaron diferencialmente las conductas de interés. El reforzador se entregó inmediatamente después de que el niño emitía la respuesta deseada. El programa de reforzamiento en los períodos iniciales fue continuo, y conforme la conducta alcanzó niveles satisfactorios de respuesta, se introdujeron programas de reforzamiento intermitente. Como técnicas específicas se aplicaron: refuerzo positivo, refuerzo negativo y extinción.

El interés por desarrollar este programa fue que las conductas que los niños adquirieran se mantuvieran y logaran generalizarse a otros ambientes. El proceso de generalización dentro de los programas educativos es deseable porque permite una respuesta ante estímulos similares.

Como se señaló anteriormente, el programa se dividió en tres grandes áreas, de las que se exponen a continuación algunas de las conductas más representativas de cada una de las fases, indicándose los procedimientos empleados y la definición, así como los registros obtenidos sesión por sesión y su representación gráfica.

6.5.1. Área de conducta básica

En el área de conducta básica se trabajó, en primer lugar, el «control del llanto», que se definió como gritos emitidos por el niño, lo suficientemente altos, que se escuchaban a una distancia de 10 metros, por un período mayor de 10 segundos.

- a) *Procedimientos para la intervención.* Se estableció una línea base. En este período, el niño lloró por espacio de 55 minutos. No se permitió ningún acercamiento por parte

del terapeuta, ni contacto físico. Se utilizó extinción, además de reforzadores primarios y sociales. El período de tiempo mayor que el niño permaneció sin llorar, durante las primeras sesiones, no excedió los 4 segundos. Una vez aplicados los procedimientos de intervención, los períodos de silencio alcanzaron los 50 minutos, resultados que pueden apreciarse en la tabla 13.1.

TABLA 13.1

Hoja de registro del tiempo (en minutos), por sesión, durante el cual se controló el «llanto de los niños»

Número de sesión		Sujeto 1 Tiempo (min)	Sujeto 2 Tiempo (min)
Línea base	1	0	0
	2	0	0
Intervención	3	0.10	5.00
	4	0.07	7.00
	5	0.07	3.00
	6	9.00	14.00
	7	6.45	24.00
	8	6.40	40.00
	9	4.00	45.00
	10	6.00	50.00
	11	10.25	50.00
	12	25.00	50.00
	13	10.00	50.00
	14	6.00	50.00
	15	18.00	
	16	14.55	
	17	1.20	
	18	0.10	
	19	0.40	
	20	1.45	
	21	0.05	
	22	0.20	
	23	0.45	
	24	0.35	
	25	5.00	
	26	33.00	
	27	25.00	
	28	50.00	
	29	50.00	
	30	50.00	

A partir de la tercera sesión se introdujeron tanto procedimientos de extinción como reforzamientos primarios y sociales para aumentar la tasa de respuesta (obviamente de la conducta incompatible de permanecer en silencio).

El proceso se dividió en dos fases. En la primera, se detectó que el estímulo desencadenante se establecía con sólo mirar al niño y la respuesta se manifestaba en un aumento prolongado del llanto. En la segunda fase, se retiró el reforzador que estaba sosteniendo la conducta, y se agregó un elemento más para aumentar los niveles de respuesta; éste fue un refuerzo primario, que consistió en galletas que se entregaban en porciones muy pequeñas cada vez que el niño permanecía en silencio, aunque este período fuese únicamente de segundos. Los reforzamientos primarios fueron seleccionados previamente mediante la técnica del muestreo de reforzadores.

Después de nueve sesiones, el llanto operante pasó a un nivel inverso, dándose una reducción de la fuerza de la respuesta, lo que puede apreciarse en la figura 13.1. Esta figura nos muestra los cambios que sufrieron los niños y cómo los períodos de llanto en cada sesión fueron disminuyendo, lo que permitió, a su vez, un aumento de la conducta «permanecer en silencio».

Al introducirse el refuerzo primario, el tiempo durante el cual los niños permanecían sin llorar se incrementó sobre el nivel operante de la conducta hasta obtener los niveles deseados, que se mantuvieron durante todo el entrenamiento. El tratamiento no incluyó el uso de estímulos aversivos, sino que únicamente se reforzó la conducta apropiada.

El control del llanto permitió una mejor integración social, menor rechazo por parte de quienes rodeaban a los niños y una mayor tolerancia a la frustración, lo que facilitó el aprendizaje de otras conductas.

Paralelamente al «control del llanto», se

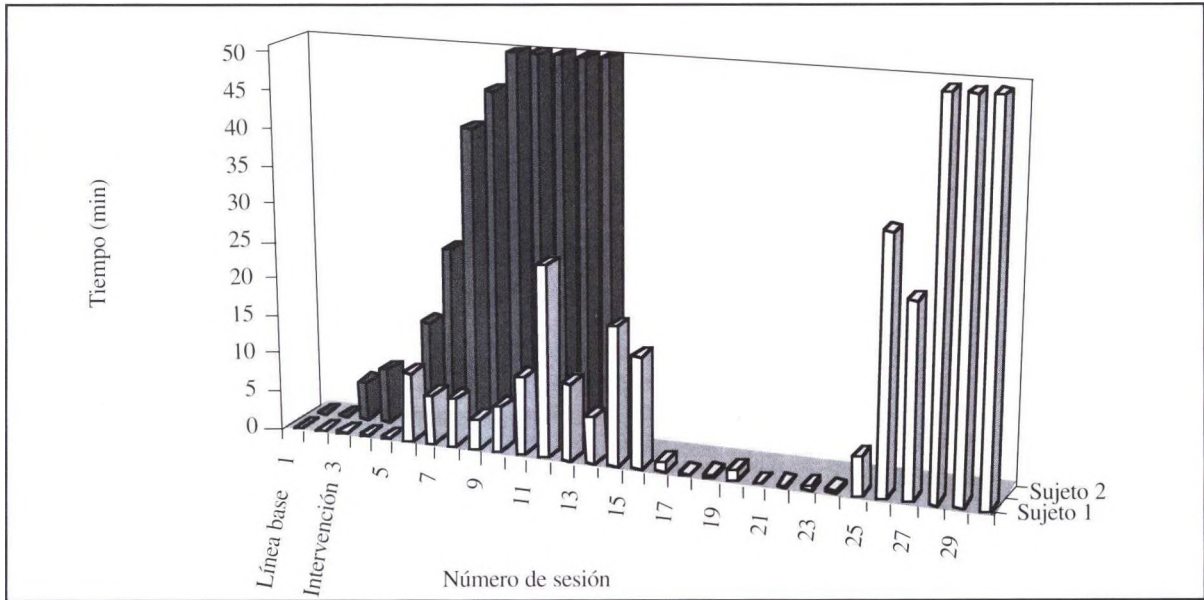


Figura 13.1.—Registro gráfico de la conducta «control de llanto» efectuada para dos niños.

trabajó «el permanecer sentado», ya que es una conducta básica para el aprendizaje, logrando los niños tasas de respuesta de 60 minutos al final de este entrenamiento. El éxito en la consecución de este repertorio es muy importante, porque prepara a los niños para una situación de aprendizaje.

Como tercera conducta, y siempre dentro del área de conducta básica, se trabajó «el contacto ocular», que se definió como la habilidad del niño para mover sus ojos de tal forma que se fijaran en los ojos de otra persona, cada vez que se le hablaba o se le daba la orden «véame».

- b) *Intervención.* Durante las primeras cuatro sesiones se adoptó un papel impasible para determinar el número de segundos en que los niños establecían algún tipo de contacto ocular en forma espontánea, y establecer el nivel operante de la conducta. Las tasas de respuesta fueron muy bajas, así como la duración de cada contacto, los cuales no excedieron de tres segundos.

- c) *Condicionamiento inicial.* En los períodos iniciales se utilizaron refuerzos primarios (galletas, chocolates, cereales y yogur) contingentes a la emisión de la conducta deseada, además de refuerzos sociales, hasta encadenar el contacto visual con la orden «véame». El programa de reforzamiento en este período fue continuo.

- d) *Extinción.* El refuerzo primario se fue disminuyendo en su entrega, pasando a un programa de reforzamiento intermitente, en donde sólo algunos contactos visuales eran reforzados, hasta sustituirse por reforzadores sociales.

En la tabla 13.2 y en la figura 13.2 se muestra la evolución de los promedios (en minutos por sesión) para esta conducta (*contacto ocular*).

Generalmente, la primera comunicación que establecemos con una persona la tenemos en el momento en que miramos a sus ojos. La evitación es una característica apuntada por Kanner (1943) como propia del niño autista, y quizá un impedi-

TABLA 13.2

Hoja de registro del tiempo (en minutos), por sesión, durante el cual se controló el «contacto ocular» de los niños

Número de sesión		Sujeto 1 Tiempo (min)	Sujeto 2 Tiempo (min)
Línea base	1	0,02	0,02
	2	0,15	0,03
Intervención	3	0,03	0,04
	4	0,06	0,04
	5	0,08	0,04
	6	0,06	0,05
	7	0,07	0,05
	8	0,11	0,10
	9	0,04	0,20
	10	0,09	1,00
	11	0,24	0,33
	12	0,05	2,00
	13	0,15	3,00
	14	0,10	3,30
	15	0,10	4,00
	16	1,00	5,00
	17	1,24	6,00
	18	1,40	6,00
	19	1,50	
	20	2,00	
	21	2,50	
	22	1,20	
	23	3,50	

mento para establecer una adecuada relación con ellos. Esta característica estaba presente en ambos niños.

Paralelamente al establecimiento del contacto ocular, se desarrollaron conductas afectivas. Los niños mostraron más aceptación al contacto físico, aspecto que debe ser incluido en los programas de intervención de la mayoría de los niños con autismo. La incorporación de esta conducta en su repertorio permitió una mayor comunicación y una mejor respuesta a las órdenes, además de encadenarse el «véame» al nombre de los niños, de tal manera que simplemente con llamarlos, lograron establecer este contacto. Esto los preparó para la adquisición del concepto de «yo». Establecida la conducta básica, se

TABLA 13.3

Hoja de registro del porcentaje de respuesta de los niños, por sesión, para el control de la orden «dame»

Número de sesión		Sujeto 1 Porcentaje de respuesta (%)	Sujeto 2 Porcentaje de respuesta (%)
Línea base	1	0	0
	2	0	20
	3	33	50
Intervención	4	58	30
	5	30	60
	6	24	70
	7	70	80
	8	66	70
	9	45	60
	10	50	80
	11	26	90
	12	60	50
	13	69	80
	14	54	70
	15	90	90
	16	90	90
	17	95	95
	18	85	
	19	90	

pasó a la siguiente área, en donde se desarrollaron como parte de las destrezas el seguimiento de órdenes. Se incorporó la orden «dame» con los niveles de respuesta que se observan en la tabla y figura correspondientes (véase tabla 13.3 y figura 13.3).

Es propio de este síndrome la inversión pronominal. Este fenómeno ha sido relacionado por Bartak y Rutter (1976) con la ecolalia, que se caracteriza por una tendencia del sujeto a repetir los patrones lingüísticos que escucha. Lovaas y Newsom (1983) apuntan que es probable que la persona ecolálica tienda a repetir los patrones lingüísticos que no entiende. Al ser la ecolalia característica del autismo, es por lo que el concepto de «yo» se trabajó para que éste adquiriera un significado concreto. El niño debe identificar su propia persona a partir de la cual aprehende el mundo que le rodea.

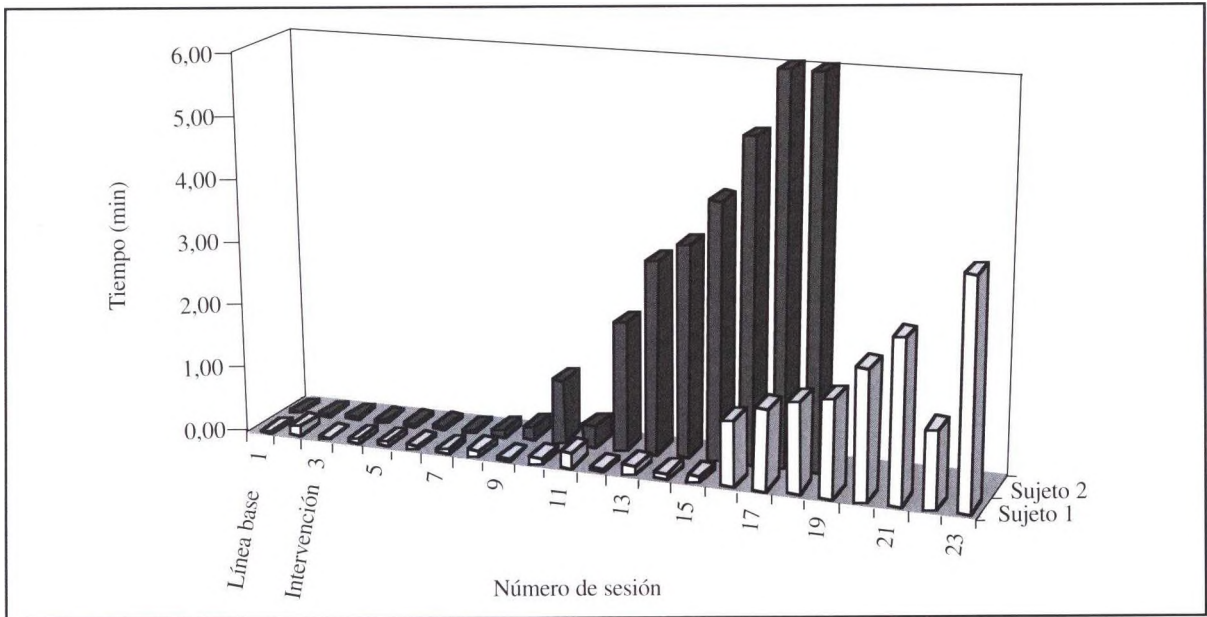


Figura 13.2.—Registro gráfico de la conducta «contacto ocular» efectuada para dos niños.

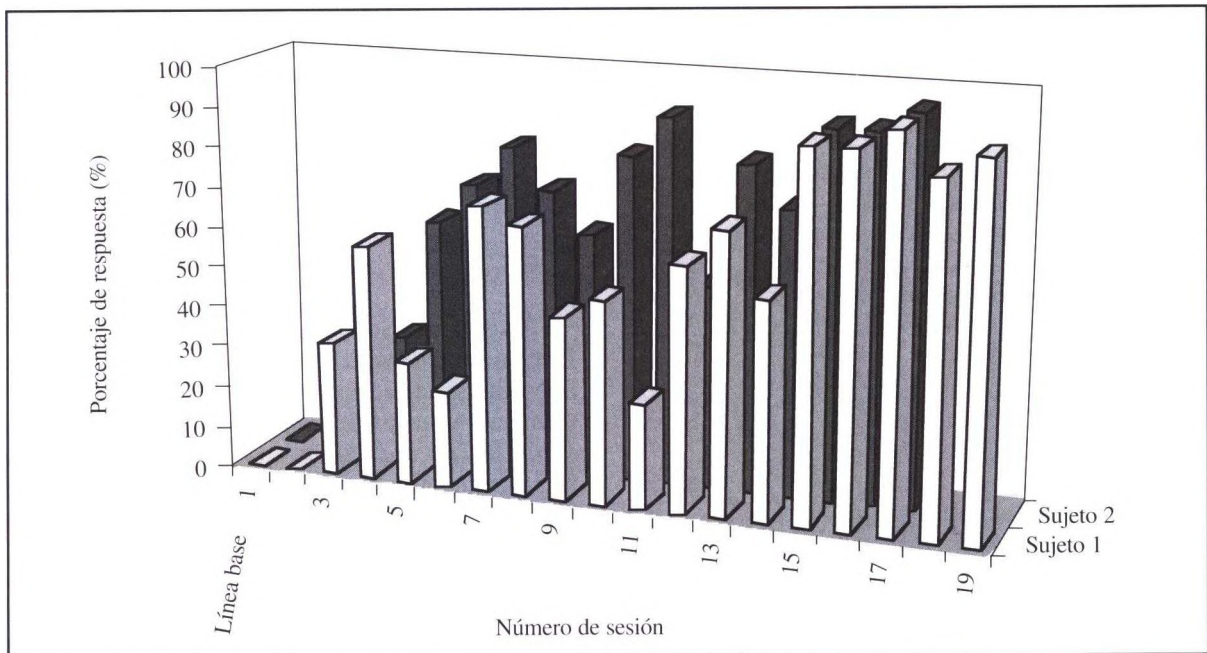


Figura 13.3.—Registro gráfico de la respuesta de dos niños ante la orden «dame».

Vayer (1977) ha destacado que la personalidad se elabora progresivamente a través de la acción del yo frente al mundo exterior. Esas constantes relaciones e interrelaciones yo-mundo de las cosas de los demás, nos explican la complejidad de la experiencia corporal, así como la variedad y, en ocasiones, la ambigüedad, de las posibles interpretaciones de esta experiencia. Esta experiencia corporal está ausente en los niños con autismo, por lo que debe empezar a formarse y, a su vez, transformarse, como punto de partida para su ubicación en el mundo que le rodea. La tabla 13.4 y la figura 13.4 muestran los porcentajes de respuesta obtenidos por los niños en la adquisición del concepto de «yo».

TABLA 13.4

Hoja de registro del porcentaje de respuesta de los niños, por sesión, para la adquisición del concepto de «yo»

Número de sesión	Sujeto 1 Porcentaje de respuesta (%)	Sujeto 2 Porcentaje de respuesta (%)
Línea base	1	0
	2	0
	3	0
	4	0
Intervención	5	10
	6	44
	7	93
	8	40
	9	65
	10	29
	11	30
	12	60
	13	49
	14	90
	15	80
	16	90
	17	95
	18	95
	19	100
	20	100
	21	100
	22	100

6.5.2. Conducta intermedia

Como siguiente objetivo se pasó a la fase intermedia. Se procedió a enseñar a los niños a seguir instrucciones simples, que pudieran comprender y ejecutar y que, a su vez, les llevaran posteriormente al aprendizaje de conductas cada vez más complejas. El procedimiento de intervención comenzó con el establecimiento de la línea base. Posteriormente, se enseñaron las respuestas correctas a las instrucciones que se daban a los niños, trabajando una conducta cada vez y utilizando instigación física cuando era necesario. En el momento en que el repertorio adquiría niveles satisfactorios de respuesta (80 por 100 de nivel de rendimiento), se continuaba con la siguiente habilidad que se quería enseñar.

Las órdenes las incorporaron los niños con relativa facilidad. El repertorio conductual establecido previamente, durante la fase de conducta básica, permitió que los tiempos de reacción en las nuevas habilidades fuesen mucho menores, lo que puede observarse en las tablas y figuras pertinentes con la disminución del número de sesiones para la adquisición de nuevas conductas, así como en los porcentajes de respuesta para cada una de ellas.

El trabajo en otros ambientes y con diferentes personas ayudó al proceso de generalización. Como paso siguiente, se trabajó en el lenguaje avanzado.

6.5.3. Área avanzada

En esta área se hizo énfasis en el desarrollo del lenguaje. En términos generales, podríamos decir que la conducta se aprende en función de las consecuencias, y el lenguaje no escapa a ello. Existen varias teorías en relación con su aparición, pero no se sabe a ciencia cierta en qué momento lo adquiere el niño. Uno de los mayores problemas del niño con autismo es la alteración de la comunicación, que afecta tanto a las habilidades verbales como a las no verbales, pudiendo producirse tanto un retraso en el desarrollo del lenguaje hablado como incluso su ausencia total. Igualmente, como ya hemos destacado en páginas precedentes, se presen-

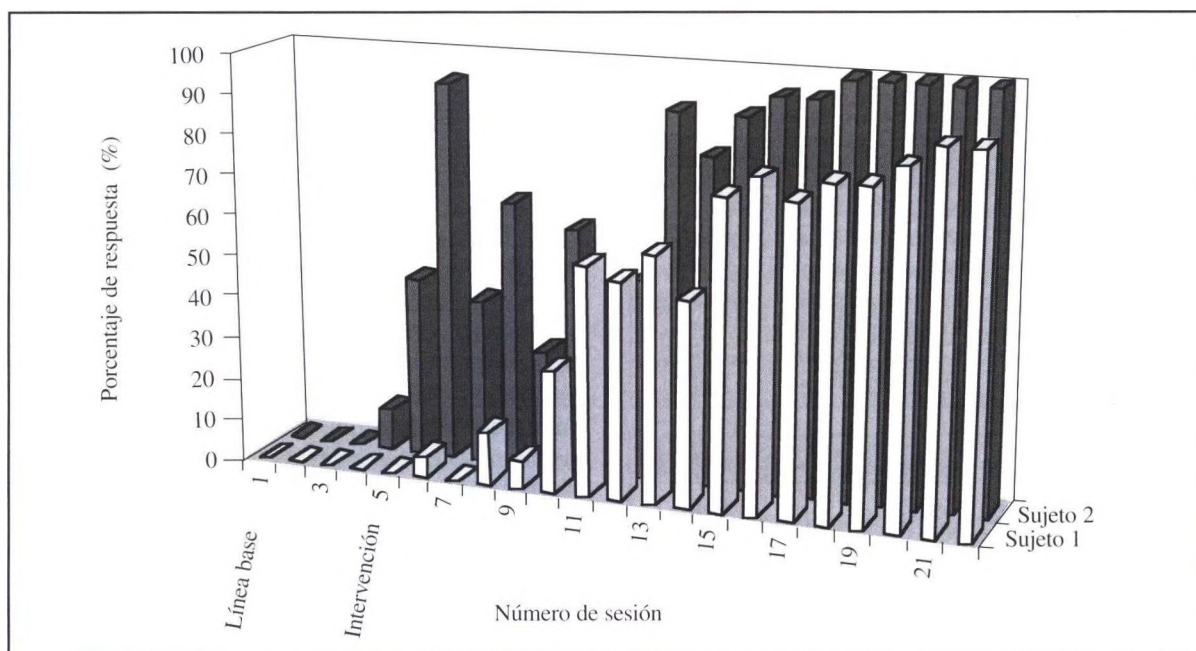


Figura 13.4.—Registro gráfico de la respuesta de dos niños ante la adquisición del concepto de «yo».

ta una utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o un lenguaje idiosincrásico. El proceso de intervención se inició con la imitación verbal, en donde se llevó a cabo un registro de las vocalizaciones más frecuentes emitidas por los niños, procedimientos que se detallan a continuación.

Primera etapa: imitación verbal

En esta fase se adaptó la primera etapa del programa lingüístico utilizado por Lovaas (1981), en donde el estímulo que se presenta al niño es un estímulo verbal, esperando una respuesta verbal. Como parte de los procedimientos se realizó un muestreo de las vocalizaciones emitidas por los niños y su frecuencia. Se proporcionó a los niños la imagen auditiva de cada vocalización o palabra que debían imitar, reforzándose cada emisión con un intervalo de tres segundos; posteriormente, se encadenaron los sonidos, reforzándose cada aproximación al sonido dado por el modelo. Al ir dominando las

sílabas, éstas se fueron fusionando hasta formar palabras. El objetivo se centró en la repetición (Cabezas y Fonseca, 1992b).

Se utilizaron refuerzos primarios (galletas, chocolates y zumos) y sociales (alabanzas) contingentes a la emisión de la conducta deseada. En los períodos iniciales se aplicaron programas de reforzamiento continuo, los cuales variaron posteriormente a programas de reforzamiento intermitente. En la tabla 13.5 se presentan las palabras introducidas sesión por sesión para la adquisición de la imitación verbal (Cabezas y Fonseca, 1992b).

Un principio conductual para el tratamiento del lenguaje, de acuerdo con Leintenberg (1983), se centra en la repetición de diferentes topografías de respuesta verbal en diversos niveles de complejidad, lo que incluye sonidos básicos del lenguaje o comportamiento fonémico, comportamiento morféxico o palabras y sus partes, y comportamiento gramatical. Al tomar en consideración este principio, se hizo uso de la técnica de moldeamiento, reforzán-

TABLA 13.5

*Adquisición de la «imitación verbal»,
sesión por sesión*

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5
Mano	Mano	Mano	Mano	Mano
Papá	Papá	Papá	Papá	Papá
Mamá	Mamá	Mamá	Mamá	Mamá
		Avión	Avión	Perro
		Perro	Perro	Casa
		Casa	Casa	Helado
		Helado	Helado	Pájaro

Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
Mano	Pájaro	Pájaro	Helado	Gato
Papá	Moto	Moto	Lápiz	Moto
Mamá	Pez	Pez	Pez	Helado
Pájaro	Avión	Helado	Avión	Pez
Moto	Reloj	Avión	Perro	Avión
Pez	Casa	Gato	Gato	Mono
Avión		Lápiz		Mano

dose sistemáticamente cada aproximación a la conducta final deseada (Catania, 1968).

El establecimiento del contacto ocular adecuado permitió centrar la atención del niño en la cara y boca del terapeuta (imitación de modelos), lo que facilitó al niño la imitación de las diferentes posiciones de los labios para lograr una adecuada emisión de las palabras y la fusión de cada uno de los sonidos previamente adquiridos.

Segunda etapa: lenguaje denominativo

El entrenamiento lingüístico en los niños con autismo es difícil de llevar a cabo, particularmente si tomamos en consideración la poca representatividad mental que tienen (que entorpece el desarrollo normal del lenguaje), su tendencia a repetir las palabras, la autoestimulación, las conductas obsesivas propias del síndrome e, incluso, en ocasiones, su incapacidad para comprender el lenguaje oral para poder expresarse (Furneaux y Roberts, 1982; Rutter

y Schopler, 1984; Wing, 1985). Los programas educativos, por consiguiente, deben estar muy bien estructurados, a fin de poder desarrollar al máximo las potencialidades cognitivas de los niños.

Esta etapa de desarrollo del lenguaje se inició con la denominación de objetos y de partes del cuerpo, asociados al seguimiento de órdenes preestablecidas en fases anteriores. Como ejemplo, se observa en la tabla 13.6 el registro para el control de la orden «tôquese la cabeza».

El lenguaje denominativo se trabajó en dos niveles, haciendo una adaptación del programa lingüístico desarrollado por Lovaas (1981). En el primer nivel, el estímulo que se presentó al niño fue un estímulo «verbal-visual», esperando una respuesta «verbal», ante la cual se proporcionó una consecuencia «social» (Cabezas, 1996). En el segundo nivel, el estímulo presentado fue un estímulo «no

TABLA 13.6

*Hoja de registro del porcentaje de respuesta
de un niño, por sesión, para el control
de la orden «tôquese la cabeza»*

Número de sesión		Sujeto 1 Porcentaje de respuesta (%)
Línea base	1	0
	2	0
	3	20
Intervención	4	60
	5	60
	6	90
	7	92
	8	60
	9	60
	10	70
	11	70
	12	90
	13	90
	14	80
	15	90
	16	90
	17	100
	18	100

verbal» (únicamente visual), esperando una respuesta «verbal» que era seguida de la administración contingente de una consecuencia «social».

En la figura 13.5 se observa el registro gráfico para la adquisición de la conducta «*tóquese la cabeza*», en la que se aprecia que al inicio el niño carecía de ese repertorio conductual, y conforme fueron aplicados los procedimientos específicos, la conducta adquirió niveles de rendimiento muy satisfactorios.

La adquisición de conductas previas, como prerrequisitos de entrada, facilitó la adquisición de esta habilidad. Si tomamos en consideración que la ejecución del movimiento en sí de desplazar el brazo, antebrazo y mano hacia la cabeza, requiere de una destreza motora menos elaborada, podría decirse que el procedimiento requirió de un esfuerzo menor por tratarse de un movimiento en el que entran en función músculos gruesos del cuerpo, lo que facilita su ejecución.

Una vez incorporada en el repertorio de los niños la denominación de objetos y el esquema corporal, el vocabulario aumentó significativamente, lo

que sirvió como base para ejecutar posteriormente conductas que requieran un nivel de dificultad mayor.

Los problemas de lenguaje en los niños con trastorno autista, y el tiempo dedicado para su adquisición, necesitan de procedimientos efectivos, por lo que la combinación de refuerzos primarios y sociales, conjuntamente con técnicas de moldeamiento, modelado e instigación verbal y física, fueron fundamentales en esta fase. Igualmente, es necesario recordar una vez más que la labor conjunta entre padres y terapeutas es fundamental para el éxito de los programas que se desarrollen.

Tercera etapa: lenguaje avanzado

Los esfuerzos en esta etapa se dirigieron a conseguir que las palabras que los niños adquirían, tuvieran significado concreto y que les ayudaran a pasar de eventos simples a otros más complejos que les permitieran tener una mejor interacción social. La enseñanza del color, de la forma y del tamaño, entre otros, se han considerado conceptos ilustrati-

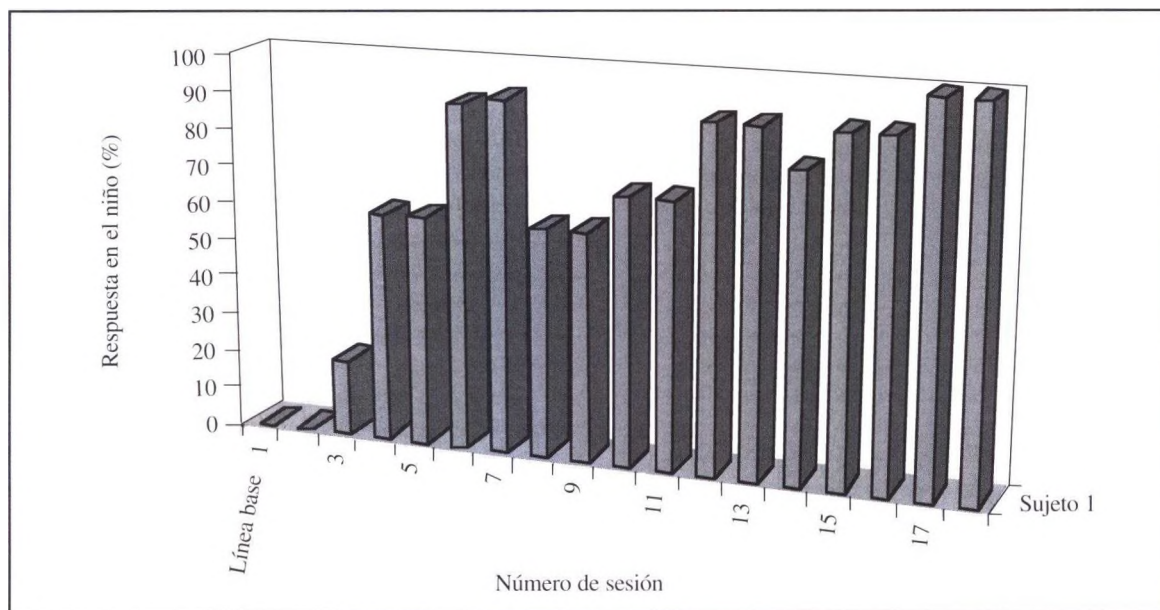


Figura 13.5.—Registro gráfico de la conducta «*tóquese la cabeza*» efectuado para un niño.

vos más avanzados del lenguaje (Lovaas y Newson, 1983).

Una vez que se estableció la conducta para el concepto del color rojo, se facilitó la adquisición del concepto de otros colores. En esta etapa, el vocabulario había aumentado considerablemente, lo que sirvió como soporte para la adquisición de conductas más complejas. Al igual que en las situaciones anteriores, se introdujo una conducta a la vez. Se siguió manteniendo la relación 1:1, trabajándose de frente al niño. Los estímulos utilizados fueron visuales y auditivos, colocándose inicialmente éstos del lado dominante del niño para, posteriormente, irlos rotando de cara a evitar la automatización en sus respuestas. Como ejemplos, en la tabla 13.7 y en la figura 13.6 se detallan los resultados obtenidos para la adquisición del concepto de «color rojo».

La verbalización de acciones abrió paso para que generalizaran su lenguaje a otras formas gramaticales y situaciones; por ejemplo, el concepto de color se aplicó a la vestimenta que usaban los niños

u otras personas que conformaban su entorno, así como a objetos concretos propios de su medio ambiente (véanse la tabla 13.8 y la figura 13.7 para una muestra de la verbalización de la acción «jugando»).

La enseñanza de las conductas lingüísticas como se presenta en este apartado nos muestra los cambios graduales que fueron sufriendo los niños durante el desarrollo del programa. El lenguaje funcional se generó a partir del lenguaje imitativo, el que a su vez se había estructurado sobre la base de la imitación motora y la conducta básica que fueron el soporte de cada una de las áreas que se trabajaron. Una vez adquiridos los conceptos de color, forma y tamaño, se estructuró el lenguaje en torno a otros tales como camisa, pantalón, etc., hasta llevar al niño a la formulación de frases como: «mi camisa es roja», «mi pantalón es azul», etc.

Los refuerzos primarios se utilizaron para establecer las respuestas iniciales, siendo sustituidos posteriormente por reforzadores sociales, de tal manera que los niños llegaron a verbalizar acciones tendiendo a generalizar las formas gramaticales que se les había enseñado con el apoyo recibido en sus hogares.

TABLA 13.7

Hoja de registro del porcentaje de respuesta de dos niños, por sesión, para el control de la adquisición del concepto «color rojo»

Número de sesión		Sujeto 1 Porcentaje de respuesta (%)	Sujeto 2 Porcentaje de respuesta (%)
Línea base	1	0	0
	2	0	50
Intervención	3	20	70
	4	80	70
	5	70	80
	6	68	73
	7	73	53
	8	90	20
	9	90	30
	10	100	87
	11	100	70
	12	100	90
	13	100	100
	14		90
	15		90

TABLA 13.8

Hoja de registro del porcentaje de respuesta de dos niños, sesión por sesión, para la verbalización de la acción «jugando»

Número de sesión		Sujeto 1 Porcentaje de respuesta (%)	Sujeto 2 Porcentaje de respuesta (%)
Línea base	1	0	0
	2	0	0
Intervención	3	40	70
	4	30	60
	5	20	80
	6	60	70
	7	70	90
	8	80	100
	9	80	100
	10	80	100
	11	90	100

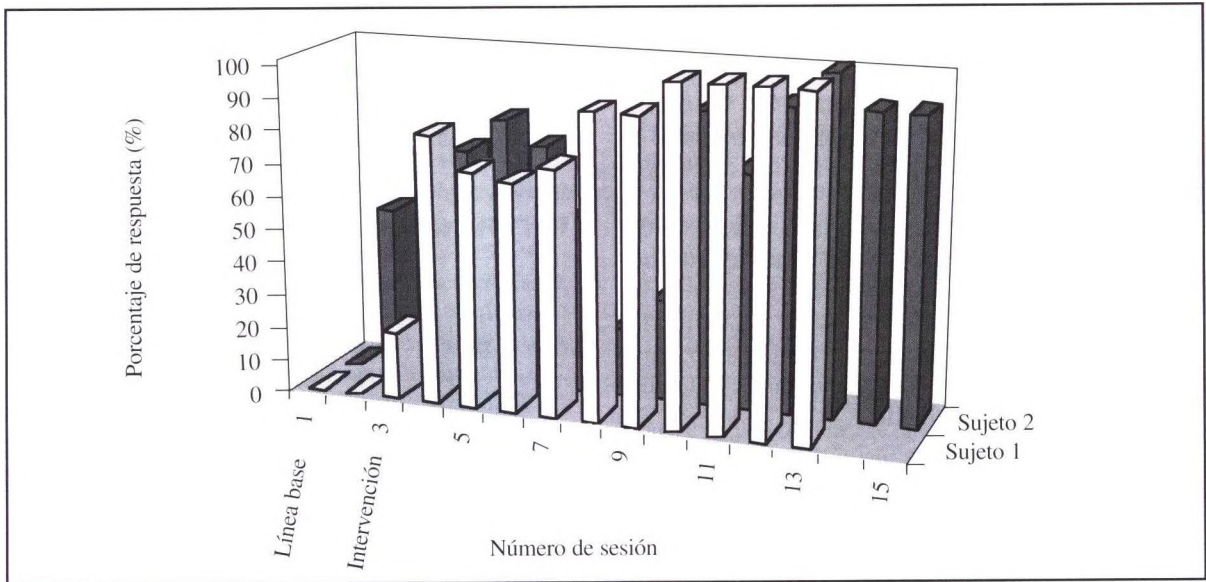


Figura 13.6.—Registro gráfico de la adquisición del concepto «color rojo» efectuada para dos niños.

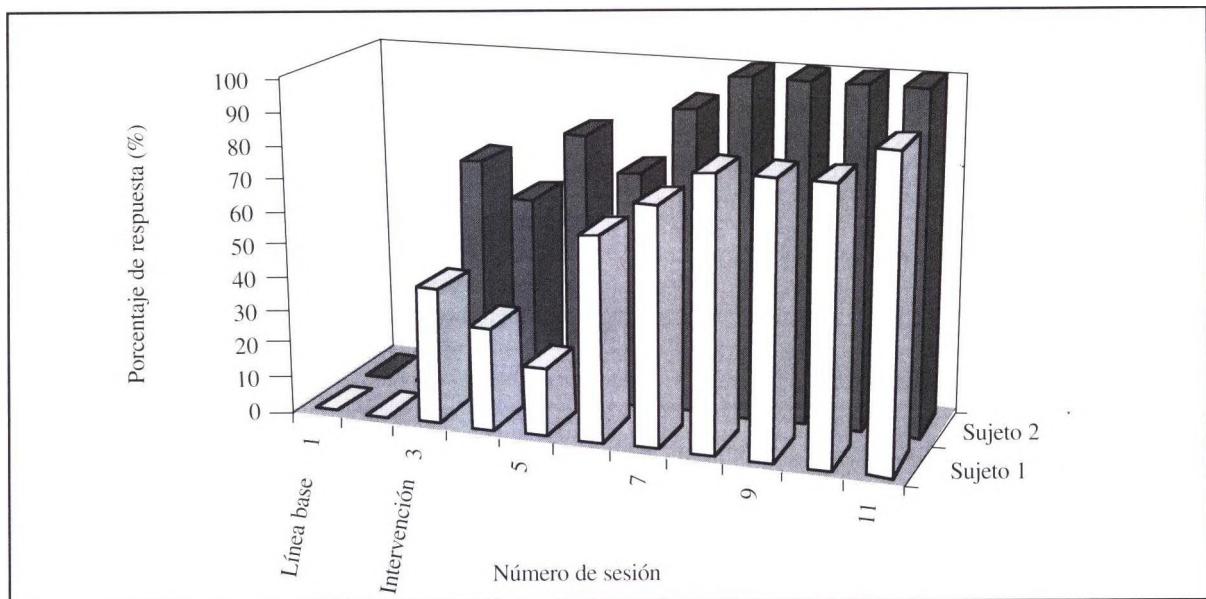


Figura 13.7.—Registro gráfico de la adquisición del concepto «jugando» efectuada para dos niños.

El programa educativo se sustentó en la repetición y sistematización de cada uno de los conceptos enseñados. La secuencia estructurada y la proximidad en la presentación de los estímulos visuales y auditivos a través de todo el programa permitió la adquisición de otras topografías verbales con mayor facilidad.

Un factor importante a controlar fue la presencia de ecolalia, o la repetición sin sentido de patrones lingüísticos; sin embargo, el pronóstico para el niño que repite es mucho mejor que para aquel que no tiene ningún tipo de lenguaje comunicativo, conducta que se trabajó utilizando terapia conductual aplicada, hasta ser eliminada.

7. CONCLUSIONES

El trastorno autista es un problema complejo debido a la diversidad de factores que se encuentran involucrados en su génesis y mantenimiento, lo que se traduce en una gama muy amplia de manifestaciones conductuales con topografías y expresiones atípicas difíciles de controlar. Para una mejor efectividad en su tratamiento, es de suma importancia la elaboración y ejecución de programas muy bien estructurados, dada la carencia de repertorios conductuales básicos en los niños con esta patología. Igualmente, resulta de interés la participación de profesionales de diferentes disciplinas, lo que permite tener una visión de conjunto.

Una de las conductas disruptivas que más interfiere en el aprendizaje de los niños con trastorno autista es su baja tolerancia a la frustración, que se manifiesta generalmente a través de gritos y llanto constantes, y que sumada a la falta de lenguaje comunicativo, así como a su incapacidad para establecer adecuadas relaciones interpersonales, dificulta visiblemente su integración social.

Siendo el lenguaje hablado la herramienta de interacción social por excelencia, no podemos perder de vista que muchos niños con autismo no llegan a desarrollarlo nunca, por lo que no debe convertirse éste en un factor determinante para privarlos de otro tipo de entrenamiento, y tomar en consideración otras dimensiones de comunicación humana. El tra-

tamiento estará dirigido a desarrollar al máximo las potencialidades del niño, lo que no podrá llevarse a cabo sin la aplicación de técnicas específicas en el campo médico, educativo, psicológico y social para lograr así una rehabilitación integral.

REFERENCIAS

- Alberto, P. y Troutman, A. (1982): *Applied behavior analysis to teachers*. Ohio: Charles E. Merrill.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bartak, L. y Rutter, M. (1976): Differences between mentally retarded and normally intelligent autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 6, 109-120.
- Bettelheim, B. (1967): *The empty fortress: infantile autism and the birth of the self*. Nueva York: Free Press.
- Brauner, A. y Brauner, F. (1978): *Vivir con un niño autístico*. Barcelona: Paidós.
- Brown, W. T., Jenkins, E. C., Cohen, I. L., Fisch, G. S., Wolf-Schen, E. G., Gross, A., Waterhouse, L., Fein, D., Mason-Brothers, A., Ritvo, E., Rutenberg, B. A., Bentley, W. y Castells, S. (1986): Fragile-X and autism- A multicenter survey. *American Journal of Medical Genetics*, 23, 342-352.
- Cabezas, H. (1996): Desarrollo de un programa de lectura con un niño con autismo, utilizando terapia conductual aplicada. En *Memoria Segundo Congreso de las Américas sobre Lectoescritura*. Heredia, Costa Rica: EUNA.
- Cabezas, H. y Fonseca, G. (1992a): Uso del condicionamiento operante para la adquisición del contacto ocular en cuatro niños autistas. *Revista Educación*, 16, 19-23.
- Cabezas, H. y Fonseca, G. (1992b): Entrenamiento en la adquisición de la imitación verbal en tres niños autistas. *Revista Educación*, 16, 101-106.
- Campbell, M. (1973): Biological intervention in psychosis of childhood. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 3, 367-373.
- Campbell, M. (1988): Fenfluramine treatment of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 1-10.

- Campbell, M. y Friedman, E. (1974): Blood serotonin in psychotic and brain damaged children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2, 33-41.
- Campbell, M. y Lowell, L. (1984): Psychopharmacological treatment of children with the syndrome of autism. *Pediatric Annals*, 13, 309-316.
- Catania, A. (1968): *Contemporary research in operant behavior*. Nueva York: Scott.
- Cohen, I. L., Brown, W. T., Jenkins, E. C., Krawczun, M. S., French, J. H., Raguthu, S., Wolf-Schein, E. G., Sudhalter, V., Fisch, G. y Wisniewski, K. (1988): Fragile-X syndrome in females with autism. *American Journal of Medical Genetics*, 34, 302-303.
- Coleman, M. y Gillberg, Ch. (1989): *El autismo. Bases biológicas*. Barcelona: Martínez Roca.
- Colwyn, T., Aitken, K., Papoudi, D. y Roberts J. (1996): *Children with autism. Diagnosis and interventions to meet their needs*. Londres: Jessica Kingsley.
- Courchesne, E., Yeung-Courchesne, R., Press, G. A., Hesselink, J. R. y Jernigan, T. L. (1988): Hypoplasia of cerebellar vermal lobules VI and VII in autism. *The New England Journal of Medicine*, 318, 1349-1354.
- DeMyer, M. K. (1972): Parental practices and innate activity in normal, autistic and brain damaged infants. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2, 49-66.
- Ditfield, M. (1964): Child rearing attitudes of mothers of psychotic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 5, 51-57.
- Du Verglas, G. (1988): Autism subgroups. *Advocate*, 20, 8-11.
- Eisenberg, L. (1957): The fathers of autistic children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 27, 715-724.
- Freeman, B. J. y Ritvo, E. (1984): The syndrome of autism: establishing the diagnosis and principles of management. *Pediatric Annals*, 13, 284-294.
- Furieux, B. y Roberts, B. (1982): *El niño autista*. Buenos Aires: Ateneo.
- Gallardo, J. y Gallego, J. (1993): *Manual de logopedia escolar*. Málaga: Aljibe.
- Goldfarb, W. (1970): Childhood psychosis. En P. H. Hussen (dir.), *Carmichael's manual of child psychology* (3.ª ed.). Nueva York: Wiley.
- Hall, R. V., Cristler, C., Cranston, S. y Trucker, B. (1970): Teachers and parents as a researchers using multiple base line designs. *JABA*, 45, 247-255.
- Hartmut, R. y Janetzke, P. (1993): *El autismo*. Madrid: Acento.
- Hermelin, B. y O'Connor, N. (1970): *Psychological experiments with autistic children*. Oxford: Pergamon Press.
- Hersen, M. y Barlow, D. (1976): *Single-case experimental designs*. Nueva York: Pergamon Press.
- Hobson, R. P. (1995): *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid: Alianza.
- Kanner, L. (1943): Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kanner, L. (1949): Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 19, 416-426.
- Kanner, L. (1973): *Childhood psychosis: initial studies and new insights*. Washington, DC: Winston.
- Kanner, L. y Eisenberg, L. (1956): Early infantile autism: 1943-1955. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26, 55-65.
- Kazdin, A. E. (1982): History of behavior modification and therapy. En A. C. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (dirs.), *International handbook of behavior modification and therapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Kerlinger, F. (1985): *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*. México: Interamericana.
- Krug, D., Arick, J. y Almond, P. (1980): *Autism Screening Instrument for Educational Planning (ASIEP)*. Oregon: ASIEP.
- Leitenberg, H. (dir.) (1983): *Modificación y terapia de conducta*. Madrid: Morata.
- LeLord, G., Muh, J. P., Bartèlemy, C., Martineau, J., Garreau, B. y Callaway, E. (1981): Effects of pyridoxine and magnesium on autistic symptoms. Initial observations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11, 219-230.
- Lickstein, K. y Schribman, L. (1976): Employing electric shock with autistic children: a review of the side effects. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 6, 163-175.
- Lotter, V. (1974): Factors related to outcome in autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 4, 263-277.
- Lovaas, I. O. (1965): Experimental studies in childhood schizophrenia. *Journal of Experimental Research in Personality*, 1, 99-109.
- Lovaas, I. O. (1981): *El niño autista*. Madrid: Debate.
- Lovaas, I. O. y Newsom, C. D. (1983): Modificación de conducta en niños psicóticos. En H. Leitenberg (dir.), *Modificación y terapia de conducta*. Madrid: Morata.

- Lubs, H. A. (1969): A Marker X-chromosome. *American Journal of Human Genetics*, 2, 231-244.
- Maskita, K. (1966): The age of onset childhood schizophrenia. *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, 20, 111-121.
- Mayor, J. y Labrador, F. J. (dirs.) (1984): *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- McAdoo, W. G. y DeMyer, M. K. (1978): Personality characteristics of parents. En M. Rutter y E. Schopler (dirs.), *Autism: a reappraisal of concepts and treatment*. Nueva York: Plenum Press.
- Ornitz, E. M. (1973): Childhood autism. A review of the clinical and experimental literature. *California Medicine*, 118, 21-47.
- Ornitz, E. M., Guthrie, D. y Farley, A. H. (1977): The early development of autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 7, 207-229.
- Paluszny, M. (1987): *Autismo, guía práctica para padres y profesionales*. México: Trillas.
- Parquet, J., Bursztejn, C. y Golse, B. (1992): *Autismo: cuidados, educación y tratamiento*. Barcelona: Masson.
- Polaino, A. (1982): *Introducción al estudio científico del autismo infantil*. Madrid: Alhambra.
- Ribes-Iñesta, E. (1975): *Técnicas de modificación de conducta*. México: Trillas.
- Rimland, B. (1964): *Infantile autism*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Rimland, B. (1973): High dosage levels of certain vitamins in the treatment of children with severe mental disorders. En D. Hawkins y L. Pauling (dirs.), *Orthomolecular Psychiatry*. San Francisco, California: Freeman.
- Rimland, B., Callaway, E. y Dreyfus, P. (1978): The effects of high doses of vitamin B₆ on autistic children: a doble blind crossover study. *American Journal of Psychiatry*, 135, 472-475.
- Ritvo, E. y Freeman, B. J. (1984): A medical model of autism etiology, pathology and treatment. *Pediatric Annals*, 13, 298-305.
- Ritvo, E., Freeman, B. J., Yuwiler, A., Geller, E., Yokota, A., Schort, P. y Novak, P. (1984): Study of fenfloramine in outpatients with the syndrome of autism. *The Journal of Pediatrics*, 105, 823-828.
- Ritvo, E. y Yuwiler, A. (1970): Increased blood serotonin and platelets in early infantile autism. *Archives of General Psychiatry*, 23, 566-572.
- Rodríguez, V. (1992): *Análisis comparativo de los puntajes promedio obtenidos por niños autistas estadounidenses y costarricenses en la lista de cotejo para la conducta autista*. Tesis de Licenciatura. San José, Costa Rica, Universidad de Costa Rica.
- Rutter, M. (1977): Brain damage syndrome in childhood: concepts and findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 1-21.
- Rutter, M. (1978): Diagnosis and definition of childhood autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8, 139-161.
- Rutter, M., Bartak, L. y Newman, S. (1971): Autism: a central disorder of cognition and language? En M. Rutter (dir.), *Infantile autism: concepts, characteristics and treatment*. Londres: Churchill Livingstone.
- Rutter, M. y Lockyer, L. (1967): A five to fifteen year follow-up of infantile psychosis. I. Description of sample. *British Journal of Psychiatry*, 113, 1169-1182.
- Rutter, M. y Schopler, E. (1984): *Autismo*. Madrid: Alhambra.
- Skinner, B. F. (1938): *The behavior of organisms*. Nueva York: Appleton.
- Skinner, B. F. (1944): A review of C. L. K. Hulls principles of behavior. *American Journal of Psychology*, 57, 276- 281.
- Skinner, B. F. (1953): *Science and human behavior*. Nueva York: McMillan.
- Sloman, L. (1991): Use of medication in pervasive developmental disorders. *Pediatric Clinics of North America*, 14, 165-182.
- Steven, R., Forness, E. y Kenneth, A. (1984): Autistic children in school: the role of the pediatrician. *Pediatric Annals*, 13, 312-328.
- Sulzer-Azaroff, B. y Mayer, G. R. (1990): *Procedimientos del análisis conductual aplicado con niños y jóvenes*. México: Trillas.
- Tinbergen, E. A. y Tinbergen, N. (1972): Early childhood autism: an etiological approach suplement. *Journal of Comparative Etiology*, 10.
- Trevarthen, C., Aitken, K., Papoudi, D. y Robarts, J. (1996): *Children with autism. Diagnosis and interventions to meet their needs*. Londres: Jessica Kingsley.
- Vayer, P. (1977): *El niño frente al mundo*. Barcelona: Científico Médica.
- Walker, J. (1987): *Manejo conductual*. México: Manual Moderno.
- Ward, A. (1976): *Childhood autism and structural therapy*. Chicago: Hall.

- Wing, L. (1985): *La educación del niño autista*. Madrid: Paidós.
- Yuwiler, A. y Plotkin, J. (1970): A rapid accurate procedure for the determination of serotonin in whole human blood. *Biochemical Medicine*, 3, 426-436.

LECTURAS RECOMENDADAS

- García Villamizar, D. y Polaino-Lorente, A. (2000): *El autismo y las emociones: nuevos hallazgos experimentales*. Valencia: Promolibro.
- Hobson, R. P. (1995): *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid: Alianza.
- Martos Pérez, J. y Rivière, A. (2001): *Autismo: comprensión y explicación actual*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales
- Rivière, A. (2001): *Autismo: orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Trotta.
- Siegel, B. (1998): *The world of the autistic child: Understanding and treating autistic spectrum disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Trevarthen, C., Aitken, K., Papoudi, D. y Robarts, J. (1996): *Children with autism. Diagnosis and interventions to meet their needs*. Londres: Jessica Kingsley.
- Wing, L. (1998): *El autismo en niños y adultos: una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.

PARTE SEXTA
**Problemas físicos con una
importante base psicológica**

Características y tratamiento del asma en la infancia

14

CRISTINA O. S. MIYAZAKI

KELLY R. RISSO

JOÃO B. SALOMÃO¹

1. INTRODUCCIÓN

Es cada vez más frecuente que muchos de los psicólogos que actúan en el ámbito de la salud, área considerada una de las más importantes especialidades de la Psicología para el siglo XXI (Belar, 1996), participen cada vez más en equipos multidisciplinarios responsables de la atención a pacientes que son víctimas de enfermedades crónicas.

El asma, una de las enfermedades crónicas más frecuentes durante la infancia y la adolescencia, se asocia con altas tasas de absentismo escolar, ansiedad, depresión, problemas en el funcionamiento familiar, visitas frecuentes a los servicios de urgencias pediátricas y, en casos más graves, muerte por causa de la enfermedad (Miyazaki, 1993; Osman y Silverman, 1996; Thompson y Gustafson, 1996; Wasilewski et al., 1996). A pesar del desarrollo de nuevas y eficaces estrategias terapéuticas para la atención de dicha enfermedad, ha aumentado el número de sujetos asmáticos y los índices de mortalidad causados por el asma (Sly, 1988). El nivel socioeconómico del paciente parece tener un impacto negativo sobre la enfermedad, ya que los niños que provienen de ambientes económicamente desfavorecidos presentan un número más alto de ingresos en los hospitales (Creer y Bender, 1995; Weiss, 1994). Además, diversos estudios han asociado algunos factores comportamentales con nive-

les más altos de morbilidad y mortalidad por la enfermedad (Mascia et al., 1989).

El tratamiento del asma en la infancia implica la participación de los padres (Buchanan y Cooper, 1991; Plaut, 1995) y puede dividirse en dos etapas: durante la crisis y durante el período entre crisis. La atención durante una crisis se lleva a cabo habitualmente en los servicios de urgencias pediátricas o siguiendo una orientación médica e incluye el uso de medicación. Sin embargo, el tratamiento entre crisis lo llevan a cabo equipos interdisciplinarios que frecuentemente cuentan con un psicólogo (Weinstein, Chenkin y Faust, 1997). El objetivo de este capítulo consiste en describir un caso de asma en la infancia, cuyo tratamiento se realizó, de manera conjunta, entre el médico y el psicólogo. Antes de la intervención psicológica de la enfermedad y de la narración del caso, es indispensable una breve descripción de la enfermedad y del tratamiento, con el fin de comprender el problema y planificar la intervención.

2. DESCRIPCIÓN DEL ASMA Y PROBLEMAS DE TRATAMIENTO

El asma aqueja del 3 al 9 por 100 de los niños en edad escolar, principalmente a los varones, en una proporción de 2:1 (Carneiro-Sampaio, 1987; Creer y Bender, 1995). La definición exacta de la enfermedad todavía constituye motivo de controversia, aunque las distintas definiciones incluyen cuatro aspectos fundamentales: se considera al asma como

¹ Facultad de Medicina de São José do Rio Preto (Brasil).

una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas superiores, implica limitación del flujo aéreo (con reversibilidad de la condición de forma espontánea o terapéutica, completa o parcialmente), episodios recurrentes de sibilancia (falta de aire) e hiperreactividad bronquial ante ciertos estímulos. El diagnóstico se realiza por medio de la historia del paciente (si presenta tos recurrente, sibilancias, disnea), del examen médico, de los rayos X, de pruebas sobre la función pulmonar y análisis de laboratorio (Buchanan y Cooper, 1991; Creer y Bender, 1995).

Diversos factores pueden desencadenar una crisis de asma, como, por ejemplo, infecciones respiratorias, alérgenos, factores irritantes, ejercicios físicos y alteraciones emocionales. La crisis se compone de una tríada sintomática que incluye disnea, sibilancias y tos, las cuales son consecuencia del estrechamiento de los conductos aéreos de pequeño calibre. Una crisis puede presentar un carácter distinto para cada paciente y la gravedad de la enfermedad se asocia a la frecuencia, la intensidad y la duración de las crisis, así como a la presencia o ausencia de síntomas en los períodos intercríticos. En el *asma intermitente o leve* (el 60 por 100 de los pacientes tiene asma leve) las crisis son intermitentes y de corta duración, los síntomas nocturnos son esporádicos y no hay quejas en el período intercrítico. El niño puede presentar tos o sibilancias cuando realiza actividades físicas, pero muchas veces éstas pasan inadvertidas para el paciente y la familia y suelen ser vistas como algo sin importancia por el médico. Estos niños raramente necesitan ser atendidos en servicios de urgencias y prácticamente nunca son hospitalizados. Los pacientes con *asma persistente no grave o moderada* (30 por 100) tienen crisis más frecuentes, con disnea variable y sibilancias perceptibles, presentan descenso en los parámetros espirométricos (medida de la capacidad de espiración del aire) y generalmente tienen ligeros deterioros en su funcionamiento a causa de la enfermedad (absentismo escolar, sueño interrumpido). En ocasiones necesitan que se los lleve a los servicios de urgencias, pero raramente se los ingresa a causa de la enfermedad. Finalmente, el *asma persistente grave* aqueja a cerca del 10 por 100 de los

niños con el diagnóstico de asma. Éstos presentan síntomas persistentes, crisis nocturnas frecuentes, reducción significativa de los índices espirométricos y un acentuado daño funcional como consecuencia de las hospitalizaciones y del impacto de la enfermedad sobre la familia y el niño. Así, la forma como la enfermedad afecta al funcionamiento global del niño está asociada con la gravedad del problema.

Los pacientes con asma persistente no grave (moderado) y persistente grave necesitan de la utilización diaria de medicación para prevenir crisis y todos ellos deben conocer cuáles son los factores desencadenantes de las crisis para poder evitarlos (Carneiro-Sampaio, 1987; Creer y Bender, 1995; Emerson, Correa y Romano, 1995; Plaut, 1995; U.S. Department of Health and Human Services, 1997).

Aproximadamente el 90 por 100 de los niños asmáticos son alérgicos y la mayoría de los alérgenos que pueden desencadenar una crisis se inhalan (por ejemplo, el polvo). De esta manera, el evitar entrar en contacto con este tipo de sustancias constituye un paso fundamental para prevenir el apareamiento de las crisis. Asimismo, los programas educativos se han mostrado útiles para evitar o reducir las hospitalizaciones y la necesidad de recibir atención en los servicios de urgencias (Sander, 1994). Además de las prevenciones tomadas para evitar las crisis, el empleo correcto de la medicación es también fundamental para el control del asma. El tipo y la dosis de medicación varían de acuerdo con las características de cada paciente: pacientes con asma intermitente no grave (leve) pueden necesitar medicación solamente cuando se exponen a una sustancia alérgica o cuando notan la presencia de síntomas. Por otra parte, los pacientes con síntomas más frecuentes o con un cuadro grave de la enfermedad, pueden necesitar medicación diaria. Los tipos de medicación más importantes son los corticosteroides, las drogas antialérgicas y los broncodilatadores.

A pesar de no haber cura para el asma, un tratamiento adecuado puede proporcionar a los pacientes un estilo de vida que les permita realizar actividades propias de su edad, evitar hospitalizaciones o visitas a los servicios de urgencias pediátricas y prevenir problemas tales como los efectos colaterales

provenientes del uso inadecuado de la medicación y las secuelas psicosociales (Carneiro-Sampaio, 1987; U.S. Department of Health and Human Services, 1997). Un tratamiento adecuado sigue el modelo biopsicosocial de salud e implica la participación de psicólogos, como se verá a continuación.

3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ASMA

A pesar de haber sido vista como una enfermedad de origen psicológico, «... actualmente el asma se considera una enfermedad respiratoria producto, en parte, de respuestas anormales del sistema inmunológico» (Miyazaki, 1997, p. 17). Sin embargo, existen factores comportamentales que, en interacción con factores biológicos, juegan un papel determinante en el curso de la enfermedad (Creer y Bender, 1995; U.S. National Institute of Health, 1995). Así, un enfoque adecuado del asma debe combinar aspectos médicos y psicológicos.

Una serie de investigaciones en el campo de la psiconeuroinmunología han demostrado, cada vez más, una relación entre el funcionamiento inmunológico y el comportamiento. En estos estudios, tanto el impacto negativo de factores causantes de estrés como el impacto positivo de determinados procedimientos, como, por ejemplo, la relajación, han mostrado estar asociados al funcionamiento del sistema inmunológico (Irwing y Livnat, 1987; Schedlowski et al., 1993; Zachariae et al., 1990). Estudios sobre el ajuste de pacientes pediátricos asmáticos han indicado que éstos parecen correr un mayor riesgo de presentar psicopatologías, principalmente problemas interiorizados como ansiedad y depresión, cuando se los compara con niños sin problemas de salud (Kashani, Konig, Sheppard, Wilfley y Morris, 1988; Miyazaki, 1993). La ansiedad asociada a las crisis de asma, presente con frecuencia en esos niños, tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes y debe, por tanto, tratársela en los programas de manejo de la enfermedad (Hyland, Ley, Fischer y Woodward, 1995).

En relación con la depresión, tanto el paciente pediátrico asmático como su madre (o la persona que lo cuida), parecen tener un mayor riesgo de pre-

sentar el problema, lo que puede perjudicar aún más el funcionamiento personal y familiar, aumentando las dificultades para la adherencia al tratamiento y también los índices de mortalidad a causa de la enfermedad (Creer y Bender, 1995; Miyazaki, 1993). Además, respuestas emocionales como reír, llorar o la excitación emocional pueden desencadenar una crisis.

Como la adherencia al tratamiento de la enfermedad incluye la adquisición o modificación de repertorios comportamentales, maneras de identificar precozmente síntomas de crisis, evitar el contacto con alérgenos, tomar la medicación y habilidades para afrontar una crisis, se han desarrollado programas comportamentales para aumentar la frecuencia de los comportamientos compatibles con la adherencia (Smith, Seale, Ley y Shaw, 1986). Algunos aspectos, como simplificar el uso de la medicación (reducir el número de dosis diarias), establecer un contacto frecuente y buenas relaciones entre el paciente/la familia y el equipo de salud, proporcionar explicaciones sobre la enfermedad y el tratamiento (por ejemplo, efectos secundarios de la medicación), reducir los cambios en el estilo de vida, enseñar al paciente a controlar su estado y la medicación, parecen facilitar la adherencia al tratamiento (Creer, 1993).

De esta manera, dada la importancia del comportamiento sobre la evolución de la enfermedad, los psicólogos han contribuido al tratamiento de pacientes asmáticos por medio de investigaciones e intervenciones clínicas.

4. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA PACIENTES ASMÁTICOS

El papel desempeñado por el psicólogo en la evaluación y tratamiento de pacientes asmáticos en programas globales de intervención ha sido constantemente enfatizado en la literatura especializada (Creer y Bender, 1995; Miyazaki, 1997). Las intervenciones psicológicas que se usan con mayor frecuencia son los programas psicoeducativos, las estrategias utilizadas para reducir el estrés asociado a la enfermedad, la biorretroalimentación para

obtener un mejor control de la respiración y la intervención familiar. Además de esto, es frecuente que formen parte de los programas de intervención estrategias para el manejo de la ansiedad asociada a la enfermedad. Los programas psicoeducativos de enfoque comportamental, como el que se utiliza en el manejo del caso que aquí se describe, incluyen el suministro de informaciones sobre la enfermedad y el tratamiento, entrenamientos que buscan desarrollar habilidades para identificar y evitar estímulos precipitantes de las crisis, entrenamiento para la identificación de los síntomas precoces de una crisis (por medio del uso de un medidor *peak-flow* y la observación del comportamiento) con el fin de utilizar la medicación o buscar ayuda médica, entrenamiento en el manejo de la ansiedad, modificación de creencias inadecuadas en relación con la enfermedad y el tratamiento de otras dificultades identificadas en el período de evaluación de cada caso específico. La forma como el problema interfiere con el nivel de adaptación o de funcionamiento del niño (funcionamiento físico, mental, escolar y social) y el impacto de la enfermedad sobre toda la familia es un aspecto que debe evaluarse, así como la ansiedad y la depresión, frecuentemente asociadas a la enfermedad. Además, se deben identificar estrategias de afrontamiento positivas y negativas. Un gran número de niños con asma que acuden a los servicios de evaluación psicológica puede que no necesiten psicoterapia, pero sí de un programa educativo, elaborado para proporcionar información y desarrollar repertorios adecuados de control, como el caso que se describe en este capítulo. Sin embargo, algunos casos también pueden necesitar una intervención psicoterapéutica.

Creer y Bender (1995) consideran como criterios para remitir a un niño asmático a psicoterapia la presencia de una intensa ansiedad o depresión, desamparo, empeoramiento acentuado del cuadro clínico, falta de adherencia al tratamiento médico prescrito, serias dificultades para relacionarse con el equipo responsable de la intervención y una necesidad constante de hospitalización o atención en servicios de urgencias. Sin embargo, aunque el niño sea enviado a psicoterapia individual, ésta debe llevarse a

cabo «... contando con la colaboración de un programa más amplio, que enfatice los cuidados médicos, la educación y el autocontrol adecuado de la enfermedad» (Creer y Bender, 1995, p. 229). Además, una evaluación familiar concomitante es útil porque los familiares de los pacientes crónicos pueden presentar una mayor vulnerabilidad frente a los trastornos mentales, principalmente a la depresión y a la ansiedad (Miyazaki, 1993). Los problemas emocionales en pacientes asmáticos (por ejemplo, ansiedad, depresión) están asociados frecuentemente al pobre manejo de la enfermedad que, a su vez, está asociado al problema de la falta de adherencia al tratamiento. En general, los índices de adherencia en poblaciones pediátricas varían alrededor del 50 por 100, habiendo estudios sobre niños y adolescentes asmáticos que informan de índices de apenas un 10 por 100 de adherencia (Eney y Goldstein, 1976). Ese hecho indica la relevancia del papel del psicólogo en la atención del paciente asmático, así como la necesidad de la realización de investigaciones en ese ámbito.

El papel del psicólogo en la atención al paciente pediátrico asmático conlleva evaluar el repertorio de comportamientos necesarios para la adherencia al tratamiento. Cuando se hayan identificado los comportamientos que ya se encuentran disponibles en el repertorio del paciente y aquellos que deben ser desarrollados, debe elaborarse un programa de acuerdo con las necesidades específicas de cada paciente y sus familiares. El caso que se relata a continuación constituye un ejemplo de este tipo de trabajo.

4.1. Presentación del caso clínico de un paciente con asma

Paciente: F., 7 años, varón, alumno del primer grado de primaria. Padres con formación universitaria, madre empleada de un banco y padre comerciante, y un hermano de cuatro años. Nivel socioeconómico medio.

Queja e historia del problema: El diagnóstico de asma se le hizo a los 4 años de edad. El paciente comenzó inmediatamente un tratamiento con homeopatía (medicación fitoterapéutica), sin obtener una

reducción de los síntomas de la enfermedad después de dos años de intervención. A los seis años de edad los padres lo llevaron a un especialista en neumología infantil, que confirmó el diagnóstico (asma moderado, con alergia a una serie de sustancias) y prescribió medicación (inhalación de agonistas beta, broncodilatadores y corticoides). Como no hubo disminución significativa de las crisis, aun con el uso de la medicación, el médico sugirió una evaluación psicológica y lo envió al servicio de psicología de un hospital universitario, donde el niño fue atendido.

Procedimiento

Inicialmente, la intervención tuvo como meta establecer un vínculo entre el niño, la familia y el psicólogo e identificar los objetivos del tratamiento.

Evaluación: En la entrevista inicial con los padres, éstos relataron que F. presenta un desarrollo y unos intereses adecuados a su edad, mantiene un buen rendimiento escolar y no tiene dificultades para establecer relaciones interpersonales. Sin embargo, se preocupan de la enfermedad y a menudo sienten dificultades para solicitar a F. que realice por sí mismo actividades compatibles con su desarrollo, como bañarse, cepillarse los dientes y alimentarse. Debido a la preocupación con la salud de F. muchas veces no permiten que éste participe en las actividades comunes con los compañeros de su edad, como jugar en la calle y nadar. Evitan contrariarlo, pues saben que las frustraciones a menudo desencadenan una crisis.

Los padres relataron que creen que la frecuencia semanal de las crisis ha aumentado en los últimos meses (pasó de una o dos a una media de cuatro crisis semanales). A pesar de ser frecuentes, las crisis se pueden controlar en casa, manteniendo contactos telefónicos con el médico, sin necesidad de recurrir a los servicios de urgencias. Los principales factores desencadenantes son el polvo doméstico, los cambios bruscos de temperatura, pelo de animales y los perfumes. Además de éstos, tanto los padres como el médico observaron que los factores emocionales (por ejemplo, reacción a las frustraciones, como ansiedad, berrinches) han jugado un papel importante como desencadenantes de las crisis. Los

cambios que se llevaron a cabo en el ambiente familiar para prevenir la aparición de las crisis consistieron en la retirada de moquetas y cortinas. Además de esto, se evitan contactos con polvo, perfumes, pelo de animales, helados, bebidas frías y andar descalzo.

En la sesión inicial, los padres recibieron explicaciones sobre el papel de la psicóloga en el tratamiento: evaluar las necesidades específicas del niño, proporcionar orientaciones sobre la enfermedad y ayudar en el desarrollo de comportamientos necesarios para evitar las crisis y adherirse al tratamiento. Los conocimientos y creencias de los padres acerca de la enfermedad se evaluaron por medio de la entrevista y del modelo de cuestionario propuesto por Buchanan y Cooper (1991), que incluye preguntas con formato tipo falso/verdadero y abarca conocimientos básicos sobre el asma². Se les pidió que hicieran un relato de los episodios de crisis, registrando la frecuencia, los antecedentes, la gravedad y las consecuencias de las mismas (anexo 14.1) y que llevaran un diario donde anotasen los síntomas, la medicación utilizada, las medidas del índice espirométrico (que ya se realizaban habitualmente) y el funcionamiento del niño (anexo 14.2). Todo lo que se les pidió hizo posible obtener datos en los siguientes ámbitos:

1. Nivel de conocimiento sobre la enfermedad.
2. Datos específicos del cuadro de asma presentado por el niño.
 - a) Factores desencadenantes de las crisis.
 - b) Frecuencia, duración e intensidad de las crisis.
3. Consecuencias de las crisis e impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento del niño y de toda la familia.
4. Repertorio comportamental disponible para afrontar la enfermedad.
 - a) Comportamientos presentados con el objetivo de prevenir la aparición de las crisis.
 - b) Estrategias de manejo utilizadas para afrontar una crisis.
 - c) Utilización de la medicación.

² Véase también Creer, Marion y Creer (1983) como modelo de este tipo de cuestionario.

Todos estos datos preliminares acerca del problema, además de ayudar a la planificación del tratamiento, proporcionan una línea base para la evaluación del impacto de la intervención a medida que se está llevando a cabo. Esta evaluación define el mantenimiento del programa, tal como se planteó inicialmente, o indica la necesidad de hacer modificaciones al mismo.

Después de la entrevista con los padres, F. se presentó en el hospital para su primera entrevista con la psicóloga. Muchacho listo, de buen aspecto y demostrando facilidad para relacionarse, estableció un buen contacto con la profesional. De inicio, se habló con F. sobre el motivo de haber sido remitido a tratamiento, así como los objetivos de la evaluación y el papel de la psicóloga. Se le informó acerca de la importancia de los diarios y de la necesidad de ayudar a los padres en este particular, de la importancia de tener conocimientos adecuados sobre la enfermedad, de discriminar señales que indican la inminencia de una crisis (anexo 14.3) con el fin de adquirir un mejor control del asma y prevenir la aparición de las mismas, y se le mostraron estrategias adecuadas para el manejo de la enfermedad. Además de las explicaciones incluidas en el anexo 14.3, F. dibujó «el camino» por donde pasa el aire, lo que ocurre durante una crisis (estrechamiento de los conductos aéreos) y el impacto de ese estrechamiento sobre su funcionamiento (síntomas). Se dibujó también a sí mismo y a los padres empeñados en afrontar adecuadamente una crisis.

Resultados de la evaluación inicial

Conocimientos sobre la enfermedad: a pesar de que F. y sus padres poseían conocimientos generales acerca del asma y de los factores desencadenantes de las crisis, se pudieron identificar déficits en los conocimientos sobre la enfermedad, así como la presencia de algunas creencias incorrectas, los cuales fueron objeto de la intervención.

Ejemplos de esas creencias eran:

- «F. es incapaz de realizar actividades que otros niños de su edad están habituados a desarrollar porque tiene asma».
- «Es necesario atender siempre a las peticiones de F. porque las frustraciones le pueden provocar una crisis».
- «Determinados comportamientos, como andar descalzo y tomar helados, provocan una crisis» (hecho que no pudo confirmarse a partir del diario elaborado).

Las indagaciones acerca de los conocimientos sobre el asma y la elaboración del diario ayudaron, por tanto, a identificar el déficit en los conocimientos sobre la enfermedad y la necesidad de explicaciones más detalladas, así como la existencia de creencias incorrectas que deberían modificarse.

A pesar de las crisis frecuentes, alrededor de cuatro durante la semana, la intensidad de las mismas se cuantificaba entre los niveles 4 y 6, en una escala de 0 a 10, donde 10 es el grado máximo de gravedad.

Los padres y el niño ya disponían, al inicio de la evaluación, de algunas habilidades necesarias para el manejo de las crisis, identificadas a partir del diario donde se las registraba y del otro en el que se anotaba la medicación y los síntomas de la enfermedad. Sin embargo, la ansiedad (de los padres y del niño) ante la enfermedad y ante una crisis se colocó como objetivo de la intervención.

Procedimientos de intervención

Una síntesis de todo el proceso de intervención realizado, desde la evaluación inicial hasta los contactos durante el seguimiento, se presenta a continuación.

Sesión 1.^a (con los padres)

Objetivos y actividades realizadas

- Establecer el inicio de un vínculo de confianza entre los padres y el profesional.
- Obtener datos iniciales sobre el problema y el funcionamiento global del niño y de la familia.
- Proporcionar informaciones acerca del papel del psicólogo como parte del equipo de salud.

- Solicitar la realización de tareas (anexos 14.1 y 14.2) cuyos datos proporcionarían ayudas para la elaboración de un programa adecuado de intervención.
- Identificar el nivel de conocimientos de los padres acerca de la enfermedad.

Tareas para casa: Elaborar los diarios y traer registros de las medidas del *peak-flow*.

Sesión 2.^a (con el niño)

Objetivos y actividades realizadas

- Establecer el inicio de un vínculo de confianza entre el niño y el profesional.
- Proporcionar explicaciones acerca del papel del profesional en el tratamiento.
- Identificar el nivel de conocimientos acerca de la enfermedad.
- Discutir la necesidad de la observación del propio comportamiento como una forma de aprender más sobre la enfermedad e identificar los factores desencadenantes de las crisis (importancia de los diarios).

Tarea para casa: Ayudar a los padres a elaborar los diarios y a controlar las medidas del *peak-flow*.

Sesiones 3.^a, 4.^a y 5.^a (padres y niño)

A partir de los datos contenidos en los diarios y de los déficits identificados en relación con los conocimientos sobre la enfermedad, se discutieron los siguientes aspectos:

- Respiración normal e impacto del asma sobre el proceso respiratorio³.
- Etiología de la enfermedad, centrándose en la predisposición (hiperreactividad bronquial) y en los agentes precipitantes de las crisis: infecciones; factores alérgicos, como polvo, pelo de animales, determinados ali-

mentos; factores ambientales, como el humo del tabaco, la contaminación; factores emocionales, como la ansiedad; algunos tipos de medicación; actividad física; cambios bruscos de la temperatura.

- Diagnóstico: tipos de datos necesarios para la realización de un diagnóstico de asma, como historia de la enfermedad, observación del niño por parte del médico y análisis complementarios.
- El curso de la enfermedad y el tratamiento necesario de los distintos tipos de asma (leve, moderada y grave).
- Necesidad de desarrollar un repertorio de comportamientos de adherencia al tratamiento (evitar los factores desencadenantes de las crisis, mantener el uso adecuado de la medicación, perfeccionar las habilidades para afrontar una crisis de forma adecuada); aprender a identificar cambios comportamentales que indican el inicio de una crisis, así como crear estrategias para intervenir precozmente sobre la misma.
- Estrategias para afrontar la ansiedad (relajación).
- Reestructuración cognitiva (modificación de las creencias incorrectas sobre la enfermedad).
- Impacto de la enfermedad sobre el niño y la familia y sobre el estilo de educación de los padres (estimular la independencia en el niño).
- Representación de los comportamientos necesarios (de los padres y del niño) durante una crisis: identificar señales que indican una crisis inminente, controlar los síntomas con el uso del *peak-flow* y observar el comportamiento para verificar el aumento o reducción de los síntomas, utilizar la medicación, llamar al médico, buscar un servicio de urgencias.

Tareas para casa: Mantenimiento de diarios y puesta en práctica del repertorio aprendido en las sesiones (evitar el contacto con los agentes precipitantes de las crisis, realización diaria de la relajación muscular progresiva; cuestionamiento de las creencias; aumentar la habilidad del niño para afrontar las frustraciones).

³ El anexo 14.3 proporciona explicaciones básicas sobre el manejo de la enfermedad.

Sesiones 6.^a y 7.^a

- Revisión de las dudas acerca de la enfermedad.
- Discusión sobre las dificultades que impiden evitar algunos desencadenantes y de las que surgen cuando se trata de modificar las creencias.

Tareas para casa: Las mismas de las sesiones 3, 4 y 5.

Sesiones 8.^a, 9.^a y 10.^a

- Discusión acerca de los progresos obtenidos por medio de la modificación del estilo del comportamiento de los padres y del niño al afrontar la enfermedad.
- Finalización de las visitas semanales y planificación de las fechas del seguimiento.
- Discusión sobre el mantenimiento del contacto mensual (por medio del teléfono) entre la familia y el psicólogo, posibilidad de pla-

nificar otras sesiones si fueran necesarias, antes de la sesión fijada de seguimiento.

- Importancia del mantenimiento del autorrefuerzo para las modificaciones obtenidas por la intervención psicológica

Tareas para casa: Mantenimiento del diario y de los comportamientos adquiridos.

Sesiones 11.^a, 12.^a y 13.^a

- Sesiones de seguimiento, con el niño y la familia, manteniendo los progresos obtenidos con la intervención interdisciplinar.

Tareas para casa: Mantenimiento del diario y de los comportamientos adquiridos.

Resultados y discusión

La figura 14.1 muestra el descenso en la frecuencia de las crisis, junto con la evolución de la

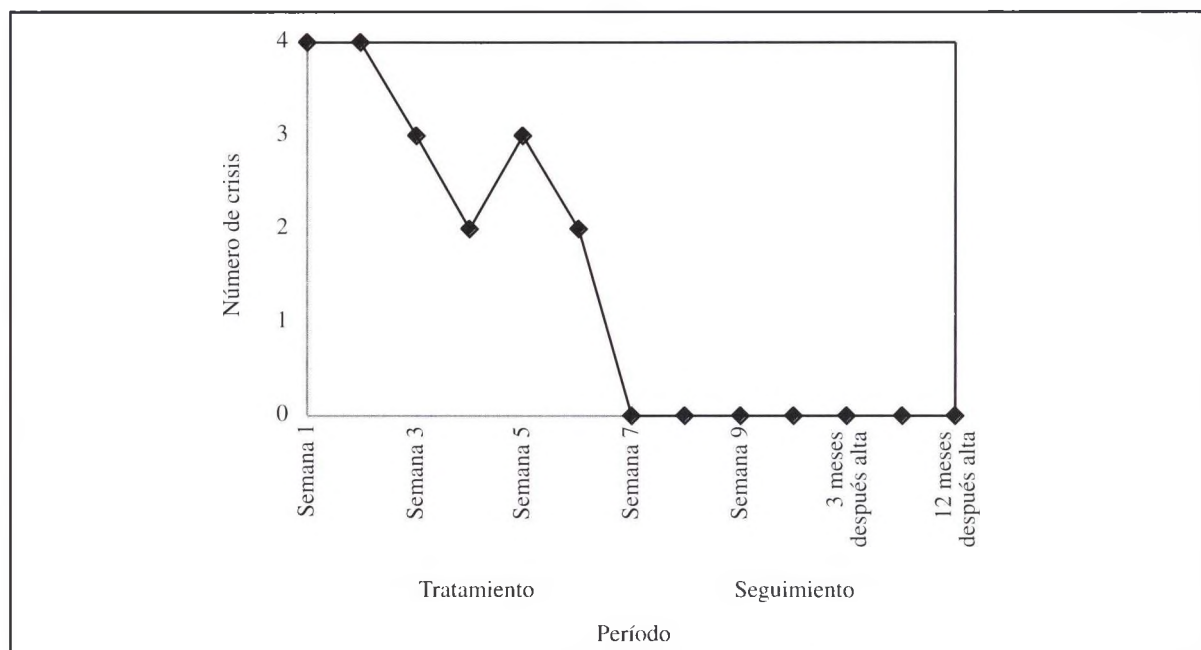


Figura 14.1.—Frecuencia de las crisis de asma durante el tratamiento y hasta un año después del alta.

intervención interdisciplinar y la adquisición gradual de un repertorio adecuado para afrontar la enfermedad. Este descenso gradual en la frecuencia de las crisis tiene lugar al mismo tiempo en que sucede la adquisición de habilidades para discriminar y evitar estímulos precipitantes.

El período de seguimiento de un año indica que los progresos obtenidos con la intervención se mantuvieron. Sin embargo, es preciso recordar que la ausencia de crisis no indica curación, sino control de la enfermedad. Es común entre pacientes asmáticos creer que la ausencia de crisis durante largos períodos indica que ya no necesitan realizar comportamientos de prevención, lo que lleva, invariablemente, al retorno de las crisis. Así, la participación continua de algunos pacientes en grupos de apoyo, al igual que lo que ocurre en el manejo adecuado de otras enfermedades crónicas como la diabetes, asegura el mantenimiento del repertorio adquirido durante la intervención interdisciplinar. Principalmente se debe estimular que participen en estos grupos aquellos pacientes que tienen mayor dificultad para hacer frente a la enfermedad y aquellos que provienen de los sectores más necesitados de la población. Se han desarrollado programas gubernamentales o de iniciativa privada con los objetivos de ayudar a que los pacientes asmáticos adquieran control sobre la enfer-

medad, para evitar que ésta tenga un impacto negativo sobre el funcionamiento psicosocial del individuo y para ayudarles a adquirir estrategias adecuadas con el fin de convivir con una enfermedad crónica.

La figura 14.2 muestra medidas del *peak-flow* durante el período de evaluación, en el mes después de la finalización del tratamiento y en el seguimiento, 12 meses después del alta de la intervención psicológica. Se adquirió y se mantuvo un aumento de la capacidad espiratoria.

5. CONCLUSIONES

El asma es una enfermedad compleja y su enfoque puede plantearse desde una perspectiva inmunológica hasta una perspectiva psicosocial. Sin embargo, con la utilización del modelo biopsicosocial el enfoque del asma suele ser más global, favoreciendo su comprensión en los diversos niveles implicados en el desarrollo y en el manejo de la enfermedad.

A pesar del perfeccionamiento creciente de recursos biomédicos, que deberían permitir un manejo cada vez mejor de la enfermedad, el número de pacientes con ese diagnóstico y su atención en el ambulatorio, en el hospital y en servicios de urgencias ha aumentado. Además, la sofisticación de los

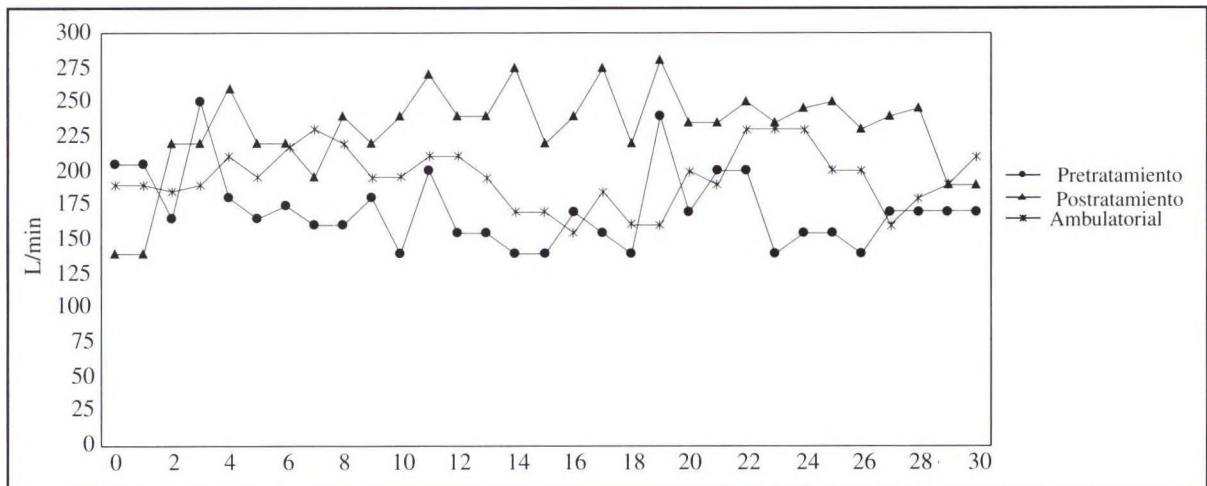


Figura 14.2.—Valores del *peak-flow* pre y postratamiento y en el seguimiento.

tratamientos impone un pesado fardo sobre el niño y la familia, los cuales deben desarrollar un complejo repertorio comportamental para afrontar la enfermedad. Esos aspectos exigen la participación de psicólogos en los equipos responsables de la intervención sobre pacientes asmáticos y estos profesionales deben desarrollar su propio repertorio para hacer frente a los desafíos impuestos en el manejo y control del asma. Temas como el impacto de una enfermedad crónica sobre el desarrollo global del niño y las estrategias de adherencia al tratamiento constituyen un importante objetivo de la investigación que debe llevarse a cabo, asegurando que los terapeutas comportamentales puedan participar y contribuir de manera eficaz en el tratamiento del asma. Además, la reducción de los costes en el ámbito de salud con la utilización de un modelo global de tratamiento, que incluya el trabajo del psicólogo, debe demostrarse por medio de investigaciones, con el fin de convencer a los organismos dedicados a la salud a ampliar el número de esos equipos en los sistemas de atención. Es preciso seguir recordando que el sistema de formación de psicólogos debe preparar cada vez mejor a sus futuros profesionales para que puedan afrontar los desafíos del trabajo en psicología de la salud con pacientes que sufren enfermedades crónicas.

REFERENCIAS

- Belar, C. D. (1996, agosto): *Clinical Health Psychology: A specialty for the twenty-first century*. Trabalho apresentado à 104.ª Convenção da American Psychological Association. Toronto, Canadá.
- Buchanan, N. y Cooper, P. (1991): *Childhood asthma. What it is and what you can do*. California: Tricycle.
- Carneiro-Sampaio, M. (1987): Asma brônquica. En T. Rozov y C. R. R. Carvalho (dirs.), *Doenças pulmonares em pediatria*. São Paulo: Harper & Row.
- Creer, T. L. y Bender, B. J. (1995): Pediatric asthma. En M. Roberts (dir.), *Handbook of pediatric psychology* (2.ª edición). Nueva York: Guilford.
- Creer, T. L., Marion, R. y Creer, P. P. (1983): The asthma problem behavior checklist: parental perceptions of the behavior of asthmatic children. *Journal of Asthma*, 20, 97-104.
- Creer, T. L. (1993): Medication compliance and childhood asthma. En N. A. Krasnegor, L. Epstein, S. B. Johnson y S. J. Yaffe (dirs.), *Developmental aspects of health compliance behavior*. Hilldale, NJ: Erlbaum.
- Emerson, F.; Correa, J. C. y Romano, S. E. (1995): A educação familiar e a asma brônquica infantil. A Sociedade Brasileira de Asmáticos. *Pediatria Moderna*, XXXI, 97-102.
- Eney, R. D. y Goldstein, E. O. (1976): Compliance of chronic asthmatics with oral administration of theophylline as measured by serum and salivary levels. *Pediatrics*, 73, 513-517.
- Hyland, M. E., Ley, A., Fischer, D. W. y Woodward, V. (1995): Measurement of psychological distress in asthma and asthma self management programmes. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 601-611.
- Irwin, J. y Livnat, S. (1987): Behavioral influences on the immune system: stress and conditioning. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 11, 137-143.
- Kashani, J. H., Konig, P., Sheppard, J. A., Wilfley, D. E. y Morris, D. A. (1988): Psychopathology and self-concept in asthmatic children. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 509-520.
- Mascia, A., Frank, S., Berkman, A., Stern, L., Lamp, L., Davies, M., Yeager, T., Birmaher, B. y Chieco, E. (1989): Mortality versus improvement in severe chronic asthma: physiologic and psychologic factors. *Annals of Allergy*, 62, 311-317.
- Miyazaki, M. C. O. S. (1993): *Enfoque psicossocial da doença crônica: um estudo sobre depressão em pacientes pediátricos portadores de asma e suas mães*. Dissertação de mestrado, PUCCAMP, Campinas, S.P.
- Miyazaki, M. C. O. S. (1997): Asma na infância. Pesquisa e prática clínica em Psicologia Pediátrica. En D. R. Zamignani (dir.), *Sobre comportamento e cognição. A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. Santo André: Arbytes.
- Osman, L. y Silverman, M. (1996): Measuring quality of life for young children with asthma and their families. *European Respiratory Journal (Suppl)* 21, 35s-41s.
- Plaut, T. F. (1995): *Children with asthma. A manual for parents*. Amherst: Pedipress.
- Sander, N. (1994): *A parent's guide to asthma. How you can help your child control asthma at home, school, and play*. Nueva York: Plume.

- Schedlowski, M., Jacobs, R., Stratmann, G., Richter, S., Hadicke, A., Tewes, W., Wagner, T. O. y Schmidt, R. E. (1993): Changes of natural killer cells during acute psychological stress. *Journal of Clinical Immunology*, 13, 119-126.
- Sly, R. M. (1988): Mortality from asthma, 1979-1984. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 82, 153-158.
- Smith, N. A., Seale, J. P., Ley, P. y Shaw, J. (1986): Effects of intervention on medication compliance in children with asthma. *The Medical Journal of Australia*, 144, 3, 119-122.
- Thompson, R. J. y Gustafson, K. E. (1996): *Adaptation to chronic childhood illness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (1997): Facts about asthma [On line]. *Wellness Center*, Health Gate Data Corp.
- U.S. National Institute of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute (1995): *Global initiative for asthma management and prevention*. Publication N.º 95-3659. Washington, DC: Autor.
- Wasilewski, Y., Clark, N. M., Evans, D., Levinson, M. J., Levin, B. y Mellins, R. B. (1996): Factors associated with emergency department visits by children with asthma: implications for health education. *American Journal of Public Health*, 86, 1410-1415.
- Weinstein, A. G., Chenkin, C. y Faust, D. (1997): Caring for the severely asthmatic child and family. I. The rationale for family systems integrated medical/psychological treatment. *Journal of Asthma*, 34, 4, 345-352.
- Weiss, J. H. (1994): *Breathe easy. Young people's guide to asthma*. Nueva York: Magination.
- Zachariae, R., Kristensen, J. S., Hokland, P., Ellegaard, J. y Hokland, M. (1990): Effect of psychological intervention in the form of relaxation and guided imagery on cellular immune function in normal healthy subjects. An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54, 1, 32-39.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Buchanan, N. y Cooper, P. (1991): *Childhood asthma. What it is and what you can do*. California: Tri-cycle.
- Plaut, T. F. (1995): *Children with asthma. A manual for parents*. Amherst: Pedipress.
- Sander, N. (1994): *A parent's guide to asthma. How you can help your child control asthma at home, school, and play*. Nueva York: Plume.
- Weiss, J. H. (1994): *Breathe easy. Young people's guide to asthma*. Nueva York: Magination.

ANEXO 14.1

Modelo del diario elaborado por los padres y el niño sobre las crisis de asma

Día y hora	Antecedentes «¿Qué estaba haciendo, pensando, sintiendo antes?»	Crisis de asma Describir síntomas Intensidad 0-10 Duración	Consecuencias «¿Cómo afrontaron la crisis? ¿Qué sucedió después y cómo se sintió?»	Medicación utilizada Tipo, cantidad, frecuencia

ANEXO 14.2

Diario de síntomas, medicación, medidas del nivel espirométrico y funcionamiento del niño

Fecha y hora	Síntomas* (Identificar tos, sibilancias, etc.)	Tipo y cantidad de medicación	Índice espirométrico (mañana y noche)	Nivel de actividad del niño durante el día	Sueño*	Comentarios

* Utilizar la tabla de abajo para evaluar síntomas, nivel de actividad y sueño.

Síntoma	Ninguno (0)	Leve (1)	Medio (2)	Grave (3)
Nivel de actividad del niño durante el día.	Normal (0).	Consigue correr distancias cortas (1).	Casi no consigue andar (2).	Faltó al colegio o no salió de casa (3).
Sueño.	Normal (0).	Durmió bien con sibilancias leves (1).	Se despertó dos o tres veces con sibilancias (2).	Permaneció despierto la mayor parte de la noche (3).

ANEXO 14.3

*Informaciones básicas sobre el asma***Qué es el asma y lo que usted puede hacer para afrontar esta enfermedad**

Hechos esenciales para entender la enfermedad. Para entender el asma es necesario saber cómo respiramos, cómo el aire entra por la nariz y la boca, pasando por la faringe, laringe y por la tráquea, hasta llegar a los pulmones. Éstos se componen de «tubos» por donde pasa el aire y estos tubos (bronquios) se van volviendo cada vez más delgados (bronquiolos) hasta llegar a ser pequeños «saquitos» (alveolos) a partir de los cuales el oxígeno se distribuye por el cuerpo. En el asma hay un estrechamiento u obstrucción de los «tubos» más delgados (conductos aéreos de pequeño calibre) debido a una reacción exagerada del organismo (hiperreactividad) ante diversos estímulos, como, por ejemplo, el polvo, las infecciones y otros factores. Este estrechamiento o bloqueo dificulta o impide el pasaje del aire, produciendo la dificultad para respirar.

¿Qué es una crisis de asma? El estrechamiento de los conductos aéreos dificulta la respiración y el paciente precisa detener lo que está haciendo o tomar la medicación para volver a respirar normalmente. Una crisis de asma no comienza de repente, sino que va desarrollándose lentamente, dando tiempo suficiente para que los padres tomen medidas para interrumpir el proceso. Así, es fundamental que niños y padres aprendan a identificar los cambios en el organismo que ofrecen señales de que va a ocurrir una crisis para que puedan tomarse medidas (generalmente medicación) antes de que aquella se agrave, llevando a la necesidad de hospitalización. Además, es importante identificar cuáles son los estímulos que causan las crisis para poder evitar contacto con los mismos.

Señales que indican crisis. Sibilancias, músculos del pecho contraídos, respiración acelerada, espiración del aire más demorada. Diversos comportamientos del niño pueden indicar una crisis inminente: falta de aire, sudor o escalofríos, irritabilidad, sueño agitado, tos, «ruidos» extraños en el pecho o la garganta. Como las señales iniciales del estrechamiento de los conductos aéreos puede ser de difícil identificación, muchos niños utilizan un aparato llamado *peak-flow meter* (el niño sopla por la boquilla de un pequeño aparato, que mide la fuerza con que se espira el aire) para evaluar la mejoría o empeoramiento del estrechamiento de los conductos aéreos.

¿Qué hacer durante una crisis? Después del diagnóstico de la enfermedad, el médico debe orientar a la familia sobre qué hacer durante una crisis: cuándo iniciar la medicación, cuándo aumentar la dosis, cuál es la dosis máxima de seguridad, cuándo llamar al médico o llevar al niño para que sea atendido en los servicios de urgencias.

PARTE SÉPTIMA

Los padres como agentes de cambio del comportamiento infantil

El entrenamiento de padres en contextos clínicos y de la salud

15

JOSÉ OLIVARES
FRANCISCO XAVIER MÉNDEZ
MARÍA CARMEN ROS¹

1. INTRODUCCIÓN

El entrenamiento de padres posee una larga tradición en el campo de la modificación de conducta como alternativa a los enfoques tradicionales de la psicoterapia con niños y adolescentes. De hecho, como ya hemos indicado en otro lugar (Olivares y Méndez, 1997), será C. Williams, en 1959, el autor conductual que por primera vez sostendrá en una publicación que los padres deberían adquirir una *competencia general*, en cuanto al manejo de contingencias, la cual les permitiera analizar y dar respuesta a los problemas de conducta de sus hijos.

Entre las razones que hacen especialmente relevante hoy el entrenamiento de los padres se hallan tanto las de tipo ético como las puramente pragmáticas (Del Pino y Gaos, 1997). Entre las primeras se encuentra el derecho y la obligación que tienen los padres de educar a sus hijos; es decir, dotarles de la mayor competencia posible para promover su propia salud, prevenir y/o resolver problemas de conducta y facilitarles su adaptación al contexto social. Entre las segundas se halla la constatación, por parte de las distintas revisiones realizadas sobre la producción científica en esta área, de que el tratamiento de los problemas de la conducta infantil muestra una y otra vez el entrenamiento de padres como la modalidad de intervención que mejores resultados obtiene (por ejemplo, Dumas, 1989; Kazdin, 1988;

McMahon y Wells, 1989; Olivares y García-López, 1997), por lo que se puede afirmar que los padres se presentan generalmente como una condición necesaria que ha de mediar nuestras intervenciones preventivas y terapéuticas, al menos hasta los 8-10 años de edad de los hijos.

Entre las hipótesis que cuentan con mayor evidencia empírica y que se esgrimen con mayor frecuencia para explicar la eficacia de esta modalidad de entrenamiento se hallan:

Primero. Las que sostienen que dado que los problemas infantiles se presentan generalmente asociados a situaciones muy específicas, entonces cabe esperar que la intervención más rentable sea aquella que pueda promover hábitos saludables, prevenir o modificar la conducta problema en el contexto espacio-temporal en el que se produce.

Segundo. Aquellas que postulan que puesto que la intervención se debe de producir cuando se presenta la conducta-problema, cabe esperar que el cambio conductual se consiga más rápidamente en el contexto natural que en el despacho del terapeuta. En consecuencia, la intervención alcanzará su mayor grado de eficacia si se interviene en el medio familiar, cuando sea éste, claro está, el contexto en el que se hallan las variables relevantes responsables del mantenimiento de la conducta problema. En este caso habrá que entrenar a los padres y a cualesquiera otro adulto significativo del contexto familiar que pudiera estar contribuyendo con su conducta al mantenimiento del comportamiento desadaptativo del niño o del adolescente, pues aque-

¹ Universidad de Murcia (España).

llos, además de poder intervenir en el momento preciso (al tener acceso inmediato a la conducta problema), generalmente controlan reforzadores muy potentes y significativos para el niño y el adolescente, tales como la atención, el afecto o el dinero.

Tercero. Las que parten de que los padres, en su interacción cotidiana con los niños, son los que con mayor probabilidad han generado o están manteniendo la mayoría de las conductas problema que presentan los niños y adolescentes, en razón de su información, creencias, habilidades educativas y estado psicológico, aun cuando no lo hagan de forma premeditada.

Como consecuencia de lo dicho, en la actualidad, los autores conductuales seguimos considerando que las carencias y los excesos que presentan los padres en sus repertorios básicos de conducta, a la hora de desempeñar su papel, constituyen uno de los principales elementos responsables de la génesis y el desarrollo de los problemas de conducta en la infancia y la adolescencia. Así, por ejemplo, las habilidades implicadas en el manejo de la disciplina, el seguimiento de los hijos, el uso adecuado del refuerzo positivo, el empleo eficaz de las técnicas de solución de problemas o de las habilidades de comunicación estarían entre los déficits que ubican a los padres dentro de una zona de alto riesgo de fracaso en la educación y cuidado de los hijos (véase, por ejemplo, Schaefer y Breismeister, 1989). Por ello, hoy día todo lo relacionado con el entrenamiento de padres, en los contextos clínicos y de la salud, sigue constituyendo una de las principales fuentes de preocupación en el panorama de la modificación de conducta en general y en las intervenciones con niños y adolescentes en particular.

2. DESCRIPCIÓN DEL ENTRENAMIENTO DE PADRES

2.1. Evolución histórica y desarrollos teóricos

2.1.1. Consideraciones generales

En un contexto amplio, el relativo al concepto de educación de padres, distintos autores han hallado

indicios y/o datos que dan cuenta de la existencia de una preocupación en este sentido en épocas muy pretéritas. Así, O'Connor (1992) encontró que ya en los siglos VIII y IX se hacía referencia a la educación con el fin de conseguir la mejora religiosa y moral del niño. Por su parte Stern (1962), en su estudio sobre *La educación de los padres en el pasado*, recuerda que en 1687 Walker ya había publicado su libro *Sobre el deber de los padres de educar a los hijos* y en 1693, seis años más tarde, lo hacía Locke con su obra *Pensamientos sobre la educación*, en la que se recoge la correspondencia mantenida con su amigo Edward Clarke, a quien había aconsejado sobre cómo educar a los hijos desde la perspectiva de una enseñanza orientada a lo útil y hacia aquello que es susceptible de una aplicación inmediata.

Hacia el final del siglo XIX y principios del XX comenzó a emerger una nueva perspectiva acerca del cuidado de los hijos. Los principios morales y religiosos, aunque no descuidados, ceden ante los programas que están fuertemente influenciados por los nuevos conocimientos médicos y por una nueva perspectiva de la maternidad. El desarrollo de las aplicaciones del modelo biomédico condujo a la creación de programas de salud infantil, los cuales conllevaron un aumento de la expectativa de vida en los niños. En este contexto, las instituciones designaron visitantes sanitarios para que éstos entrenaran a las madres en habilidades básicas relacionadas con la salud física y en técnicas para prevenir enfermedades. La formulación y aplicación de tales programas supuso, de hecho, la negación del beneficio de la duda que hasta entonces había amparado a la creencia, por otra parte muy generalizada, de que todas las madres estaban dotadas de una capacidad innata que incluía las habilidades requeridas para llevar a cabo de forma eficaz la crianza y educación de un bebé en los primeros años de vida (McLeary, 1933). De hecho, los datos provenientes de las investigaciones mostraban una y otra vez lo contrario a tal supuesto; es decir, confirmaban de manera inequívoca la existencia de importantes carencias en los repertorios básicos de conducta de la mayoría de las madres a este respecto.

Un dato histórico muy relevante en relación con esta nueva perspectiva sobre el cuidado de los hijos se

produce en 1888. En este año Stanley G. Hall fundó la que probablemente sea la primera institución destinada específicamente a la educación de padres y al estudio del desarrollo infantil. En este mismo orden de cosas, pero cuarenta años más tarde, en Francia, Verine acuñaba el término «Escuela de padres» y en España, algunos psiquiatras, la mayoría miembros de la Liga para la Salud Mental iniciaron la fundación, en 1963, de una Escuela de Padres, en estrecha colaboración con la Agrupación de Estudios Internacionales y con la Escuela de Padres francesa (Isambert, 1975). Dos representantes actuales de esta línea de trabajo en el contexto psiquiátrico español son los profesores J. Toro y A. Polaino-Lorente.

Avanzada ya la segunda mitad del siglo xx autores como Ginott (1965, 1969) o Dreikurs y Soltz (1964, 1970), influidos sin duda por los resultados generados por los estudios realizados en el campo de la psicología social, comienzan a sugerir la necesidad de que los padres adopten un estilo democrático basado en el respeto mutuo entre ellos y para con sus hijos, en el que se reconocieran los sentimientos del niño y se acentuara la importancia del autoconocimiento de los propios padres. También es ahora cuando la investigación sobre el desarrollo infantil comienza a proporcionar una mayor comprensión de la naturaleza del desarrollo psicológico del niño en sus vertientes intelectual, social y emocional. Junto a estas investigaciones también surgieron una serie de programas de intervención temprana centrados en fomentar el desarrollo cognitivo en la niñez. Estos programas estaban muy influenciados por los nuevos hallazgos científicos sobre el efecto de la educación infantil, lo que condujo, entre otras cuestiones, a considerar relevante la educación de los niños pequeños. El compromiso de los padres en la educación de sus hijos se consideró cada vez más como un componente básico de los programas de intervención temprana para que éstos tuvieran éxito (Bronfenbrenner, 1974).

2.1.2. Precedentes

En un contexto más específico, el que nos ocupa en el presente capítulo y relativo al entrenamiento de padres en el contexto clínico y de la salud, los

precedentes se hallan tanto en Europa como en el trabajo desarrollado en las clínicas psicológicas para la infancia en los Estados Unidos. Por lo que respecta a Europa, el primer caso del que tenemos noticias en el que intervienen los padres como coterapeutas fue el del Pequeño Hans (Freud, 1908). Freud sólo tuvo un contacto inicial con el niño para tratar su neurosis (fobia a los caballos), que entonces contaba con la edad de 5 años, llevándose a cabo el resto de los contactos terapéuticos con la madre, que actuaba como agente terapéutico supervisado por el padre del psicoanálisis. En palabras del propio Freud el historial clínico del Pequeño Hans «no constituye en rigor una observación directa mía. Dirigí, desde luego, en conjunto el plan de tratamiento, e incluso intervine una vez en él personalmente manteniendo una conversación con el sujeto infantil. Pero quien llevó adelante el tratamiento fue el padre del enfermo» (Freud, 1908; tomado de Albarrán, 1980, p. 224). Sin embargo, este hecho, que constituía un aspecto innovador, no recibió ninguna atención especial dentro del psicoanálisis para valorar el efecto de los padres como coterapeutas. Por su parte, el trabajo llevado a cabo en *las clínicas psicológicas para la infancia* en el primer tercio del siglo xx, en los Estados Unidos, constituye también un precedente notable, pues, como recuerda Anderson (1935), la experiencia obtenida a través de la aplicación de las intervenciones clínicas en tales establecimientos permitía concluir que «según la naturaleza del caso, una parte del tratamiento puede hacerse en la clínica (...), y la otra con los padres o con otras personas que se ocupen del caso» (p. 166). A este respecto, pero algunos años más tarde, el tratamiento desarrollado por los Mowrer para la enuresis nocturna (Mowrer y Mowrer, 1938) era también aplicado por los padres con la supervisión de profesionales, lo que permitía no alterar el ambiente del niño, pues no implicaba la exigencia de reclusión de éste en un ambiente institucional, ni atenderlo en régimen de paciente externo. En la intervención llevada a cabo por los Mowrer la eficacia del entrenamiento de los padres en la aplicación del tratamiento fue tal que, como probaron los resultados en relación con la duración del tratamiento y la estabilidad de sus

efectos, algunos de los casos con los resultados satisfactorios más llamativos resultaron ser aquellos en los que la aplicación del tratamiento se había llevado a cabo en casa.

2.1.3. *Inicio*

Por lo que respecta al campo específico que delimita el modelo conductual, el entrenamiento de padres surge inicialmente en la década de los sesenta como una alternativa a los enfoques tradicionales de la terapia infantil, pudiendo distinguirse dos fases más en su desarrollo hasta la actualidad (véase tabla 15.1).

Las psicoterapias infantiles tradicionales, en las que el trabajo se realizaba sólo con los niños y en el contexto artificial de la clínica, parecían mostrar una escasa eficacia. Tal observación llevó a Levitt (1957, 1963) a investigar en esta dirección. Los resultados hallados por este autor parecían confirmar sus sospechas: en su primera revisión los índices de mejora (incluida la «remisión espontánea») mostraban la inexistencia de diferencias entre los sujetos que habían recibido tratamiento psicológico y los que no lo habían recibido (los sujetos sin tratamiento se recuperaban/mejoraban en un porcentaje del 74 por 100 frente al 72,5 por 100 de los que sí lo habían recibido).

En una segunda investigación (Levitt, 1963), tras revisar en 22 publicaciones un total de 1.741 casos, encontró un índice de mejora del problema del 65 por 100 entre los sujetos diagnosticados pero no tratados. Estos resultados, concordantes con los de su primer estudio, también se vieron confirmados en los trabajos posteriores de Shepherd, Oppenheim y Mitchell (1966) y Lucas y Ohrock (1966). Estos últimos autores realizaron su estudio sobre la mejora y/o «remisión espontánea» de los sujetos diagnosticados, pero no tratados, agrupando los estudios publicados por intervalos temporales. Los resultados mostraban siempre un índice de mejora superior al 56 por 100 (incluida la «remisión espontánea») entre los sujetos no tratados.

El conjunto de estos resultados ponía en evidencia la falta de rigor de los instrumentos utilizados

para el diagnóstico (problemas de fiabilidad y validez), así como la carencia de una base científica de los contenidos que con tales instrumentos se pretendían evaluar (ineficacia de las categorías diagnósticas para orientar la elección de tratamientos eficaces y predecir el curso de la conducta problema). Asimismo, también daban cuenta de la necesidad de poner en marcha estrategias que permitieran al sujeto generalizar sus logros desde el contexto de aplicación del tratamiento (situación artificial) hasta aquellos lugares en los que realmente se presentaba el problema. Estas necesidades todavía se mostraban más evidentes cuando tales resultados se contemplaban a la luz de los datos obtenidos por investigadores clínicos como los Mowrer, en relación con el papel de los padres en la eficiencia del tratamiento de la enuresis nocturna o los beneficios reconocidos por las *clínicas psicológicas para la infancia*, respecto de la eficiencia de los tratamientos cuando también intervenían los padres. En tales casos, la incorporación a la aplicación del tratamiento de personas vinculadas al sujeto y pertenecientes a su medio natural permitía no sólo superar las insuficiencias de los centros tradicionales de tratamiento (escasez de terapeutas, limitaciones físicas y económicas, etc.), sino que también reducía costes (tanto temporales como de personal y de padecimiento subjetivo) e incrementaba la eficacia y la eficiencia de las intervenciones. De hecho, en última instancia, lo que todo ello ponía de manifiesto era la necesidad de introducir un cambio en el modelo terapéutico tradicional, lo cual condujo directamente al desarrollo de los enfoques conductuales y al incremento del compromiso e implicación de los padres en el tratamiento de los problemas que presentaban sus hijos.

En síntesis, en este devenir de acontecimientos distintas cuestiones terminaron por conformar el caldo de cultivo necesario primero para la génesis y después para el desarrollo del entrenamiento de padres como alternativa terapéutica para el tratamiento de los problemas de conducta de los niños. Entre los primeros se hallan: a) la posición ambientalista de los enfoques conductuales (especialmente el enfoque operante), unido al hecho de que generalmente son los padres de los sujetos que cuentan con una mayor

TABLA 15.1

Fases de la evolución del entrenamiento a padres

	Problemática abordada	Objetivos del entrenamiento	Procedimiento	Papel del terapeuta	Beneficios del entrenamiento
<i>Inicio</i> (1960-1970/1975)	Valorar los efectos del entrenamiento de padres (contexto clínico; interacciones transativas psicólogo-niño-padres) frente a los generados por la terapia tradicional (contexto clínico: psicólogo-niño).	Conseguir cambios positivos en las conductas problema que presentaba el niño y resultaban motivo de consulta de los padres.	Enseñar a los padres técnicas específicas de manejo conductual: uso contingente del refuerzo, extinción, economía de fichas, tiempo fuera, etcétera.	Entrena individual y puntualmente, supervisa el diseño y/o vigila la puesta en práctica de los programas elaborados por los padres o por el propio terapeuta.	Se interviene en el ambiente natural donde se adquieren las conductas problema. Se facilita el mantenimiento de los logros. La intervención la realizan quienes más tiempo pasan con el niño y poseen un mayor control sobre los reforzadores más significativos para él.
<i>Desarrollo</i> (1970/1975-1980/1985)	Comparar los efectos del entrenamiento individual de los padres frente al grupal. Estudiar la generalización de los efectos del entrenamiento.	Conseguir cambios positivos en las conductas problema que presentaba el niño y resultaban motivo de consulta de los padres. Controlar la generalización de los efectos del entrenamiento. Prevenir problemas de conducta.	Se enseña a los padres, en grupo, técnicas específicas de manejo conductual siguiendo tres pasos: información/reconceptualización, entrenamiento de habilidades y aplicación de lo entrenado.	Entrena, supervisa el diseño y vigila la puesta en práctica de los programas elaborados por los padres.	Disminuir costes/incrementar la eficiencia. Prevenir la ocurrencia de conductas problema. Detectar e intervenir tempranamente.

TABLA 15.1 (continuación)

	Problemática abordada	Objetivos del entrenamiento	Procedimiento	Papel del terapeuta	Beneficios del entrenamiento
Consolidación (1980/1985-Actualidad)	Incorporar al proceso de evaluación-tratamiento variables relativas a padres e hijos que han estado/están implicadas en el desarrollo/mantenimiento de la conducta problema (Terapia familiar conductual). Incrementar sensibilidad instituciones ante las demandas/ necesidades reales de la comunidad en relación con el entrenamiento de padres. Modificar el estilo de prestación de los servicios por las instituciones implicadas en el entrenamiento de padres: activa, de búsqueda y solución de problemas vs. pasiva y de consideración aversiva de la demanda. Investigar variables responsables del alto porcentaje de abandonos en los programas de entrenamiento de padres.	Proseguir en el incremento de la eficiencia del entrenamiento. Asegurar que las habilidades y conocimientos adquiridos se siguen empleando una vez finalizado el entrenamiento. Conservar los aspectos esenciales del entrenamiento en técnicas operantes. Incorporar al entrenamiento otras técnicas o paquetes de tratamiento conductuales (manejo de ansiedad, solución de problemas, estrategias de comunicación y negociación, etc.). Se discrimina en la formulación de objetivos a corto y largo plazo.	Se enseña a los padres, en grupo, técnicas específicas de manejo conductual siguiendo tres pasos: información/reconceptualización, entrenamiento de habilidades y aplicación de lo entrenado y empleando distintas modalidades de tratamiento (lecturas, manuales de autoayuda, modelos filmados, etc.)	Entrena individual o grupalmente. Supervisa el diseño y/o vigila la puesta en práctica de los programas elaborados por los padres o por el propio terapeuta. Evalúa e incorpora al tratamiento las variables de los padres e hijos que hayan resultado implicadas en el desarrollo/mantenimiento de la conducta problema (ajuste marital de los padres, percepción del hijo, estilos atribucionales, características conductuales del hijo y los propios padres, etc.).	Incremento de la eficacia/eficiencia de la intervención. Prevención de la ocurrencia de problemas conductuales. Detección e intervención temprana de los problemas de conducta.

probabilidad de ejercer un control directo e inmediato sobre las contingencias de refuerzo que resultan responsables de la génesis, desarrollo y/o mantenimiento de la mayor parte del comportamiento problemático de los hijos (prerrequisito de muchas intervenciones conductuales para que puedan resultar eficaces); *b*) el interés de los modificadores de conducta por diseñar intervenciones replicables y fácilmente aplicables por paraprofesionales, y *c*) el incremento progresivo de la confianza de los psicólogos conductuales en las respuestas de autocontrol como medio para cambiar el comportamiento. A este respecto, como recordaba Bayés (1983), las estrategias conductuales tuvieron a su favor tanto su sencillez como la facilidad para verificar objetivamente los resultados obtenidos, lo cual permitió/permite a los padres aprender a tomar decisiones que resulten racionales y eficaces (en tiempos relativamente cortos).

2.1.4. *Desarrollo*

En el desarrollo de esta modalidad de intervención e investigación, en el ámbito de la modificación de la conducta en general y, en particular, de la terapia de conducta, desde nuestro punto de vista han desempeñado un papel fundamental el enfoque operante y la psicología conductual comunitaria. El primero porque dentro de él se ha gestado y desarrollado la mayor parte de la investigación disponible (véase McMahon, 1991; O'Dell, 1985; Olivares y García-López, 1997). Los principios del condicionamiento operante (refuerzo positivo y negativo, castigo, extinción y control estimular o entrenamiento en discriminación) permitieron avanzar en el desarrollo de procedimientos específicos de tratamiento tanto para generar e incrementar conductas deseables como para eliminar o disminuir conductas problemáticas. La psicología conductual comunitaria porque, desde nuestro punto de vista, en ella se ha contextualizado teóricamente tal posibilidad de intervención; un ejemplo a este respecto lo constituye el denominado modelo de competencia formulado por Albee (1980) —véase figura 15.1— como antagonista del modelo del defecto (Tharp y Wetzel, 1969). De acuerdo con esta posición, los

objetivos del terapeuta de conducta son, por un lado, introducir cambios en aquellos aspectos del contexto que se reconocen como favorecedores, bien del inicio de la conducta problema o bien de aquellas dificultades que afectan al buen desarrollo y a la correcta adaptación del niño; por otro, dotar de habilidades a los sujetos generando/incrementando sus recursos teóricos y técnicos, con el fin de capacitarlos para tratar y prevenir, de forma adecuada, el mayor número posible de situaciones relacionadas con el inicio de la/s conductas/s problema, habida cuenta de las dificultades con las que generalmente nos encontramos en la práctica para generar cambios significativos en sus entornos.

La necesidad de incrementar la eficiencia de las intervenciones que hasta ese momento se habían mostrado eficaces en el ámbito del entrenamiento de padres llevó a los investigadores, sobre todo en Estados Unidos y durante las décadas de los años setenta y ochenta, a desarrollar programas para el entrenamiento en grupo de padres. Tal es el caso del programa desarrollado por Gordon (1970), el denominado «Entrenamiento sistemático para ser un padre eficaz» (Dinkmeyer y McKay, 1982) o el dado a conocer por Popkin (1987).

Mención especial merece, a este respecto, el trabajo desarrollado por Gerald Patterson y sus colaboradores con los padres de niños que presentan problemas de conducta manifiesta altamente desadaptativos (robo, agresión, etc.), en el Centro de Aprendizaje Social de Oregón (por ejemplo, Patterson, 1975a, b; 1982). Patterson y sus colaboradores han venido integrando en los últimos veinte años un equipo que, además de ser pionero en este campo, ha mantenido su actividad formulando hipótesis originales y acumulando evidencia empírica sobre la eficacia de esta modalidad de intervención.

Estos nuevos desarrollos del entrenamiento de padres van acompañados durante la década de los ochenta de un cambio en la actitud de los padres tanto en lo que respecta al grado de compromiso de éstos en la educación de sus hijos como respecto del nivel de dificultad que tal tarea entraña; es decir, se incrementa la conciencia de que ser padre/madre es una tarea difícil. A ello contribuye también, de forma sobresaliente, la difusión de programas específi-

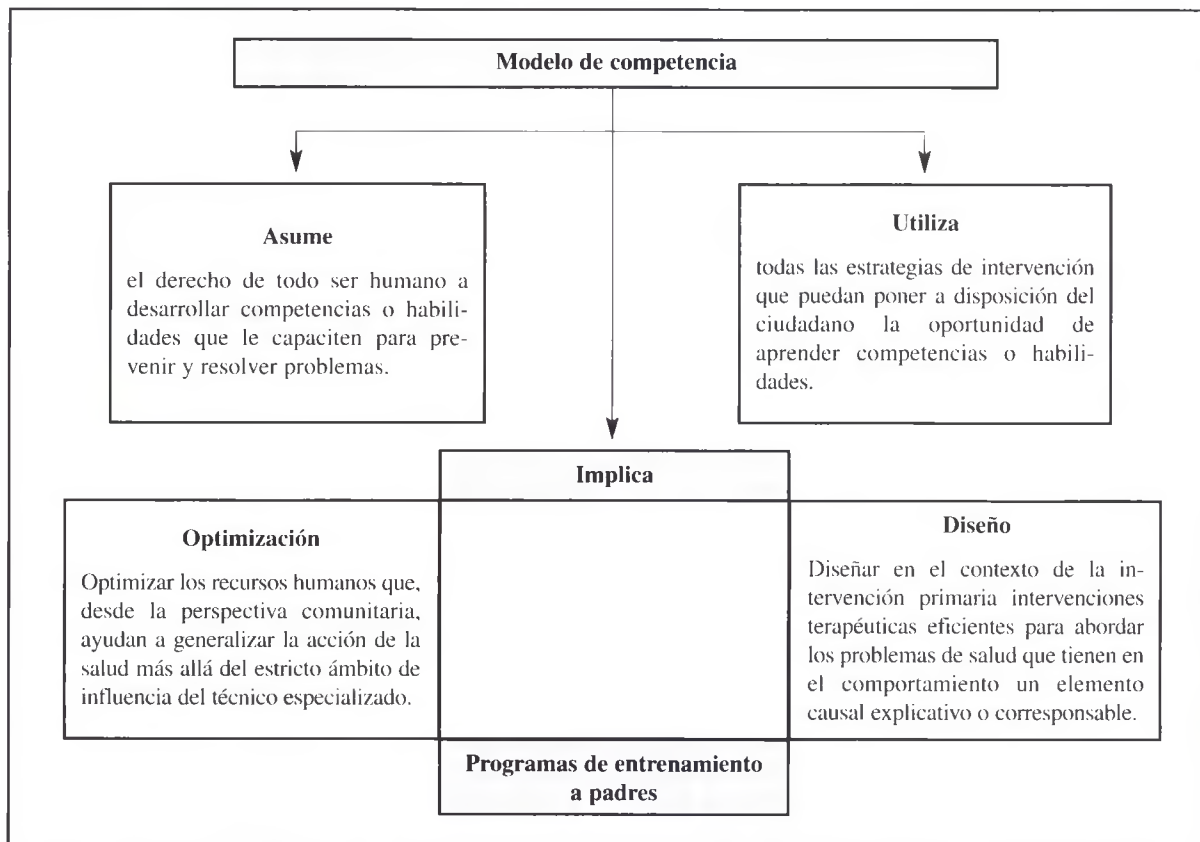


Figura 15.1.—El entrenamiento de padres en el marco de la psicología conductual comunitaria (construido a partir del modelo de competencia propuesto por Albee, 1980).

cos relacionados con esta problemática a través de los medios audiovisuales de comunicación de masas. Así, por ejemplo, algunos programas de la Open University constituyeron en su día excelentes modelos respecto de cómo diseñar programas audiovisuales con el fin de desarrollar en los padres habilidades para enfrentarse tanto con los problemas relacionados con el desarrollo de sus hijos como los relativos a la vida familiar (Open University, 1981, 1983). Los programas propuestos por Sanders (2001, en este mismo volumen) en Australia constituyen también un buen ejemplo.

Volviendo a la perspectiva histórica, debido a que durante la primera fase del desarrollo del entre-

namiento de padres gran parte de la investigación estaba limitada a estudios descriptivos de casos o de diseños de caso único (aplicación de las técnicas derivadas de los principios del enfoque operante), la generalización de los efectos de tales intervenciones no constituyó un objetivo prioritario. Es ahora cuando los investigadores se plantean la necesidad de iniciar su estudio controladamente. Este interés por la generalización de los efectos del tratamiento hizo que, siguiendo lo sugerido por Forehand y Atkinson (1977), ésta se investigara profusamente en los ámbitos contextual (generalización de los efectos a lugares distintos a los de su aplicación), temporal (mantenimiento de los efectos del trata-

miento una vez finalizado éste), el relativo a la generalización por medio de la interacción entre los hermanos (generalización de las habilidades entrenadas a hermanos que no habían recibido el tratamiento) y a otras conductas no tratadas (evaluar en qué medida los cambios que se persigue generar en conductas problema específicas se acompañan de cambios en las magnitudes básicas de otras conductas que no se habían considerado objetivo de la intervención). El conocimiento del tipo y el nivel o grado de generalización debía permitir, en términos de tratamiento, una mejora del empleo de la actividad del terapeuta (a mayor eficiencia menores requerimientos de intervención tras el tratamiento), mientras que en términos de prevención debía arrojar luz respecto de la sí/no disminución de futuros problemas de conducta en el niño (y en los hermanos), al tiempo que debía permitir detectar la ocurrencia de efectos no deseados del tratamiento. A todo ello se le sumaría el estudio de la validez social de la propia intervención; es decir, la consideración de la magnitud de la relevancia social de los efectos generados por la intervención.

2.1.5. Consolidación

Este énfasis en la generalización y la validez social de los efectos del tratamiento, así como el conocimiento cada vez mayor de los múltiples factores causales y de mantenimiento de los problemas de conducta, condujo al inicio de la *tercera* y actual *fase* de desarrollo del entrenamiento de padres. Es ahora cuando la psicología conductual comunitaria, a la que hacíamos referencia líneas atrás, legítima y hace suya la idea de que los terapeutas más que resolver los problemas manifestados por el niño deberían entrenar a los padres para desempeñar total o parcialmente ese papel, dado que se supone que los padres que conozcan los principios del aprendizaje social y que hayan sido capaces de modificar con éxito alguna conducta específica durante el período de entrenamiento, también serán capaces de diseñar programas eficaces para modificar aquellas conductas problema que aparezcan en el futuro.

En esta nueva fase los terapeutas de conducta sostenemos como hipótesis de trabajo que, tal co-

mo indicábamos en nuestra introducción, entre los principales elementos en el desarrollo de problemas de conducta en la infancia y la adolescencia están las carencias y/o excesos que presentan los padres en sus repertorios básicos de conducta (Patterson, 1986), a los que se debe añadir el posible efecto de variables estresoras familiares tales como las enfermedades físicas o los problemas conyugales, y el papel que pueden estar desempeñando algunas de las variables de los hijos, pero estas últimas sólo secundariamente (véase tabla 15.1).

En consecuencia, si inicialmente el objetivo general de las intervenciones en este campo fue superar la escasa eficacia que parecían mostrar las psicoterapias infantiles tradicionales (en las que el tratamiento se aplicaba sólo al niño), hoy la meta genérica es mejorar la eficacia del entrenamiento en relación con los problemas que plantea la validez social y la generalización temporal, situacional e interpersonal de la intervención. Esta nueva posición, conocida como Terapia Familiar Conductual (Griest y Wells, 1983; Sanders, 2001; Wells, 1985) se traduce a nivel más concreto en garantizar que se mantengan los aspectos básicos del entrenamiento, asegurar que los conocimientos y habilidades adquiridos se sigan empleando por los padres en el hogar una vez terminada la aplicación del entrenamiento, así como incorporar al entrenamiento/tratamiento aquellas variables de la pareja y de los propios hijos que han estado implicadas en el desarrollo y mantenimiento de los problemas (ajuste personal y marital de los padres; características cognitivas, psicofisiológicas y motoras del/los hijo/s; creencias y expectativas que influyen en la percepción que se tiene del/los niño/s, etc. —véase Webster-Stratton y Herbert, 1993—).

2.2. Concepto y delimitación del entrenamiento de padres

El entrenamiento de padres se puede conceptualizar en el contexto clínico y de la salud como un enfoque para el tratamiento de los problemas de conducta que utiliza estrategias por medio de las cuales se entrena a los padres a modificar la inte-

racción padres-hijos, con el fin de fomentar la conducta prosocial y disminuir/eliminar los comportamientos desadaptativos (Olivares, Méndez y Macià, 1997). Es decir, el objetivo general es alterar el patrón de los intercambios entre los padres y el niño, de manera que se refuerce y apoye directamente la conducta prosocial en lugar de las conductas coercitivas (Kazdin, 1988).

Respecto de su delimitación, desde nuestro punto de vista, esta modalidad de intervención, además de proyectar, diseñar y entrenar a los padres en el manejo de los niños con fines tanto preventivos como terapéuticos, conlleva estudiar las pautas que integran el desarrollo normal de los hijos y entrenar a los padres en aquellas habilidades en las que resulten deficitarios sus repertorios básicos de conducta (comunicación, resolución de problemas, manejo del estrés, etc.). Asimismo, incluyen la propia investigación en el desarrollo de una tecnología y unas estrategias específicas de entrenamiento que nos permitan, cada vez más, maximizar el uso eficaz de los procedimientos del aprendizaje social por parte de los padres, a fin de que puedan controlar/modificar tanto la conducta de los hijos como su propio comportamiento (véase tabla 15.2).

En general, el objetivo último de tal entrenamiento consiste en responsabilizar a los familiares de la participación activa en el proceso de promoción de la salud y la prevención y tratamiento de los problemas de conducta. En relación con ésta última

función, la familia puede ser entrenada para actuar en situaciones que resulten problemáticas para alguno o el conjunto de sus miembros, potenciando el proceso motivacional para lograr cambios en el/los estilo/s de vida. Para ello se hace necesario, como comenta Graña (1994), enseñar a los padres a diferenciar y analizar la conducta problema, para que puedan establecer pautas de convivencia, así como fomentar la comunicación y la solución de problemas en el seno de su familia.

3. LA EVALUACIÓN EN EL ENTRENAMIENTO DE PADRES

Hasta fechas recientes, el único interés de los evaluadores conductuales en relación con los padres se refería al papel que podían estar desempeñando sus conductas en tanto que eventos antecedentes y consecuentes respecto del comportamiento del niño (Silva y Moro, 1994). Ahora, esta perspectiva se está complementando con otros centros de interés para la evaluación y modificación de conducta, dado que la petición de ayuda terapéutica para el niño, las quejas de la familia en relación con su comportamiento, pueden también deberse a problemas de la propia familia (de ajuste marital, psicopatológicos o psicosociales de cada uno de los padres) que, de algún modo, pueden estar alterando la percepción de los padres en relación con la conducta del hijo (Gross y Wixted, 1988).

TABLA 15.2

Algunos ejemplos de objetivos a largo, medio y corto plazo de un programa de entrenamiento a padres

Objetivos	
Corto y medio plazo	Largo plazo
• Emplear adecuadamente técnicas conductuales específicas. • Interrumpir el estilo coercitivo en las interacciones padres-hijos. • Establecer patrones de interacción familiar positivos y prosociales. • Incrementar las conductas prosociales del niño y disminuir las conductas problemáticas actuales.	• Prevención de los problemas de conducta antisocial (por ejemplo, delincuencia juvenil). • Detección e intervención temprana de/en las conductas graves en niños y adolescentes.

Respecto de la evaluación en sí, en primer lugar, es necesario preguntarse sobre ¿qué hemos de evaluar?, ¿en qué orden se ha de hacer? y ¿hasta cuándo tenemos que seguir evaluando? En relación con las dos primeras preguntas, siguiendo el orden en que presentamos la secuencia, nosotros proponemos evaluar: 1) la existencia real del problema por el que se nos solicita intervenir en el niño o el adolescente; 2) los conocimientos del curso evolutivo, habilidades de crianza y estado psicológico de cada uno de los padres; 3) el funcionamiento de los padres en tanto que pareja; 4) el funcionamiento y la estructura familiar (déficit en habilidades de comunicación y de solución de problemas, distorsiones cognitivas, estructura familiar disfuncional, etc.). Finalmente, con respecto a ¿hasta cuándo evaluar?, nosotros entendemos que el proceso de evaluación ha de permanecer abierto hasta tanto no se pueda responder afirmativamente a las dos siguientes preguntas: ¿puedo entender el funcionamiento de esta familia? y ¿puedo explicar por qué los distintos miembros de la familia hacen lo que hacen?

La necesidad de evaluar la existencia real del problema por el que se nos demanda la intervención

en el caso de los niños y los adolescentes viene dada por las implicaciones que conlleva la carencia de autonomía para solicitar ayuda en los sujetos de este grupo de edad. De hecho, es un supuesto consensado admitir que un niño no se interpreta a sí mismo como necesitado de ayuda. Son los adultos que lo tienen a su cargo quienes forman ese juicio. La información mayor o menor y el grado de permisibilidad mayor o menor de los adultos que evalúan al niño son, pues, algunos de los criterios que intervienen en la calificación que éstos hacen de la conducta de los niños.

A fin de evitar las implicaciones que se derivan de tal carencia en su autonomía, el evaluador deberá tomar todas las medidas a su alcance para determinar, hasta donde le sea posible, si la conducta es realmente problemática y requiere de intervención psicológica para su modificación. Con este fin se deben utilizar tanto criterios evolutivos como no evolutivos, así como el estado psicológico de los padres, su nivel de información sobre el curso evolutivo infantil y las habilidades de crianza y educativas que poseen ambos padres (véase figura 15.2). Para un estudio más pormenorizado de esta cuestión

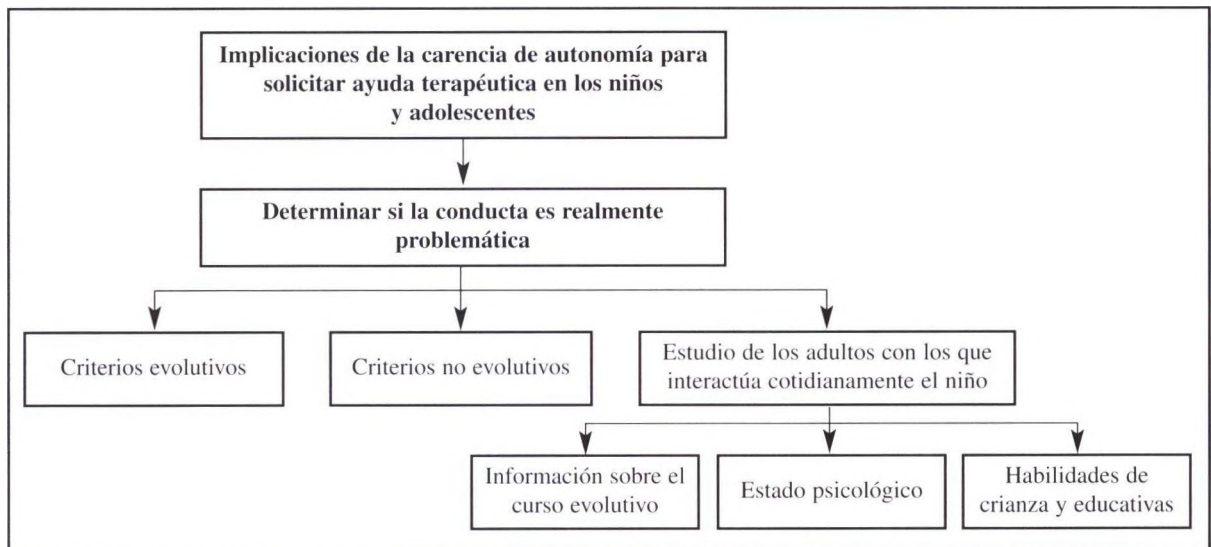


Figura 15.2.—Implicaciones de la carencia de autonomía para solicitar ayuda terapéutica en los niños y adolescentes (modificado de Olivares, Méndez y Maciá, 1997).

remitimos al lector a un trabajo previo nuestro (Olivares, Méndez y Macià, 1997).

Si ya estamos en condiciones de responder qué hemos de evaluar, en qué orden y hasta cuándo, precisamos ahora aproximarnos a los instrumentos; es decir, interrogantes sobre con qué podemos auxiliarnos para llevar a cabo tal proceso de evaluación conductual, además de la observación y registro de la conducta *in vivo* o en diferido usando procedimientos audiovisuales (recordemos que hasta los 8-10 años el proceso de evaluación debe ser fundamentalmente sinónimo de observación). Para este fin remitimos al lector al subapartado 4.2.3.1, relativo a la evaluación, incluido dentro del punto siguientes, así como a la tabla 15.3 donde también recogemos algunos de estos instrumentos.

4. EL ENTRENAMIENTO DE PADRES PROPIAMENTE DICHO

Como ya hemos indicado, en sus inicios, el objetivo inmediato de los programas de entrenamiento de padres era el entrenamiento de éstos para modificar y/o colaborar en la modificación del problema de conducta que había originado la consulta. En la actualidad, el trabajo en esta problemática incluye tanto el ámbito aplicado (con fines preventivos y terapéuticos, clínicos y de la salud) como el básico, donde se encuentra el estudio de todas aquellas variables que pudieran resultar relevantes para el propio entrenamiento. En razón de los hallazgos generados por esta última línea de trabajo presentamos a continuación, de forma resumida, una serie

TABLA 15.3

Descripción del propósito de algunos instrumentos de recogida de información preliminar en el proceso de evaluación en el marco del entrenamiento de padres (¿con qué evaluar?)

Instrumento	Propósito
Entrevista con los padres y/o hijo/a	• Determinar la naturaleza de las interacciones problemáticas. • Determinar las condiciones antecedentes. • Determinar las consecuencias que acompañan a las conductas. • Etcétera.
Escalas de evaluación conductual	• Obtener una medida de la percepción de los padres sobre el niño/adolescente (sesgos perceptivos en la evaluación del comportamiento del niño).
Por ejemplo: «Escala de clima social en la familia» (Moos, 1984).	• Valorar: 1) <i>Relaciones</i> (cohesión, expresividad, conflicto); 2) <i>Desarrollo</i> (autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativo, moralidad-religiosidad); 3) <i>Estabilidad</i> (organización y control).
Observación directa «Dyadic Parent-Child Interactional Coding System» (Forehand y McMahon, 1981). «M-SOC III. Sistema observacional para la evaluación de las interacciones familiares» (Cerezo, Keesler, Dunn y Wahler, 1992).	• Establecer patrones específicos de interacción: determinar las variables dependientes. • Evaluar cambios en las variables dependientes atribuidos al tratamiento.

FUENTE: Olivares (1998).

de consideraciones que estimamos pueden resultar útiles para que los terapeutas de conducta e investigadores, sin o con escasa experiencia previa en este campo, puedan diseñar y aplicar con expectativas de éxito un programa de entrenamiento de padres.

4.1. Instrucciones o pautas de carácter general para estructurar un programa de entrenamiento a padres

Antes de intervenir

- Ubicar el centro de entrenamiento en un *lugar* bien comunicado, al que se pueda acceder con facilidad (utilizando los medios de transporte públicos, desplazamiento a pie, etc.)
- Prever e instalar un *servicio de guardería* que permita que aquellos padres que no puedan dejar a los hijos a cargo de algún familiar no tengan que renunciar al entrenamiento.
- Establecer un *horario de entrenamiento* compatible con la jornada laboral de los padres que trabajan fuera de casa.
- Fomentar la necesidad de que asistan juntos los dos miembros de la pareja.
- Estimular a los padres y madres que no tienen compañero/a para que se hagan acompañar de algún amigo o amiga (con el fin de que no se sientan solos).

En el inicio de la intervención

- Presentar con toda claridad, desde el principio, los *objetivos del programa* de entrenamiento tanto en positivo como en negativo: ¿qué se pretende lograr? y ¿qué no se debe esperar del programa?, ¿qué es lo que se espera que hagan los padres? y ¿qué es lo que no deberán hacer los padres que comprometan su asistencia al programa?
- Establecer y describir con claridad los *parámetros del programa* de entrenamiento: número y duración de las sesiones, fases del entrenamiento, «tareas para casa», etc.

Respecto a la evaluación

- Crear *grupos homogéneos* tanto en relación con las características de los padres (niveles socioeconómico y cultural) como respecto de los problemas que presentan los hijos.
- Diseñar un proceso de *evaluación continua* de las «tareas para casa».
- Generar, desarrollar y mantener el interés por la evaluación continua de las *tareas para casa* revisando con todo cuidado, mimo y detalle, los registros continuos que los padres llevan de la conducta de su hijo (modelar, reforzar y proporcionar retroalimentación).
- Restringir la confección y *cumplimentación de registros* a aquellos que resulten estrictamente necesarios. Hay que simplificar el número de tareas para casa a fin de prevenir los efectos que generan la fatiga.

En relación con el desarrollo del entrenamiento

- Vigilar el entrenamiento de cada grupo preferiblemente con dos personas de distinto sexo y, al menos una de ellas, con *experiencia en el entrenamiento de padres*, el trabajo con grupos de adultos y en el tratamiento de los problemas que presentan los niños (por ejemplo, psicólogos, pedagogos, profesores de educación especial y asistentes sociales).
- Programar reforzadores que minimicen el *abandono del programa* o la *asistencia irregular* a las sesiones del mismo. Por ejemplo, mediante contratos que conlleven penalizaciones económicas por las faltas de asistencia no justificadas e inciten/instiguen la participación e implicación en el entrenamiento (refuerzo continuo de toda participación, elección del alumno más participativo cada par de sesiones, devolución del coste inicial de la matrícula, etc.)
- Programar un tiempo de entrenamiento que prime la *práctica distribuida* (una sesión de duración no superior a dos horas/día una vez

- por semana) frente a la práctica masiva (pocas sesiones de larga duración).
- Programar el entrenamiento en una secuencia de *dificultad y complejidad* crecientes. Se ha de partir de aquellos aprendizajes cuya aplicación genera fácilmente satisfacciones para progresar paulatinamente hasta los que requieren un elevado grado de autocontrol para poder ser aplicados con mayor probabilidad de éxito final. Ello supone abordar inicialmente aquellos problemas conductuales del niño que (por exceso o por defecto), estando dentro del centro de interés de los padres, resulten más fáciles de tratar con éxito.
 - Minimizar las lecciones magistrales u otras modalidades de exposición verbal (fase educativa o de información) y *maximizar la implicación* de los padres en la realización de actividades (fases de entrenamiento y aplicación de habilidades —«tareas para casa»—). Frente a las puras descripciones verbales utilizar instrucciones más modelado, representación de papeles, discusión grupal, etc. Ello supone que los terapeutas deben aclarar al grupo que ellos no tienen las soluciones, sino que enseñarán *a)* habilidades que los miembros de los grupos pueden aprender a aplicar y *b)* estrategias que permiten guiar a la persona en la observación y el descubrimiento de la solución más útil para cada caso concreto.
 - Proporcionar el máximo de *información* a través de manuales, grabaciones de audio y vídeo, con el fin de que el terapeuta o monitor más que dedicarse a proporcionar información nueva dedique el mayor tiempo posible a modelar habilidades y administrar retroalimentación sobre la representación de papeles o el ensayo de conducta de los miembros del grupo.
 - Prevenir las *dificultades* que les puedan surgir a los padres en el diseño y/o aplicación del tratamiento. Con este fin se sugiere:
 - a)* Incluir uno o dos contactos telefónicos entre sesión y sesión de entrenamiento, siempre realizados por el mismo terapeuta o monitor.
 - b)* Prevenir la posibilidad de desplazamientos ocasionales hasta el domicilio familiar para auxiliar (instruir, orientar, modelar, etc.) *in situ* al padre-alumno en la dificultad hallada durante su aplicación del tratamiento.
 - c)* Llevar un diario donde se resuman las dificultades halladas y las soluciones generadas (primero por los propios padres y después por los terapeutas cuando aquéllos no hayan podido hacerlo) para prevenirlas en futuras aplicaciones del programa.
 - Fomentar e instigar la *retroalimentación de/entre los padres* sobre la marcha de la aplicación del programa de entrenamiento.
 - Dotar de *flexibilidad* a la estructura de las sesiones o unidades de entrenamiento. Estar preparado para poder desviarse excepcionalmente del programa previsto en la sesión de entrenamiento cuando sea necesario (interés del tema planteado, aparición de sugerencias novedosas razonables, necesidad de un mayor tiempo de discusión, etc.)
 - Diseñar e incluir en el propio programa mecanismos para responder y, en su caso, incorporar las *aportaciones* generadas por la retroalimentación de/entre los propios padres.

Apoyo social dentro del grupo

- Fomentar el *apoyo social dentro del grupo*. Algunas de las estrategias específicas que se han mostrado eficaces para fomentar el apoyo social dentro del grupo consisten en:
 - a)* Acordar mantener de forma confidencial cualquier información personal divulgada dentro del grupo.
 - b)* Constituirse en un elemento de apoyo para los otros miembros del grupo (responder a llamadas telefónicas, proporcionar información útil, orientar, etc.).

- c) No presionar a los demás miembros del grupo para que hablen (aplicar las habilidades de comunicación básicas).
- d) Compartir el tiempo de forma equitativa.
- e) Llamar a los demás miembros del grupo por sus nombres propios.
- f) Disponer dentro de las sesiones de entrenamiento de un tiempo para la socialización mediante un período de descanso en medio de la sesión de intervención.

4.2. Estructura para la orientación del diseño y elaboración de un programa básico de entrenamiento a padres

4.2.1. Formular objetivos

4.2.1.1. Objetivo general

Por ejemplo, dotar a los padres de los recursos teóricos y técnicos que les permitan el desarrollo de un repertorio de habilidades que hagan posible la mejora del modo o estilos de interacción social en el ámbito familiar.

4.2.1.2. Objetivos a corto y medio plazo

Ejemplos:

- Aprender a concretar y definir operativamente las conductas a modificar.
- Intervenir para generar e incrementar conductas prosociales y disminuir conductas problemáticas de los hijos. Sustituir estilos coercitivos de interacción padres-hijos por patrones de interacción positivos y prosociales (por ejemplo, refuerzo negativo vs. positivo).
- Generar, desarrollar y mantener conductas prosalud y disminuir/eliminar los valores de los parámetros básicos relacionados con las conductas de riesgo clínico (su frecuencia, duración e intensidad).
- Aplicar correctamente técnicas específicas de manejo conductual (estrategias de obser-

vación y registro; uso del refuerzo, la extinción; economía de fichas, etc.)

4.2.2. Seleccionar y temporalizar (distribuir) los contenidos del programa

Ello implica:

- La selección general de los contenidos se puede realizar a partir de los trabajos de Blechman (1990); Cervera y Felú (1984); Pelechano (1980); Rinn y Markle (1984) o Vallés (1990). Recordemos que el contenido de este tipo de programas incluye generalmente, como ya hemos indicado, al menos los principios del aprendizaje social que fundamentan las técnicas que han de emplear los padres; los relativos a la delimitación, observación y registro a lo largo del tiempo de la conducta del niño o el adolescente; el entrenamiento en dar órdenes e instrucciones claras (concretas y específicas); y los procedimientos de refuerzo positivo, así como los de extinción y castigo (retirada de atención, coste de respuesta, tiempo fuera de atención, etc.).
- Describir los contenidos seleccionados de forma específica para cada unidad o sesión de entrenamiento. Ello supone que en la programación de cada unidad de la intervención se deben enumerar los conceptos a utilizar con fines educativos y explicativos (informar, reconceptualizar, etc.), las habilidades a entrenar, las habilidades a poner en juego por parte de los terapeutas o monitores, la estructura de las situaciones de aprendizaje, los materiales a utilizar como recursos didácticos, etc.
- La temporalización general de contenidos debería de contemplar:
 - a) Número de sesiones de tratamiento (nosotros estimamos necesario un número mínimo de nueve).

- b) Duración aproximada de la sesión (desde nuestra experiencia la duración que más se ajusta a las necesidades del entrenamiento se halla alrededor de las dos horas/sesión).
 - c) Periodicidad de la sesión (una por semana suele ser suficiente).
 - d) Horario más conveniente (en general, la conveniencia de un horario u otro vendrá determinada por las circunstancias específicas de cada muestra de padres; en nuestro caso, el horario que ha resultado más conveniente, de forma general, ha sido el comprendido entre las 20 y 22 horas).
- Programar la temporalización específica de las actividades propias del terapeuta y de los padres.

4.2.3. Procedimiento

4.2.3.1. Evaluación

Vamos a recordar aquí, de forma muy breve, los momentos que han de tenerse presentes durante el proceso de intervención con respecto a la evaluación, así como los tipos o modalidades de evaluación que sería necesario realizar (siempre que las circunstancias lo permitan) y algunos de los instrumentos de los que se puede uno servir para este fin.

- *Momentos:* a) Inicial o pretest; b) tras cada sesión de tratamiento; c) final o postest; d) de seguimiento y siempre antes de las posibles «sesiones de recuerdo» o entrenamiento adicional cuya necesidad pudiera poner en evidencia la propia evaluación de seguimiento.
- *Tipos:* Clínica, estadística, social, generalización (temporal, situacional o espacial, interpersonal e interconductual; véase Olivares, Méndez y Macià, 1997; pp. 145-147).

— *Instrumentos:* Además de los ya abordados en el apartado general relativo a la evaluación están también disponibles el CCTvm (Olivares, Macià y Méndez, 1993), el «Inventario Eyberg de conducta en niños, para los padres» (Eyberg y Ross, 1978), el «Código de observación para la evaluación de problemas de conducta en niños» (Wahler, House y Stambaugh, 1976), el «Procedimiento rápido para evaluar interacciones madre-hijo en situaciones artificiales» (Toub, 1978), la «Estrategia para la observación directa de la conducta infantil» (Achenbach y Edelbrock, 1981), el «Sistema interactivo para la codificación de las parejas padres-hijo» (Forehand y McMahon, 1981), y el «Cuestionario para padres respecto a la observación directa de la conducta infantil» (Achenbach y Edelbrock, 1981). Si es necesario, se pueden utilizar a los padres como observadores independientes en conductas de baja tasa de ocurrencia, siendo el procedimiento más ampliamente validado el «Informe diario de los padres» (Patterson, Reid, Jones y Conger, 1975), entre otros. Además, el propio terapeuta puede elaborar pruebas *ad hoc* sobre el conocimiento de los contenidos y dominio de habilidades y destrezas entrenadas en la sesión previa, representación de papeles con los propios padres, etc. De entre todos estos instrumentos, los más ampliamente utilizados y recomendados para la investigación y la clínica son los desarrollados por Achenbach y Edelbrock (1981) y el de Eyberg y Ross (1978).

4.2.3.2. Formación y tamaño de los grupos

- Los grupos deben formarse al azar, pero cuando asistan los dos miembros de una pareja ambos deben ser incluidos en el mismo grupo.
- El tamaño más recomendable para llevar a cabo una intervención básica oscila entre ocho y diez padres por grupo de entrenamiento.

4.2.3.3. Desarrollo de las sesiones de entrenamiento

— Los contenidos de las sesiones y tareas para casa se deben planificar para su entrenamiento y aplicación:

- a) En función del nivel de aprendizaje esperado, de acuerdo con el número de la sesión de entrenamiento.
- b) En relación con las actividades que permitan:
 - i) Garantizar el éxito de las intervenciones de los padres, sobre todo al comienzo del entrenamiento.
 - ii) Responder al interés de los padres por (re)establecer el control sobre la conducta del niño y/o la suya propia.

4.2.3.4. Fases del desarrollo de las sesiones

Primera fase: Educativa. Los objetivos, actividades y recursos a utilizar en esta fase deben incluir al menos:

1. Exponer (terapeuta/monitor) en el inicio de cada sesión una breve síntesis de lo trabajado en la sesión previa («recordatorio»).
2. Corregir las *tareas para casa* acordadas en la sesión anterior, discutir los problemas encontrados y modelar, reforzar y dar retroalimentación en su caso.
3. Transmitir nueva información y/o reconceptualizar la existente.
4. Solucionar dudas (complementarias a las llamadas telefónicas entre sesión y sesión de entrenamiento).

RECURSOS: Guías y manuales (incluidos los específicos de autoayuda que sean elaborados *ad hoc*), materiales audio y visuales, invitación puntual de algún experto de reconocido prestigio, etc.

Segunda fase: Entrenamiento de habilidades y destrezas. Los objetivos, actividades y recursos a utilizar aquí también deben incluir al menos:

1. Entrenar en condiciones simuladas y simplificadas: observar cómo se aplican las técnicas (modelar) y a continuación ensayar su aplicación (ensayo de conducta, representación de papeles) tantas veces como se requiera hasta el logro de una ejecución correcta.
2. Discutir entre los miembros de cada grupo y con el terapeuta/monitor sobre las habilidades entrenadas.
3. Entregar a los padres un resumen de los contenidos abordados y la propuesta de tareas básicas para casa (al final de la sesión).
4. Proponer que cada padre y/o pareja realice un listado complementario de tareas para casa.

RECURSOS: a) *Conductuales*: instrucciones, modelado, instigación, ensayo de conducta, representación de papeles, refuerzo positivo, retroalimentación; b) *Materiales*: Circuito cerrado de vídeo, filmaciones en vídeo con contenidos de modelado simbólico, etc.

Tercera fase: Aplicar las habilidades y destrezas aprendidas. El objetivo de esta fase es la consolidación y generalización de lo aprendido. Ello supone a nivel operativo aplicar entre sesión y sesión de entrenamiento/tratamiento los conocimientos adquiridos y las habilidades y destrezas modeladas y ensayadas en la/s sesión/es previa/s.

4.2.4. Valorar la eficacia del programa de entrenamiento a corto plazo

(Pre-postintervención). Recordemos que lo que nos interesa aquí es verificar la validez clínica, social, estadística y de generalización (intersituacional, interconductual, intersujetos) de los efectos de la intervención.

4.2.5. Seguimiento de los efectos de la intervención a medio y largo plazo

Tal seguimiento se debería realizar evaluando los efectos de la intervención a los 3, 6, 12, 24 y 36

meses de haber finalizado el entrenamiento. Dos deberían ser los objetivos que al menos habrían de guiar este seguimiento:

1. Recoger datos de la persistencia de los efectos del programa (generalización temporal, intersituacional, interconductual, intersujetos).
2. Valorar la necesidad de llevar a cabo un entrenamiento adicional (sesiones «recordatorias»).

5. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

A lo largo de los últimos treinta años, la investigación sobre las posibilidades que presentaba el entrenamiento de los padres para tratar los problemas de conducta de los hijos no ha hecho sino acumular evidencia empírica a su favor, tanto respecto a cuestiones estrictamente psicopatológicas como en el campo más reciente de la psicología de la salud. Los efectos cuantitativos y cualitativos del entrenamiento se han constatado en la conducta manifiesta de los padres y los hijos, en los cambios informados por los padres de la percepción que éstos tenían del comportamiento deseable/adaptativo de sus hijos, en la validez social informada y en la generalización temporal, contextual, interconductual (en un mismo sujeto) y entre hermanos.

Ahora bien, la distribución del peso de los logros no afecta por igual ni a todas las áreas ni a todos los problemas. El mayor apoyo empírico de la eficacia y eficiencia del entrenamiento de padres se centra, hasta el día de hoy, en el tratamiento de niños que muestran problemas de conducta manifiesta (agresiones, pataletas, desobediencia, etc), debido al peso que desde su inicio ha tenido el enfoque operante en el tratamiento de los problemas relativos a la infancia y adolescencia, a diferencia de otros enfoques como el neoconductista.

Probablemente, en buena parte por la posición hegemónica que ha venido teniendo el enfoque operante, lo que más se sigue echando en falta, desde esta modalidad de intervención, es un modelo teóri-

co que, en razón de la evidencia empírica disponible a día de hoy, nos permitiera: 1) sistematizar la información con la que contamos actualmente, 2) generar hipótesis que permitan explicar los hechos observados, 3) formular nuevas proposiciones en relación con la información relevante disponible, 4) ofrecer un mapa del estado de esta modalidad de intervención, 5) orientar nuestra investigación; en definitiva, guiar la toma de decisiones respecto a cuándo y cómo intervenir, en relación con el tipo de problema, la edad de los sujetos, los recursos humanos y materiales disponibles, etc.

Además de la carencia de un modelo que pudiera guiar nuestra toma de decisiones, cuando entrenamos a los padres en grupo y/o actuamos con finalidad preventiva, existen otros problemas aún pendientes de solución tales como el alto índice de abandonos o la asistencia irregular. También se hace necesario incrementar el número de intervenciones con padres con hijos adolescentes, pues aquí contamos con muy poca investigación realizada. Otro tanto cabe decir en relación con el empleo de nuevas tecnologías como la cámara de video.

Pero, evidentemente, además de todo ello, que es válido para el estado de esta modalidad de tratamiento en algunos países anglófonos y especialmente para los Estados Unidos, en el caso de España, nuestro nivel de investigación en el desarrollo/adaptación y aplicación de esta modalidad de intervención es todavía muy escaso. En consecuencia, a todo lo dicho hemos de añadir la necesidad de poner en marcha líneas de investigación que nos permitan avanzar en el conocimiento y dominio de esta modalidad de intervención desde nuestras peculiaridades culturales.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1981): Escalas de apreciación de la conducta en niños. Formulario para padres. Universidad de Vermont. Adaptación española experimental: Cátedra de Psicodiagnóstico, Universidad Autónoma de Madrid, en R. Fernández-Ballesteros (dir.) (1983), *Unidades didácticas de Psicodiagnóstico*. Apéndice. Cuaderno de prácticas. Madrid: UNED.

- Albarrán, J. (1980): El psicoanálisis con niños. En C. Monedero (dir.), *Historia de la psicoterapia* (vol. 1): Madrid: UNED.
- Albee, G. (1980): A competency model to replace the defect model. En M. Gibbs, J. Rasic Lachenmeyer y J. Sigal (dirs.), *Community psychology*. Nueva York: Gardner.
- Anderson, H. H. (1935): *Las clínicas psicológicas para la infancia en los EE.UU. y la obra del doctor Healy*. Madrid: Espasa Calpe (original publicado en 1929).
- Bayés, R. (1983): Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria. *Estudios de Psicología*, 13, 92-110.
- Blechman, E. A. (1990): *Cómo resolver problemas de comportamiento en la escuela y en casa*. Barcelona: CEAC.
- Bronfenbrenner, U. (1974): Is early education effective? *Day Care and Early Education*, 2, 15-19.
- Cerezo, M. A., Keesler, T. Y., Dunn, E. S. y Wahler, R. G. (1991): *SOC-III. Sistema observacional para la evaluación de las interacciones familiares*. Madrid: MEPSA.
- Cervera, M. y Felú, H. (1984): *Asesoramiento familiar de educación infantil. Guía práctica*. Madrid: Visor.
- Del Pino, A. y Gaos, M. T. (1997): Efecto sobre los padres de hijos con minusvalías de un programa para facilitar conocimientos y estrategias de intervención. *Psicología Conductual*, 5, 255-277.
- Dinkmeyer, D. y McKay, G. (1982): *Systematic Training for Effective Parenting (STEP): The parents's handbook*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Dreikurs, R. y Soltz, V. (1964): *Children: The challenge*. Nueva York: Duell, Sloan & Pearce.
- Dreikurs, R. y Soltz, V. (1970): *Happy children*. Londres: Souvenir Press.
- Dumas, J. E. (1989): Treating antisocial behavior in children: Child and family Approaches. *Clinical Psychological Review*, 9, 197-222.
- Eyberg, S. y Ross, M. (1978): Assessment of child behavior problems, *Journal of Clinical Psychology*, 3, 113-116. Adaptación española experimental: Cátedra de Psicodiagnóstico, Universidad Autónoma de Madrid, en R. Fernández-Ballesteros (dir.) (1983), *Unidades didácticas de Psicodiagnóstico*. Apéndice. Cuaderno de prácticas. Madrid: UNED.
- Forehand, R. M. y Atkinson, B. M. (1977): Generality of treatment effects with parents as therapist: A review of assessment and implementation procedures. *Behavior Therapy*, 8, 575-593.
- Forehand, R. M. y McMahon, R. J. (1981): *Helping the noncompliant child: A clinician guide to parent training*. Nueva York: Guilford.
- Ginott, H. (1965): *Between parent and children*. Nueva York: McMillan.
- Ginott, H. (1969): *Between parent and teenager*. Nueva York: Van Rees.
- Gordon, T. (1970): *Parent Effectiveness Training*. Nueva York: Van Rees.
- Graña, J. L. (1994): La escuela conductual familiar. En J. L. Graña (dir.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Griest, D. L. y Wells, K. C. (1983): Behavioral family therapy with conduct disorders in children. *Behavior Therapy*, 13, 337-352.
- Gross, A. M. y Wixted, J. T. (1988): Assessment of child behavior problems. En A. S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Behavioral assessment. A practical handbook* (3.ª ed.). Nueva York: Pergamon.
- Isanbert, A. (1975): *La educación de los padres*. Barcelona: Planeta.
- Kazdin, A. (1988): *Tratamiento de la conducta antisocial en niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca (orig.: 1985).
- Levitt, E. E. (1957): The results of psychotherapy with children: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 189-196.
- Levitt, E. E. (1963): Psychotherapy with children: A further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 45-51.
- Lucas y Ohrock (1966), en Polaino Lorente, A. y Cerezo, M. A. (1984): Algunos factores posibilitadores del desarrollo del entrenamiento de padres en la modificación de conducta como alternativa terapéutica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39(6), 1141-1162.
- McLeary, G. F. (1933): *The early history the infant welfare movement*. Londres: H. K. Lewis.
- McMahon, R. J. (1991): El entrenamiento de padres. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- McMahon, R. J. y Wells, K. C. (1989): Conduct disorders. En E. J. Mash y R. A. Barkley (dirs.), *Treatment of childhood disorders*. Nueva York: Guilford.
- Moreno, I. (1995): *Hiperactividad*. Madrid: Pirámide.
- Moos, R. H. (1984): *Clima social: Familia (FES)*. Madrid: TEA (orig.: 1974).
- Mowrer, O. H. y Mowrer, W. M. (1938): Enuresis a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-459.
- O'Connor, M. (1992): *Introducing parent education groups into primary schools: Identifying an effective strategy*. Manuscrito no publicado. South Carolina: Central Regional Council.
- O'Dell, S. (1985): Progress in parent training. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (dirs.), *Progress in*

- Behavior Modification*, vol. 8. Nueva York: Academic Press.
- Olivares, J. (1998): *El entrenamiento de padres en los contextos clínico y de la salud*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. Programa de doctorado «Intervención psicosocial». Manuscrito no publicado.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (1997): Una revisión del estado actual de la literatura española sobre entrenamiento de padres. *Psicología Conductual*, 5, 177-190.
- Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. X. (1993): Intervención comportamental educativa en el entrenamiento a padres. En D. Macià, F. X. Méndez y J. Olivares (dirs.), *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. y Méndez, F. X. (1997) (coords.): El entrenamiento a padres en contextos clínicos y de la salud en España. *Psicología Conductual*, 5 (2), monográfico.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (1997): *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Open University (1981): *Education for family life: A planning pack for teachers*. Milton Keynes: Open University Press.
- Open University (1983): *Parents and teenagers*. Devon: Harper and Row.
- Patterson, G. R. (1975a): *Families: Applications of social learning to family life* (edición revisada): Champaign, Il.: Research Press.
- Patterson, G. R. (1975b): *Profesional guide for «Families» and «Living with children»*. Champaign, Il.: Research Press.
- Patterson, G. R. (1982): *Process coercitive family*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R. (1986): Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-434.
- Pelechano, V. (1980): *Terapia familiar comunitaria*. Valencia: Alfaplus.
- Popking, M. (1987): *Active parenting. Teaching co-operation, courage and responsibility*. San Francisco: Perennial Library.
- Rinn, R. C. y Markle, A. (1984): *Paternidad positiva. Modificación de conducta en la educación de los hijos*. México: Trillas.
- Sanders, M. R. (2002): Una estrategia de intervención conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. Madrid: Pirámide.
- Schaefer, C. E. y Breismeister, J. M. (dirs.) (1989): *Handbook of parent training. Parents as co-therapists for children's behavior problem*. Nueva York: Wiley.
- Shepherd, Oppenheim y Mitchell (1966), en Polaino Lorente, A. y Cerezo, M. A. (1984): Algunos factores posibilitadores del desarrollo del entrenamiento de padres en la modificación de conducta como alternativa terapéutica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39(6), 1141-1162.
- Silva, F. y Moro, M. (1994): Evaluación conductual con niños y adolescentes. En R. Fernández-Ballesteros (dir.), *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Stern, H. H. (1962): *L'Education des parents à travers le monde*. París: Bourrelier.
- Tharp, R. G. y Wetzel, R. J. (1969): *Behavior modification in the natural environment*. Nueva York: Academic Press.
- Toub, G. S. (1978): A rapid assessment procedure for mother-child interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 4, 342-452. Adaptación española experimental: Cátedra de Psicodiagnóstico, Universidad Autónoma de Madrid, en R. Fernández-Ballesteros (dir.) (1983), *Unidades didácticas de Psicodiagnóstico*. Apéndice. Cuaderno de prácticas. Madrid: UNED.
- Vallés, A. (1990): *Cómo cambiar la conducta infantil. Guía para padres*. Alcoy: Marfil.
- Wahler, R. G., House, A. E. y Strambaugh, E. E. (1976): Código de observación para la evaluación de problemas de conducta en niños. En R. G. Wahler et al. (dirs.), *Ecological assessment of child problem behavior*. Nueva York, Pergamon. Adaptación española experimental: Cátedra de Psicodiagnóstico, Universidad Autónoma de Madrid, en R. Fernández-Ballesteros (dir.) (1983), *Unidades didácticas de Psicodiagnóstico*. Apéndice. Cuaderno de prácticas. Madrid: UNED.
- Webster-Stratton, C. (1981): Modification of mothers behaviors and attitudes through a videotape modeling group discussion program. *Behavior Therapy*, 12, 634-642.
- Webster-Stratton, C. y Herbert, M. (1993): What really happens in parent training? *Behavior Modification*, 17, 407-456.
- Wells, K. C. (1985): Behavioral family therapy. En A. S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Dictionary of behavior therapy techniques*. Nueva York: Pergamon.
- Willians, C. (1959): The elimination of tantrum behavior by extinction procedures. *Journal of Abnormal Psychology*, 59, 269.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Cataldo, C. Z. (1991): *Conceptos y contenidos para el diseño de programas de formación de padres*. Madrid: Visor Aprendizaje (orig.: 1987).
- McMahon, R. J. (1991): Entrenamiento de padres. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Olivares, J. y Méndez, F. X. (coords.) (1997): El entrenamiento de padres en contextos clínicos y de la salud en España. *Psicología Conductual*, 5 (2), monográfico.
- Olivares, J., Macià, D. y Méndez, F. X. (1993): Intervención comportamental-educativa en el entrenamiento de padres. En D. Macià, F. X. Méndez y J. Olivares (dirs.), *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Méndez, F. X. y Macià, D. (1997): *Los tratamientos conductuales en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Rinn, R. C. y Markle, A. (1992): *Paternidad positiva. Modificación de conducta en la educación de los hijos*. México: Trillas.
- Vallés, A. (1990): *Cómo cambiar la conducta infantil. Guía para padres*. Alcoy: Marfil.

Una estrategia de intervención conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles

MATTHEW R. SANDERS¹

1. INTRODUCCIÓN

La familia proporciona el primer, y más importante, contexto social, emocional, interpersonal, económico y cultural para el desarrollo humano y, como resultado, las relaciones familiares tienen una profunda influencia sobre el bienestar de los niños. La relación padres-hijo tiene una penetrante influencia sobre el bienestar psicológico, físico, social y económico de los niños. Las relaciones interpersonales deterioradas dentro de la familia constituyen factores de riesgo comunes y las relaciones interpersonales positivas son factores de protección que están relacionados con una amplia variedad de problemas de salud mental desde la infancia hasta la vejez (Sanders y Duncan, 1995). Muchos problemas importantes de salud mental, sociales y económicos están vinculados con perturbaciones en el funcionamiento de la familia y la ruptura de las relaciones familiares. Los estudios epidemiológicos indican que los factores de riesgo familiares, como la educación inadecuada, los conflictos familiares y la rotura del matrimonio influyen de forma importante en el desarrollo de los niños. De modo específico, la falta de una relación positiva y cálida con los padres, una apego inseguro, prácticas disciplinarias de dureza, inflexibles, rígidas o inconsistentes; un inadecuada supervisión y relación con los hijos; los conflictos y la ruptura

del matrimonio; y la psicopatología de los padres (especialmente la depresión de las madres) aumentan el riesgo de que los niños desarrollen importantes problemas conductuales y emocionales, incluyendo el abuso de sustancias psicoactivas, la conducta antisocial y la delincuencia juvenil (por ejemplo, Coie, 1996; Loeber y Farrington, 1998).

Aunque las relaciones familiares son importantes, los padres generalmente reciben poca preparación más allá de la experiencia de haber sido padres ellos mismos, produciéndose la mayor parte del aprendizaje durante la realización de la tarea y por medio del ensayo y error (Risley, Clark y Cataldo, 1976; Sanders et al., 1999). Las exigencias de la tarea de padres se complican aún más cuando no tienen acceso a extensos sistemas de apoyo familiar (por ejemplo, abuelos, amigos de la familia en quien confiar) para recibir consejos sobre la educación de los hijos, no tienen compañero/a o experimentan el estrés de la separación, del divorcio o de unirse a un/a nuevo/a compañero/a (Sanders, Nicholson y Floyd, 1997).

Este capítulo describe los fundamentos teóricos, empíricos y clínicos de una especial estrategia de apoyo familiar y parental a múltiples niveles diseñada para disminuir la prevalencia de problemas conductuales y emocionales en niños preadolescentes. El programa, conocido como la *Triple P-Positive Parenting Program* (Programa para una educación Positiva por parte de los Padres o Programa Parental Positivo), es un sistema a múltiples niveles de intervención familiar, que propor-

¹ The University of Queensland (Australia). Capítulo traducido y adaptado por V. E. Caballo.

ciona cinco niveles de intervención de potencia progresiva. Estas intervenciones incluyen una campaña de información a nivel de la población cuyos objetivos son todos los padres, dos niveles de consultas breves de atención primaria cuyo objetivo son los problemas leves de comportamiento y dos programas más intensos para la intervención con la familia y el entrenamiento de padres cuyo objetivo son los niños con riesgo de problemas conductuales más graves. El programa trata de determinar el nivel apropiado de intervención que requieren los padres con el fin de apartar a un niño de una trayectoria hacia problemas más graves. La autorregulación de las habilidades parentales constituye un constructo central del programa. Éste utiliza modalidades flexibles de realización (incluyendo procedimientos individuales cara a cara, de grupo, con asistencia telefónica y autodirigidos) para adaptar la potencia de la intervención a los requerimientos de las familias particulares. Su énfasis multidisciplinar, preventivo y comunitario proporciona al programa un gran alcance, permitiendo el objetivo de puntos de acceso desestigmatizados, por medio de los servicios de atención primaria, para familias que son renuentes a participar en los programas de habilidades parentales. Se describen las pruebas empíricas disponibles que respaldan la eficacia del programa y se resaltan sus implicaciones para la investigación y su difusión. Se discuten las características singulares de los programas y se señalan posibles directrices para la investigación futura.

2. DEFINICIÓN DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

La intervención familiar se define, de forma amplia, como un proceso terapéutico que ayuda a modificar el malestar psicológico de los individuos poniendo como objetivo sus relaciones interpersonales dentro de la familia. Las intervenciones familiares habitualmente intentan cambiar los aspectos del funcionamiento familiar que están relacionados con la etiología, el mantenimiento, la recaída o la exacerbación del funcionamiento de un individuo.

Esto puede incluir intentos para disminuir los problemas conductuales o emocionales de miembros individuales de la familia, de las relaciones entre los miembros de la familia (miembros de la pareja, relaciones padres-hijo, relaciones entre hermanos) o de las relaciones entre la familia y la comunidad. El enfoque es notablemente educativo y enfatiza la reciprocidad entre los miembros de la familia. Por tanto, la definición incorpora las intervenciones de entrenamiento de padres, que intentan mejorar las relaciones padres-hijo, y las intervenciones maritales, cuyo objetivo es la pareja, junto con terapias familiares más tradicionales. Se prefiere el término intervención familiar al de terapia familiar, ya que permite considerar tanto estudios de prevención como de tratamiento.

Por consiguiente, la intervención familiar enfatiza la importancia de las relaciones familiares y las interacciones con el malestar psicológico, en vez de ser un enfoque o modalidad terapéutico homogéneo y unitario.

3. ¿QUÉ ES LA TRIPLE P - EL PROGRAMA PARENTAL POSITIVO?

La Triple P - El Programa Parental Positivo es una estrategia a múltiples niveles, preventiva, de apoyo familiar y parental, desarrollada por el autor y sus colegas en la Universidad de Queensland en Brisbane, Australia. El programa intenta prevenir problemas conductuales, emocionales y de desarrollo graves en los niños aumentando el conocimiento, las habilidades y la confianza de los padres. Incorpora cinco niveles de intervención en una continua graduación de potencia progresiva (véase tabla 16.1) para padres de niños preadolescentes, desde el nacimiento hasta los 12 años. El *nivel 1*, una estrategia de información general dirigida a los padres, proporciona a todos los padres interesados un acceso a información útil sobre el papel de padres a través de una campaña promocional y coordinada que utiliza medios impresos y electrónicos, así como cintas de vídeo y boletines con sugerencias sencillas que muestran estrategias parentales específicas. Este nivel de intervención trata de aumentar el conocimiento comunitario de los recur-

TABLA 16.1

El modelo de la Triple P para el apoyo parental y familiar

Nivel de intervención	Población objetivo	Métodos de intervención	Materiales del programa	Posibles conductas objetivo
1. La Triple P general.	Todos los padres interesados en información para fomentar el desarrollo de sus hijos.	Cuidado infantil preventivo incluyendo el proporcionar información breve sobre cómo solucionar problemas de desarrollo y leves de comportamiento.	Folleto <i>Educación parental positiva</i> . Serie de hojas informativas sobre <i>Educación parental positiva</i> . Serie en vídeo <i>Familias. Guía del programa de la Triple P para todos los padres</i> .	Problemas comportamentales cotidianos frecuentes.
2. La Triple P selectiva.	Padres con una preocupación específica sobre el comportamiento o desarrollo de su hijo.	Se proporciona consejo específico para un comportamiento problema específico del niño. Puede ser autodirigido o incluir contacto presencial o por teléfono con el clínico o bien sesiones de grupo.	Materiales del nivel 1. <i>Manual del profesional de la Triple P para la atención primaria</i> . Cartel colgado en la pared sobre el desarrollo evolutivo. Gráfico sobre el problema de la consulta.	Problemas habituales a la hora de irse a la cama. Pataletas. Problemas de conducta a la hora de comer. Entrenamiento en el control de esfínteres.
3. La Triple P de atención primaria.	Padres con preocupaciones específicas sobre la conducta o el desarrollo de su hijo que requiere el entrenamiento en habilidades activas.	Programa de terapia breve (de una a cuatro sesiones clínicas) que combina consejo, ensayo y autoevaluación con el objetivo de enseñar a los padres a manejar una conducta problema específica del niño.	Materiales de los niveles 1 y 2.	Los mismos que en el nivel 2. Problemas de alimentación persistentes. Manejo de dolor.

TABLA 16.1 (continuación)

Nivel de intervención	Población objetivo	Métodos de intervención	Materiales del programa	Posibles conductas objetivo
4. La Triple P estándar	Padres de niños con problemas de conducta más graves. Padres que desean un entrenamiento intensivo en habilidades de educación parental positivas.	Programa intensivo que se centra en la interacción padres-hijo y en la aplicación de habilidades de educación parental a un amplio rango de conductas objetivo. Incluye estrategias para la mejora de la generalización. Puede ser auto-dirigido o incluir contacto presencial o por teléfono con el clínico o bien sesiones de grupo.	Materiales de los niveles 1 a 3. <i>Libro de ejercicios de autoayuda para todos los padres.</i> <i>Manual del profesional de la Triple P estándar y Libro de ejercicios sobre la familia para todos los padres.</i> <i>Manual del entrenador de la Triple P en grupo y Libro de ejercicios en grupo para todos los padres.</i>	Preocupaciones con el manejo del comportamiento general. Conducta agresiva. Trastorno desafiante por oposición. Trastorno disocial. Problemas de aprendizaje.
5. La Triple P mejorada.	Padres de niños con problemas conductuales infantiles y al mismo tiempo disfunciones familiares.	Programa intensivo con módulos que incluyen visitas a la casa para mejorar las habilidades de educación parental, estrategias de manejo del estado de ánimo y habilidades de afrontamiento del estrés, y habilidades de apoyo al otro miembro de la pareja.	Materiales de los niveles 1 a 4. <i>Manual del profesional de la Triple P mejorada y Libro de ejercicios complementario para todos los padres.</i>	Problemas de conducta persistentes. Problemas de comportamiento infantil y simultáneamente problemas parentales (como problemas de relación, depresión). Maltrato infantil.

sos de que disponen los padres, la receptividad de los padres para participar en los programas, e intenta crear una sensación de optimismo describiendo soluciones a las preocupaciones conductuales y de desarrollo más comunes. El *nivel 2* es una intervención breve, de una a dos sesiones, de atención primaria, que proporciona directrices iniciales anticipatorias sobre desarrollo a los padres de niños con problemas de comportamiento leves. El *nivel 3*, una intervención de cuatro sesiones, tiene como objetivo a niños con problemas de comportamiento de leves a moderados e incluye entrenamiento en habilidades activas para los padres. El *nivel 4* es un programa intensivo, que consta de ocho a diez sesiones individuales o de grupo de entrenamiento de padres, para niños con problemas conductuales más graves y el *nivel 5* es un programa mejorado de intervención familiar conductual para familias en las que los problemas de educación parental se complican por otras fuentes de malestar familiar (por ejemplo, conflictos maritales, depresión parental o elevados niveles de estrés).

Esta estrategia graduada multinivel reconoce que existen diferentes niveles de disfunción y perturbación conductuales en los niños y que los padres tienen diferentes necesidades y deseos con respecto al tipo, intensidad y modo de asistencia que podrían necesitar. La estrategia multinivel está diseñada para maximizar la eficacia, contener los costes, evitar el desperdicio de tiempo y servicios y asegurarse que el programa ha tenido un amplio alcance en la comunidad. La naturaleza multidisciplinar del programa implica también una mejor utilización de los recursos profesionales existentes para la tarea de fomentar la educación parental competente.

El programa se dirige a cuatro diferentes períodos de desarrollo, desde la infancia a la preadolescencia. Dentro de cada período evolutivo el alcance de la intervención puede variar, siendo muy amplio (teniendo como objetivo toda la población) o muy específico (dirigido sólo a los niños con elevado riesgo).

4. LA BASE TEÓRICA DE LA TRIPLE P

La Triple P es una forma de intervención familiar conductual basada en los principios del apren-

dizaje social (por ejemplo, Patterson, 1982). Este enfoque de tratamiento y prevención de los trastornos infantiles tiene un apoyo empírico más potente que cualquier otra intervención con niños, especialmente aquellos con problemas de comportamiento (véase Kazdin, 1987; Sanders, 1996; Taylor y Biglan, 1998; Webster-Stratton y Hammond, 1997). La Triple P intenta mejorar los factores de protección familiar y disminuir los factores de riesgo asociados con problemas emocionales y conductuales graves en niños preadolescentes. De forma específica, el programa intenta:

1. Aumentar el conocimiento, las habilidades, la confianza, la autosuficiencia y los recursos de los padres de niños preadolescentes.
2. Fomentar ambientes educativos, sanos, comprometidos, no violentos y de baja conflictividad.
3. Fomentar las competencias sociales, emocionales, de lenguaje, intelectuales y conductuales de los niños por medio de prácticas de educación parental positiva.

El contenido del programa se apoya en: 1) *Los modelos de aprendizaje social de las interacciones padres-hijo*, que subrayan la naturaleza recíproca y bidireccional de las interacciones padres-hijo (por ejemplo, Patterson, 1982). Este modelo identifica los mecanismos de aprendizaje que mantienen los patrones coercitivos y disfuncionales de la interacción familiar y predice el comportamiento antisocial futuro en niños (Patterson, Reid y Dishion, 1992). Como consecuencia, el programa enseña específicamente a los padres habilidades positivas para el control de los niños, como una alternativa a las prácticas coercitivas de educación parental. 2) *La investigación en la terapia de conducta familiar e infantil y en el análisis aplicado del comportamiento*, que ha desarrollado muchas estrategias útiles para el cambio de conducta, especialmente la investigación que se centra en cambiar los antecedentes de la conducta problema a través del diseño de ambientes más positivos para los niños (Risley, Clarke y Cataldo, 1976; Sanders, 1992, 1996). 3) *La investigación evolutiva sobre la educación parental en los contextos*

diarios. El programa considera como objetivo las competencias de los niños en contextos cotidianos diarios, apoyándose en el trabajo que localiza los orígenes de la competencia social e intelectual en las tempranas relaciones padres-hijo (por ejemplo, Hart y Risley, 1995). El riesgo que tienen los niños de desarrollar problemas emocionales y conductuales graves se reduce si se enseña a los padres a utilizar las interacciones diarias que ocurren de forma natural para enseñar a los niños el lenguaje, habilidades sociales y competencias evolutivas, y habilidades de solución de problemas en un contexto de apoyo emocional. Se coloca un énfasis especial en utilizar las interacciones iniciadas por el niño como un contexto para el empleo de la enseñanza incidental (Hart y Risley, 1975). Los niños están expuestos a un gran riesgo de resultados evolutivos adversos, incluyendo problemas de comportamiento, si fracasan en adquirir las competencias centrales del lenguaje y el control de los impulsos durante la temprana infancia (Hart y Risley, 1995). 4) *Los modelos de procesamiento de la información social*, que subraya el importante papel de las cogniciones parentales, como las atribuciones, las expectativas y las creencias como factores que contribuyen a la autoeficacia, a la toma de decisiones y a las intenciones conductuales de los padres (por ejemplo, Bandura, 1977, 1995). Las atribuciones de los padres constituyen un objetivo específico de la intervención, animando a éstos a que identifiquen explicaciones sociales interactivas alternativas para el comportamiento de su hijo. 5) *La investigación del campo de la psicopatología del desarrollo*, que ha identificado factores de riesgo y de protección específicos que se encuentran vinculados a resultados evolutivos adversos en los niños (por ejemplo, Grych y Fincham, 1990; Hart y Risley, 1995). De forma específica, los factores de riesgo de las prácticas inadecuadas de control parental, de los conflictos maritales y familiares, y del malestar parental son factores de riesgo considerados como objetivo dentro del programa. Puesto que el desacuerdo de los padres es un factor de riesgo específico para muchas formas de psicopatología infantil y del adolescente, el programa fomenta la colaboración y el trabajo en equipo entre las personas que intervienen en el cuidado de los niños en

desarrollo. La mejora de la comunicación de la pareja constituye un importante vehículo para reducir los conflictos maritales en las cuestiones sobre la educación de los hijos y para disminuir el malestar personal de los padres y los niños en las relaciones conflictivas.

La Triple P también incluye como objetivos del programa las reacciones emocionales perturbadoras de los padres, incluyendo la depresión, la ira, la ansiedad y elevados niveles de estrés, especialmente con el papel de padres (Sanders, Markie-Dadds y Turner, 1999). El malestar puede reducirse por medio del desarrollo de mejores habilidades parentales, que disminuyen los sentimientos de indefensión, depresión y estrés. Los niveles mejorados de la intervención utilizan técnicas cognitivo-conductuales para la evaluación del estado de ánimo, para el cuestionamiento de atribuciones y cogniciones disfuncionales y para la enseñanza de habilidades de afrontamiento específicas a los padres en el caso de situaciones parentales de alto riesgo. 6) *Una perspectiva de salud pública* ante la intervención familiar implica el reconocimiento explícito del papel de un contexto ecológico más amplio para el desarrollo humano (por ejemplo, Biglan, 1995; National Institute of Mental Health, 1998). Como ha señalado Biglan (1995), la disminución del comportamiento antisocial en niños requiere el contexto comunitario para que cambie la educación impartida por los padres. La estrategia promocional y de difusión de la Triple P como parte de un sistema de intervención más amplio intenta cambiar este extenso contexto ecológico de educación parental. Lo lleva a cabo normalizando las experiencias de dicha educación (particularmente el proceso de participar en la educación parental), eliminando la sensación de los padres de aislamiento social, aumentando el apoyo social y emocional por parte de los demás de la comunidad y validando y reconociendo públicamente la importancia y las dificultades que conlleva la educación parental. Incluye también una búsqueda activa de la implicación y el apoyo de la comunidad en el programa por medio de la participación de figuras clave de la misma (por ejemplo, líderes comunitarios, hombres de negocios, organizaciones escolares y voluntarias).

4.1. La importancia de la autorregulación en modelos de competencia parental

El enfoque educativo del fomento de la competencia parental en la Triple P considera al desarrollo de las capacidades de autorregulación de los padres como una habilidad central. Esto implica enseñar habilidades parentales que les permitan convertirse en personas que solucionan problemas de forma independiente. Karoly (1993) define la autorregulación como sigue: «La autorregulación se refiere a aquellos procesos, internos y/o transaccionales, que permiten a un individuo guiar sus actividades, dirigidas hacia un fin, a lo largo del tiempo y a través de las circunstancias (contextos) cambiantes. La regulación implica la modulación del pensamiento, afecto, conducta y atención vía el empleo deliberado o automático de mecanismos específicos y metahabilidades de respaldo. Los procesos de la autorregulación se inician cuando se obstaculiza la actividad rutinaria o cuando la dirección hacia el objetivo se resalta claramente (por ejemplo, la aparición de un desafío, el fracaso de los patrones habituales, etc.)...» (p. 25). Esta definición enfatiza que los procesos autorreguladores se encuentran encajados en un contexto social que no sólo proporciona oportunidades y limitaciones para la autodirección individual, sino que implica un intercambio dinámico recíproco entre los determinantes internos y externos de la motivación humana. Desde una perspectiva terapéutica, la autorregulación es un proceso en el que se enseña a los individuos habilidades para modificar su propia conducta.

Este marco autorregulador está operacionalizado para incluir: 1) *Autosuficiencia*: Dado que un programa de educación parental está limitado en el tiempo, los padres necesitan llegar a ser individuos que solucionen los problemas de forma independiente, de modo que confíen en su propio juicio y sean menos dependientes de los demás para llevar a cabo las responsabilidades básicas de la educación parental; 2) *Autoeficacia parental*: Se refiere a la creencia de los padres de que pueden superar o resolver un problema de educación parental o de manejo del hijo; 3) *Autocontrol*: Las herramientas o habilidades que utilizan los padres para ser más autosuficientes incluyen la autoobservación, la

determinación por ellos mismos de los patrones y objetivos de la actuación, la autoevaluación con respecto a algún criterio de actuación, y la selección por uno mismo de las estrategias de cambio. Puesto que los padres son responsables de la manera en que escogen educar a sus hijos, pueden seleccionar qué aspectos de su propia conducta y de la conducta del niño desean trabajar, establecer objetivos para ellos mismos, elegir técnicas específicas de educación parental y de manejo del hijo que deseen poner en práctica y evaluar ellos mismos el éxito de los objetivos escogidos con respecto a los criterios determinados también por ellos. La Triple P intenta ayudar a los padres a tomar decisiones basadas en la información al incluir el conocimiento y las habilidades provenientes de la investigación contemporánea en prácticas eficaces de la educación de los hijos. Se incorpora un proceso activo de entrenamiento en habilidades en la Triple P con el fin de permitir el modelado y la práctica de las habilidades. Los padres reciben retroalimentación con respecto a su puesta en práctica, en un contexto protector, de las habilidades aprendidas, utilizando un marco de autorregulación (véase Sanders y Dadds, 1993).

4) *Gobierno personal*: Aquí los padres atribuyen, cada vez más, los cambios o mejoras de la situación a sus propios esfuerzos o a los del hijo, en vez de a la suerte, edad, factores de maduración u otros acontecimientos incontrolables (por ejemplo, a los genes o a la mala educación que recibieron los miembros de la pareja). Este resultado se consigue fomentando que los padres identifiquen las causas o explicaciones de la conducta del niño o de su propia conducta.

5. PRINCIPIOS DE LA EDUCACIÓN PARENTAL POSITIVA

Los principios esenciales de la educación parental positiva son cinco y forman la base del programa, abordando factores de riesgo y de protección específicos que ya se conoce que predicen resultados positivos del desarrollo y de la salud mental en niños. Estos principios nucleares se traducen a una serie de habilidades específicas de educación parental, que se describen en la tabla 16.2.

TABLA 16.2

Estrategias del programa de educación parental positiva para fomentar la competencia social en niños

Tipo de estrategia	Descripción	Edad recomendada	Aplicaciones
Pasando tiempo de calidad en compañía de los hijos.	Implica pasar frecuentes períodos de tiempo ininterrumpido (de 30 segundos a 3 minutos) inmersos en la actividad preferida por el niño.	Todas las edades.	Transmite interés y cariño hacia el niño; proporciona oportunidades para que el niño cuente cosas de sí mismo (autorrevelación) y practique las habilidades de conversación.
Fomentar la conducta deseable.	Proporcionar atención positiva contingente después de comportamientos prosociales o de otras conductas apropiadas.	Todas las edades.	Hablar con un tono de voz agradable, jugar de forma cooperadora, compartir, leer, estar de acuerdo.
Dar gran cantidad de afecto físico.	Proporcionar atención positiva contingente después de comportamientos prosociales o de otras conductas apropiadas.	Todas las edades.	Abrazar, tocar, apretar, hacer cosquillas, coger en brazos, besar, hacer mimos.
Conversar con los niños.	Breves conversaciones con los hijos sobre una actividad o interés del niño.	Todas las edades.	Habilidades sociales, conversacionales y de vocabulario.
Utilización del aprendizaje incidental.	Emplear una serie de incitaciones graduadas para responder a las interacciones habladas iniciadas por el niño.	Todas las edades.	Balbucesos del lenguaje, solución de problemas, capacidad cognitiva.
Plantear un buen ejemplo por medio del modelado.	Proporcionar al niño una demostración de la conducta deseable por medio del empleo del modelado parental.	Todas las edades.	Habilidades sociales, habilidades de autoayuda, habilidades de autocontrol.
Fomento de la independencia por medio de «pregunta, dílo, hazlo».	Utilización de incitaciones verbales, gestuales y manuales para enseñar a los niños habilidades de cuidado de ellos mismos.	De 3 a 12 años.	Habilidades del cuidado de sí mismo (limpiarse los dientes, hacer la cama, ordenar las cosas).
Proporcionar actividades para que los niños se impliquen en ellas.	Implica arreglar el ambiente social y físico del niño con personas, objetos, materiales y juguetes apropiados a la edad.	Todas las edades.	Juegos de mesa, papel, pinturas, lápices, cintas de audio, libros, juguetes de construcción, balones, etc.

TABLA 16.2 (continuación)

Estrategias del programa de educación parental positiva para disminuir o reducir el comportamiento problema

Tipo de estrategia	Descripción	Edad recomendada	Aplicaciones
Establecer reglas básicas claras.	Negociar por adelantado un conjunto de reglas justas, específicas y aceptables que se apliquen en situaciones concretas.	De 3 a 12 años.	Ver la televisión, salir de compras, visitar familiares, salir en coche.
Discusión dirigida.	Identificar la conducta problema, identificar una alternativa y ensayar la conducta correcta, contingente a la situación en que se rompen las reglas.	De 3 a 12 años.	Dejar la mochila escolar en el suelo de la cocina, dejar la mesa desordenada, pasear por la casa con las botas llenas de barro.
Gráficos de buena conducta.	Proporcionar atención social y recompensas contingentes con la realización de la conducta deseada (o la ausencia de conducta indeseada).	De 2 a 12 años.	Hacer las tareas para casa, no decir tacos, ni mentir, ni robar, ni tener pataletas, jugar de forma cooperadora, hablar tranquilamente cuando se piden cosas.
Dar instrucciones claras y con tranquilidad.	Una instrucción clara, específica al niño para que realice una conducta específica, lleve a cabo alguna tarea o actividad o termine con el comportamiento incorrecto.	De 2 a 12 años.	Tareas cotidianas, juego peligroso.
Consecuencias lógicas.	Proporcionar una consecuencia específica que implique, bien la retirada de una actividad al niño o bien la retirada del niño de una actividad.	De 2 a 12 años.	Dejar la bicicleta en medio de la calle, juguetes en medio del pasillo, pelearse por ver programas de televisión.
Tiempo de calma.	Implica colocar a un niño en una silla en el mismo ambiente que otros miembros de la familia durante un período de tiempo específico de forma contingente a una conducta problema.	De 18 meses a 10 años.	Chillar, explosión de genio, lloriquear, exigir, golpear, desobediencia.
Tiempo fuera.	Colocar a un niño en un área que esté apartada de los otros miembros de la familia durante un período de tiempo específico de forma contingente a una conducta problema.	De 2 a 10 años.	Comportamiento agresivo, pataletas graves.
Ignorar de manera planificada.	Retirada de la atención mientras continúen problemas pequeños de conducta.	De 1 a 7 años.	Contestar, protestar después de una consecuencia, llorar y gritar.
Actividades planificadas.	Proporcionar actividades que les tengan ocupados en situaciones específicas de alto riesgo.	Todas las edades.	Situaciones conflictivas fuera de casa (por ejemplo, ir de compras, ir de visitas, viajar en un coche, en un autobús, en un tren).

Asegurando un ambiente seguro y comprometido

Los niños de todas las edades necesitan un ambiente seguro, supervisado y, por consiguiente, protector, que les ofrezca oportunidades para explorar, experimentar y jugar. Este principio es esencial para fomentar un desarrollo saludable y para prevenir accidentes y lesiones en la casa. Es relevante también para niños mayores y adolescentes que necesitan una supervisión y vigilancia adecuadas en un contexto apropiado de desarrollo (Dishion y McMahon, 1998; Forehand, Miller, Dutra y Watts Chance, 1997). La Triple P se apoya en el trabajo de Risley y sus colaboradores que han descrito cómo el diseño de ambientes puede fomentar el desarrollo de habilidades y la implicación de personas dependientes desde la infancia hasta la vejez (Risley, Clark y Cataldo, 1976).

La creación de un ambiente positivo de aprendizaje

Esto implica educar a los padres en su papel como primeros profesores de su hijo. El programa enseña específicamente cómo los padres pueden responder de forma positiva y constructiva a las interacciones iniciadas por el niño (por ejemplo, peticiones de ayuda, información, consejo, atención) a través de la enseñanza incidental con el fin de ayudar a los niños a aprender a solucionar los problemas por ellos mismos. La enseñanza incidental implica que los padres sean receptivos ante la interacciones iniciadas por el hijo cuando los niños intentan comunicarse con sus padres. El procedimiento ha sido utilizado ampliamente en la enseñanza del lenguaje, de las habilidades sociales y de la solución de problemas sociales (por ejemplo, Hart y Risley, 1975, 1995). Una técnica relacionada, conocida como «Pregunta, Di, Haz», implica enseñar a los padres a descomponer habilidades complejas en pasos discretos y enseñar a los niños la habilidad de forma secuencial (hacia delante) por medio del uso de series graduadas de instigaciones (*prompts*) desde la menos a la más invasiva.

La utilización de la disciplina asertiva

Se enseñan estrategias específicas de manejo del niño que son alternativas a las prácticas disciplinarias ineficaces y coercitivas (como gritar, amenazar o utilizar el castigo físico). Se muestra a los padres una serie de procedimientos de cambio de conducta que constituyen una alternativa a la disciplina coercitiva, incluyendo: selección de reglas básicas para situaciones específicas; discusión de las reglas con los niños; hacer peticiones y dar instrucciones claras, de forma tranquila y que sean apropiadas a la edad; consecuencias lógicas; tiempo de tranquilidad (sin contar el tiempo fuera); tiempo fuera; y planificación del «no hacer caso». Se enseña a los padres a que utilicen estas habilidades en casa, así como en lugares públicos (por ejemplo, prepararse para salir, tener visitas e ir de compras), con el fin de fomentar la generalización de las habilidades de educación parental a situaciones distintas que las requieran (véase Sanders y Dadds, 1993, para detalles más concretos).

Tener expectativas realistas

Este elemento implica explorar con los padres sus expectativas, suposiciones y creencias sobre las causas del comportamiento infantil y elegir objetivos que sean evolutivamente apropiados para el niño y realistas para los padres. Hay evidencias que indican que es más probable que los padres que poseen factores de riesgo para abusar de sus hijos tengan expectativas poco realistas de las capacidades de los niños (Azar y Rohrbeck, 1986). Se enseñan expectativas evolutivamente apropiadas en el contexto de las expectativas específicas de los padres relativas a las conductas problemáticas y prosociales, en vez de hacerlo por medio del enfoque de edades y etapas más tradicional para enseñar aspectos del desarrollo infantil.

Cuidándose uno mismo como padre/madre

La educación parental se encuentra afectada por una serie de factores que tienen su impacto sobre la autoestima y la sensación de bienestar de los padres.

Todos los niveles de la Triple P abordan de forma específica este tema, animando a los padres a que consideren la educación parental como parte de un contexto más amplio de autocuidado, repertorio de recursos y bienestar personal, y enseñándoles habilidades prácticas de educación parental que ambos padres sean capaces de llevar a cabo. En niveles de intervención más intensa (nivel 5), se enseña también a las parejas habilidades eficaces de comunicación marital y se les anima a que exploren cómo su propio estado emocional afecta a su papel de padres y, en consecuencia, al comportamiento de su hijo. Los padres desarrollan estrategias específicas de afrontamiento para manejar emociones difíciles, incluyendo la depresión, la ira, la ansiedad y los elevados niveles de estrés parental en momentos de alto riesgo para sufrir de estrés.

6. CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS DE LA TRIPLE P

Hay otras características distintivas de la Triple P, como intervención familiar, que se describen seguidamente:

Principio de la suficiencia del programa

Este concepto se refiere a la idea de que los padres se diferencian en la potencia de la intervención que pueden requerir para permitirles manejar un problema de forma independiente. La Triple P intenta proporcionar el nivel suficiente mínimo de apoyo que los padres necesitan. Por ejemplo, los padres que buscan consejo sobre un tema específico (por ejemplo, patallas) reciben consejo conductual específico, claro y de alta calidad, en la forma de un boletín de educación parental sobre cómo manejar o prevenir un problema específico. Para esos padres, los niveles 1 o 2 de la Triple P constituyen una intervención suficiente.

Adaptación flexible a los factores identificados de riesgo y de protección

El programa permite a los padres recibir apoyo en la forma del menor coste/beneficio posible. Dentro

de este contexto, se ha desarrollado una serie de diferentes programas de distinta intensidad. Por ejemplo, el nivel 5 proporciona intervención para factores de riesgo familiares adicionales, como problemas maritales, perturbaciones del estado de ánimo y elevados niveles de estrés.

Modalidades variadas de presentación

Varios de los niveles de intervención en la Triple P pueden ofrecerse en una variedad de formatos, incluyendo programas individuales, de grupo, con atención telefónica, dirigido por uno mismo o una combinación de ellos. Esta flexibilidad permite que los padres participen de un modo que encaje en sus circunstancias individuales y facilita la participación de familias que viven en áreas rurales o alejadas y que normalmente tienen menos acceso a los servicios profesionales.

Amplio alcance potencial

La Triple P está diseñada para ser llevada a cabo como un sistema integrado completo a nivel de la población. Sin embargo, la naturaleza multinivel del programa permite que distintas combinaciones de los niveles de intervención y de las modalidades dentro de esos niveles sean utilizadas como estrategias de prevención flexibles, globales, específicas o selectivas, dependiendo de las prioridades locales y de las limitaciones de los profesionales o del presupuesto. Algunas comunidades que emplean la Triple P utilizarán el sistema multinivel completo, mientras que otras pueden centrarse en conseguir que se aplique el nivel 4 en formato grupal a nivel de la población, mientras buscan apoyo financiero para los otros niveles de intervención.

Un enfoque multidisciplinar

Muchos grupos diferentes de profesionales proporcionan consejo y asesoramiento a los padres. La Triple P se desarrolló como un recurso profesional que puede ser utilizado por toda una serie de profesionales. Éstos incluyen a las enfermeras, los médicos de cabecera, los pediatras, los profesores, los

trabajadores sociales, los psicólogos, los psiquiatras y los policías, por citar unos pocos. A nivel de la comunidad, se desaconsejan los límites profesionales rígidos y se coloca el énfasis en proporcionar entrenamiento y apoyo a una serie de profesionales con el fin de que sean más eficaces en sus habilidades de consulta hacia los padres.

7. NIVELES DE INTERVENCIÓN

7.1. Nivel 1: La Triple P general (Estrategia promocional y de difusión)

Una estrategia de prevención general tiene como objetivo la población entera (a nivel nacional, local, de comunidad, de barrio o de la escuela), con un programa dirigido a la prevención de la educación parental inadecuada o disfuncional. Varios autores han señalado que los medios de comunicación han sido infrutilizados por los investigadores de la intervención familiar (por ejemplo, Biglan, 1992). Las evidencias provenientes del campo de la salud mental muestran que las estrategias que emplean los medios de comunicación pueden ser eficaces para aumentar el conocimiento de la comunidad sobre temas de salud y su utilización ha sido decisiva a la hora de modificar conductas potencialmente nocivas, como fumar, falta de ejercicio o alimentación inadecuada (Biglan, 1995; Sorensen, Emmons, Hunt y Johnston, 1998).

La Triple P general intenta utilizar estrategias de promoción de la salud y de *marketing* social para: 1) fomentar el uso de prácticas positivas de educación parental en la comunidad; 2) aumentar la receptividad de los padres ante su participación en el programa; 3) incrementar las actitudes de la comunidad favorables al programa y a la educación parental en general; 4) desestigmatizar y normalizar el proceso de búsqueda de ayuda para niños con problemas de comportamiento; 5) aumentar la visibilidad y el alcance del programa, y 6) contrarrestar los mensajes alarmistas, sensacionalistas o que culpan a los padres en los medios de comunicación.

Un profesional coordina la campaña promocional de la Triple P. Los coordinadores del programa

utilizan un paquete de recursos de medios de comunicación que actualmente se componen de los siguientes elementos: 1) Un anuncio comercial de 30 segundos en la televisión promoviendo la difusión del programa como anuncio de un servicio a la comunidad (ASC). 2) Un anuncio comercial de 30 segundos en la radio difundiendo el programa. 3) Una serie de mensajes de audio de 40 y 60 segundos sobre la educación parental positiva. 4) Cincuenta y dos columnas en el periódico sobre la Triple P abordando temas frecuentes de la educación parental que sean de interés general para los padres. 5) Recursos informativos bajo el formato de boletines sobre la educación parental positiva y una serie de vídeos para los padres describiendo cómo aplicar el manejo del comportamiento a problemas conductuales y evolutivos frecuentes. 6) Materiales impresos de publicidad (pósters, folletos, tarjetas de visita, tazas de café, camisetas sobre la educación parental positiva, imanes para colocar en el frigorífico). 7) Una serie de publicaciones y de cartas a los directores de televisiones locales, radios, periódicos y líderes de la comunidad pidiendo su apoyo e implicación en el programa. 8) Una guía del coordinador del programa para el empleo del paquete de medios de comunicación.

Para ilustrar este enfoque, se describe seguidamente una campaña en los medios de comunicación sobre la educación parental basada en una serie de televisión («Familias») que se presentó en un canal comercial de televisión en Nueva Zelanda. El elemento central de esta campaña fueron 13 episodios de 30 minutos cada uno con un estilo educativo/divertido². Este programa se denominaba «Familias» y se emitía en la franja de máxima audiencia las tardes de los miércoles en el canal comercial de televisión TV3 en los meses de octubre a diciembre de 1995. El programa fue financiado por *New Zealand on Air* y por donaciones privadas (la Fundación Tindall).

Se utilizó un estilo educativo/divertido para asegurarse el mayor alcance posible de la Triple P. Este tipo de programas son muy populares en Australia y

² El autor del capítulo utiliza la palabra *infotainment* que se refiere a un programa de televisión, película, libro, etc., que es tanto educativo como divertido.

Nueva Zelanda y según datos de audiencia, atraen frecuentemente de un 20 a un 35 por 100 de los espectadores (Neilson, 1998). La serie empleó un formato divertido para proporcionar información y consejos prácticos a los padres sobre cómo manejar una amplia variedad de problemas conductuales y de desarrollo frecuentes en los niños (por ejemplo, problemas de sueño, pataletas, lloriqueo, agresión) y otros temas de la educación parental. Un segmento de 5 a 7 minutos de la Triple P cada semana permitía a los padres completar el programa de 13 sesiones de la Triple P en su propia casa por medio de la televisión. Se utilizó también una estrategia promocional utilizando los medios de comunicación impresos y la radio para incitar a los padres a que observasen el programa de televisión y enseñarles a contactar con la línea de información telefónica de la Triple P para conseguir más información sobre la educación parental. Se encontraban también disponibles folletos sobre el programa «Familias», que estaban diseñados específicamente como boletines de educación parental y que se podían conseguir escribiendo al Centro de la Triple P o llamando a la línea de información de la Triple P.

Una campaña en los medios de comunicación planificada cuidadosamente tiene el potencial de llegar a una gran parte de la población y de movilizar el apoyo de la comunidad a la iniciativa. Por tanto, es importante comprometer a personas o grupos clave de la comunidad antes de que la difusión del programa comience a movilizar el apoyo de la misma. El grupo objetivo principal de la campaña son los padres y las personas que cuidan a los niños, quienes pueden beneficiarse de los consejos sobre educación parental. Sin embargo, los mensajes de los medios de comunicación también los ven y oyen profesionales, políticos, sus asesores y diferentes niveles del gobierno, organizaciones voluntarias y miembros del público que aún no son padres. Estos grupos pueden ser capaces de apoyar otros niveles del programa al enviar padres al mismo, facilitar la financiación económica o las donaciones directas.

Para algunas familias, será la única participación que tengan en el programa. Por tanto, para tener seguridad de que los mensajes son temáticamente consistentes y culturalmente apropiados, es esencial

el diseño de la campaña de los medios de comunicación. Este nivel de intervención podría ser especialmente útil para padres que tienen suficientes recursos personales (motivación, alfabetización, compromiso, tiempo y apoyo) para llevar a cabo las estrategias sugeridas, sin más respaldo adicional que los boletines de educación parental sobre el tema. Sin embargo, es poco probable que una estrategia de medios de comunicación sea eficaz por sí misma si los padres tienen un hijo con un grave trastorno de comportamiento o si uno de los padres está deprimido, tiene problemas maritales o padece alguna psicopatología importante. En estos casos, es necesaria una forma de intervención más intensa.

7.2. Nivel 2: La Triple P selectiva

Los programas de prevención selectiva se refieren a estrategias que tienen como objetivo subgrupos específicos de la población general que, según se cree, corren más riesgos que los demás para desarrollar un problema. El objetivo consiste en impedir el inicio de problemas conductuales importantes. El estatus de riesgo individual de los padres no se evalúa específicamente por adelantado, pero como esos padres pertenecen a un subgrupo que normalmente se cree que corre riesgo, entonces se considera un objetivo (por ejemplo, todos los padres de niños que empiezan a andar). El nivel 2 es una intervención selectiva ofrecida a través de los servicios de atención primaria. Estos son servicios y programas que normalmente tienen un amplio alcance debido a que un porcentaje significativo de padres lleva a sus niños allí y son, por consiguiente, más fácilmente accesibles para los padres que los servicios de salud mental tradicionales. Pueden incluir servicios de salud infantil y maternal y también médicos generales y de familia, centros de día, guarderías y escuelas. Estos servicios se encuentran bien preparados para proporcionar programas breves de educación parental con una orientación preventiva, ya que los padres consideran a los profesionales de la atención primaria como fuentes creíbles de información sobre los niños y no están relacionados con el estigma a menudo asociado a la búsqueda de servicios espe-

cializados de salud mental. Por ejemplo, los padres piden, a menudo, a los médicos generales consejos sobre el comportamiento de sus hijos. Los médicos de familia constituyen la más probable fuente de asistencia profesional buscada por los padres de niños con problemas conductuales y emocionales y los padres los ven como fuentes creíbles de consejo para una amplia variedad de conductas con riesgo para la salud (Sanders y Markie-Dadds, 1997).

Sin embargo, los individuos que proporcionan atención primaria no están normalmente bien entrenados en facilitar consejos para el manejo del comportamiento, por lo que es esencial un entrenamiento adecuado. El programa de entrenamiento profesional de la Triple P para los médicos generales, las enfermeras infantiles y otros suministradores de cuidados primarios está diseñado para mejorar la detección y el control tempranos de los problemas de conducta infantiles, y para desarrollar lazos más estrechos con profesionales de la salud mental insertos en la comunidad y en otros servicios especializados de la familia, incluyendo los mecanismos adecuados de envío para tratamiento.

La Triple P selectiva se compone de una sola sesión, normalmente unos 20 minutos de consulta, para padres con preocupaciones específicas sobre el comportamiento o el desarrollo de su hijo. Se utiliza una serie de boletines de educación parental para proporcionar información básica a los padres sobre la prevención y el manejo de problemas comunes en cada uno de los cuatro grupos de edad (bebés: Markie-Dadds, Turner y Sanders, 1998; niños que comienzan a andar: Turner, Markie-Dadds y Sanders, 1996; preescolares: Turner, Sanders y Markie-Dadds, 1996; niños en edad de escuela primaria: Sanders, Turner y Markie-Dadds, 1996). Cuatro programas en cinta de vídeo complementan a los boletines para su uso en consultas breves de atención primaria. Todos los materiales están escritos en un inglés sencillo y han sido revisados para asegurarse que el contenido es comprensible en un nivel de lectura de 6.º grado, es sensible a las diferencias de género y evita el lenguaje técnico y las expresiones coloquiales que podrían constituir barreras para padres de orígenes de habla no ingle-

sa. Cada boletín sugiere formas prácticas y eficaces de prevenir o resolver problemas frecuentes de control y desarrollo infantil. La información se proporciona bajo un formato de consulta breve (hasta 30 minutos), que aclara el problema presentado, explica los materiales y los adapta a las necesidades de la familia. Se invita a las familias a que vuelvan para más ayuda si tienen problemas.

El nivel de intervención se diseña para manejar conductas problema específicas del niño que no se encuentran complicadas por otras importantes dificultades del control de la conducta o por una disfunción familiar. Con las intervenciones del nivel 2, el énfasis se coloca en el manejo de comportamientos infantiles específicos en vez de en el desarrollo de una amplia variedad de habilidades de manejo del niño. Los indicadores clave para una intervención en el nivel 2 incluyen: 1) los padres están buscando información, por lo que el contexto motivacional es bueno; 2) la conducta problema es relativamente específica; 3) la conducta problema es de una gravedad de leve a moderada; 4) la conducta problema tiene un inicio reciente; 5) los padres y/o el niño no padecen psicopatología importante; 6) la situación familiar es razonablemente estable; 7) la familia ha terminado con éxito otros niveles de intervención y vuelve para una sesión de apoyo.

7.3. Nivel 3: La Triple P de atención primaria

Ésta es otra estrategia selectiva de prevención más intensa, que tiene como objetivo a los padres que tienen preocupaciones leves y relativamente específicas sobre el comportamiento o desarrollo de su hijo (por ejemplo, entrenamiento en el control de esfínteres, pataletas, perturbaciones del sueño). El nivel 3 es una estrategia de base informativa compuesta por cuatro sesiones de 20 minutos de información que incorpora el entrenamiento en habilidades activas y el empleo selectivo de boletines de educación parental que cubren los problemas comportamentales y de desarrollo comunes a los niños preadolescentes. Se basa también en estrategias de mejora de la generalización para enseñar a los

padres cómo aplicar el conocimiento y las habilidades conseguidos a los comportamientos no incluidos en el entrenamiento y a otros hermanos

La primera sesión clarifica la historia y la naturaleza del problema presentado (por medio de la entrevista y de la observación directa), negocia los objetivos de la intervención y establece un sistema de registro de línea base para anotar la ocurrencia de las conductas problema. La sesión 2 revisa el problema inicial para determinar si todavía sigue ocurriendo, discute los resultados del registro de línea base, incluyendo las percepciones de los padres sobre el comportamiento del niño, comparte conclusiones con los padres sobre la naturaleza del problema (por ejemplo, la formulación diagnóstica) y su posible etiología, y negocia un plan de educación parental (utilizando un boletín o diseñando una rutina de actividades planificadas). Este plan puede implicar la introducción de estrategias específicas de educación parental positivas por medio de la discusión, el modelado o la presentación de segmentos del vídeo *Guía para la supervivencia de los padres* (*Every Parent's Survival Guide*). Esta sesión incluye también la identificación y superación de cualquier obstáculo que se presente para la puesta en práctica de la nueva rutina, desarrollando un plan de afrontamiento personal con cada padre. Entonces, los padres llevan a cabo el programa. La sesión 3 implica el registro del progreso de la familia y la discusión de cualquier problema, pudiendo incluir también la introducción de estrategias de educación parental adicionales. La intención es refinar la puesta en práctica de la rutina por los padres y darles ánimos por sus esfuerzos. La sesión 4 incluye una revisión del progreso, la discusión de las dificultades que los padres pudieran estar teniendo, retroalimentación positiva y ánimo, y la finalización del contacto. Si no se logran resultados positivos después de varias semanas, se puede remitir a la familia a un nivel superior de intervención.

Lo mismo que sucede con el nivel 2, el presente nivel de intervención es apropiado para el manejo de comportamientos problema infantiles circunscritos, que no se encuentran complicados por otros problemas importantes de control de la conducta o por disfunciones familiares. La diferencia clave es

que el proporcionar consejos e información sólo está respaldado por el entrenamiento en habilidades activas en el caso de aquellos padres que las necesitan para llevar a cabo las estrategias de educación parental recomendadas. Normalmente, los niños no satisfarán todos los criterios diagnósticos para un trastorno clínico, como el trastorno desafiante por oposición, el trastorno disocial o el THDA, pero pueden darse niveles subclínicos importantes de la conducta problema.

7.4. Nivel 4: La Triple P estándar / La Triple P en grupo / La Triple P asistida por teléfono y dirigida por uno mismo (entrenamiento intensivo en habilidades parentales)

Este tipo de intervención preventiva tiene como objetivo el riesgo elevado en individuos identificados como poseedores de problemas detectables, pero que no cumplen todavía los criterios diagnósticos para un trastorno del comportamiento. Debe indicarse que este nivel de intervención puede tener como objetivo niños individuales con riesgo o una población entera para identificar niños individuales con riesgo. Por ejemplo, se puede ofrecer una versión en grupo del programa para todo el mundo en áreas de bajo nivel económico, con el objetivo de identificar y comprometer a los padres de niños con comportamiento agresivo y perturbador grave. Se enseña a los padres una serie de habilidades para el manejo del niño, incluyendo el dar atención contingente breve después de un comportamiento deseable, cómo arreglar actividades que les impliquen en situaciones de alto riesgo, cómo utilizar instrucciones claras en un estilo tranquilo, las consecuencias lógicas para la conducta inadecuada, planificar el no prestar atención, reservar un tiempo de tranquilidad y el tiempo fuera. Se entrena a los padres a aplicar estas habilidades tanto en casa como en la comunidad. Se emplean estrategias específicas, como el entrenamiento en actividades planificadas, para fomentar la generalización y el mantenimiento de las habilidades de educación parental a través de distintas situaciones y a lo largo del tiempo (Sanders y

Dadds, 1982). Al igual que en el nivel 3, el presente nivel de intervención combina el proporcionar información junto con el entrenamiento en habilidades activas y el apoyo. Sin embargo, enseña a los padres a aplicar habilidades de educación parental a un amplio rango de comportamientos objetivo tanto en la casa como en lugares públicos con el niño problema y los hermanos. Existen varios formatos diferentes disponibles en este nivel de intervención.

La Triple P estándar

Este programa de diez sesiones incluye discusiones sobre las causas de los problemas de conducta en los niños, estrategias para fomentar el desarrollo de los niños y procedimientos para manejar la conducta inadecuada. Los métodos de entrenamiento en habilidades activas incluyen el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación y las tareas para casa. Se pueden utilizar partes del vídeo *Guía para la supervivencia de los padres* con el fin de demostrar las habilidades de educación parental positivas. Se incorporan varias estrategias para el incremento de la generalización (por ejemplo, entrenamiento con suficientes ejemplos, variación de las condiciones del estímulo para el entrenamiento) con el fin de transferir las habilidades parentales a través de diferentes lugares, hermanos y tiempo. Se llevan a cabo también sesiones de visita a la casa o de observación clínica, en las que los objetivos seleccionados por los padres se ponen en práctica, se observa a éstos interactuando con su hijo y llevando a cabo las habilidades de educación parental y recibiendo consecuentemente retroalimentación del profesional. Sesiones clínicas posteriores incluyen cómo identificar situaciones de educación parental de alto riesgo y desarrollar rutinas de actividades planificadas. Finalmente, se abordan temas relativos al mantenimiento y a las recaídas. Las sesiones duran hasta 90 minutos cada una (con la excepción de las visitas a la casa, que deberán durar de 40 a 60 minutos cada una).

La Triple P en grupo

La Triple P en grupo consiste en un programa de ocho sesiones llevado a cabo, de forma ideal, en

grupos de diez a doce padres. Utiliza un proceso de entrenamiento en habilidades activas para ayudar a los padres a adquirir nuevos conocimientos y habilidades. El programa se compone de cuatro sesiones grupales de dos horas, que proporcionan oportunidades para que los padres aprendan, por medio de la observación, la discusión, la práctica y la retroalimentación. Se utiliza parte del vídeo *Guía para la supervivencia de los padres* con el fin de demostrar habilidades de educación parental positivas. Estas habilidades se practican en pequeños grupos. Los padres reciben retroalimentación constructiva sobre el uso de las habilidades bajo un contexto de apoyo emocional. Entre sesiones, los padres completan tareas para casa con el fin de consolidar el aprendizaje conseguido en las sesiones de grupo. Después de las sesiones de grupo, cuatro sesiones de seguimiento por teléfono de 15 a 30 minutos proporcionan apoyo adicional a los padres mientras ponen en práctica lo que han aprendido en las sesiones de grupo. Aunque la realización del programa en formato grupal puede conllevar que los padres reciban menos atención individual, se dan diferentes beneficios para éstos cuando participan en grupo. Dichos beneficios incluyen apoyo, amistad y retroalimentación constructiva proveniente de otros padres, así como oportunidades para que los padres normalicen su experiencia como tales por medio de las interacciones con sus iguales.

La Triple P autodirigida

En este modo de presentación autodirigida, se proporciona información detallada en un libro sobre educación parental, *El libro de autoayuda de los padres* (*Every Parent's Self-Help Workbook*, Markie-Dadds, Sanders y Turner, 1999), que describe un programa de autoayuda de diez semanas para los padres. Cada sesión semanal contiene una serie de lecturas y tareas para casa que los padres tienen que completar. Este formato se diseñó originalmente como grupo control de sólo información para los ensayos clínicos. Sin embargo, informes positivos provenientes de familias han demostrado que este programa es una poderosa intervención por sí mismo (Markie-Dadds y Sanders, en preparación).

Algunos padres necesitan y buscan más apoyo para manejar a sus hijos que el tener simplemente acceso a la información. Por tanto, el programa de autoayuda puede ser incrementado por consultas telefónicas de 15 a 30 minutos. Este modelo de consulta intenta proporcionar un apoyo breve a los padres, como medio de mantenerlos concentrados y motivados mientras trabajan en el programa y les ayuda a la hora de adaptar éste a las necesidades específicas de la familia. En vez de introducir nuevas estrategias, estas consultas dirigen a los padres a aquellas secciones del material escrito que pueden ser apropiadas a su situación actual.

El nivel 4 de intervención está indicado si: 1) el niño tiene múltiples problemas de conducta en diferentes situaciones; 2) existe un déficit claro en las habilidades de educación parental; 3) el formato de intervención estándar es apropiado para familias de niños con problemas de conducta perturbadora o de oposición de moderados a graves, donde los padres desean tener atención individual y pueden comprometerse a asistir a un programa de diez sesiones. La Triple P en grupo es apropiada como estrategia preventiva de apoyo parental general (disponible para todos los padres) o selectiva (disponible para grupos seleccionados de padres); sin embargo, es especialmente útil como una estrategia temprana de intervención para padres de niños con problemas actuales de comportamiento. La Triple P autodirigida es ideal para familias en las que el acceso a los servicios clínicos es difícil (por ejemplo, familias en áreas rurales o alejadas). Es más probable que tenga éxito con familias que se encuentren motivadas a trabajar en el programa ellas solas y donde no estén presentes problemas de analfabetismo o de lenguaje. Posibles obstáculos a considerar incluyen importantes dificultades de la familia y la presencia de psicopatología en los padres o en el niño. En estos casos, puede empezarse una intervención del nivel 4, pero con una vigilancia cuidadosa del progreso de la familia. Además, podría ser necesaria una intervención del nivel 5 después del nivel 4 y, en algunos casos, incluso es conveniente introducir al mismo tiempo componentes del nivel 5.

7.5. Nivel 5: La Triple P mejorada (intervención familiar)

Este nivel de intervención está indicado para familias con factores de riesgo adicionales que no hayan cambiado como resultado de la participación en un nivel inferior de intervención. Extiende el centro de intervención para incluir la comunicación marital, el manejo del estado de ánimo y habilidades de afrontamiento del estrés para padres. Normalmente, en este nivel de intervención los niños tienen problemas de comportamiento bastante graves y dichos problemas se complican aún más por situaciones familiares difíciles.

Después de la participación en un programa del nivel 4, las familias que piden o se consideran que necesitan más atención, se las invita a participar en este programa adaptado a las necesidades propias de la familia (la Triple P mejorada). La primera sesión es de revisión y retroalimentación, en la que se repasa el progreso de los padres, se plantean objetivos y se negocia un plan de tratamiento. Entonces, se puede ofrecer a las familias, unitariamente o en combinación, tres módulos mejorados de terapia individual: *Visitas a la casa*, *Habilidades de afrontamiento* y *Apoyo a la pareja*. Cada módulo se lleva a cabo, idealmente, en un máximo de tres sesiones que duran hasta 90 minutos cada una (con la excepción de las visitas a la casa, que tienen una duración de 40 a 60 minutos). Dentro de cada módulo adicional, los componentes a abordar con cada familia están determinados sobre la base del juicio clínico y las necesidades identificadas por la familia (por ejemplo, ciertos ejercicios pueden omitirse si los padres han demostrado competencia en el área objetivo). Todas las sesiones emplean un proceso de entrenamiento de habilidades activas para ayudar a los padres a adquirir nuevos conocimientos y habilidades. Los padres se implican de forma activa en el programa, con oportunidades para aprender por medio de la observación, la discusión, la práctica y la retroalimentación. Los padres reciben retroalimentación constructiva sobre el empleo de las habilidades en un contexto de apoyo emocional. Entre sesiones, los padres completan las tareas para casa para consolidar su aprendizaje.

Después de la terminación de los módulos adaptados individualmente, se lleva a cabo una sesión final que intenta fomentar el mantenimiento de las ganancias del tratamiento mejorando las habilidades de autocontrol de los padres y disminuyendo así su dependencia del clínico.

El primer módulo, *Visitas a la casa*, se compone de hasta tres sesiones llevadas a cabo en la casa de la familia. Tres sesiones dan a los padres oportunidades para practicar y recibir retroalimentación personalizada sobre la aplicación de las estrategias de educación parental positivas introducidas en el nivel 4 de la Triple P. Este proceso permite a los padres y al clínico trabajar juntos para identificar y superar los obstáculos y refinar la puesta en práctica, por parte de los padres, de estas estrategias. Dichas sesiones están, en gran medida, autodirigidas, estableciendo los padres sus propios objetivos, evaluando su propia actuación y colocando sus propias tareas para casa.

El segundo módulo, *Habilidades de afrontamiento*, está diseñado para padres que experimentan dificultades de adaptación personal, interfiriendo con su capacidad de educación parental. Estas dificultades pueden incluir depresión, ansiedad, ira o estrés. El módulo se compone de hasta tres sesiones que ayudan a los padres a identificar patrones de pensamiento disfuncional y presenta a los padres habilidades de afrontamiento personal, como la relajación, las verbalizaciones de afrontamiento basadas en el entrenamiento en inoculación de estrés (Meichenbaum, 1974), el cuestionamiento de pensamientos no adaptativos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) y el desarrollo de planes de afrontamiento.

El tercer módulo, *Apoyo a la pareja* (Dadds, Schwartz y Sanders, 1987), está elaborado para familias en las que los dos padres tienen problemas de comunicación o de adaptación a la relación. El módulo se compone de hasta tres sesiones, que presentan a los padres una serie de habilidades para mejorar su trabajo en equipo como pareja en la educación parental. Ayuda a la pareja a mejorar su comunicación, aumenta la consistencia en el empleo de estrategias de educación parental positivas y proporciona apoyo a los esfuerzos de educa-

ción parental de cada miembro de la pareja. Se puede enseñar a los padres formas positivas de hablar-se y escucharse mutuamente, a compartir información y mantenerse al día en las cuestiones familiares, a apoyarse mutuamente cuando se dan los problemas y a solucionar éstos.

Actualmente se están desarrollando y comprobando varios módulos adicionales del nivel 5. Aquí se incluyen módulos específicos para reentrenar las atribuciones disfuncionales, mejorar la seguridad de la casa, modificar las perturbaciones en las relaciones de apego y proporcionar estrategias para disminuir la carga de los padres que tienen que cuidar a niños con discapacidades. Cuando se terminen estos módulos adicionales, se tendrá una amplia variedad de recursos adicionales para los profesionales, permitiéndoles la adaptación a los factores de riesgo específicos que requieren intervención adicional.

Este nivel de la Triple P está diseñado como una estrategia de prevención. Se dirige a familias que sigan experimentando dificultades continuas con la conducta del hijo después de haber terminado el nivel 4 de la Triple P o que puedan tener factores adversos familiares adicionales, como problemas en la adaptación entre los miembros de la pareja y dificultades de apoyo a la pareja que no se resuelven durante las intervenciones del nivel 4.

8. LAS BASES EMPÍRICAS DEL PROGRAMA

Se han realizado recientemente varias revisiones amplias que han arrojado información sobre la eficacia de la Intervención Familiar Conductual (IFC) como un enfoque para ayudar a los niños y sus familias (Lochman, 1990; McMahon, 2000; Sanders, 1996, 1998; Taylor y Biglan, 1998). Existen claras evidencias de que la IFC puede beneficiar a los niños con trastornos de la conducta perturbadora, especialmente niños con trastorno desafiante por oposición (TDO), y a sus padres (Forehand y Long, 1988; Webster-Stratton, 1994). La IFC puede también aplicarse con éxito a muchos otros problemas y trastornos clínicos, incluyendo el trastorno por hiperactividad con déficit de atención (Barkley, Guevremont,

Anastopoulos y Fletcher, 1992), problemas de alimentación persistentes (Turner, Sanders y Wall, 1994), síndromes de dolor (Sanders, Shepherd, Cleghorn y Woolford, 1994), trastornos de ansiedad (Barrett, Dadds y Rapee, 1996), autismo y discapacidades evolutivas (Schreibman, Kaneko y Koegel, 1991), problemas de rendimiento, trastornos de los hábitos y problemas cotidianos de niños normales (véase Sanders, 1996; Taylor y Biglan, 1998, para revisiones de esta literatura). Los estudios sobre los resultados del tratamiento a menudo informan de grandes tamaños del efecto (Serketich y Dumas, 1996), con un buen mantenimiento de las ganancias del tratamiento (Forehand y Long, 1988). Se ha demostrado que los efectos del tratamiento se generalizan a la escuela (McNeil, Eyberg, Eisenstadt, Necomb y Funderbunk, 1991) y a otros lugares de la comunidad (Sanders y Glynn, 1981). Los padres que participan en estos programas son, generalmente, consumidores satisfechos (Webster-Stratton, 1989).

Desarrollo de la intervención básica

La investigación de un sistema de intervención familiar conductual, que finalmente se conoce como la Triple P, empezó en 1977, con los primeros hallazgos publicados al inicio de los años ochenta (por ejemplo, Sanders y Glynn, 1981). Desde entonces, los métodos de intervención utilizados en la Triple P han estado sujetos a una serie de evaluaciones controladas utilizando tanto diseños de replicación intra-sujeto como los tradicionales diseños de grupos al azar (véase Sanders y Dadds, 1993, para una revisión). Los primeros estudios (Sanders y Glynn, 1981; Sanders y Dadds, 1982; Sanders y Christensen, 1985) mostraron que se podía entrenar a los padres para llevar a cabo estrategias de cambio de conducta y educación parental positiva en casa y muchos padres aplicaron estas estrategias en situaciones fuera de la casa y en otras situaciones de la casa que no se habían trabajado. Sin embargo, no todos los padres generalizaron sus habilidades a situaciones de alto riesgo después del entrenamiento inicial en habilidades activas. Estas situaciones de alto riesgo que carecen de generalización se caracterizan, a menudo, por demandas competitivas, limitaciones del tiempo

o bien colocan a los padres bajo estrés en un contexto socio evaluador (por ejemplo, ir de compras). Para estos padres, el añadir habilidades de autocontrol, como la planificación por adelantado, el establecimiento de objetivos, el autorregistro, seleccionar estrategias de cambio de conducta específicas por adelantado y planificar actividades implicadoras que mantuvieran a los niños ocupados, era eficaz para enseñarles a generalizar sus habilidades (Sanders y Glynn, 1981; Sanders y Dadds, 1982). Los niños que recibían el entrenamiento básico en habilidades de educación parental y el entrenamiento en habilidades planificadas mostraban, de forma significativa, menores niveles de conducta perturbadora y de oposición una vez terminada la intervención. Después del entrenamiento, los padres manifestaban un aumento en las interacciones positivas padres-hijo y menores niveles de negatividad. Un estudio posterior mostró que los mismos métodos de intervención eran eficaces también para niños con problemas de oposición que estaban discapacitados intelectualmente de forma leve (Sanders y Plant, 1989). Esta investigación estableció el programa básico como una intervención de entrenamiento de padres compuesta por diez sesiones. Dicha intervención se conoce como una intervención estándar en el nivel 4 de la Triple P.

Ensayos sobre la eficacia

Después de esta investigación inicial, una serie de estudios sobre resultados con grupo control intentó mejorar los resultados del entrenamiento de padres estándar abordando de forma sistemática otros factores familiares de riesgo, como el conflicto marital y la depresión de los padres. El conflicto marital ha demostrado ser un factor de riesgo para el desarrollo de la conducta antisocial en niños, especialmente varones (Emery, 1982). Dadds, Schwartz y Sanders (1987) evaluaron una intervención (entrenamiento en apoyo a la pareja) de comunicación marital breve, de cuatro sesiones, para complementar el entrenamiento en habilidades parentales. Esta intervención implicaba enseñar a las parejas a apoyarse mutuamente, en vez de criticarse o rebajarse. Enseña también a las parejas habilidades de solución de problemas para resolver

desacuerdos sobre la educación parental. En una evaluación con grupo control de esta intervención combinada, la inclusión del entrenamiento de apoyo a la pareja mejoró los resultados, de forma significativa, tanto en padres como en hijos, utilizando medidas de observación para familias con problemas maritales, pero no en padres sin problemas maritales. Este hallazgo sugiere que cuando los problemas de manejo de los hijos se complican por problemas maritales, es probable que haya mejores resultados a largo plazo (6 meses) para padres e hijos cuando la comunicación marital se coloca como objetivo específico.

Otro estudio trató de evaluar los efectos del entrenamiento de padres con padres deprimidos a nivel clínico de niños con problemas de oposición negativista. Sanders y McFarland (2000) distribuyeron al azar a 47 madres que cumplían los criterios diagnósticos bien de depresión mayor o bien de distimia a una condición estándar de IFC o una condición mejorada de IFC. Esta última proporcionaba componentes adicionales de tratamiento que tenían como objetivo específico la depresión materna, incluyendo el registro del estado de ánimo, reestructuración cognitiva y habilidades de afrontamiento cognitivas. Tanto la condición estándar como la mejorada produjeron reducciones significativas en el comportamiento aversivo de los niños y en el estado de ánimo de las madres después de la intervención. Sin embargo, en un seguimiento de 6 meses, había más familias de la condición mejorada (53 por 100), comparada con la condición estándar (13 por 100), que experimentaban disminuciones clínicas fiables simultáneas tanto en la depresión materna como en la conducta perturbadora de los niños. Estos hallazgos sugieren que la Triple P puede ser una opción viable de tratamiento para madres clínicamente deprimidas.

Un reciente estudio a gran escala, con grupo control, comparó la eficacia de tres diferentes variantes de la intervención Triple P en una amplia muestra de niños de 3 años con conducta perturbadora (Sanders, Markie-Dadds, Tully y Bor, 2000). Participaron los padres de 305 niños en edad preescolar considerados con un elevado riesgo de problemas de comportamiento sobre la base de altas tasas

de conducta perturbadora, elevados niveles de conflicto parental, depresión materna, estatus de padre/madre único/a o bajo estatus socioeconómico. Se asignó a los padres a una intervención familiar conductual estándar (IFCE), a una intervención familiar conductual autodirigida (IFCA), a una intervención familiar conductual mejorada (IFCM) o a una condición de lista de espera (LE). La condición mejorada combinaba las intervenciones de apoyo a la pareja y de habilidades de afrontamiento, descritas anteriormente, constituyendo una intervención amplia para familias con alto riesgo. Después de la intervención, las dos condiciones con presencia del terapeuta (IFCM e IFCE) produjeron mejorías similares y estaban asociadas con niveles inferiores, a nivel significativo, de conducta infantil perturbadora, tanto observada como informada por los padres, con niveles inferiores de educación parental disfuncional, con una mayor competencia parental y con una mayor satisfacción con el programa que las condiciones autodirigida (IFCA) o de lista de espera (LE). Sin embargo, en un seguimiento a un año, los niños de las tres variantes de la Triple P habían alcanzado niveles similares de cambio clínico fiable en su comportamiento perturbador. No obstante, los padres de las condiciones que tenían la presencia del terapeuta estaban más satisfechos de sus papeles de padres que aquellos de la condición IFCD.

Este estudio mostró, con una amplia muestra de padres, que «más» no es siempre mejor que «menos». El proporcionar una intervención familiar mejorada general debería reservarse para aquellas familias que fracasan a la hora de conseguir mejoras adecuadas después de la IFC estándar y que siguen teniendo puntuaciones elevadas en medidas de adaptación psicosocial adulta. Se vio también la interesante posibilidad de que variantes del programa dirigidas por uno mismo fuesen eficaces para algunas familias. Esta cuestión se examinó con más detalle en una serie de estudios sobre intervenciones dirigidas por uno mismo.

Los efectos de las variantes autodirigidas

No todos los padres son capaces de asistir a sesiones regulares de terapia. Ésta es una cuestión

importante para los padres que viven en áreas rurales y alejadas, que normalmente no están bien cubiertas por los servicios de salud mental. Teniendo esto en cuenta, desarrollamos y evaluamos una variante del programa que podía utilizarse como una intervención autodirigida y con contacto telefónico semanal. Connell et al. (1997) distribuyeron al azar a 24 familias que vivían en áreas rurales a un programa autodirigido que combinaba materiales de autoayuda y consultas de respaldo por teléfono o a un grupo control de lista de espera. Todas las familias tenían un hijo de entre 2 y 5 años que tenía el riesgo de desarrollo de problemas de comportamiento perturbador. Las llamadas telefónicas tenían lugar una vez a la semana a lo largo de diez semanas y duraban de 5 a 30 minutos (media = 20 minutos). Las llamadas servían para animar a los padres a que usaran los materiales de autoayuda, que incluían una copia de *Para todos los padres: un enfoque positivo del comportamiento infantil* (Every parent: A positive approach to children's behaviour; Sanders, 1992a) y el *Libro de ejercicios para todos los padres* (Every Parent's Workbook; Sanders, Lynche y Markie-Dadds, 1994). Después de la intervención, las familias de la condición autodirigida mejorada mostraron, significativamente, niveles inferiores de comportamiento infantil perturbador, menores niveles de conducta parental coercitiva, mayor competencia parental y menores niveles de depresión y estrés, comparadas con familias de la condición de lista de espera. Después de la intervención, el 100 por 100 de los niños del grupo de lista de espera y el 33 por 100 de los niños de la condición de intervención se encontraba en el rango clínico de comportamiento perturbador. Había un elevado nivel de satisfacción parental con la intervención tanto en las madres como en los padres (Connell et al., 1997). Estos hallazgos mostraron que una breve, y en gran medida autodirigida, versión de la Triple P puede ser eficaz para familias que normalmente han tenido escaso acceso a los servicios de salud mental. Otros dos estudios examinaron la eficacia de las variantes autodirigidas de la Triple P para padres de niños en edad preescolar con problemas de conducta opositora. Mar-

kie-Dadds y Sanders (en preparación) distribuyeron al azar a 64 padres con un hijo entre los 2 y los 5 años a un grupo de programa autodirigido o a un grupo control de lista de espera. Todos los padres estaban preocupados por el comportamiento de su hijo. Los padres en la condición autodirigida recibieron una copia del mismo material utilizado en el estudio de Connell et al. (1997) y realizaron el programa en casa a lo largo de diez semanas. Después de la intervención, los padres del programa autodirigido utilizaban menos prácticas coercitivas de educación parental que los padres del grupo de lista de espera. Los padres evaluaron a sus hijos en la condición autodirigida con un significativamente menor nivel de comportamiento perturbador que los niños del grupo control después del tratamiento. Las mejoras conseguidas en el grupo autodirigido se mantenían a lo largo de un período de seguimiento de 6 meses. Las madres de la condición autodirigida informaban de significativamente menores niveles de comportamientos problema tanto inmediatamente después de la intervención como en un seguimiento de 6 meses, comparada con el grupo control de lista de espera.

Markie-Dadds, Sanders y Smith (1997) compararon los efectos de tres condiciones de intervención: únicamente información escrita (grupo autodirigido estándar), información escrita más asesoramiento por teléfono (grupo autodirigido mejorado) y un grupo control de lista de espera. Cuarenta y cinco familias con un hijo entre los 2 y los 5 años con riesgo para el desarrollo de problemas de comportamiento participaron en el programa. Los resultados indicaban que la condición combinada de autodirección y respaldo telefónico produjo más resultados positivos para padres e hijos en comparación con el programa autodirigido estándar y un grupo de lista de espera, utilizando medidas de comportamiento perturbador infantil.

Estos hallazgos muestran que aunque el programa autodirigido estándar fue eficaz con algunas familias, sus efectos podrían mejorarse incorporando breves llamadas telefónicas que utilicen un marco autorregulador que anime a los padres a tomar el control del proceso de aprendizaje.

Evaluación de los programas en grupo de la Triple P

La constante preocupación sobre los costes de la salud mental ha llevado a la búsqueda de formas con una mejor relación coste/eficacia a la hora de ofrecer intervenciones familiares dentro de un marco de prevención a nivel de toda la población. Varios estudios han mostrado que el entrenamiento de padres llevado a cabo en grupo puede tener éxito (por ejemplo, Cunningham, 1996). La versión grupal de la Triple P (Turner, Markie-Dadds y Sanders, 1997) fue inicialmente comprobada en un ensayo a gran escala que incluía a 1.673 familias en East Perth, en el oeste de Australia. Los datos preliminares de este ensayo mostraron que los padres del área geográfica en estudio que recibieron la intervención informaban de mayores disminuciones, de forma significativa, en medidas de comportamiento infantil perturbador, comparados con los padres del grupo que no tenía intervención (Williams, Zubrick, Silburn y Sanders, 1997). Antes de la intervención, el 42 por 100 de los niños tenía niveles de comportamiento perturbador en el rango clínico. Después de su participación en el grupo de la Triple P, el nivel de la conducta infantil perturbadora se había reducido a la mitad, alcanzando el 20 por 100. La participación en el programa grupal produjo también, como resultado, disminuciones significativas en las prácticas disfuncionales de educación parental, en los conflictos maritales, en el estrés de los padres y en la depresión, produciéndose también mejoras significativas en la satisfacción marital.

Los efectos de los medios de comunicación

La evidencia de que los padres pueden beneficiarse de variantes autodirigidas de la Triple P plantearon la posibilidad de que los medios de comunicación de masas pudieran utilizarse para enseñar habilidades de educación parental. Un estudio anterior de Webster-Stratton (1994) había demostrado que el modelado a través del vídeo podría ser eficaz para enseñar habilidades de educación parental a padres de niños con problemas de comportamiento. Sin embargo, no existen estudios que hayan exami-

nado, de manera específica, el impacto sobre la interacción padres-hijo de una serie de televisión popular como medio de entrenamiento de padres. Hemos terminado recientemente un estudio que evaluaba la serie de televisión «Familias» como intervención para padres de niños pequeños. Esta serie de trece episodios incluía un fragmento semanal de la Triple P. Cincuenta y seis padres de niños en edad preescolar se distribuyeron al azar, bien a una condición de observar televisión o a un grupo de control sin intervención (Sanders, Montgomery y Brechman-Toussaint, en prensa). Los trece episodios se veían a través de cintas de vídeo a lo largo de un período de 6 semanas, en vez de hacerlo directamente de la televisión, ya que el programa no se emitía en Australia cuando inicialmente se presentó en Nueva Zelanda. De aquí que los datos sobre los resultados de este estudio reflejen los efectos de una intervención a través de los medios de comunicación bajo condiciones relativamente «ideales» de observación (por ejemplo, los padres visionaban todos los episodios y se proporcionaban boletines de respaldo sobre la Triple P en cada episodio). Sólo los padres en la condición de observar la televisión informaron de una disminución significativa de los comportamientos perturbadores, un aumento de la confianza en la educación parental, una reducción de las prácticas disfuncionales de educación parental y elevados niveles de satisfacción de los participantes con el programa. Estos hallazgos mostraron que una intervención a través de los medios de comunicación podría producir cambios en las prácticas de educación parental y, por consiguiente, en el comportamiento infantil. Estos hallazgos son consistentes con otro estudio de Webster-Stratton (1994), que ha demostrado los beneficios de mostrar a los padres modelos, en cinta de vídeo, sobre habilidades parentales como ejemplo de una intervención con niños que muestran conductas de oposición.

Difusión a los profesionales

Los investigadores clínicos a menudo lamentan la falta de adopción, por parte de los profesionales, de intervenciones respaldadas empíricamente (Backer,

Lieberman y Kuehnel, 1986; Biglan, 1995; Fixsen y Blase, 1993). La difusión eficaz de intervenciones que tengan respaldo empírico es de suma importancia para todos los investigadores en prevención, asesores políticos y organizaciones implicadas en proporcionar servicios de salud mental y de intervención familiar. Obstáculos a la utilización de intervenciones con apoyo empírico incluyen la falta de refuerzo para que los investigadores clínicos lleven a cabo actividades de difusión, cuando el ascenso académico depende de becas y número de publicaciones. Existen también obstáculos prácticos importantes a la hora de llevar a cabo investigaciones con grupo control sobre la difusión, incluyendo la falta de medidas válidas y fiables sobre la comprensión o resistencia del profesional practicante y las preocupaciones con respecto a la distribución al azar de estos profesionales o servicios a diferentes condiciones de difusión. Algunos profesionales practicantes han sido también críticos de la metodología que utiliza ensayos clínicos con distribución al azar, presentándolos como estudios de escasa relevancia debido a los criterios de selección fuertemente restrictivos que se utilizan en los ensayos, la eliminación de la comorbilidad, el empleo de estudiantes como terapeutas y la dependencia de tratamientos «manualizados» que limitan necesariamente el grado de la flexibilidad de adaptación al paciente, características que muchos profesionales valoran especialmente.

Hemos desarrollado un sistema nacional coordinado de entrenamiento y acreditación para profesionales de la salud, la educación y el bienestar social. Este sistema está diseñado para fomentar el uso del programa, la fidelidad al programa y para apoyar el empleo del programa por los profesionales a través de un sistema nacional. Este sistema proporciona a los profesionales entrenados acceso a consultas de apoyo y a la actualización de la investigación sobre las bases científicas del programa. Otros servicios de apoyo incluyen un boletín bianual (noticias sobre la Triple P), software para puntuación y manejo de los datos, un paquete promocional de medios de comunicación para respaldar la utilización del programa, una página web sobre la Triple P y asesoramiento sobre evaluación y consultas del programa. Un Comité Nacional de Asesoramiento Científico y Pro-

fesional aconseja sobre asuntos de funcionamiento y ayuda a determinar las prioridades de la investigación.

9. HACIA UN MODELO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EFICAZ

Informes sobre ensayos clínicos que muestran los efectos de los programas de intervención familiar a menudo enmascaran la complejidad de las cuestiones relativas al proceso terapéutico implicadas en una intervención familiar con éxito. Además de un conocimiento teórico y conceptual importante sobre la psicopatología, las relaciones familiares, el desarrollo humano, los principios y técnicas del comportamiento y del cambio cognitivo y actitudinal, los profesionales tienen que ser interpersonalmente habilidosos. Necesitan habilidades de comunicación bien desarrolladas, con un nivel de entrenamiento avanzado en la teoría y los principios de la intervención familiar. La tabla 16.3 resalta varios principios que deberían maximizar la eficacia de los programas de intervención familiar propuestos.

10. CONCLUSIÓN

Este capítulo muestra la importancia crítica de las relaciones familiares y cómo las familias pueden implicarse de forma significativa tanto en la prevención como en el tratamiento de los problemas de salud mental. Existen claras evidencias de que la intervención familiar es una tecnología poderosa de intervención para un amplio rango de problemas de salud mental infantil. Sin embargo, hay muchos problemas sin resolver que tienen que abordarse antes de que el campo tenga un impacto significativo sobre los organismos de la salud mental. En primer lugar, es claramente necesaria la investigación para examinar el proceso de difusión. Muy pocos profesionales han tenido un entrenamiento adecuado para ofertar programas de intervención familiar. En segundo lugar, a pesar de las repetidas llamadas a la investigación empírica de otras formas de terapia familiar, el peso de la evidencia muestra clara-

TABLA 16.3

Principios de los programas de habilidades parentales eficaces

Principio	Descripción
Los programas deberían fortalecer a las familias.	Los programas de habilidades parentales tratan de mejorar la capacidad de las familias para solucionar ellas mismas los problemas. Los programas que fomentan la dependencia son destructivos. En la mayoría de los casos, las familias tienen progresivamente menos necesidad de apoyo.
Los programas deberían construirse sobre las virtudes ya existentes de las familias.	Los programas de educación parental con éxito se han construido sobre las competencias existentes de los miembros de la familia. Se supone que los individuos son capaces de actuar como solucionadores activos de problemas, incluso si sus intentos anteriores para resolver problemas no han tenido éxito.
Los objetivos del programa deberían abordar variables de riesgo conocidas.	Los programas de habilidades parentales varían según el centro o los objetivos de la intervención. El centro de la intervención depende de los fundamentos teóricos del enfoque empleado. Algunos programas se centran en el cambio conductual, mientras que otros se concentran en el cambio cognitivo, afectivo o de actitudes. Sin embargo, un objetivo común en la mayoría de los programas eficaces es mejorar la comunicación de la familia, la solución de problemas, la resolución de conflictos y las habilidades específicas de educación parental. Las intervenciones que se han demostrado más eficaces abordan variables que aumentan el riesgo de psicopatología individual.
Los programas deberían desarrollarse para facilitar el acceso.	Es esencial que los programas sean llevados a cabo de forma que aumenten, en vez de restringir, el acceso de los padres a los servicios. Las prácticas profesionales pueden, a veces, restringir el acceso a esos servicios. Por ejemplo, el horario inflexible de la clínica puede impedir que los padres que trabajan participen en programas de educación parental. Los programas pueden llevarse a cabo en muchos lugares diferentes, como clínicas, hospitales, casas, guarderías, escuelas y sitios de trabajo. El tipo de lugar debería variar dependiendo de los objetivos de la intervención y de las necesidades del grupo objetivo.
Los programas deberían llevarse a cabo según el momento de desarrollo para optimizar el impacto.	Los programas de educación parental deberían corresponder a la edad y al nivel evolutivo del grupo objetivo. Los programas pueden realizarse antes del parto, durante la infancia, la niñez, la pubertad o la adolescencia. Los programas diseñados teniendo en cuenta el desarrollo para problemas específicos podrían tener un mayor impacto que si se llevan a cabo en cualquier otro momento del ciclo vital. Por ejemplo, un programa de prevención para niños pequeños con riesgo de desarrollar problemas de comportamiento sería más eficaz que un programa para niños mayores o adolescentes realizado después del inicio de los problemas de conducta.

TABLA 16.3 (continuación)

Principio	Descripción
Los programas deberían enfatizar la importancia de la relación terapéutica.	La relación terapéutica entre el clínico y los miembros relevantes de la familia es esencial para la eficacia de los programas de educación parental. Habilidades clínicas, como la empatía, el establecimiento de la relación, la comunicación eficaz y la estructuración de las sesiones son necesarias para establecer una buena relación terapéutica. Esas habilidades son importantes en programas que incluyen el contacto personal y en modelos de intervención que implican un contacto mínimo, como el asesoramiento telefónico o los programas por correspondencia.
Los programas deberían ser sensibles al género.	Los programas de habilidades parentales tienen el potencial de fomentar relaciones de género más equilibradas dentro de la familia. Las intervenciones deberían evitar fomentar los estereotipos de género y las relaciones de poder tradicionales y tratar de promover la igualdad entre los miembros de la pareja.
Los programas deberían basarse en teorías validadas científicamente.	Los programas de habilidades parentales deberían basarse en principios teóricos explícitos y coherentes. No es suficiente demostrar sólo que una intervención tiene como resultado mejoras en la interacción familiar, aunque éste es, necesariamente, un primer paso. Tiene que demostrarse también que los mecanismos que supuestamente subyacen a la mejoría son responsables de los cambios observados.
Los programas deberían ser adecuados a la cultura.	Los programas deberían adaptarse de tal manera que respeten y no menosprecien los valores, aspiraciones, tradiciones y necesidades culturales de diferentes grupos étnicos. Aunque tenemos mucho que aprender sobre cómo lograr este objetivo, existen cada vez más evidencias de que los programas de educación parental adaptados de manera sensible pueden ser eficaces con una serie de grupos culturales.

mente que los enfoques cognitivo-conductuales y del aprendizaje social para trabajar con familias poseen el mayor respaldo empírico. Los programas de entrenamiento deberían dar prioridad al entrenamiento de profesionales en formatos empíricamente validados de intervención familiar. Finalmente, se necesita mucha más investigación para examinar cómo se puede adaptar mejor la potencia del tratamiento a las necesidades, preferencias y características familiares. Se necesitan reglas de decisión, con base empírica, para guiar a los profesionales a determinar qué tipo de enfoque (por ejemplo, autodirigido, en grupo, breve, con atención telefónica) es preferible en diferentes puntos de la trayectoria evolutiva para diferentes grupos de problemas.

La tarea de los padres cuidando de los hijos se concibe mejor como un proceso que empieza con el embarazo y continúa hasta que los hijos se marchan de casa y se convierten en adultos totalmente dependientes. Es preciso que el cuidado parental se considere sobre un continuo donde las necesidades informativas de los padres cambian en función de la experiencia de éstos y del nivel de desarrollo del hijo. La potencia o intensidad que requiere la intervención familiar puede cambiar también en función de las transiciones de la vida (separación, divorcio, reemparejamiento, enfermedad, pérdida, trauma y problemas económicos). Un programa de educación parental general requiere una mayor flexibilidad a la hora de ofrecer ese tipo de programa a los padres. Conforme evolucione la próxima generación de programas de educación parental, se necesitará un elevado compromiso para la difusión de prácticas de educación parental que dispongan de apoyo empírico. Es probable que no haya mucho progreso hasta que la preparación para el papel de padres se vea como una responsabilidad compartida por la comunidad.

El desarrollo futuro de la Triple P descansará, en parte, sobre la capacidad de los programas para evolucionar a la luz de nuevas pruebas relativas a las virtudes y limitaciones del modelo. La perspectiva de desarrollar una estrategia de apoyo parental que sea amplia, de elevada calidad, con respaldo empírico, a múltiples niveles, con orientación hacia la prevención, general y fácilmente accesible, sigue siendo el objetivo fundamental de la Triple P. Para alcanzar este

ideal, se necesita que la investigación identifique los individuos que responden a las diferentes modalidades en que se oferta el programa y cómo implicar y mantener dentro de la intervención a familias que normalmente han estado menos dispuestas a participar en programas de habilidades parentales (el padre, la población indígena). Los programas de educación parental que sirvan realmente para todo el mundo tienen que examinar también las necesidades de apoyo familiar y parental por parte de niños con necesidades especiales, como discapacidades, enfermedades crónicas o terminales y aquellos que han sufrido un deterioro neurológico como consecuencia de lesiones.

REFERENCIAS

- Azar, S. T. y Rohrbeck, C. A. (1986): Child abuse and unrealistic expectations: Further validation of the Parent Opinion Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 867-868.
- Backer, T. E., Liberman, R. P. y Kuehnel, T. G. (1986): Dissemination and adoption of innovative psychosocial interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 111-118.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1995): *Self-efficacy in changing societies*. Nueva York: Cambridge University.
- Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A. D. y Fletcher, K. E. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 450-462.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R. y Rapee, R. M. (1996): Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627-635.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979): *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Biglan, A. (1992): Family practices and the larger social context. *New Zealand Journal of Psychology*, 21, 37-43.
- Biglan, A. (1995): Translating what we know about the context of antisocial behavior into a lower prevalence of such behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 479-492.

- Connell, S., Sanders, M. R. y Markie Dadds, C. (1997): Self-directed behavioral family intervention for parents of oppositional children in rural and remote areas. *Behavior Modification*, 21, 379-408.
- Coie, J. D. (1996): Prevention of violence and antisocial behavior. En R. D. Peters y R. J. McMahon (dirs.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Thousand Oaks: Sage
- Cunningham, C. E. (1996): Improving availability, utilization, and cost efficacy of parent training programs for children with disruptive behavior disorders. En R. D. Peters y R. J. McMahon (dirs.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Thousand Oaks: Sage.
- Dadds, M. R., Schwartz, S. y Sanders, M. R. (1987): Marital discord and treatment outcome in the treatment of childhood conduct disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 55, 396-403.
- Dishion, T. J. y McMahon, R. J. (1998): Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical Child and Family Psychology*, 1, 61-75.
- Emery, R. E. (1982): Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92, 310-330.
- Fixsen, D. L. y Blase, K. A. (1993): Creating new realities: Program development and dissemination. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 597-615.
- Forehand, R. L. y Long, N. (1988): Outpatient treatment of the acting out child: Procedures, long term follow-up data, and clinical problems. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 10, 129-177.
- Forehand, R., Miller, K. S., Dutra, R. y Watts Chance, M. W. (1997): Role of parenting in adolescent deviant behavior: Replication across and within two ethnic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1036-1041.
- Grych, J. H. y Fincham, F. D. (1990): Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108, 267-290.
- Hart, B. y Risley, T. R. (1975): Incidental teaching of language in the preschool. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 411-420.
- Hart, B. y Risley, T. R. (1995): *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Karoly, P. (1993): Mechanisms of self-regulation: A systems view. *Annual Review of Psychology*, 44, 23-52.
- Kazdin, A. E. (1987): Treatment of antisocial behaviour in children: Current status and future directions. *Psychological Bulletin*, 102, 187-203.
- Lochman, J. E. (1990): Modification of childhood aggression. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (dirs.), *Progress in Behavior Modification* (Vol. 25). Nueva York: Academic Press.
- Loeber, R. y Farrington, D. P. (1998): Never too early, never too late: Risk factors and successful interventions for serious and violent juvenile offenders. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 7, 7-30.
- Markie-Dadds, C. y Sanders, M. R. (en preparación): *Effectiveness of a self-directed program for parents of children at high and low risk of developing conduct disorder*. Unpublished manuscript, University of Queensland at St Lucia.
- Markie-Dadds, C., Sanders, M. R., y Smith (1997): *Self-directed behavioural family intervention for parents of oppositional children in rural and remote areas*. Paper presented at the 20th National Conference of the Australian Association for cognitive and Behavior Therapy, Brisbane, Qld.
- Markie-Dadds, C., Sanders, M. R. y Turner, K. M. T. (1999): *Every parent's self-help workbook*. Brisbane, Australia: Families International Publishing.
- Markie-Dadds, C., Turner, K. M. T. y Sanders, M. R. (1998): *Triple P tip sheet series for infants*. Brisbane, Australia: Families International Publishing.
- McMahon, R. J. (2000): Parent training. En S.W. Russ y T. Ollendick (dirs.), *Handbook of psychotherapies with children and families*. Nueva York: Plenum.
- McNeil, C. B., Eyberg, S., Eisenstadt, T. H., Newcomb, K. y Funderbunk. (1991): Parent child interaction therapy with behaviour problem children: Generalization of treatment effects to the school setting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 140-151.
- Meichenbaum, D. (1974): Self-instructional strategy training: A cognitive prothesis for the aged. *Human Development*, 17, 273-280.
- National Institute of Mental Health (1998): *Priorities for prevention research at NIMH: A report by the national advisory mental health council workgroup on mental disorders prevention research* (NIH Publication No. 98-4321). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Neilson, A. C. (1998): *Average amount of time spent exposed to television by age group*. Sydney: Autor.
- Patterson, G. R. (1982): *Coersive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishion, T. J. (1992): *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Peterson, L. y Saldana, L. (1996): Accelerating children's risk for injury: Mothers' decisions regarding common

- safety rules. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 317-331.
- Risley, T. R., Clark, H. B. y Cataldo, M. F. (1976): Behavioral technology for the normal middle class family. En E. J. Mash, L. A. Hamerlynck y L. C. Handy. (dirs.), *Behavior modification and families*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Sanders, M. R. (1992): Enhancing the impact of behavioural family intervention with children: Emerging perspectives. *Behaviour Change*, 9, 115-119.
- Sanders, M. R. (1992a): *Every parent: A positive approach to children's behaviour*. Sydney, Australia: Addison-Wesley.
- Sanders, M. R. (1996): New directions in behavioral family intervention with children. En T. H. Ollendick y R. J. Prinz (dirs.), *Advances in clinical child psychology*. Vol. 18. Nueva York: Plenum.
- Sanders, M. R. (1998): The empirical status of psychological interventions with families of children and adolescents. En L. L'Abate (dir.), *Family psychopathology: The relational roots of dysfunctional behavior*. Nueva York: Guilford.
- Sanders, M. R. y Christensen, A. P. (1985): A comparison of the effects of child management and planned activities training across five parenting environments. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 101-117.
- Sanders, M. R. y Dadds, M. R. (1982): The effects of planned activities and child management training: An analysis of setting generality. *Behaviour Therapy*, 13, 1-11.
- Sanders, M. R. y Dadds, M. R. (1993): *Behavioral family intervention*. Boston: Allyn and Bacon.
- Sanders, M. R. y Duncan, S. B. (1995): Empowering families: Policy, training, and research issues in promoting family mental health in Australia. *Behaviour Change*, 12, 109-121.
- Sanders, M. R. y Glynn, E. L. (1981): Training parents En behavioural self-management: An analysis of generalization and maintenance effects. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 14, 223-237.
- Sanders, M. R., Lynch, M. y Markie-Dadds, C. (1994): *Everyparent's workbook: A positive guide to positive parenting*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. y Turner, K. M. T. (1999): *Practitioner's manual for Enhanced Triple P*. Brisbane, Australia: Families International Publishing.
- Sanders, M. R. y Markie-Dadds, C. (1997): Managing common child behaviour problems. En M. R. Sanders, C. Mitchell y G. J. A. Byrne (dirs.), *Medical consultation skills: Behavioural and interpersonal dimensions of health care*. Melbourne, Australia: Addison-Wesley-Longman.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. y Bor, B. (2000): The Triple P Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1-17.
- Sanders, M. R. y McFarland, M. L. (2000): Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioural family intervention. *Behavior Therapy*, 31, 89-112.
- Sanders, M. R., Montgomery, D. T. y Brechman-Toussaint, M. L. (en prensa): The mass media and prevention of child behaviour problems: The evaluation of a television series to promote positive outcomes for parents and their children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Sanders, M. R., Nicholson, J. M. y Floyd, F. J. (1997): Couples relationships and children. En W. K. Halford y H. J. Markman (dirs.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions*. Chichester, England UK: John Wiley.
- Sanders, M. R. y Plant, K. (1989): Generalization effects of behavioural parent training to high and low risk parenting environments. *Behavior Modification*, 13, 283-305.
- Sanders, M. R., Shepherd, R. W., Cleghorn, G. y Woolford, H. (1994): The treatment of recurrent abdominal pain in children. A controlled comparison of cognitive-behavioural family intervention and standard pediatric care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 306-314.
- Sanders, M. R., Tully, L. A., Baade, P., Lynch, M. E., Heywood, A., Pollard, G. y Youlden, D. (1999): A survey of parenting practices in Queensland: Implications for mental health promotion. *Journal of Australia*, 9, 105-114.
- Sanders, M. R., Turner, K. M. T. y Markie-Dadds, C. (1996): *Triple P tip sheet series for primary schoolers*. Brisbane, Australia: Families International Publishing.
- Schreibman, L., Kaneko, W. M. y Koegel, R. L. (1991): Positive affect of parents of autistic children: A comparison across two teaching techniques. *Behavior Therapy*, 22, 479-490.
- Serketich, W. J. y Dumas, J. E. (1996): The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.

- Sorensen, G., Emmons, K., Hunt, M. y Johnston, D. (1998): Implications of the results of community intervention trials. *Annual Review of Public Health*, 19, 379-416.
- Taylor, T. K. y Biglan, A. (1998): Behavioral family interventions for improving child-rearing: A review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical Child and Family Psychology*, 1, 41-60.
- Turner, K. M. T., Markie-Dadds, C. y Sanders, M. R. (1996): *Triple P tip sheet series for toddlers*. Brisbane, Australia: Families International Publishing.
- Turner, K. M. T., Markie-Dadds, C. y Sanders, M. R. (1997): *Facilitator's manual for group Triple P*. Brisbane, Australia: Families International Publishing.
- Turner, K. M. T., Sanders, M. R. y Markie-Dadds, C. (1996): *Triple P tip sheet series for preschoolers*. Brisbane, Australia: Families International Publishing.
- Turner, K. M. T., Sanders, M. R. y Wall, C. (1994): A comparison of behavioural parent training and standard education in the treatment of persistent feeding difficulties in children. *Behavior Change*, 11, 105-111.
- Webster Stratton, C. (1989): Systematic comparison of consumer satisfaction of three cost effective parent training programs for conduct problem children. *Behavior Therapy*, 20, 103-115.
- Webster Stratton, C. (1994): Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583-593.
- Webster Stratton, C. y Hammond, M. (1997): Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.
- Williams, A., Zubrick, S., Silburn, S. y Sanders, M. (1997): *A population based intervention to prevent childhood conduct disorder: The Perth Positive Parenting Program demonstration project*. Paper presented at the 9th National Health Promotion Conference, Darwin, Northern Territory, Australia.

LECTURAS RECOMENDADAS

- L'Abate, L. (dir.) (1998): *Family psychopathology: The relational roots of dysfunctional behavior*. Nueva York: Guilford.
- Peters, R. D. y McMahon, R. J. (dirs.) (1996): *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Thousand Oaks: Sage.
- Sanders, M. R. (1992): *Every parent: A positive approach to children's behaviour*. Sydney, Australia: Addison-Wesley.
- Sanders, M. R. y Dadds, M. R. (1993): *Behavioral family intervention*. Boston: Allyn and Bacon.
- Sanders, M. R., Lynch, M. y Markie-Dadds, C. (1994): *Everyparent's workbook: A positive guide to positive parenting*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.

Un programa estructurado para el entrenamiento de padres

17

MARIA LUIZA MARINHO¹

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de tratamientos eficaces para los trastornos emocionales y comportamentales en niños y adolescentes es uno de los objetivos importantes para los profesionales de la salud mental. La alta frecuencia de dichos problemas experimentados por niños y jóvenes y la continuación, en años posteriores, de disfunciones iniciadas en la infancia, apoyan la relevancia de intervenciones eficaces tanto para disminuir el sufrimiento infantil como para prevenir o atenuar el daño que puede surgir más tarde.

Con base en esta constatación, el presente capítulo es eminentemente práctico², presentando orientaciones detalladas sobre los pasos a seguir en la puesta en práctica de un programa de intervención en grupo para padres de niños y preadolescentes con diferentes problemas de comportamiento. El trabajo con padres está fundamentado en la premisa de que algún *déficit* en las habilidades propias del papel parental es, al menos parcialmente, responsable del desarrollo o mantenimiento de patrones de interacción familiar perturbadores y, consecuentemente, de problemas de comportamiento presentados por los hijos (McMahon, 1995; O'Dell, 1974; Marinho, 2001).

Para ser eficaz, la intervención con padres requiere la presencia de tres condiciones: «a) los padres deben adquirir habilidades y modificar su propio comportamiento; b) los cambios deben tener lugar en los niños, y c) los cambios deben generalizarse y mantenerse» (O'Dell, 1974, p. 430). Diferentes modelos de tratamiento han cumplido con esas exigencias, presentando resultados que indican la eficacia de los mismos frente a una amplia gama de problemas infantiles (como desobediencia, agresividad, comportamiento antisocial, etc.), en comparación con la no intervención (Webster-Stratton, 1996; Sanders y Dadds, 1993; Kazdin, 1995; Serketich y Dumas, 1996; Marinho y Silveiras, 2000, entre otros).

Sin embargo, incluso aceptando que muchos estudios en el área de entrenamiento de padres sufren de graves limitaciones metodológicas (Serketich y Dumas, 1996), la eficacia general de este tipo de intervención puede estar gravemente limitada. Una constatación bastante relevante es que la orientación a padres no es una intervención eficaz con todas las familias. Hay padres que no se benefician con el tratamiento y otros que suelen abandonarlo prematuramente. Diversos investigadores han tratado de caracterizar a estas familias y han demostrado que factores tales como las desventajas socioeconómicas, residencias inadecuadas, un elevado número de acontecimientos estresantes, problemas conyugales, padres con síntomas depresivos, aislamiento parental, madres solteras, familias con uno sólo de los padres, grupos minori-

¹ Universidad Estatal de Londrina (Brasil).

² Los lectores que lo deseen pueden obtener más información teórica e histórica sobre el trabajo con padres en los dos capítulos que preceden al presente.

tarios, madres jóvenes, hogar dirigido por un padre o una madre no biológicos, prácticas negativas en el cuidado del niño, historia de comportamiento antisocial del/la padre/madre, falta de apoyo social, bajo nivel intelectual del niño-problema y contacto de éste con iguales caracterizados por comportamiento antisocial influyen sobre la participación de los padres en la intervención (propensión al abandono prematuro de la misma), sobre la magnitud del cambio terapéutico, sobre el mantenimiento de los cambios a lo largo del tiempo y sobre la satisfacción con el tratamiento (Furey y Basili, 1988; Kazdin, 1991, 1994; Kazdin y Mazurick, 1994; McMahon y Forehand, 1983; Serketich y Dumas, 1996; Webster-Stratton, 1991).

Dada la importancia de las variables del contexto citadas anteriormente, habitualmente un número elevado de familias de riesgo componen la clientela que busca tratamiento para problemas de comportamiento de sus hijos. Teniendo esto en cuenta, el «Programa de Intervención Conductual en Grupo para Padres» de niños y preadolescentes (PICGP; Marinho, 1999), que se describirá a continuación, incluye estrategias para la prevención del abandono prematuro del tratamiento y de la falta de mantenimiento de los beneficios del mismo, con el fin de que sea eficaz con la mayoría de las familias. Se presentan también numerosas informaciones para llevar a cabo el programa, incluso por terapeutas con poca experiencia.

2. UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN GRUPO PARA PADRES DE NIÑOS Y PREADOLESCENTES

El PICGP se elaboró para ser aplicado en grupo y ha pasado por distintas evaluaciones en este tipo de situación (Marinho, 1999; Marinho y Silveiras, 2000). Es un modelo que puede ser utilizado por clínicos que actúan tanto en consultorios particulares como en instituciones (centros de atención pública, escuelas, hospitales, etc.). A diferencia de la mayor parte de los tratamientos grupales, el PICGP posibilita la inclusión en un mismo grupo de padres de

niños y preadolescentes con diferentes problemas de comportamiento.

2.1. Características de la clientela

La intervención está dirigida a padres que presentan quejas con relación a los comportamientos de sus hijos de edades comprendidas entre 3-11 años. Se excluyen los problemas relativos al retraso mental y/o a los trastornos de aprendizaje, de las habilidades motoras y del desarrollo, según se encuentran descritos en el DSM-IV-TR (APA, 2000). Las quejas, en general, pueden referirse tanto a comportamientos exteriorizados (agresividad, falta de disciplina, desobediencia, etc.) como interiorizados (timidez, dependencia, etc.).

2.2. Composición del grupo

El grupo puede estar compuesto tanto por parejas como por uno solo de los cuidadores responsables (padre o madre) del niño. No se han evaluado los resultados con participación de personas con otro grado de parentesco, como los tíos o los abuelos. En general, se controla la composición del grupo centrándonos en el número de familias, lo que ayuda a definir un número productivo de padres y de niños. Para la correcta aplicación del programa se sugiere entre 8 y 10 padres, pudiendo extenderse hasta 12 si fuesen todos parejas (6 parejas); el número de niños-objetivo en cada grupo debe estar entre 5 y 8. Así, por ejemplo, un grupo de 12 padres (que fueran 6 parejas) y 6 niños-objetivo sería un formato más viable y productivo que un grupo de 12 miembros (padre o madre) y 12 niños-objetivo.

Esta composición inicial también debe tener en consideración los índices de abandono, las faltas y las ausencias experimentadas en otras intervenciones grupales hechas en el lugar donde el trabajo será realizado. Aunque las estrategias que serán presentadas más abajo para la prevención del abandono y de la ausencia del tratamiento hayan arrojado resultados bastantes positivos en los grupos donde se llevaron a cabo, se sugiere que la composición del gru-

po incluya una familia más que el número considerado ideal, en el caso de clientelas donde se haya observado tasas de abandono del 40 por 100 o superior.

Se sugiere también que las familias con niños de 4-6 años y de 7-11 años sean tratadas en grupos distintos debido a las diferencias en los patrones de comportamiento presentados en las diferentes etapas de desarrollo.

2.3. Características de los terapeutas

El grupo debe ser dirigido por dos terapeutas, uno actuando como terapeuta y otro como coterapeuta. Puede haber o no cambio de los papeles entre las sesiones. Es importante que los terapeutas tengan conocimientos sobre desarrollo infantil, sobre los principales problemas de comportamiento presentados por los niños/jóvenes y posean las habilidades de interacción con niños (no necesariamente en situación clínica). Esto es importante para ayudar a los padres en el establecimiento de expectativas realistas con relación al niño y en la actuación como modelos adecuados

de interacción y manejo del comportamiento infantil

2.4. Componentes del programa

La intervención presenta componentes de los programas de Hanf y Kling (1973), de Patterson (1974) y de Forehand y MacMahon (1981), que tienen cierta similitud entre sí. En líneas generales, intenta enseñar a los padres a observar y describir el comportamiento del niño y a ser agentes más eficaces de refuerzo, aumentando la frecuencia, la variedad y la extensión de las recompensas sociales hacia el niño y reduciendo la frecuencia de comportamientos verbales competidores, como órdenes, críticas y cuestionamientos. Se enseña también a los padres a ignorar casos menores de comportamiento infantil inadecuado y a aplicar procedimientos de manejo del comportamiento infantil. La tabla 17.1 presenta un resumen de los componentes del programa de intervención.

Aprender a observar y a valorar lo que el hijo hace de adecuado se ha mostrado como una potente estrategia terapéutica. A partir de unas pocas

TABLA 17.1

Componentes del programa de entrenamiento comportamental de padres

Componentes (los padres deben ser capaces de):	Razones
Exponer sus expectativas en relación a la intervención.	• Aclarar las expectativas que no se cumplirán y organizarse para atender aquellas que sean viables.
Conocer el programa y sus objetivos.	• Posibilitar la adherencia de los miembros al programa.
Adherirse al contrato grupal (horarios, atrasos, faltas, sigilo, etc.).	• Definir las reglas para la participación en el grupo.
Contar en el grupo las dificultades con su hijo.	• Posibilitar la cohesión del grupo a través de la identificación de las dificultades comunes y de la ayuda mutua entre los miembros.
Identificar y saber describir el comportamiento infantil adecuado.	• Percibir que el niño no emite solamente comportamientos inapropiados. • Mejorar la evaluación parental del comportamiento infantil. • Prerrequisito para que el comportamiento adecuado sea reforzado por los padres.

TABLA 17.1 (continuación)

Componentes (los padres deben ser capaces de):	Razones
Reforzar el comportamiento infantil adecuado.	• Aumentar la frecuencia del mismo. • Posibilitar al niño discriminar entre comportamientos que los padres aprueban y los que desaprueban. • Aumentar la autoestima infantil. • Tornar la interacción padres-hijo más positiva.
Analizar funcionalmente el comportamiento infantil y parental.	• Considerar las variables contextuales (y no solamente las relacionadas con el niño propiamente) en la comprensión del comportamiento infantil. • Los padres revisarán sus propios conceptos sobre las causas del comportamiento infantil. • Los padres tomarán conciencia y comprenderán su propio comportamiento.
Diferenciar comportamientos infantiles inadecuados por déficit y por exceso.	• Saber que los comportamientos infantiles pueden ser considerados problema por diferentes motivos y que requieren una intervención distinta.
Actuar ante los comportamientos inadecuados por déficit: enseñar, reforzar, hacer junto con el niño.	• Actuar para que ocurra el comportamiento infantil adecuado ausente del repertorio del niño. • Aumentar la frecuencia de comportamientos adecuados que el niño presenta ocasionalmente.
Ignorar el comportamiento inapropiado por exceso que esté mantenido por la atención parental (excepto aquellos que sean peligrosos o destructivos): <i>a)</i> no mirar al niño, no reírse, no fruncir la frente, etc.; <i>b)</i> quedarse en silencio; <i>c)</i> ignorar todas las veces; <i>d)</i> saber que el comportamiento podrá ser más frecuente al principio.	• Disminuir la frecuencia del comportamiento inadecuado mantenido por la atención parental. • Ayudar al niño a discriminar la diferencia de la reacción parental al comportamiento apropiado y al inapropiado.
Proporcionar consecuencias aversivas adecuadas al comportamiento infantil inapropiado que no esté siendo mantenido por la atención parental.	• La atención diferencial muchas veces no es suficiente para disminuir la frecuencia de determinados comportamientos infantiles inapropiados. • Ignorar el comportamiento infantil inadecuado puede ser reforzador en determinadas situaciones, dado el coste de la respuesta exigida al niño.
No criticar al niño.	• No conduce a una disminución de la frecuencia del comportamiento infantil inadecuado. • Frecuentemente aumenta la frecuencia del comportamiento criticado. • Puede afectar a la autoestima del niño y crear una relación padres-hijo desagradable.
Aplicar procedimientos de solución de problemas.	• Desarrollar habilidades parentales de solución de problemas. • Ayuda a los padres a aplicar en otras situaciones problema lo que aprendieron en el programa (generalización).

Adaptado de Marinho (2000b).

sesiones tratando de desarrollar esas habilidades (discriminación y refuerzo diferencial) se observa, tal como relatan algunos investigadores (Marinho y Silveira, 2000; McMahon, Forehand y Griest, 1981; Patterson, Dishion y Chamberlain, 1993), que la percepción de la mayoría de los padres, en relación con su hijo, cambia en una dirección muy favorable.

Cuando se enseña a los padres a evaluar positivamente incluso los comportamientos adecuados aparentemente más simples emitidos por el niño (como cepillarse los dientes antes de dormir, ser atento, alegre, organizado, etc.), dejan de ver estas actitudes como si fuesen «naturales» u «obligaciones», pasando a considerarlas como méritos de su hijo, comportamientos adecuados que aprendió. En consecuencia, llegan también a percibirse cómo padres más eficientes de lo que creían ser.

Esos cambios en la percepción de uno mismo y de los aspectos del propio ambiente (en este caso, del comportamiento infantil), constituyen objetivos importantes de la intervención psicológica (Kanfer y Saslow, 1979), ya que, como comportamiento verbal, alteran la relación del individuo con las contingencias presentes en su vida.

Es importante resaltar que los padres no son considerados solamente como mediadores en la mejora del comportamiento infantil, sino que ellos mismos son objetivo del cambio terapéutico. Se intenta, según han propuesto Tiedeman y Johnston (1992), ampliar el ámbito del comportamiento-problema y desarrollar habilidades parentales involucradas en enseñar y promocionar comportamientos adaptativos en sus hijos. Eso parece relevante, ya que capacidades infantiles tales como asertividad y expresividad emocional, están altamente correlacionadas con las respuestas del adulto respecto a ellas y con la aceptación social en la infancia, además de ser importantes predictores de normalidad en la edad adulta.

2.5. Estrategias para la prevención de faltas y el abandono del tratamiento

La adopción de estrategias como las incluidas más abajo ha contribuido a la prevención de un ele-

vado número de faltas y abandonos del tratamiento por parte de familias con riesgo (Marinho, 2000a):

1. Aplicación de un programa de intervención con reducido número de sesiones, llevado a cabo en situación grupal. El PICGP se elaboró para ser desarrollado a lo largo de 12 semanas, con sólo una sesión la mayoría de las semanas. Como los padres saben anticipadamente la duración del tratamiento, pueden programarse para participar en todo él. Algunos de los miembros verbalizan que evitan faltar porque son pocas sesiones.
2. Realización de al menos tres sesiones individuales con los padres antes del inicio de la intervención grupal. En estas sesiones se busca el establecimiento de una buena relación entre padres y terapeutas, además de la identificación de características parentales y familiares que en la literatura se han relacionado con altos índices de abandono del tratamiento. El tener conocimiento de los miembros que componen el llamado grupo de riesgo permite a los terapeutas que estén más atentos a ellos.
3. Realización de sesiones individuales ocasionales con los miembros que se encuentren presentando dificultades a la hora de comprender o aplicar los procedimientos discutidos. Esta estrategia intenta evitar, principalmente, que los miembros con dificultades queden desfasados en relación con las habilidades o conocimientos adquiridos por el grupo o se sientan desmotivados a participar. Los padres pueden, ellos mismos, solicitar a los terapeutas una sesión individual.
4. Mantener contacto telefónico con cada miembro del grupo durante el intervalo entre las sesiones. Intentar identificar y solucionar posibles dudas o dificultades encontradas en la realización de las tareas que debían ser puestas en práctica en casa. Esto contribuye tanto a la realización de las tareas propuestas como a la cohesión del grupo y al mantenimiento de una productiva

relación terapeutas-cliente. Los padres relatan sentir que los terapeutas se preocupan por ellos cuando les llaman por teléfono, sintiéndose más motivados.

5. Tener alimento disponible durante las sesiones para los miembros del grupo. Alimentos como galletas y refrescos, de bajo coste económico, tratan de favorecer la presencia de aquellos padres que van directamente del trabajo para la clínica sin haber comido. Además, en muchos grupos funciona para crear un clima de mayor distensión en las sesiones.

En los grupos en los que se aplicaron estas estrategias, el índice de faltas fue bastante reducido y el abandono del tratamiento bajó del 40-60 por 100 hasta el 21 por 100 o menos (Marinho y Silveiras, 2000).

2.6. Evaluaciones

Entrevista inicial. Ese primer contacto de los terapeutas con los padres tiene como objetivo recoger datos sobre el niño y la familia, de forma que pueda realizarse el análisis funcional inicial del caso. Se puede adoptar el «Formulario para la entrevista clínica inicial» (anexo 17.1). Al final de una o dos entrevistas, los terapeutas deben ser capaces de indicar o contraindicar la participación de los padres en el grupo, en función: *a)* del tipo de quejas con relación al comportamiento infantil; *b)* del análisis funcional de las quejas: ¿el problema puede solucionarse a través de cambios en el patrón de la interacción padres-hijo?, y *c)* del interés y disponibilidad de al menos uno de los padres para participar en el grupo de intervención.

Evaluación parental. Se sugiere que se apliquen instrumentos para la evaluación del nivel de estrés, depresión y satisfacción conyugal de los padres, ya que tales factores pueden influir sobre la calidad de la implicación del/la padre/madre en el grupo. Los resultados obtenidos no deben utilizarse para la exclusión de participantes, sino para tener informaciones sobre los procesos por los cuales están pasando las familias.

Evaluación del comportamiento infantil. Como la percepción parental del comportamiento infantil es función no solamente de la observación del patrón de comportamiento presentado por el niño, sino también del nivel de desajuste del observador (Wells, 1981), habitualmente hay desacuerdo entre los resultados de las evaluaciones realizadas por diferentes personas del contexto del niño. Así, además de la evaluación de la percepción que los padres tienen de los comportamientos de su hijo (a través de la «Lista del comportamiento infantil»; *Child Behavior Checklist*, CBCL, de Achenbach, 1991), se deben recoger datos a través del contacto directo con el niño para tener una mayor claridad de cómo se comporta. *

Se sugiere que se realice la observación directa del comportamiento infantil en situaciones naturales (en la escuela o en la clínica: jugando con otros niños, en la sala de espera) y en la sesión llevada a cabo por los terapeutas con el niño. Se ha mostrado útil la realización de una sesión lúdica en grupo con los niños.

Observación del patrón de la interacción padres-niño. Se debe crear una situación en la que pueda observarse el patrón de interacción padres-niño. Se sugiere colocar a los padres y al niño en una sala donde puedan ser observados (a través de un espejo unidireccional o de filmación en vídeo), diciendo que han que aguardar allí durante aproximadamente 30 minutos. Se deben dejar disponibles varios tipos de juguetes, además de material de interés para adultos, como revistas y periódicos y otros que puedan generar algún tipo de enfrentamiento entre los miembros (por ejemplo, un frasco lleno de caramelos y chocolates puede exigir que los padres tengan que controlar la cantidad que el niño podrá comer; algún objeto rompible; una jarra con agua y vasos de vidrio, etc.). Las observaciones en la sala de espera también se han mostrado útiles, especialmente si hay formas de grabar en vídeo las interacciones. Un cartel en la sala de espera del tipo «Sonríe, está siendo filmado» puede ser suficiente para cumplir con las exigencias éticas.

El objetivo es observar cómo los padres y los hijos se comportan cuando están juntos. ¿Los padres juegan o leen revistas y periódicos mientras

el niño juega solo? ¿Son reforzadores o aversivos? ¿Colocan límites adecuados al comportamiento infantil o no? Y los hijos, ¿obedecen a las órdenes de los padres? ¿Son activos o apáticos? ¿Presentan algún problema de comportamiento durante la interacción? ¿Padres e hijos interaccionan entre sí o sólo comparten el mismo ambiente? En el caso de parejas, ¿cómo se organizan en la situación? ¿Es siempre la misma persona la que interacciona con el niño? ¿Cómo interaccionan los padres entre sí?

Otra posibilidad para obtener información sobre la interacción padres-hijo es dejar a los padres una grabadora casete portátil para que se la lleven a casa durante una semana y pedirles que graben 20 minutos cada día en los momentos en los que creen que la interacción es más difícil.

Las observaciones de la interacción padres-hijo pueden ayudar a los terapeutas a identificar patrones de interacción familiar, problemas de comportamiento presentados por el niño, déficit en habilidades parentales necesarias en la educación infantil, además de posibilitar un análisis funcional detallado del caso.

2.7. Intervención

En líneas generales, el programa puede ser llevado a cabo a lo largo de 12 semanas, con sesiones de evaluación e intervención. Las sesiones de intervención incluyen sesiones con los padres en grupo e individualmente. Una variación del programa incluye sesiones semanales o quincenales con los niños en grupo.

Grupo de padres

El grupo de padres consta de diez sesiones, una por semana, de 90 minutos de duración cada una. Se puede reducir o aumentar el número de sesiones evaluando las características de los miembros del grupo, con el fin de optimizar los resultados. Por ejemplo, grupos con personas de baja escolaridad pueden tener más dificultades en comprender algunos procedimientos propuestos, necesitando sesiones extra de discusión, mientras que en grupos con

pocos miembros se pueden disminuir la duración o el número de sesiones. Estas variaciones no han pasado por evaluaciones rigurosas, pero cuando se realizan adecuadamente no parecen que causen perjuicios a la intervención.

La tabla 17.2 presenta la descripción de los objetivos, actividades y tareas para casa propuestos en cada una de las diez sesiones del grupo de padres. Añadimos a continuación algunos comentarios sobre la realización de cada sesión.

Sesión 1

Es importante tratar de establecer condiciones para la buena interacción entre los miembros del grupo. Se debe posibilitar la participación de todos los padres en las discusiones. La presentación de los participantes entre sí puede hacerse por medio de algún ejercicio dinámico de los numerosos destinados a ese objetivo. Un ejemplo es que cada miembro diga su nombre y cuente la historia de éste: lo que significa, quién lo escogió, si le iban a poner otro nombre, si le gusta o no su nombre y cómo prefiere que le llamen. Los terapeutas deben participar en la dinámica, presentándose de la misma forma; pueden, incluso, empezar la presentación, proporcionando un modelo a los padres.

Luego, se debe presentar una descripción general del programa de intervención, destacando el hecho de que las sesiones comenzarán hablando sobre lo que los niños hacen de adecuado, justificando que se obtienen mejores resultados de esa forma. Se debe informar que habrá tareas que deberán realizarse en casa y que los terapeutas estarán siempre disponibles por contacto telefónico o para la realización de sesiones individuales cuando los padres lo necesiten.

Al final de la sesión se debe entregar la «Hoja de registro del comportamiento infantil: comportamientos adecuados» (anexo 17.2) y dar orientaciones sobre su utilización durante la semana. Se debe pedir a los padres que ejemplifiquen algunos comportamientos que podrían registrarse. Es importante dejar claro que cualquier comportamiento considerado por los padres como adecuado, incluso los más simples, puede ser anotado y que no hay

TABLA 17.2

Descripción del programa de intervención grupal para padres

Sesión	Objetivos de la sesión (al final de la sesión los padres deben):	Procedimientos	Tareas para casa
1	Integrarse con los otros miembros del grupo. Conocer el formato general del programa de intervención. Decidir en conjunto los términos para el funcionamiento del grupo.	• Dinámica de presentación de los participantes. • Explicación del programa de tratamiento. • Contrato grupal: discusión y definición de los horarios de inicio y terminación de las sesiones, fecha y valor del pago, número de faltas aceptadas y procedimiento para cuando necesita faltar.	Registrar durante cinco días comportamientos adecuados emitidos por el niño a partir de observaciones diarias de al menos 20 minutos (hoja de registro anexo 17.2).
2	Tomar conciencia de los comportamientos adecuados emitidos por el hijo/a. Conocer la importancia del refuerzo. Presentar refuerzo natural contingente al comportamiento adecuado.	• Discusión de la tarea para casa en subgrupos: qué comportamientos observaron, comparación y discusión de los comportamientos observados. • Los miembros de los subgrupos presentan una lista de los comportamientos adecuados observados. • Explicación de lo que es y de la importancia del refuerzo. • Discusión de formas de reforzar un comportamiento: atención, toque físico, alabanza, hacer regalos, realizar conjuntamente actividades agradables, etc. (refuerzos condicionados). • Orientación sobre estímulos que no deben ocurrir al mismo tiempo que el refuerzo positivo del comportamiento adecuado: criticar, dar órdenes, proponer desafíos al niño, etc.	Listar cuatro comportamientos adecuados emitidos por el niño y presentar un refuerzo natural contingente a los mismos. Realizar la actividad propuesta con registro durante cinco días (anexo 17.3).
3	Identificar y discutir las dificultades encontradas a la hora de reforzar los comportamientos adecuados.	• Presentación por los miembros de cómo fue la realización de la tarea para casa. • Discusión en grupo de las dificultades experimentadas. • Realización del ensayo de papeles de la situación de reforzar el comportamiento adecuado.	Registrar y reforzar comportamientos adecuados emitidos por el niño durante la semana (anexo 17.3).
4	Comprender que el comportamiento humano es aprendido y mantenido en función de la relación individuo-ambiente. Conocer y saber aplicar el procedimiento de atención diferencial.	• Los padres responderán individualmente, por escrito, a la siguiente cuestión: «¿Por qué el niño presenta comportamientos inadecuados?». • Discusión de las respuestas individuales en subgrupos. • Realización de una síntesis de las causas presentadas y exposición ante el grupo. • Discusión del tema «Causas intrínsecas <i>versus</i> causas interaccionales». • Discusión de la importancia de la atención (como refuerzo) en el mantenimiento tanto del comportamiento adecuado como del inadecuado. • Explicación del procedimiento de atención diferencial.	Observar y registrar comportamientos inadecuados emitidos por el niño durante la semana, indicando aquellos que podrían ser ignorados por los padres (anexo 17.4).

TABLA 17.2 (continuación)

Sesión	Objetivos de la sesión (al final de la sesión los padres deben):	Procedimientos	Tareas para casa
5	Identificar los comportamientos infantiles inadecuados susceptibles de ser ignorados (extinción). Saber ignorar comportamientos inadecuados mantenidos por la atención.	• Discusión de la tarea para casa en subgrupos, distinguiendo los comportamientos que podrían ser ignorados de aquellos que no deberían serlo, indicando las razones de tal opinión. • Análisis de qué comportamientos inadecuados podrían ser abordados a través de la retirada contingente de atención por parte de los padres. • Realización del ensayo de papeles sobre cómo ignorar el comportamiento: no reírse, no mirar, no regañar, poner una expresión de indiferencia, etc.	Registrar los comportamientos inadecuados emitidos por el niño que pueden ser ignorados, ignorarlos y registrar la reacción del niño (anexo 17.5).
6	Aumentar la empatía de los padres en relación a los hijos. Comparar sus métodos de educar con los adoptados por sus padres. Identificar las dificultades en ignorar el comportamiento infantil inadecuado. Diferenciar entre comportamiento inadecuado por exceso e inadecuado por defecto.	• Los padres individualmente representan su infancia utilizando material lúdico y se presentan al grupo describiéndose (comportamientos, sentimientos) como cuando eran niños. • Comparación de los comportamientos que presentaban cuando eran niños con los comportamientos presentados por los propios hijos. • Análisis de la influencia que la educación recibida tuvo en la educación que estaban procurando dar a los hijos. • Los padres expresan en una palabra cómo se sienten cuando tienen que ignorar el comportamiento inadecuado emitido por el niño. • Presentar la palabra al grupo y comentar al respecto. • Discusión de las dificultades individuales sentidas por los miembros en las tentativas de ignorar: cuándo es más difícil y cuándo es más fácil ignorar y por qué. • Diferenciación entre comportamientos inadecuados por exceso e inadecuados por defecto.	Registrar un comportamiento inadecuado presentado por el niño describiendo la situación en que ocurrió (anexo 17.6). Continuar reforzando los comportamientos adecuados e ignorar los inadecuados.
7	Analizar funcionalmente los comportamientos infantiles inadecuados.	• Analizar funcionalmente el comportamiento infantil inadecuado registrado por cada miembro/pareja.	Continuar observando y registrar las variables relacionadas con la ocurrencia del comportamiento que se ha de analizar (anexo 17.6).

TABLA 17.2 (continuación)

Sesión	Objetivos de la sesión (al final de la sesión los padres deben):	Procedimientos	Tareas para casa
8	Conocer y saber aplicar procedimientos para el cambio del comportamiento en niños y preadolescentes.	• Discutir sobre procedimientos comportamentales para cambiar la conducta en niños y preadolescentes. • Discusión de la importancia de que los padres programen consecuencias para los comportamientos de los hijos. • Ejemplificar cómo sustituir contratos de castigo (castigo si no hace lo que se acordó) por contratos de refuerzo (presentación de consecuencias positivas contingentes al comportamiento deseado). • Exposición de cómo montar un contrato de contingencias con el niño. • Los padres discuten planes de acción para actuar frente al comportamiento de cada uno de los niños del grupo. • Los padres citan consecuencias que serían reforzadoras para sus hijos. • Discusión del tipo de reforzadores que podrían ser utilizados en el contrato de contingencias.	Aplicar un procedimiento elegido para el cambio en un comportamiento infantil inadecuado.
9	Analizar la adecuación del procedimiento adoptado, basado en los resultados obtenidos. Proponer cambios en el procedimiento, si es necesario.	• Discusión de la aplicación del procedimiento elegido, las dificultades y los resultados observados. • Análisis funcional de la situación. • Propuesta de cambios en el procedimiento, si es necesario.	Continuidad de la aplicación del procedimiento elegido.
10	Evaluar el alcance de los objetivos propuestos y remitir para otros tratamientos.	• Análisis de la aplicación de los procedimientos realizados por los miembros con sus hijos y de los resultados obtenidos. • Relato de los comportamientos que todavía son problemáticos y discusión sobre cómo los padres pueden proceder ante los mismos. • Terminación del grupo.	

ningún inconveniente en que el niño se dé cuenta de que sus comportamientos están siendo registrados; los padres pueden, según su criterio, mostrar la hoja de registro al niño y explicar cuál es su tarea para casa.

Destacamos que todas las veces que haya una tarea para casa los terapeutas deben telefonar al menos una vez y hablar directamente con cada uno de los miembros (incluso en el caso de parejas) para enterarse de las dudas y dificultades que están encontrando en la realización de la tarea e incentivarlos a realizarla.

Se deben establecer, junto con los miembros del grupo, reglas claras y sanciones para faltas que pueden hacer inviable la continuidad de la familia en el grupo si no logra seguir la secuencia de los procedimientos. Es importante también que se establezcan los horarios de común acuerdo y que sean viables para todos los miembros del grupo. Por ejemplo, se deben evitar horas de inicio o terminación que impliquen que algún miembro llegue siempre atrasado o tenga que salir antes de terminar la sesión.

Sesión 2

Desde la segunda sesión se inicia cada una de ellas con la comprobación y la discusión de la tarea para casa, optándose por estrategias en las cuales los grupos puedan participar activamente y no solamente como oyentes.

La tarea de registro de comportamientos infantiles adecuados observados durante la semana se debe discutir en pequeños subgrupos, donde cada miembro presenta su lista, compara si hay comportamientos semejantes o muy diferentes de los registrados por los otros miembros y, al final, hacen una lista única con los comportamientos registrados por los miembros de aquel subgrupo para presentarla al grupo, compararla y discutirla. No debe haber sanciones para los padres que no realicen el registro; la situación misma de no tener su propia información registrada para la discusión generalmente ayuda a que los padres pasen a hacer los registros semanales.

La discusión de esos registros posibilita la identificación de: *a)* diferencias de valores entre las

diferentes familias; *b)* diferencias y semejanzas entre los niños; *c)* expectativas de los padres con relación al comportamiento infantil, y *d)* noción de causalidad del comportamiento infantil: ¿innato o aprendido?

Todas estas discusiones son importantes para que los padres establezcan una nueva perspectiva con relación a sus hijos y a sí mismos. Es importante que tengan claro que la mayoría de los comportamientos presentados por el niño (en general, todos los comportamientos que han anotado) fueron aprendidos. Esto hace posible que el niño tenga el mérito por haber aprendido a comportarse bien y ellos el mérito de haberle enseñado. Dicha perspectiva genera sentimientos distintos a cuando los padres creen que el niño no hace más que su obligación de comportarse «bien»; por tanto, deben aclarárseles que los niños no nacen sabiendo comportarse como ellos esperan y que debe enseñárseles a hacerlo, lo que, en general, exige mucha paciencia y persistencia por parte de los padres.

El objetivo principal de estas discusiones es que los padres lleguen a discriminar y a valorar determinados comportamientos que sus hijos ya presentan. A este respecto, muchas veces es necesario que los terapeutas comenten cómo incluso los comportamientos considerados más simples son relevantes para el desarrollo infantil y cómo constituyen indicios de que tanto el comportamiento del niño como la forma en que los padres lo han educado poseen aspectos que deben ser valorados.

La segunda parte de la segunda sesión es más educativa, con los terapeutas explicando la importancia del refuerzo sobre el comportamiento. Es importante que los padres discriminen que para funcionar como refuerzo se debe renunciar a presentar de forma concomitante cualquier estímulo verbal que pueda funcionar como crítica o desafío. En general, es más útil dar ejemplos del impacto del refuerzo y de los desafíos/críticas sobre el comportamiento de los mismos padres, ya que así ellos pueden recordar cómo se sintieron en esas situaciones. Se pueden usar ejemplos del tipo siguiente: ¿Cómo se siente usted cuando su jefe lo elogia por un trabajo bien hecho? ¿Y cuando él dice algo así como: «Está bien, ¡pero puede mejorar!»?

Se debe incentivar a los padres para que refuercen positivamente el comportamiento infantil adecuado, aun cuando todavía no se encuentre en su forma ideal, pero sin presentar desafíos al niño que alteren el valor reforzador de la alabanza. Se deben evitar verbalizaciones como «Vamos a ver si la próxima vez lo consigues hacer mejor». Los padres deben usar refuerzos naturales, en la forma de atención, alabanza, cariño, etc., y tienen, al mismo tiempo, que decir al niño por qué lo están elogiando o acariciando (describir lo que hizo adecuadamente). Las anotaciones se deben hacer en la «Hoja de registro del comportamiento infantil: refuerzo de comportamientos adecuados» (anexo 17.3), describiendo el comportamiento del niño, el comportamiento del/la padre/madre (refuerzo), la reacción del niño y las dificultades experimentadas en la realización de la tarea.

Consideraciones. En general, en estas semanas iniciales en las que deben actuar frente a los comportamientos adecuados, los padres suelen traer para discusión los comportamientos problema, es decir, los inadecuados. Los terapeutas deben estar atentos para no entrar en esa discusión; pueden recordar y tranquilizar a los padres de que esos comportamientos serán discutidos pronto, pero que es importante para tener éxito empezar por los adecuados.

Los padres, en general, cuentan que los niños están entusiasmados con la situación de que sus comportamientos adecuados sean anotados en una agenda y que posteriormente sean contados para los otros padres del grupo. Es frecuente que cuenten que los niños les avisan cuando dejan de anotar determinado comportamiento (e insisten para que lo anoten) y en ocasiones aguardan su regreso el día de la sesión con preguntas tales como: «¿Qué dijeron sobre lo que hice esta semana?» Se considera que éstos son indicios positivos del impacto y de la relevancia del refuerzo social contingente al comportamiento infantil considerado adecuado por cada familia.

Un asunto que frecuentemente surge en esta sesión se refiere a la creencia, presentada por numerosas familias, de que estímulos reforzadores como la alabanza y la aprobación funcionan desmotivando

al niño, reduciendo la probabilidad de presentación del comportamiento esperado (Marino, 2001). Como ésta es una creencia bastante arraigada, es importante su discusión y la sugerencia de que las familias comprueben su veracidad.

Sesión 3

La tercera sesión tiene como objetivo ayudar a los padres a identificar las propias dificultades experimentadas a la hora de presentar un refuerzo al comportamiento infantil. Algunos padres o madres presentan dificultades para elogiar, actuar cariñosamente, aprobar los comportamientos del niño. Esto puede ocurrir en función de la intensidad, frecuencia y duración de los problemas de comportamiento presentados por el niño y de los patrones de interacción familiar adoptados. Sin embargo, en muchos casos, las dificultades de reforzar el comportamiento infantil se relacionan con el patrón comportamental de estos padres, con creencias que mantienen sobre la interacción padres-hijos, con el modelo de padres que recibieron de sus propios padres, etc. Se deben discutir las dificultades y llevar a cabo representaciones de papeles en las que los padres puedan tener modelos sobre cómo reforzar el comportamiento infantil.

Los miembros que presenten dificultades importantes en la tarea pueden participar en una sesión individual para abordar el tema con más detalle. Nuevamente, la tarea para casa consiste en presentar un refuerzo positivo contingente al comportamiento infantil adecuado (anexo 17.3).

Sesión 4

Después de la comprobación y discusión de la tarea de casa, se deben discutir más detenidamente las concepciones de los miembros sobre las causas del comportamiento infantil. Dando continuidad a la línea de razonamiento iniciada en la sesión 2 (la casi totalidad de los comportamientos presentados por los niños fueron aprendidos), se debe discutir la noción de causalidad del comportamiento infantil, destacando la relación individuo-ambiente como la principal explicación causal del comportamiento

humano. La discusión de este aspecto es importante porque si los padres no consideran que los comportamientos infantiles son aprendidos y mantenidos a través de la relación del niño con su medio, incluyendo aquí la relación con los padres y otras personas de su entorno, no tienen posibilidades de identificar las variables causales del comportamiento-problema ni de aplicar procedimientos eficaces de intervención.

Después de esa discusión conceptual, se debe orientar a los padres a observar y registrar comportamientos inadecuados emitidos por el niño durante la semana, indicando aquellos que podrían ser ignorados («Hoja de registro del comportamiento infantil: observación de comportamientos inadecuados», anexo 17.4). Se debe discutir con los padres qué criterios se podrían adoptar para decir que un comportamiento inadecuado podría ser ignorado (por ejemplo, no es peligroso para el propio niño o para otra persona, no destruye objetos que no deberían ser destruidos, etc.)

Se debe pedir a los padres que continúen reforzando los comportamientos adecuados presentados por el niño (no necesitan reforzarlos todas las veces, sino intermitentemente); sin embargo, deben estar atentos para no reforzar los comportamientos inadecuados (procedimiento de refuerzo diferencial: reforzar determinadas clases de comportamiento y no reforzar otras).

Sesión 5

La discusión de la tarea para casa debe hacer posible que los padres perciban que algunos comportamientos presentados por sus hijos, evaluados inicialmente como inadecuados, pueden no serlo. Este hecho es corroborado por numerosas investigaciones que indican que los padres de niños antisociales suelen ser más irritables en sus interacciones con miembros de la familia en general y tienden a evaluar como problemáticos comportamientos que otros padres evalúan como neutros o prosociales (Patterson, Reid y Dishion, 1992).

Así, el ayudar los padres a discriminar qué comportamientos podrían ser ignorados contribuye de diversas formas a los siguientes aspectos: *a)* ayuda

a centrar la intervención en aquellos comportamientos más perturbadores y con consecuencias más graves, bajo el punto de vista de los padres; *b)* los padres pueden discriminar mejor las situaciones en las que, aunque prefiriesen que su niño no se comportase de aquella forma, su comportamiento no es, en realidad, inadecuado; *c)* aumentar la tolerancia y la empatía hacia características individuales de los niños y a respetarlas como parte del ser humano (nosotros los adultos también nos comportamos, con mayor o menor frecuencia, de forma que no todos aprueban); *d)* indica a los padres que para educar de manera eficaz no es necesario que tengan que intervenir ante todo comportamiento infantil que consideren inadecuado.

Se debe discutir el hecho de que algunos de los comportamientos inadecuados presentados por el niño son mantenidos por la atención parental. De la misma forma como los padres han buscado deliberadamente aumentar la frecuencia de comportamientos adecuados con la presentación de refuerzo, lo mismo puede estar ocurriendo con los inadecuados. Así, algunos de los comportamientos inadecuados susceptibles de ser ignorados podrían ser resueltos por medio de la no presentación del estímulo reforzador que los mantiene, en general, la atención parental.

Los padres deben, por tanto, ser orientados para aplicar el procedimiento de extinción (ignorar el comportamiento inadecuado), realizando ensayos de papeles de la situación. Se debe alertar que el comportamiento puede, inicialmente, aumentar de frecuencia. Si el niño está comportándose mal para obtener la atención parental, quizá no la esté obteniendo a través de comportamientos adecuados. Se debe destacar la importancia de la atención parental para el niño, sugiriendo a los padres que evalúen la duración y la calidad del tiempo que han pasado en interacción con su hijo. Se debe orientar a los padres para que den atención positiva al niño solamente en los momentos en los que no esté presentando comportamientos inadecuados. Como tarea para casa se debe hacer un registro de las situaciones en las que intentaron llevar a cabo el procedimiento de extinción (anexo 17.5).

Sesión 6

La discusión de la tarea para casa debe realizarse en la segunda parte de la sesión. Al inicio, se deben realizar actividades que posibiliten el aumento de la empatía de los padres en relación a sus hijos, es decir, que los padres consigan ponerse en el lugar de los hijos y comprender mejor por qué actúan de la forma como lo hacen. Hay numerosas estrategias que hacen posible que los padres recuerden su infancia, cómo se sentían en relación con sus propios padres y qué patrones reproducen en la educación de sus hijos (en función directa o inversa a su experiencia pasada). Se sugiere la utilización de material lúdico por parte de los padres, como plastilina, pinturas, juegos de encajar, etc.

En la discusión de la tarea para casa, se debe intentar ayudar a los padres a identificar las dificultades que tuvieron al ignorar comportamientos inadecuados. Muchos padres alegan sentirse inconsecuentes cuando ignoran comportamientos inadecuados de sus hijos. Se debe dar la oportunidad de verbalizar estos sentimientos y discusiones relativos a los hechos de que los cambios comportamentales (de ellos y de los hijos) se van realizando paso a paso. Deben ir actuando y reflexionando sobre la experiencia.

Se debe también utilizar la lista de conductas inadecuadas registradas por los padres para ayudarlos a diferenciar los comportamientos que consideran inadecuados por déficit (el niño no presenta el comportamiento esperado o lo presenta con baja frecuencia) o por exceso comportamental (el niño presenta comportamientos indeseables).

En general, en esta sesión, muchos padres presentan ya una evaluación bastante distinta de su hijo: reconocen sus comportamientos adecuados y no identifican como inadecuados todos los comportamientos que otrora evaluaban como tales. Visualizar, mientras ocurre bajo sus ojos, el proceso de desarrollo de su hijo, el aprendizaje de comportamientos nuevos, el aumento de sus capacidades motoras, cognitivas, afectivas, etc., posibilita que muchos padres se vean involucrados en esa danza del desarrollo y pasen a adoptar expectativas más realistas frente al comportamiento infantil. En gene-

ral, los padres perciben que en muchas de las situaciones en las que evaluaban negativamente a su hijo lo que ocurría era que el comportamiento esperado no se había instalado todavía en el repertorio comportamental infantil (sea porque no era posible que los niños de aquella fase de edad/sexo se comportasen de la forma esperada por ellos o porque no se colocaron las condiciones necesarias para que aprendiesen el comportamiento en cuestión).

Como tarea para casa, los padres deben elegir el comportamiento de su hijo que consideran más perturbador y realizar un registro semanal de las condiciones de su ocurrencia (anexo 17.6). Ese registro tiene la función de obtener informaciones para la realización del análisis funcional de la situación-problema.

Sesión 7

En esta sesión se debe ayudar a los padres a analizar funcionalmente el comportamiento perturbador de su hijo que todavía no haya sido solucionado y adoptar estrategias de acción. Puede realizarse un análisis funcional de la situación siguiendo las siguientes cuestiones: 1) ¿Este comportamiento es realmente inadecuado en esa situación? 2) ¿Es inadecuado porque el niño dejó de hacer algo (déficit) o porque hizo algo que no debía estar haciendo (exceso)? 3) ¿Qué le parece que sucedió para que ocurriese este comportamiento? 4) ¿Pasó algo relevante algunas horas antes de que ocurriese el comportamiento? 5) ¿Lo que ocurre después del comportamiento (consecuencia) puede estar manteniéndolo? 6) ¿Qué podría hacerse para cambiar ese comportamiento?

Si es posible, se deben discutir todas las situaciones en la séptima sesión y retomadas en la sesión siguiente, de forma que se haya hecho al menos un análisis inicial del caso para cada niño. Por tanto, se puede dividir el tiempo de la sesión por el número de niños-objetivo, destinándose un tiempo igual de discusión para cada caso. Se debe orientar a las parejas para que lleguen a un acuerdo sobre qué comportamiento de su hijo se debe analizar. Todos los miembros deben participar en la discusión de todas las situaciones, de forma que funcione como entrenamiento en analizar funcionalmente situaciones-problema e indicar soluciones.

Como tarea para casa, los padres deben continuar registrando la situación en casa, con el fin de ver si pueden incluir informaciones adicionales al análisis.

Sesión 8

El análisis funcional de las situaciones-problema presentadas por la familia debe ser retomado, incluyendo nuevos datos que los padres puedan haber observado durante la semana. Se deben discutir estrategias de acción. Por tanto, se debe plantear como aspecto básico el que se tiene que enseñar y reforzar para aumentar su frecuencia los comportamientos inadecuados por déficit y que se debe enseñar y reforzar comportamientos más adecuados e incompatibles cuando se trata de comportamientos en exceso. Es importante recordar que para utilizar el refuerzo condicionado se debe tener seguridad de que éste haya sido, en la historia del niño, emparejado con el refuerzo incondicionado (Caballo, 1995).

Como complemento, se deben explicar procedimientos que los padres pueden adoptar fácilmente, como el modelado, la economía de fichas, el contrato de contingencias, el tiempo fuera, etc., y seleccionar, con los miembros del grupo, la alternativa que van a poner en práctica con su hijo y que se va a realizar durante la semana como tarea para casa.

Sesión 9

Esta sesión trata de discutir la aplicación de los procedimientos elegidos en la sesión anterior por los padres, las dificultades y los resultados experimentados. Se debe discutir el caso de cada uno de los niños y el mantenimiento o el redireccionamiento de la intervención.

En esta sesión, los terapeutas deben ser sensibles a las especificidades de cada caso y adoptar estrategias para conseguir los objetivos. Pueden ser necesarias una o dos sesiones individuales con las familias o sesiones conjuntas padres-hijo. No se exigen más relatos de las situaciones, sino la aplicación de los procedimientos en casa. Se les puede también pedir que graben en audio las interacciones en casa para analizar la situación.

La sesión siguiente del grupo se debe marcar para después de 15 días de esta novena sesión, con el fin de que haya tiempo de que los padres observen los resultados de los procedimientos aplicados. En la semana en la que no habrá sesión del grupo se deben marcar las sesiones individuales con las familias.

Sesión 10

La décima sesión trata de poner al día a los miembros del grupo en relación al proceso que cada una de las familias realizó en la última semana y los resultados obtenidos. En general, ésta es la última sesión del grupo. Algunos grupos escogen marcar una sesión adicional exclusiva de retroalimentación y despedida de los miembros, otros realizan estas actividades al final de esa décima sesión. Sin embargo, los terapeutas pueden, con base en los resultados obtenidos por la mayor parte de las familias, marcar sesiones adicionales del grupo hasta que la mayoría de las familias alcancen sus objetivos. Cuando las familias que no alcanzaron los objetivos son minoría (una o dos) y con base en la evaluación de la situación por el grupo, se puede optar por terminar el grupo y remitir de nuevo los casos que no respondieron positivamente o que no alcanzaron totalmente los objetivos inicialmente propuestos. Se puede remitir a los sujetos a terapia de pareja, terapia familiar, terapia infantil, etc.

Es oportuno que se marquen sesiones de seguimiento, a los 30 y 90 días después de la finalización del grupo, para confirmación de los resultados y aclaración de dudas. Se puede dar la opción a los padres de que telefonen en ese intervalo en caso de necesitar alguna orientación.

Sesiones con los niños

Una versión actual del PICGP, en la que se realizan sesiones de grupo de terapia infantil con los niños-objetivo, al mismo tiempo que se lleva a cabo el entrenamiento del grupo de padres, sugiere una mejora de los resultados.

En estos casos, el servicio a los niños está condicionado a la participación de los padres en el gru-

po, pudiendo llevarse a cabo las sesiones en los mismos días que las sesiones del grupo (dirigidas por otra pareja de terapeutas). Los objetivos del grupo de niños son el desarrollo del comportamiento prosocial a través de la aplicación de procedimientos para el desarrollo de habilidades sociales. Además, pueden llevarse a cabo en el grupo estrategias para problemas de comportamiento específicos. Terapeutas y padres pueden observar también a los niños en el grupo a través de un espejo unidireccional o mediante la grabación en vídeo con el fin de discutir sus comportamientos.

2.8. Estrategias para el mantenimiento de los beneficios terapéuticos

Para que se puedan mantener los beneficios conseguidos por las familias es necesario que se adopten estrategias con este objetivo. Se sugiere la realización de sesiones del grupo de padres después de un mes, tres meses y seis meses de la terminación de las orientaciones. En el seguimiento de un mes se debe entregar a los padres un conjunto de informaciones denominado «Recordatorios de apoyo» (anexo 17.7), que contiene los principales elementos discutidos en las sesiones del grupo en lenguaje accesible, con el fin de que los padres lo puedan consultar cuando lo deseen.

Las sesiones de seguimiento tratan de mantener el compromiso de los miembros para continuar presentando los comportamientos que aprendieron, de manera que pasen a formar parte del patrón comportamental de los padres.

2.9. Consideraciones finales

El Programa de Intervención Conductual en Grupo para Padres de niños y preadolescentes, descrito anteriormente, demostró ser adecuado para producir cambios comportamentales positivos en la mayoría (en torno del 70 por 100) de las familias sometidas a la intervención. Además, los padres informaron de una elevada aceptación de los componentes del programa (habilidades entrenadas y

estrategias de enseñanza adoptadas). Según Eyberg (1993), el nivel de satisfacción con la intervención puede afectar positivamente al mantenimiento posterior de los beneficios e incluso llevar a cabo los efectos de la misma.

De esta forma, se concluye que el programa propuesto alcanza los tres niveles de validación social indicados por Wolf (1978, según Forehand, Wells y Griest, 1980):

- a) Sus objetivos específicos van a la par de los patrones de comportamiento aceptados socialmente sin pasar por alto, no obstante, las idiosincrasias de cada familia.
- b) Los participantes han evaluado todos los procedimientos como aceptables.
- c) La mayoría de las familias participantes ha obtenido los resultados esperados en relación al comportamiento infantil; algunos miembros han informado incluso de una mejora en el propio comportamiento en otros ambientes distintos al familiar (en especial en el trabajo) y con otras personas además del niño-objetivo (con otros hijos, con el cónyuge y/o con los compañeros de trabajo).

Esto no significa que la intervención se encuentre ya en su forma ideal, aunque sus fundamentos básicos (las habilidades que se han de enseñar y las estrategias de intervención) parecen eficaces a la hora de producir resultados favorables.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1991): *Integrative guide for the CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Autor.
- Eyberg, S. (1993): Consumer satisfaction measures for assessing parent training programs. En L. Vande-Creek, S. Knapp y S. T. L. Jackson (dirs.), *Innovations in clinical practice: a source book*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

- Forehand, R. y McMahon, R. J. (1981): *Helping the non-compliant child: A clinician's guide to effective parent training*. Nueva York: Guilford.
- Forehand, R., Wells, K. C. y Griest, D. L. (1980): An examination of the social validity of a parent training program. *Behavior Therapy*, 11, 488-502.
- Furey, W. M. y Basili, L. A. (1988): Predicting consumer satisfaction in parent training for noncompliant children. *Behavior Therapy*, 19, 555-564.
- Hanf, E. y Kling, J. (1973): *Facilitating parent-child interactions: A two-stage training model*. Nueva York: Plenum.
- Kanfer, F. H. y Salow, G. (1979): A análise comportamental: uma alternativa para a classificação diagnóstica. En T. Millon (dir.), *Teorias da psicopatologia e personalidade*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Kazdin, A. E. (1991): Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 785-798.
- Kazdin, A. E. y Mazurick, J. L. (1994): Dropping out of child psychotherapy: distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1069-1074.
- Kazdin, A. E. (1994): Adversidad familiar, desventajas socioeconómicas y estrés en los padres: variables contextuales relacionadas con la terminación prematura de la terapia conductual infantil. *Psicología Conductual*, 2, 5-21.
- Marinho, M. L. (2000a): Intervenção comportamental para pais e crianças em clínicas-escola: efetividade, limitações e prevenção contra a desistência. En R. R. Kerbauy (dir.), *Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva-conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. Santo André: SET.
- Marinho, M. L. (2000b): A intervenção clínica comportamental com famílias. En E. F. M. Silveiras (dir.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. Campinas: Papyrus.
- Marinho, M. L. (2001): Subsídios ao terapeuta para análise e tratamento de problemas de comportamento em crianças: quebrando mitos. En M. L. Marinho y V. E. Caballo (dirs.), *Psicologia clínica e da saúde*. Londrina: UEL/APICSA.
- Marinho, M. L. y Silveiras, E. F. M. (2000): Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. *Psicología Conductual*, 8, 299-318.
- McMahon, R. J. y Forehand, R. (1983): Consumer satisfaction in behavioral treatment of children: Types, issues and recommendations. *Behavior Therapy*, 14, 209-225.
- McMahon, R. J., Forehand, R. y Griest, D. L. (1981): Effects of knowledge of social learning principles on enhancing treatment outcome and generalization in a parent training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 526-532.
- Patterson, G. R. (1974): Interventions for boys with conduct problems: multiple settings, treatments, and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 471-481.
- Patterson, G. R., Dishion, T. J. y Chamberlain, P. (1993): Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. En T. R. Giles (dir.), *Handbook of effective psychotherapy*. Nueva York: Plenum.
- Serketich, W. J. y Dumas, J. E. (1996): The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.
- Tiedemann, G. L. y Johnston, C. (1992): Evaluation of a parent training program to promote sharing between young siblings. *Behavior Therapy*, 23, 299-318.
- Webster-Stratton, C. (1991): Annotation: strategies for helping families with conduct disordered children. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 32, 1047-1062.
- Wells, K. (1981): Assessment of children in outpatient settings. En M. H. Hersen y A. S. Bellack (dirs.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. Nueva York: Pergamon.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Briesmeister, J. M. y Schaefer, C. E. (dirs.) (1997): *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems*. Nueva York: Wiley.
- Hibbs, E. D. y Jensen, P. S. (dirs.) (1996): *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders. Empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Marinho, M. L. y Silveiras, E. F. M. (2000): Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. *Psicología Conductual*, 8, 299-318.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishion, T. J. (1992): *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.

ANEXO 17.1

Formulario para la entrevista clínica inicial

FICHA DE LA ENTREVISTA CLÍNICA INICIAL

(Para uso del equipo de entrevista/envío para tratamiento)

Palabras clave: _____
 Terapeuta sugerido: _____

Identificación/localización

Nombre del niño: _____
 Nacimiento: ____/____/____ Edad en el día de la entrevista: ____ Sexo: ☐ Fem. ☐ Masc.
 Dirección: Calle _____ N.º _____
 Barrio: _____ Ciudad: _____
 Teléfono: _____

Datos del núcleo familiar

Nombre	Parentesco con el niño	Edad	Escolaridad	Profesión

Renta familiar: _____ Entrevistador: _____
 Obs.: _____

Informaciones adicionales

Enviado por: _____
 ¿El niño ya siguió algún tratamiento médico? ☐ Sí ☐ No Especifique: _____
 ¿Ya siguió tratamiento psicológico o psiquiátrico? ☐ Sí ☐ No Especifique: _____
 ¿Toma algún medicamento? ☐ Sí ☐ No Especifique: _____
 ¿Frecuenta la escuela? ☐ Sí ☐ No Clase _____ Período: ☐ Mañana ☐ Tarde
 Escuela _____

Horarios disponibles de atención _____ Fecha de la entrevista: ____/____/____
 Responsable: _____

INFORME DE LA ENTREVISTA

Queja (Descripción, frecuencia, duración, ejemplos, implicaciones para el niño y para las otras personas, intentos de cambio ya realizados)

Relación familiar (Relación del niño con los padres, hermanos y otros familiares; relación conyugal de los padres) _____

Vida escolar (Relación con los compañeros y profesores, rendimiento académico, motivación) _____

Informaciones adicionales (*Otras observaciones que considerar relevantes*) _____

Expectativas en relación a la atención

ANEXO 17.2

Hoja de registro del comportamiento infantil: comportamientos adecuados

Nombre del/la padre/madre: _____

Nombre del niño: _____

Instrucciones: Observe el comportamiento del niño al menos durante 20 minutos, durante 5 días. Anote *todos* los comportamientos que observe y que *considera adecuados*. Anote incluso los comportamientos que parezcan simples. En las casillas, haga una equis (X) cada vez que observe de nuevo aquel comportamiento. Si, por ejemplo, en el segundo día observa un comportamiento que había observado en el primer día, no necesita anotarlo otra vez en la relación de comportamientos, sólo haga una equis en la columna de las casillas referente al día en el que usted vio de nuevo aquel comportamiento.

[illegible]

Hoja de registro del comportamiento infantil: refuerzo de comportamientos adecuados

Nombre del/la padre/madre: _____

Nombre del niño: _____

Instrucciones: Escoja al menos cuatro comportamientos adecuados que hace su niño y procure reforzarlo de la forma más natural posible, es decir, muestre al niño que ese comportamiento es adecuado por medio de la atención que usted le dispensa en el momento en el que ese comportamiento esté ocurriendo. Es muy importante no utilizar críticas, no hacer preguntas ni proponer desafíos, así como evitar las órdenes. Usted puede, por ejemplo, elogiar el comportamiento del niño. «¡Que bien, hijo, que... (diga lo que él/ella hizo)!, o incluso describir el comportamiento: «¡Arreglaste la cama! ¡Qué bien!», «Gracias por haber puesto el plato en la pila. ¡Me gusta cuando me ayudas!».

[illegible]

ANEXO 17.5

Registro de extinción de comportamientos infantiles inadecuados

Nombre del/la observador/a: _____
Nombre del niño: _____

Instrucciones: Observe a su hijo/a durante esa semana y aplique el procedimiento de retirada de atención (ignorar), según lo discutido en el grupo. Ignore solamente los comportamientos inadecuados emitidos por el niño, que probablemente estén mantenidos por la atención y que no causen daños ni sean peligrosos. Anote el comportamiento infantil inadecuado, el comportamiento que usted presentó en la situación y qué sucedió después.

Situación/comportamiento infantil inadecuado	Comportamiento del padre/madre	Lo que sucedió después

ANEXO 17.6

Registro de informaciones para el análisis funcional del comportamiento infantil inadecuado

Nombre del/la observador/a: _____

Nombre del niño: _____

Instrucciones: Observe a su hijo/a durante esta semana y elija un comportamiento que considere inadecuado con el objetivo de realizar este registro. Después de la elección del comportamiento, deberá anotar todo lo que pasó en la situación que pueda tener relación con el comportamiento del niño. *Anote detalladamente lo que estaba sucediendo antes de que ocurriera el comportamiento inadecuado, cuál fue el comportamiento del niño y qué pasó inmediatamente después.* Registre el máximo de detalles posible.

Comportamiento inadecuado escogido: _____

Descripción del comportamiento y detalles de la situación: _____

ANEXO 17.7

Grupo de orientación de padres recordatorios de apoyo

MARIA LUIZA MARINHO

1. ¡Muestre a su hijo que vale!

La cosa más importante en la educación de los hijos, lo que va a quedar para siempre como punto positivo para el niño, es el hecho de que usted **valore a la persona que él es, lo que tiene/hace bueno/bien y correcto.**

Esto es lo más importante que usted puede darle: la noción de su propia valía.

A partir de lo que usted dice/hace en relación al niño y a sus comportamientos el niño va a aprender a gustarse, a valorarse.

Todas las otras cosas de la educación son más fáciles para el niño y para los padres cuando él siente que tiene valor (¡aun cuando algunas veces, o incluso muchas veces, haga cosas consideradas equivocadas, con certeza su hijo también hace muchas cosas buenas, bien hechas y correctas!).

Además de esto, ¡él es especial solamente por el hecho de existir!

¿Cómo puede demostrar a su hijo que vale?

Puede hacer esto dándole amor incondicional: no amenazarlo con dejar de amarlo si no se comporta bien, sino amarlo independientemente de lo que haga.

¡Un amor así hace maravillas durante toda la vida de la persona!

Además, puede hacer esto diciéndole lo que hace correctamente, lo que hace bien, lo que hace con acierto. Puede decir con palabras:

«¡Qué bien hiciste esto, hijo!»

«¡Mira, ya sabes vestirme solo! ¡Muy bien!»

«Me gusta que siempre te limpies los dientes antes de dormir. ¡Eres un chico que se cuida!»

«Gracias, hijo, por ayudarme con estas tareas.»

«A tu amiga Marcela le caes muy bien. ¡Creo que eres un buen amigo!»

Puede, **al mismo tiempo**, acariciarlo:

Dándole un beso cuando el niño hace algo bien;

Pasando la mano por sus cabellos;

Abrazándolo;

Jugando con él

Importante: Incluso cuando usted hace estos gestos de cariño, es importante que *diga* lo que el niño hizo bien. Puede parecer que está claro por qué usted le está besando,

pero puede que él no lo sepa. Imagine una persona querida dándole a usted un abrazo y diciendo: «¡Eres muy especial!». Probablemente, si esa persona no dice lo que usted hace que ella encuentra especial, va a tener que usar la imaginación y no tendrá seguridad hasta que ella *hable*, ¿no es así? Con el niño ocurre lo mismo. ¡Diga siempre lo que hizo, el motivo por el que usted le está elogiando!

Bueno, éstos son sólo algunos ejemplos de lo que usted puede decir. Está claro que lo que debe decir depende de cómo es su hijo, de lo que hace bien y de su forma de ser - suyo, de padre o de madre; cómo usted puede manifestar las cosas al niño.

Pero usted puede preguntar: ¿por qué es importante decir estas cosas? ¿Él no lo sabe ya?

¡No, no lo sabe!

Es increíble cómo podemos pasar toda la vida haciendo cosas sin saber lo que las personas piensan de lo que hacemos. Si las personas no dicen o no demuestran de alguna forma lo que piensan de lo que hacemos, puede que no sepamos claramente lo que piensan de nuestras actitudes.

Entonces, usted tiene dos buenos motivos para indicar a su hijo lo que él hace bien:

1. Porque así él sabrá que hace algunas cosas bien y se sentirá mejor, se gustará más a sí mismo por ello.
2. Porque cuando usted elogia, muestra que le gusta alguna cosa que hace el niño, siendo su tendencia a hacer más veces lo que usted aprecia.

(Esto es especialmente importante cuando el niño es pequeño y la opinión de los padres es la más importante del mundo; cuando todavía no entra en conflicto con la opinión de los amigos. Por tanto, ¡aproveche esa época!)

2. Cuando elogie, ¡no critique!

Puede conseguir elogiar lo que el niño hizo correctamente, pero puede pensar que si añade algún desafío, intentará mejorar cada vez más; ¡equivocado!

Si usted elogia, pero enseguida critica, pide satisfacción, causa resentimiento, un sentimiento en el niño de que no es suficientemente bueno.

Incluso cuando el niño no haga alguna cosa de la mejor forma, en vez de decir cómo él todavía no hace (el objetivo), usted puede decir cómo él lo hace mejor que antes o cómo consigue al menos hacer un poco. *¡Sea sincero!* No ayudará en nada al niño si dice que está excelente, pero no lo está.

Y recuerde: *Decir que está bien, pero podría estar mejor, no es elogio, ¡es pedir satisfacción!*

3. Cuando el niño hace algo equivocado

Es difícil mantener la calma y actuar como educador cuando un niño exige, critica, refunfuña y hace cosas ¡que usted ya advirtió varias veces que no hiciera!

Es en esa hora que su autocontrol (saber controlarse a sí mismo, sus palabras, sus acciones) es importante. Los padres pueden decir cosas muy crueles a sus hijos cuando están con ira debido al mal comportamiento de éstos.

Aprender a comprender al niño y percibir por qué está actuando de esa manera lleva tiempo y exige paciencia. Hasta lograr hacer esto, es importante tener cuidado con las palabras, no decir cosas que rebajen y lastimen a su hijo.

Es en esos momentos en los que generalmente tienen lugar las críticas y los insultos (¡lo opuesto a elogiar, valorar lo que él hace bien).

Los padres pueden decir:

- «¡Nunca haces nada bien!»
- «¡Lo hiciste otra vez! ¿No te advertí?»
- «¡Eres insoportable!»
- «¿Por qué no eres como tu hermano?»
- ¡Y una lista enorme!

Intente cuidar, intente controlarse para no rebajar a su hijo, ¡incluso cuando hace cosas con las que usted no está de acuerdo!

Criticar sirve solamente para poner al otro a la defensiva y provoca sentimientos negativos como ira, odio, sensación de incapacidad, de no ser aceptado y amado.

Recuerde alguna ocasión en la que usted haya sido criticado. ¿Cómo se sintió? Cree que podría haber sido mejor si, en vez de criticar, ¿la persona se lo hubiese dicho de otra forma? *Conversar* puede ayudar.

Puede decir al niño lo que está sucediendo (cuál es el problema) y pedirle que sugiera una solución. Puede dejarle que intente ayudar en la solución.

Eso es bueno porque hay diferencias entre que el niño diga lo que se puede hacer y que usted se lo mande hacer de

determinada forma. ¡Puede tener éxito! *Elogiar* cuando el niño hace lo correcto ¡es mejor!

Y usted podría intentar *ignorar* el comportamiento inadecuado siempre que crea que está ocurriendo para llamar su atención y cuando no sea peligroso o perjudicial.

(Recuerde: ignorar significa hacer como si el comportamiento no hubiera ocurrido; ¡no reforzar, no criticar, no hacer «muecas», no reírse!)

4. ¡Ayúdele a aprender comportamientos importantes!

Cuando el niño se equivoca porque no hace lo que debería, ¿qué hacer?

La gran mayoría de los comportamientos que los padres y la sociedad en general esperan de los niños y, después, de los adultos, son aprendidos. Las personas no nacen comportándose de aquella forma.

Incluso comportamientos como que le agraden las otras personas, no ser egoísta, ser responsable, deben enseñarse.

Por tanto, en la educación que usted da a su hijo, debería **enseñar** estos comportamientos.

Por ejemplo: cree importante que el niño sea limpio, con su cuerpo y con sus cosas. Pero a él no le gusta bañarse, cepillarse los dientes, etc. ¿Qué puede hacer?

Bien, usted debería *hacer algo para ayudar a que al niño le guste hacer estas cosas*. Una manera es *elogiando cuando lo hace*.

Lo puede hacer también *conjuntamente* con él, ayudarle a hacerlo (¡estar cerca de usted puede ser tan bueno o incluso mejor que una alabanza!), y también: Dar recompensas pactadas previamente con el niño para cuando realice determinado comportamiento.

Esto es especialmente útil cuando al niño le es muy difícil hacer lo que usted le está enseñando. Puede ayudar a que sea más agradable hacer lo que usted enseña.

El niño puede, con su ayuda y orientación, anotar, por ejemplo, todas las veces que se cepilla los dientes antes de dormir después de una única petición suya (dele unos cinco minutos de plazo o como quedó combinado).

Si se cepilla durante cinco noches durante toda una semana, ganará algo que fue pactado. Es importante que sepa que está ganado aquel premio por su comportamiento, no por otra cosa.

Esta estrategia ayuda a formar hábitos sociales que para algunos niños son difíciles. ¡Está claro que usted no necesitará hacer esto de dar recompensas para el comportamiento anterior el resto de su vida! Después de algún tiempo (usted observa esto) el niño lo va haciendo más por el hábito y el placer de hacer que por la recompensa.

Es importante que junto con la recompensa usted también ¡lo elogie por haberlo hecho! ¡A fin de cuentas, su alabanza y aprobación son también recompensas!

Después de algún tiempo, el elogio será suficiente y más tarde ya no será muy necesario

Pero usted puede pensar: ¿El niño no lo hará por intereses si sucede siempre así?

Bueno, en general usted no lo tendrá que hacer siempre así, no será para toda la vida.

¡No, el niño no lo hará siempre por interés!

¡ÉL PERMANECERÁ INTERESADO!

Usted puede pensar: ¿un trabajador es un interesado porque gana el salario por medio de su trabajo? Entonces, hacer determinadas cosas que aún no aprendió a valorar, que le cueste hacer, es como un trabajo para el niño y puede ser difícil hacerlo inicialmente si no tiene un «sueldo» que puede llegar bajo la forma de recompensa, elogio y/o reconocimiento.

Importante: Sugerimos que el contrato con el niño involucre recompensas pequeñas, no caras y que puedan ser

entregadas cada día, cada dos días o cada semana, lo que usted crea que su hijo aguanta esperar.

Imagine si usted tuviera que trabajar un año entero

¡y solamente recibiese su sueldo en diciembre!

Sería difícil mantener el ánimo, ¿no?

Entonces pasa lo mismo con el niño. Si cree que éste consigue esperar una semana por la recompensa, perfecto. Pero algunos deberán tener recompensas antes, como, por ejemplo, cada tres días al principio.

La recompensa puede ser paseos, helados, algo que le gusta y que no tendría si no hubiese hecho lo pactado.

No vale pactar, por ejemplo, darle algo que obtendría de cualquier forma, o que todos los hermanos obtienen también sin hacer esfuerzo. El niño se sentirá engañado, consiguiendo algo que obtendría incluso sin trabajar. ¡Sea honesto con él!

¡A SUS HIJOS LES VA A ENCANTAR TENER UNOS PADRES ASÍ!

PARTE OCTAVA
El juego como terapia psicológica

Terapia de juego cognitivo-conductual

18

GUIDO AGUILAR
BETSY ESPADA DE VALLE¹

1. INTRODUCCIÓN

Jugar es un comportamiento que puede estudiarse por medio de las conductas de juego que lo conforman (véase Aguilar, 1980). El juego es una conducta recreativa, lúdica, entretenida y, por lo mismo, reforzante en sí misma. Puede incluso constituir un problema el hecho de que una persona, particularmente un niño, no sepa, no quiera o no pueda jugar. Se ha postulado que el juego es una conducta innata, con funciones evolutivas (Ablon, 1996), de adaptación y supervivencia (Bracegirdle, 1992) y con propiedades terapéuticas (Schaefer, 1993) que produce cambios conductuales. Varios autores (por ejemplo, Schaefer, 1993) sostienen que el juego no es solamente un medio para aplicar otros procedimientos terapéuticos, sino que es terapéutico en sí mismo (en cuyo caso sería interesante investigar los elementos que pueda tener en común con procedimientos a los que se les atribuye propiedades similares, como la EMDR, Shapiro, 1995, 1997). Sin embargo, jugar *per se* no tiene por qué resultar terapéutico, aunque puede contener numerosos elementos que pueden utilizarse con este fin, lo que conduce a la necesidad de investigar los mecanismos terapéuticos subyacentes al juego.

En las terapias cognitivo-conductuales se recurre a ciertos comportamientos para enseñar, modifi-

car, incrementar o decrementar otras conductas, tanto a nivel de topografía como de intensidad, frecuencia, duración y contexto. Se interviene con el fin de analizar, identificar y cambiar cogniciones, pero también reforzando y buscando establecer conductas que sean funcionales y, por lo mismo, tengan una alta probabilidad de ser reforzadas, tanto por el ambiente social como por el interno, cognitivo.

Analizando más detenidamente la conducta de juego, puede identificarse, en primer lugar, que al ser conducta, está sujeta a los principios de análisis y modificación cognitivo-conductual. La conducta de juego dispone de innumerables reforzadores, desde la conducta exploratoria de objetos, juguetes, juegos, ambientes y compañeros de juego (tanto niños como adultos). Y la conducta puede, además de ser reforzada y extinguida, provocar reacciones fisiológicas y emocionales (como la ansiedad). Mediante el juego pueden identificarse o inhibirse procesos cognitivos. En el juego hay muchas formas de conductas de interacción: con objetos, juguetes, personajes, entre personajes y con otras personas. Igualmente, las habilidades pueden cambiar y, a la vez, el contexto del juego puede servir para que el niño aprenda a expresarse y a confiar en un adulto.

Siendo el juego una conducta en sí misma y un medio natural para intervenir sobre la conducta de los niños, resulta llamativo lo poco que se ha utilizado la terapia de juego desde una perspectiva cognitivo-conductual. Resulta curioso que en los treinta años de existencia que lleva la revista *Journal of*

¹ Clínicas de Psicología y Biorretroalimentación (Guatemala). Los autores desean agradecer a Tere de Aguilar su colaboración en la preparación de este capítulo.

Applied Behavior Analysis, dedicada a la publicación del análisis conductual, no se haya publicado ni un solo artículo sobre terapia de juego. Los pocos artículos que se publicaron en esa revista sobre el juego, han tenido más la intención de incrementar la conducta de juego en niños autistas (Boer, 1968; Lovaas, Koegel, Simmons y Long, 1973; Stahmer y Schreibman, 1992), enfocando el juego como una conducta-meta o como un reforzador (Hopkins, Schutte y Garton, 1971; Salzberg, Wheeler, Devar y Hopkins, 1971), pero no como terapia de juego. En los artículos publicados en esa revista, rara vez se ha utilizado el juego como un medio para modificar otras conductas (como lo hicieron, por ejemplo, Bay-Hinitz, Peterson y Quilitch, 1994). Y algo similar ocurre en la gran mayoría de revistas, tanto de orientación conductual como cognitiva. Aunque ha habido intentos previos, más desde el punto de vista cognitivo (por ejemplo, Bierman, 1983; Harter, 1983, entre otros), sólo en años recientes Knell (1993) propuso, de manera más formal y teórica, la terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC).

Knell (1993a, 1993b, 1994, 1997) abordó la terapia de juego desde un punto de vista cognitivo-conductual, basándose en un modelo interactivo entre cognición, emoción, conducta y fisiología para explicar los trastornos emocionales, enfocando dicha terapia como una adaptación de las terapias cognitivo-conductuales, sensible a los aspectos evolutivos. De esta manera, los principios desarrollados para el trabajo con adultos, pueden aplicarse, con ciertas modificaciones, a la terapia infantil (Knell, 1997). Según Knell (1997), la TJCC se parece a otras formas de terapia de juego en que establece una relación positiva entre terapeuta y niño, utiliza las actividades de juego para comunicarse con el niño y se concibe el ambiente terapéutico como un lugar seguro. Pero se diferencia de otros enfoques de terapia de juego en su filosofía, en la teoría que sustenta la interpretación y las actividades de juego, así como en el establecimiento de metas terapéuticas y estrategias para lograrlas (refuerzo, modelado, identificación de creencias irracionales, manejo de distorsiones cognitivas, etc.) y en una función más educativa y directiva por parte del terapeuta. El presente capítulo pretende proporcionar una visión

amplia, aunque no exhaustiva, de las posibilidades del uso del juego dentro del contexto terapéutico. Al lector interesado en el planteamiento desde un punto de vista más teórico se le remite a los trabajos de Knell (1993a, 1993b, 1994, 1997).

El juego puede abordarse, en un sentido terapéutico, como: 1) un tipo de relación interpersonal, 2) juego estructurado, 3) juego desestructurado, y 4) cuentos.

2. EL JUEGO COMO RELACIÓN INTERPERSONAL

El juego, una conducta natural que se observa en numerosas especies animales (Bracegirdle, 1992), es también un medio a través del cual el niño puede aprender muchas conductas y conceptos. Se caracteriza por relaciones que el niño tiene con objetos (no necesariamente juguetes), con otras personas (niños o adultos) y consigo mismo. Por medio del juego, el niño se relaciona con el mundo exterior y el terapeuta puede enseñarle a desarrollar distintos tipos de relaciones interpersonales de diferente naturaleza. Como relación interpersonal, el juego puede utilizarse como *a)* un medio para romper la resistencia, *b)* un recurso interpersonal, y *c)* para enseñar interacciones específicas.

a) El juego como un medio para romper la resistencia

Hay niños tímidos y/o atemorizados, que no se atreven a hablar con el terapeuta, ocurriendo con frecuencia en los niños que han sufrido abusos físicos y/o sexuales (Mitchum, 1987; Pellegrini y Perlmutter, 1988; Sinason, 1988). Iniciar una sesión simplemente tirándole una pelota e iniciando un sencillo juego de lanzar y devolverla, puede establecer una primera interacción, una relación entre ambos. Si bien pueden no haber cruzado siquiera una palabra, ya están involucrados en una actividad conjunta, en una conducta de juego que puede proporcionar información útil al clínico y un estado disposicional positivo del niño hacia la relación terapéutica, que invita al análisis, la intimidad y la

autorrevelación. El juego libre y espontáneo, de pelota, con títeres, pintando, dibujando, o utilizando recursos más formales, como un juego terapéutico, pueden ayudar a un niño a ganar confianza en su terapeuta, poder hablar y fluir más libremente en la situación de terapia. En el contexto de juego, el terapeuta es visto por el niño como un compañero en quien puede confiar, que lo protege y le transmite y traduce la experiencia cultural (Levy-Warren, 1994). El uso del juego como técnica para ganarse la confianza del niño, romper la resistencia e iniciar una relación, está ampliamente documentado en la literatura (Bow, 1988; Bromfield, 1995; Campbell, 1993).

b) El juego como recurso interpersonal

Por medio del juego, el terapeuta puede enseñar al niño cómo comportarse en diferentes situaciones (Russ, 1995). Pueden emplearse recursos desde el modelado, tanto directo como simbólico, hasta el moldeamiento. Muchos juegos tienen reglas, que pueden aprovecharse para enseñar al niño a seguir instrucciones, respetar turnos, tolerar mejor la frustración, controlar la impulsividad, permanecer en su lugar, mantener un comportamiento organizado, estrategias cognitivas, mantener la atención y la concentración, estar atento a claves interpersonales para responder de modo socialmente adecuado, etc. Pueden encontrarse en la literatura estrategias cognitivo-conductuales que utilizan recursos de reglas, normas y consecuencias por medio de formas de juego (por ejemplo, Bloomquist, 1996). Pero, tal vez lo más importante, es que a través del juego el niño puede aprender una relación interpersonal sana, de respeto, en donde se le escuche y aprenda a escuchar, en donde su opinión cuenta, en donde no necesita conductas como las de mentir, y agredir o robar no tengan sentido, no sean funcionales ni reforzadas. Normas de comportamiento interpersonal pueden establecerse, posteriormente de manera explícita y verbal, a manera de reglas y normas, buscando con ello cambios cognitivos y la generalización y transferencia de las habilidades desarrolladas en la situación terapéutica (Campbell, 1993).

c) El juego como recurso de conductas interpersonales específicas

Cuando los niños son llevados a terapia buscando cambiar conductas específicas, el juego puede utilizarse como un recurso interesante. Por ejemplo, si se trata de dos hermanos que se pelean frecuentemente, pueden emplearse recursos de juegos colaborativos, en que ambos tengan que unirse y cooperar para ganarle a un contrincante, que puede ser otro niño o bien el terapeuta. Y si pelean, se insultan o se agreden de alguna manera, ellos pueden perder puntos, oportunidades, turnos, etc., a la manera del coste de respuesta. Por ejemplo, si están jugando al fútbol y como consecuencia se insultan entre ellos (posiblemente por algún error cometido por uno de los hermanos), puede señalarse penalti en su contra. Si se está jugando al *Juego de la buena conducta* (Barrish, Saunders y Wolf, 1969) o a *Stop, relax and think* («Detente, relájate y piensa»), pueden perder fichas de las que ya habían ganado. Y pueden ganar fichas, penaltis a favor, puntos o lo que fuera, según el juego, como consecuencia de conductas cooperativas. Naturalmente, con el objeto de que las consecuencias reforzantes se internalicen y lleguen a convertirse en estrategias cognitivas de autocontrol, es necesario verbalizar las reglas y normas, repetirlas antes, durante y después de los juegos y, especialmente, si alguna de las reglas se rompe durante el juego (para un mayor análisis del uso de la terapia de juego para manejar la rivalidad fraterna véase Kaduson, 1997).

Si bien el juego no es una panacea ni todos los problemas terapéuticos pueden abordarse por este medio, constituye una posibilidad versátil que permite abordar de manera creativa muchos problemas clínicos, educativos y sociales.

3. EL JUEGO ESTRUCTURADO

El juego estructurado se caracteriza por sus reglas, normas, instrucciones y excepciones preestablecidas con claridad. Puede variar desde *a)* juegos de mesa diseñados con fines terapéuticos y *b)* los que no fueron diseñados con este fin, pero que pueden ser utilizados terapéuticamente, hasta

c) juegos de salón o de campo y d) juegos de ordenador.

a) Juegos de mesa diseñados con fines terapéuticos²

Hay numerosos juegos de mesa diseñados con fines terapéuticos. Tienen la ventaja de ser estructurados y elaborados para ser utilizados en ambientes de espacios interiores y reducidos, así como en períodos de tiempo relativamente cortos, de manera que son utilizables en el ambiente clínico y en el período de una sesión de terapia. Estos juegos de mesa proveen de un conjunto claro de reglas e instrucciones, con el objeto de trabajar, explorar o abordar con mayor facilidad áreas, pensamientos, conceptos, emociones, sentimientos, conductas y habilidades sobre temas específicos. Existen numerosos juegos para abordar habilidades sociales y relaciones interpersonales (véase Corder, 1986; Frey, 1986), como *You & me* («Tú y yo»), *What if you were me?* («¿Qué tal si tú fueras yo?»), *Secret game* («El juego secreto»), *Let's see... about me* («Hablemos... sobre mí») y otros similares. Se han diseñado varios juegos para lograr una adecuada expresión de emociones y sentimientos, como *Talking, feeling and doing game* («El juego de hablar, sentir y hacer») (Gardner, 1973; Olsen-Rando, 1994), *The anger control game* («El juego del control de la ira»), *Face your feelings* («Enfréntate a tus sentimientos»), *Coping with anger target game* («El juego del afrontamiento de la ira») y *The angry monster machine* («La máquina del monstruo enfadado»), entre otros. Hay juegos para fomentar el autocontrol (Bedford, 1986), como *In control* («Con control») y *The self-control patrol game* («El juego de la patrulla de autocontrol»); juegos destinados a enseñar a los niños empatía y a diferenciar los patrones de comportamiento adecuados de los inadecuados, como *El juego de la buena conducta*

(Barrish, Saunders y Wolf, 1969), *Don't be difficult* («No seas difícil»); juegos para enseñar estrategias de pensamiento racional, como *Rational emotive game* («El juego racional emotivo», Zitsman, 1984), y manejo cognitivo (Bedford, 1986), como *Magic maze* («El laberinto mágico») y *The positive thinking game* («El juego del pensamiento positivo»), así como juegos para fomentar y/o mejorar las estrategias de solución de problemas, como *The coping skills game* («El juego de las habilidades de afrontamiento»), y otros diseñados para ayudar a los niños hiperactivos a controlar mejor su conducta, como *Look before you leap!* («¡Mira antes de tirarte!»), y su impulsividad, como *Stop light* («Detente con cuidado») y *Stop, relax and think* («Detente, relájate y piensa»). Para los niños con déficit de atención se han diseñado numerosos juegos con estrategias destinadas a mejorar su atención, concentración y organización, como *The ADD classroom kit* («Conjunto de DDA para el aula de clase»), *Decision making* («Toma de decisiones») y *The ADD solutions kit* («Conjunto de soluciones DAA»).

Hay también juegos de mesa diseñados con el fin de enseñar a los niños a afrontar sucesos traumáticos, por ejemplo, la separación y el divorcio de los padres, como *My two homes* («Mis dos hogares») o *The changing family game* («El juego del cambio de familia», Berg, 1982, 1986; véase además Epstein, 1986), y la muerte de un ser querido, como *The goodbye game* («El juego de la despedida»). Juegos para otros tipos de crisis, como *The crisis intervention game* («El juego de intervención en las crisis»), *The conflict resolution game* («El juego de solución de conflictos») y *A case for conflict resolution* («Un caso de solución de conflictos») pueden resultar de gran ayuda terapéutica si son utilizados adecuadamente. Hay juegos de mesa diseñados con fines terapéuticos también para trabajar problemas de autoestima, como *Let's see... about me* («Hablemos... sobre mí») y *The dinosaur's journey to high self-esteem* («El viaje del dinosaurio hacia la elevada autoestima»), para el manejo del estrés, como *The stress-less game* («El juego de la reducción del estrés»), para trabajar temores, como *No scary things* («Cosas no tenebrosas»), para habi-

² Para una revisión cuidadosa de los juegos que se citan en este apartado sin hacer referencia al autor, se remite al lector a los catálogos de *Childsworld Childsplay*, c/o Genesis Direct Inc., 100 Plaza Drive, Secaucus, NJ 07094-3613, EE.UU. Puede consultarse por Internet en: www.Childsworld.com.

lidades de memoria, como *I spy* («Yo espío»), para el control del comportamiento en las clases, como *The classroom behavior game* («El juego del comportamiento en clase») y *The behavior kit* («El equipo para el comportamiento»), para prevención en el uso de drogas, como *Just say no game* («El juego de decir simplemente no»), y *Body rights* («Los derechos del cuerpo»), para abordar el abuso sexual.

Si bien la mayoría de estos juegos no fueron diseñados por expertos de orientación cognitivo-conductual, la gran mayoría de los mismos se basa en instrucciones y respuestas verbales y/o conductuales, por lo que cualquier terapeuta hábil puede aprovecharlos para los fines que persiga en terapia. No es necesario seguir al pie de la letra las instrucciones de los juegos; el terapeuta puede hacer adaptaciones y desarrollar variantes del mismo, según las necesidades de cada caso. Por ejemplo, varios de los juegos fueron concebidos para trabajar en grupos pequeños de manera que, a no ser que se trabaje en grupos, es necesario adaptarlo al juego individual o de pareja (niño-terapeuta) o a grupos muy pequeños (por ejemplo, niño-madre-terapeuta). Pueden añadirse tarjetas, elaborar nuevas instrucciones o desarrollar formas distintas y originales de jugar o de utilizar los tableros de juego.

b) Juegos de mesa no diseñados con fines terapéuticos

Estos son juegos populares, tales como ajedrez, damas, damas chinas, dominó, batalla de barcos, tres en raya, Cluedo, juegos de dados, cartas y muchos otros. Estos juegos pueden utilizarse terapéuticamente con propósitos muy diversos. Pueden servir para iniciar una actividad cualquiera con un niño poco verbal, resistente o desmotivado, estableciendo un ambiente disposicional que favorezca una forma terapéutica más formal. Puede constituirse en un distractor o en una actividad reforzante, placentera, que permita al niño bajar las defensas y establecer una relación de mayor simpatía con su terapeuta (Henniger, 1995; Levy-Warren, 1994). Para muchos niños, la situación formal de una terapia verbal puede resultar tediosa, académica o amena-

zante. En el contexto de un juego resulta más fácil hablar acerca de cualquier tema. El juego llega a ser sólo una excusa, un motivo, una actividad más, mientras se analizan problemas y sus posibles soluciones (Sweeney y Landreth, 1993).

Por otra parte, los juegos de mesa pueden ser un motivo para modelar comportamientos, como la tolerancia a la frustración, lo que implica conductas positivas de aceptación y reconocimiento ante la mejor actuación de otro participante en el juego competitivo. Así, estos juegos pueden utilizarse para enseñar al niño que no siempre va a ganar o que para ganar tiene que esforzarse o bien que difícilmente se gana al azar. Que es necesario planificar el juego, desarrollar una estrategia; que para ganar es necesario aprender a anticipar las jugadas y estrategias del contrincante; que nuestras conductas, se den o no en el juego, tienen consecuencias, por lo que más vale pensar bien antes de actuar. El juego sirve para todo esto, además de ser útil para enseñar al niño a seguir las instrucciones y reglas del juego, respetar turnos, postergar la gratificación, comportarse adecuadamente durante la situación de juego, etc. Por medio del juego pueden aprenderse, además, valores tales como la honestidad, la confianza, la conducta prosocial, el esfuerzo, el trabajo, el sacrificio, el ahorro, la adaptación, etc.

Hay una gran variedad de juegos que permiten entrenar y mejorar habilidades cognitivas como las de generalización, discriminación, selección, abstracción, memorización, y síntesis, por mencionar sólo algunas. Por ejemplo, en un juego de memoria se tiene que seleccionar dos tarjetas por turno y el jugador que encuentre dos parejas iguales se las lleva y repite su turno. Además de ser un procedimiento de igualación de la muestra que puede emplearse para enseñar discriminación de colores, formas, etc. (véase Ribes, 1975), este tipo de juego requiere de las numerosas habilidades cognitivas anteriormente señaladas, que pueden enseñarse, al niño que carece de las mismas, por medio de simples estrategias de modelado, por ejemplo, comentando el terapeuta en voz alta el curso y la lógica de su pensamiento. Se puede ayudar al niño con instrucciones o instigación verbal a desarrollar estrategias de orden y organización de la información para

recordar mejor la ubicación de las tarjetas y, naturalmente, reforzando verbal y socialmente las actuaciones adecuadas. Esto permite modelar, moldear, instigar, proveer de estrategias cognitivas, reforzar y, por estos medios, aumentar, a su vez, la autoestima y la sensación de autoeficacia del niño, así como su seguridad personal, ayudándole a desarrollar habilidades conductuales y estrategias cognitivas. Con este mismo propósito pueden utilizarse juegos tales como *Connect four* («Cuatro en raya»), damas, damas chinas, backgammon, ajedrez, *master mind* y muchos otros.

Existen también juegos de mesa que permiten desarrollar habilidades específicas. Por ejemplo, armar rompecabezas y hacer figuras de origami que, además, estimula la discriminación visual y espacial, la imaginación y la fantasía. Armar aviones, barcos o legos, con modelos bien definidos, proporciona oportunidades para seguir instrucciones, desarrollar habilidades motrices finas, de atención y concentración, tolerancia a la frustración, postergación de la gratificación y autocontrol, además de establecer condiciones en las cuales se puede hablar con el niño de cualquier tema.

Hay varios juegos que no fueron diseñados explícitamente con un objetivo terapéutico, sino más bien con el propósito de investigar cómo el individuo sale de una situación difícil, socialmente comprometida, en que lo coloca el juego. Éstos son juegos como *Cinicus* (López de Lerma y Espinoza, 1991), *Cuestión de escrúpulos* u otros similares. Éstos pueden aprovecharse profundizando en los temas, de manera que sirvan para obtener mayor información del paciente, para ayudarle a reestructurar conceptos sociales, analizar ideas irracionales, distorsiones cognitivas, proveerle de estrategias asertivas y prosociales, etc.

c) *Juegos de salón o de campo*

Existe una gran variedad de juegos de campo que pueden adaptarse a juegos de salón. Sólo se necesita de un ambiente lo suficientemente espacioso como para poder adaptarlos. Algunos ejemplos son los juegos de fútbol, baloncesto y canicas, entre muchas otras posibilidades. Éstos son juegos usual-

mente competitivos y que exigen mayor desplazamiento y conducta motora más gruesa, pero que tienen reglas muy claras y bien definidas. En el trabajo terapéutico con niños, que usualmente es entre el niño y su terapeuta, resulta importante muchas veces abordar al niño según sus áreas, temas y juegos de interés. Y el fútbol es de interés para muchos varones y un número cada vez más creciente de mujeres. El fútbol requiere de una pelota, dos porterías y un mínimo de dos jugadores. El tamaño del campo, de las porterías y de la pelota puede ser totalmente variable, de manera que se puede jugar incluso en espacios reducidos, con pelotas pequeñas, de cuero, de trapo, de esponja, de tenis o lo que se quiera. Y las porterías pueden ser sillas, marcas en el piso, cintas adhesivas o lo que más guste. Al igual que otros juegos, el fútbol exige de ciertas reglas e instrucciones a seguir, de esfuerzo, constancia, estrategia, habilidad, y hasta picardía. Y además de enseñar estas actitudes y conductas, puede enseñarse al niño conductas de cortesía, tolerancia a la frustración, relaciones interpersonales, honestidad y respeto de turnos. Lo mismo sucede con el baloncesto, encontrándose con facilidad minicanastas con ventosas que se adhieren muy bien a vidrio y madera, con lo que el terapeuta puede convertir, sin dificultad, una clínica con vidrios y/o puertas en un pequeño campo para jugar al baloncesto, con una pelota de plástico o esponja. Esto permite jugar, hablar, respetar los turnos y las reglas, aceptar la frustración de no poder botar la pelota (aunque según el lugar, pueden obtenerse pelotas que boten). Tanto en el fútbol como en el baloncesto pueden incorporarse más jugadores, en cuyo caso estos juegos podrían utilizarse para trabajar conductas de habilidades interpersonales, como la cooperación, el aprender a ceder, a reclamar y a ejercer derechos de manera asertiva, entre otros.

Los juegos de canicas son interesantes, pues son variados y pueden utilizarse para desarrollar habilidades motrices finas, además de la competitividad, la cortesía, el seguimiento de instrucciones, de reglas y la cooperación. Además, a muchos niños les resulta entretenido y da la oportunidad de hablar, analizar problemas y sugerir cambios conductuales con fines terapéuticos. Los juegos de canicas permiten,

a su vez, moldear y modelar estrategias cognitivas para la buena ejecución del juego, que pueden resultar además generalizables a otras situaciones de la vida del niño.

Los juegos como reforzadores. Los juegos de campo o de salón pueden utilizarse de manera directa con fines terapéuticos o bien como una consecuencia ante el buen trabajo en otras áreas y formas de terapia, complementarias a las de la terapia de juego. Así, por ejemplo, un niño que está aprendiendo habilidades sociales puede tener, como reforzador por su buen trabajo terapéutico, derecho a escoger un juego de su elección; y, a su vez, dicho juego puede tener, adicionalmente, los fines terapéuticos ya descritos. En la literatura conductual, se ha informado con frecuencia del acceso a juegos o juguetes como reforzadores (véase, por ejemplo, Buell, Stoddard, Harris y Baer, 1968; Hopkins, Schutte y Garton, 1971; Salzberg, Wheeler, Devar y Hopkins, 1971).

Algunos juegos no recomendados. Hay algunos juegos que, por su naturaleza, resultan más difíciles de utilizar de manera terapéutica. Juegos que generan conductas que son incompatibles con hablar, detenerse y analizar no parecen recomendables. Un ejemplo es el ping pong, en el que se pierde mucho tiempo recogiendo la pelota si se juega mal y no proporciona tiempo para hablar, por la velocidad e intensidad del juego, si se juega bien; o juegos como el tenis, que requieren espacios demasiado amplios como para poder estar en comunicación verbal cercana y directa con el contrincante. Juegos como el Monopoly, que requieren de períodos de tiempo sumamente extensos como para concluir el juego en una sesión, tienen menor potencial terapéutico, aunque bien aprovechado podría ser útil para trabajar con niños que se caracterizan por una falta de continuidad conductual.

d) Juegos de ordenador

Las metas y procedimientos de las intervenciones conductuales contemporáneas se adaptan bien a las aplicaciones computarizadas (Blechman, Rabin y McEnroe, 1988). Los juegos de vídeo y ordenador pueden utilizarse con propósitos similares a los jue-

gos tradicionales y de mesa. Pueden permitir entrenamiento en habilidades motrices finas, relaciones temporales y espaciales, desarrollar habilidades cognitivas bajo la forma de estrategias para derrotar a un enemigo, al contrincante (el terapeuta u otro niño). Existen en el mercado numerosos e ingeniosos juegos, desde los juegos tradicionales de memoria, cartas (naipes), dados y otros novedosos que aprovechan al máximo los recursos interactivos del ordenador. Estos juegos, adecuadamente seleccionados, pueden utilizarse para elaborar cuentos, ilustrarlos, dibujar, interactuar y aprender (matemáticas, lectoescritura, geografía, historia, astronomía, etc). Entrar en Internet puede también proporcionar un momento para hablar de muchos temas terapéuticos y explorar juntos la información que sobre el tema hay en la red. Otra posibilidad es aprender a utilizar un ordenador, una impresora y un escáner. Kokish (1994), sin embargo, señaló que aprender a utilizar un ordenador como una forma de terapia de juego puede resultar bastante más complicado de lo que aparenta.

Entre muchos otros, algunos juegos de ordenador desarrollados con fines terapéuticos y con una orientación cognitivo-conductual son *The family contract game* («El juego del contrato familiar»), *Solutions* («Soluciones») y *The computer marriage contract game* («El juego de ordenador del contrato marital»; Blechman, Rabin y McEnroe, 1988). Selmi, Klein, Geist, Johnson y Harris (1982) diseñaron un programa interactivo de ordenador con la misma orientación para el tratamiento de la depresión en adultos. Y Clarke y Schoesh (1994) diseñaron un juego para trabajar control de impulsos en niños impulsivos.

Es importante considerar que el uso de los juegos de vídeo y ordenador puede resultar también arriesgado, puesto que los niños pueden con facilidad perder el motivo y los objetivos que el terapeuta persigue con el juego. Los niños, particularmente si son impulsivos, tienen baja tolerancia a la frustración, problemas de conducta (como berrinches y conducta agresiva) y pueden tomar el juego como un objetivo en sí mismo convirtiéndose, entonces, más en un obstáculo que interfiera con los fines de la terapia. Naturalmente esto, a su vez, puede entenderse como uno de los problemas a manejar terapéuticamente, por lo que podría tener sus beneficios.

Un problema con muchos de los juegos de ordenador es que son juegos violentos, agresivos, que consisten en matar, destruir, disparar, etc., aunque esto es evitable, dado que es el terapeuta quien selecciona los juegos que va a utilizar. Sin embargo, conviene considerar que la selección de juegos violentos puede modelar y reforzar conductas agresivas en los niños, con lo que el terapeuta estaría contribuyendo además a lo que Carl Rogers (1982) llamó la trivialización de la guerra, al hacer de la guerra y del matar un juego de niños y un entretenimiento. Por ello, una recomendación sería evitar este tipo de juegos a no ser que tengan un objetivo muy específico y claramente definido y hasta no investigar más a fondo el efecto que este tipo de juegos puede tener sobre la conducta infantil.

En relación con los juegos de vídeo y de ordenador es recomendable tener en cuenta que la estimulación fótica, luminosa e intermitente de las pantallas puede desencadenar una reacción epiléptica en los niños que tienen este problema, de manera que conviene asegurarse de que los individuos con quienes se va a utilizar este tipo de juegos no tengan problemas epilépticos (Wilkins, 1987).

4. EL JUEGO NO ESTRUCTURADO

DelPo y Frick (1988) distinguieron entre el juego directivo (dirigido por el terapeuta) y el no directivo (dirigido por el niño). Además, puede diferenciarse el juego estructurado (por el terapeuta) del no estructurado (por el niño). La terapia de juego, tal y como se concibe desde el punto de vista de las orientaciones psicodinámicas (Gavshon, 1989) y centrada en el cliente (Carroll, 1995), es no estructurada y proyectiva. Pero eso no significa que el juego no estructurado sea psicodinámico, ni centrado en el cliente, ni que tenga que interpretarse con esas orientaciones. Todo depende de la manera en que se entienda el término proyección. El juego espontáneo ciertamente puede concebirse como una muestra de conducta o, en términos skinnerianos, como una operante libre (Skinner, 1938, 1953). Ante una configuración de estímulos, el niño va a escoger los juguetes, objetos o juegos que más le llamen la atención. La probabilidad con que un niño escoja

ciertos juguetes y que juegue de determinada manera, estará dada por varios factores, incluyendo 1) la experiencia previa que el niño tenga con los mismos, 2) características propias del objeto (color, forma, tamaño, vistosidad, funcionalidad) y, posiblemente también, 3) los problemas y situaciones de la vida a los que el niño se enfrenta. Resulta altamente probable que el niño represente, utilizando muñecos, juguetes y juegos, situaciones de la vida que le son familiares. Lo que puede observarse en su juego es producto de su aprendizaje y de sus cogniciones, bajo la forma de actuación conductual con características lúdicas.

El juego no estructurado puede concebirse al menos desde tres puntos de vista: *a)* el juego no estructurado y no directivo, *b)* el juego no estructurado y directivo, y *c)* el juego espontáneo.

a) El juego no estructurado y no directivo

El juego no estructurado y no directivo requiere de un ambiente con muchos juguetes, de manera que el niño pueda elegir, escoger tanto el tipo de juguete como el juego que desee realizar. Concebido como operante libre, el juego no estructurado proporciona las condiciones idóneas para que se presenten las conductas de mayor probabilidad en el repertorio del niño. Esto puede utilizarse fundamentalmente con fines evaluadores y diagnósticos, haciendo observaciones sistemáticas, no estructuradas inicialmente y, luego, operacionalizadas, como en el caso del *Direct Observation Form* («Formato de observación directa»; Boulanger y Langevin, 1992). Sin embargo, en un sentido propiamente terapéutico, es poco probable que un enfoque no directivo se considere realmente de utilidad en las terapias cognitivo-conductuales. Si bien el juego es una muestra de conducta y puede utilizarse tanto con fines evaluadores y diagnósticos como con fines terapéuticos, eso no significa que por el solo hecho de jugar y representar sus conflictos, los problemas del niño van a solucionarse de manera misteriosa y automática, pues la mera expresión de un conflicto no es en sí mismo terapéutico. Y menos aún la expresión desordenada, desorganizada y esporádica del conflicto. El aspec-

to terapéutico consiste en la reorientación, reorganización, reinterpretación y hasta el reaprendizaje de los sucesos e interacciones que resultan conflictivos para el niño, lo cual es, claramente, directivo.

b) El juego no estructurado y directivo

Una vez que el niño manifiesta temas de conflicto, de relaciones interpersonales, de distorsiones cognitivas u otros, el terapeuta puede reorientar el juego en una dirección terapéutica. Puede tomar el muñeco que representa la figura materna y proporcionarle una explicación, confrontación o elementos racionales que le permitan una reestructuración cognitiva. Puede aparecer un personaje adicional, de fantasía, pero de ayuda terapéutica, como un mago, un amigo, su abuelo, el gufa, un ángel, o bien su parte racional, que le ayuda a entender hechos del mundo, relaciones con personas o elementos de su pensamiento, fantasía o emoción. El terapeuta puede maximizar o disminuir el efecto de la conducta del muñeco que representa al niño, buscando reforzar, incrementar, disminuir, extinguir, castigar o modificar conductas; puede modelar simbólicamente para tratar temores o inhibir sus respuestas fisiológicas, enseñándole estrategias de relajación; o sensibilizar hacia la emocionalidad ciertas respuestas; o desarrollar habilidades sociales, prestar atención u otras.

c) El juego espontáneo

Juego no estructurado pero directivo, no significa que el terapeuta tenga necesariamente que dirigir todo el juego, ni todo el tiempo, ni todas las sesiones. Pueden planificarse juegos para trabajar contenidos específicos; pero también puede dársele al niño la oportunidad de desarrollar su propio juego. El juego espontáneo es un excelente recurso para desarrollar la creatividad, que puede manifestarse por sí misma, o proporcionar las bases para el desarrollo de habilidades, como la literaria, teatral, guionista cinematográfica, escenográfica o servir a un recurso terapéutico de expresión. Si bien la simple expresión de un conflicto puede no ser suficientemente terapéutico, la manifestación del mismo puede servir para aclararlo, compartirlo o disminuirlo.

Y el juego espontáneo puede cumplir esta función en áreas de conflicto que el terapeuta ignora, de manera que el juego espontáneo proporciona la oportunidad para observar conductas, temas o argumentos de juego que pueden arrojar información diagnóstica y/o terapéutica adicional.

Por otra parte, la conducta lúdica, el juego por el simple hecho de jugar, de olvidarse de los problemas, divertirse, pasar un momento agradable, reírse, esforzarse en un mundo de fantasía, es también válido por sí mismo (véase Jobling, 1988). Y aunque resulta difícil de creer, hay muchos niños que no saben jugar y a quienes hay que enseñarles a jugar, a entretenerse solos, o bien a compartir un juego o un juguete. El juego es una oportunidad para aprender valores como compartir, dar, ver el aspecto reforzante de las relaciones interpersonales positivas, la reciprocidad, poder disfrutar de la alegría del otro, interactuar competitivamente, pero también sin la necesidad de competir o de ganar. El juego resulta, entonces, terapéutico desde muchos puntos de vista. Puede servir para explorar el mundo del niño y para ayudarlo a interactuar con el medio externo, pero también para descubrirlo y enriquecerse de él. Es el concepto de reciprocidad de Bandura (1969), según el cual el individuo es influido por su medio pero, a su vez, influye sobre él.

5. EL USO TERAPÉUTICO DE LOS CUENTOS

El uso terapéutico de los cuentos está ampliamente documentado en la literatura (por ejemplo, Kokish, 1994; Kottman, 1990; Miller y Boe, 1990), aunque pobremente abordado desde un punto de vista cognitivo-conductual. El cuento se puede abordar desde diferentes puntos de vista: *a)* cuentos estructurados con fines terapéuticos, *b)* cuentos estructurados sin fines terapéuticos, y *c)* cuentos semiestructurados e interactivos.

En el manejo de cuentos resulta importante tener presente que su uso terapéutico no radica tanto en la naturaleza del cuento, sino más en la forma en que se utiliza el contenido de la información con el niño. El cuento representa la oportunidad de esta-

blecer un contexto imaginario dentro del cual es posible introducir los estímulos, personajes, situaciones y relaciones que el niño necesite para su trabajo terapéutico.

a) Cuentos estructurados con fines terapéuticos

Hay numerosos cuentos e historias en libros y vídeos que se han desarrollado con el objeto explícito de enseñar a los niños a lidiar con diversos problemas. Para enseñar a manejar temores, por ejemplo, tenemos *Night light* («Luz nocturna»; Dutro, 1991); *Gentle willow* («Dulces sueños»; Mills, 1993) se desarrolló para ayudar al niño a entender y aceptar la muerte de un ser querido; y para preparar al niño ante la hospitalización, aceptar y manejar mejor las enfermedades se han elaborado cuentos como *The three birds* («Los tres pájaros»; Van den Berg, 1994), *What about me?* («¿Que pasa conmigo?»; Peterkin, 1992), *Little tree* («El pequeño árbol»; Mills, 1992), *You can call me willy* («Puedes llamarme Willy»; Verniero, 1995), *Sarah and Puffle* («Sara y Puffle»; Mulder, 1992). Existen cuentos para entender y aceptar el divorcio de los padres, como *The case of a scary divorce* («El caso del divorcio temido»; Pickhardt, 1997) y *El divorcio* (Male, 1977) y para ayudar al niño a entender la terapia familiar (véase Annunziata y Jacobson-Kram, 1994); e incluso para tratar situaciones específicas, tales como para incrementar el uso de lentes en el caso de *Luna and the big blur* («Luna y la gran niebla»; Day, 1995), o para que el niño entienda la terapia de juego, como *Tanya and the tobo man* («Tanya y el hombre tobo», Koplow, 1991), *Ignatius finds help* («Ayuda de amigos»; Galvin, 1987) y *A child's first book about play therapy* («El primer libro de terapia de juego del niño»; Nemiroff y Annunziata, 1990).

El cuento de *Los Holgrens*, por ejemplo, es una historia de cuatro niños traviesos del planeta Hologramus que caracterizan cada uno a un personaje. Cada uno asistía a una escuela en donde le enseñaban a pensar de determinada manera. El Gruñón, con cara larga y de mal genio, asistía a la

escuela de los gruñones, en donde les enseñaban a encontrar y pensar en motivos para mantenerse enojados y malhumorados; Paniquito, un niño con los pelos siempre de punta, asistía a la escuela de los niños temerosos, en donde aprendían a ver todos los peligros de la vida, pensar constantemente en ellos y, así, centrar su vida en el temor; Tristón, siempre presto a llorar sus desgracias, aprendía en su escuela a interpretar todos los acontecimientos desde un punto de vista triste, trágico y negativo, a pensar constantemente que nadie lo quiere, que lo relegan, que el mundo es injusto con él; y Alegrín, un niño sonriente y optimista, asistía a una escuela en la que le enseñaban a ver lo bello de la vida, a encontrar lo positivo en los acontecimientos, personas e interacciones. Aprendían a disfrutar del clima, los compañeros, las situaciones y, sobre todo, a mantener un pensamiento racional y sanamente optimista. El cuento proporciona numerosas situaciones en las que un mismo acontecimiento es interpretado por cada niño según la escuela de pensamiento en el que había sido formado. Pero, finalmente, todos renuncian a sus viejos hábitos de pensamiento y Alegrín les enseña a cambiarlos de una forma más racional.

De esta manera, los cuentos constituyen recursos para establecer los elementos necesarios que ayuden al niño a establecer los cambios cognitivos y conductuales que requiera. Después de relatado, el cuento se puede analizar, interpretar e incluso desarrollar claves que permitan al niño incorporar con mayor facilidad los elementos del cambio al que el cuento esté destinado. Por ejemplo, el cuento de *Los Holgrens* puede servirle al niño para describir su propio pensamiento y comportamiento al señalar que esta semana estuvo más como, por ejemplo, el Gruñón, y con el terapeuta analizar el tipo de pensamientos que generaron este estado de ánimo, así como la forma de cambiarlo.

b) Cuentos estructurados no diseñados con fines terapéuticos

Éstos se refieren a cuentos populares de la literatura infantil, que pueden ser utilizados y

aprovechados con fines terapéuticos. Las fábulas pueden resultar entretenidas para los niños y, a la vez, utilizarse para enseñar conceptos, valores y formas de pensamiento. La fábula de la zorra y las uvas, de Esopo, representa una forma racional de manejar situaciones que podrían, de otra manera, resultar en frustraciones innecesarias. El cuento de *Caperucita Roja* puede ilustrar la importancia de la obediencia, *Oh, brother! Someone's afraid of the dark* (Birney, 1994) para ayudar a los niños con sus temores a la oscuridad. Así, los cuentos populares pueden establecer las condiciones para analizar temas terapéuticos, reestructurar contenidos cognitivos y también mejorar habilidades de atención y concentración, de lectura, motivar hacia la literatura, encontrar entretenimientos, etc.

Con los cuentos infantiles ocurre algo similar a lo señalado con los peligros de los juegos de vídeo. Y es que parte de la literatura llamada infantil pareciera exponer muchos antivalores culturales. Por ejemplo, son innumerables los cuentos que disponen a los niños de manera prejuiciosa y negativa hacia las madrastras (como en *Blancanieves y Hansel y Gretel*), las hermanastras (como con *Cenicienta*) y hasta en contra de los hermanos mayores (como en el caso de *El gato con botas*), todas relaciones y situaciones comunes en la sociedad occidental actual.

c) Cuentos semiestructurados e interactivos

En este tipo de cuentos, el terapeuta introduce algunos elementos y el niño otros, y juntos elaboran el cuento, incluyendo el tema, los personajes, el argumento, la dinámica, los conflictos y el desenlace. Puede variarse la técnica, desde el tipo que cuenta cada uno una frase o párrafo hasta la del cuento conjunto (Stiles y Kottman, 1990). En esta última, el terapeuta escucha la historia del niño y responde con otra similar que incluye una solución más saludable y estrategias más adaptativas para resolver problemas, lo que permite moldear y modelar el pensamiento lógico, racional y positivo, así como proporcionar ideas y estrategias para resolver situaciones conflictivas.

6. CONCLUSIONES

En las terapias cognitivo-conductuales se ha profundizado poco aún en los recursos de la terapia de juego, pero trabajos recientes como los de Knell (1993a, b, 1994, 1997) permiten suponer que en los próximos años se verá un incremento en su investigación y utilización. Será necesario abordar el tema con el rigor metodológico que ha caracterizado la terapia cognitivo-conductual, para disponer así de estrategias, técnicas, tácticas, principios y procedimientos fiables para su utilización clínica y educativa. Sin embargo, tal y como se ilustró en este capítulo, el uso potencial de la terapia de juego en la terapia cognitivo-conductual con niños es vasto y prometedor.

REFERENCIAS

- Ablon, S. (1996): The therapeutic action of play. *Journal of the American Academy of Child & Psychiatry*, 35, 545-547.
- Aguilar, G. (1980): Comportamiento, conducta y respuesta. *Revista Boliviana de Análisis del Comportamiento*, 2, 56-88.
- Annunziata, J. y Jacobson-Kram, P. (1994): *Solving your problems together: Family therapy for the whole family*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1969): *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Barrish, H. H., Saunders, M. y Wolf, M. M. (1969): Good behavior game: Effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 119-124.
- Bay-Hinitz, A. K., Peterson, R. F. y Quilitch, H. R. (1994): Cooperative Games: A way to modify aggressive and cooperative behaviors in young children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 435-446.
- Bedford, S. (1986): The «instant replay» game to improve rational problem solving. En C. Schaefer y S. Reid (dirs.), *Game play: Therapeutic use of childhood games*. Nueva York: Wiley.
- Berg, B. (1982): *The Changing Family game*. Daytona: Cognitive Behavioral Resources.
- Berg, B. (1986): The Changing Family Game: Cognitive-behavioral intervention for children of divorce. En C. E. Schaefer y S. E. Reid (dirs.), *Game play: Therapeutic use of childhood games*. Nueva York: Wiley.

- Bierman, K. L. (1983): Cognitive development and clinical interviews with children. En B. B. Lahey y A. E. Kazdin (dirs.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 6). Nueva York: Plenum.
- Blechman, E. A., Rabin, C. y McEnroe, M. J. (1986): Family communication and problem solving with boardgames and computer games. En C. Shaefer y S. Reid (dirs.), *Game play: Therapeutic use of childhood games*. Nueva York: Wiley.
- Bracegirdle, H. (1992): The use of play in occupational therapy for children: What is play? *British Journal of Occupational Therapy*, 55, 107-108.
- Boer, A. P. (1968): Application of a simple recording system to the analysis of free-play behavior in autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 335-340.
- Boulanger, M. y Langevin, C. (1992): Direct observation of play-group therapy for social skills deficits. *Journal of Child & Adolescent Group Therapy*, 2, 227-236.
- Bromfield, R. (1995): The use of puppets in play therapy. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 12, 435-444.
- Bow, J. N. (1988): Treating resistant children. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 5, 3-15.
- Bow, J. N. (1997): Play therapy with the resistant child. En H. G. Kaduson, D. Cangelosi y C. Schaefer (dirs.), *The playing cure*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Buell, J., Stoddard, P., Harris, F. R. y Baer (1968): Collateral social development accompanying reinforcement of outdoor play in a preschool child. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 167-173.
- Campbell, C. (1993): Play, the fabric of elementary school counseling programs. *Elementary School Guidance & Counseling*, 28, 10-16.
- Carrol, J. (1995): Reaching out to aggressive children. *British Journal of Social Work*, 25, 37-53.
- Clarke, B. y Schoech, D. (1994): A computer-assisted therapeutic game for adolescents: Initial development and comments. *Computers in Human Services*, 11, 121-140.
- Corder, B. F. (1986): Therapeutic games in group therapy with adolescents. En C. Shaefer y S. Reid (dirs.), *Game play: Therapeutic use of childhood games*. Nueva York: Wiley.
- Day, S. (1995): *Luna and the big blur: A story for children who wear glasses*. Washington, DC: Magination Press.
- DelPo, E. y Frick, S. (1988): Directed and nondirected play as therapeutic modalities. *Children's Health Care*, 16, 261-267.
- Dutro, J. (1991): *Night light: A story for children afraid of the dark*. Washington, DC: Magination Press.
- Epstein, Y. (1986): Feedback and could this happen: Two therapeutic games for children of divorce. En C. Shaefer y S. Reid (dirs.), *Game play: Therapeutic use of childhood games*. Nueva York: Wiley.
- Frey, D. E. (1986): Communication boardgames with children. En C. Shaefer y S. Reid (dirs.), *Game play: Therapeutic use of childhood games*. Nueva York: Wiley.
- Galvin, M. (1987): *Ignatius finds help: A story about psychotherapy for children*. Washington, DC: Magination Press.
- Gardner, R. (1973): *The talking, feeling and doing game*. Nueva Jersey: Creative Therapeutics.
- Gavsohn, A. (1989): Playing: Its role in child analysis. *Journal of Child Psychotherapy*, 15, 47-62.
- Harter, S. (1977): A cognitive developmental approach to children's expression of conflicting feelings and a technique to facilitate such expressions in play therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 417-432.
- Harter, S. (1983): Cognitive-developmental considerations in the conduct of play therapy. En C. Schaefer y K. J. O'Connor (dirs.), *Handbook of play therapy*. Nueva York: Wiley.
- Henninger, M. L. (1995): Play: Antidote for childhood stress. *Early Child Development & Care*, 105, 7-12.
- Hopkins, B. L., Schutte, R. C. y Garton, K. L. (1971): The effects of access to a playroom on the rate and quality printing and writing of first and second-grade students. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4, 77-87.
- Jobling, A. (1988): The «play» focus in early intervention: Children with intellectual disabilities. *Exceptional Child*, 35, 119-124.
- Kaduson, H. G. (1997): Release play therapy for the treatment of sibling rivalry. En H. G. Kaduson, D. Cangelosi y C. Schaefer (dirs.), *The playing cure*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Knell, S. (1993a): *Cognitive-behavioral play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Knell, S. (1993b): To show and not to tell: Cognitive-behavioral play therapy in the treatment of elective mutism. En T. Kottman y C. E. Schaefer (dirs.), *Play therapy in action: A casebook for practitioners*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Knell, S. (1994): Cognitive behavioral play therapy. En K. O'Connor y C. E. Schaefer (dirs.), *Handbook of play therapy. Vol II: Advances and innovations*. Nueva York: Wiley.
- Knell, S. (1997): Cognitive-behavioral play therapy. En K. O'Connor y L. M. Braverman (dirs.), *Play the-*

- rapy: *Theory and practice. A comparative presentation*. Nueva York: Wiley.
- Kokish, R. (1994): Experiences using a PC in play therapy with children. *Computers in Human Services*, 11, 141-150.
- Koplow, L. (1991): *Tanya and the tobo man: A story for children entering therapy*. Washington, DC: Magination Press.
- Kottman, T. y Warlick, J. (1989): Adlerian play therapy: Practical considerations. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 45, 433-446.
- Levy Warren, M. (1994): Child's play amidst chaos. *American Imago*, 51, 354-368.
- López de Lerma, C. y Espinoza, J. (1991): *Cinicus*. Zaragoza: Publijuogo.
- Lovaas, O. I., Koegel, R., Simmons, J. Q. y Long, J. S. (1973): Some generalization and follow-up measures on autistic children in behavior therapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 131-165.
- Mayle, P. (1977): *El divorcio: Cómo explicárselo a los niños*. Barcelona: Grijalbo.
- Miller, C. y Boe, J. (1990): Tears into diamonds: Transformation of child psychic trauma through sandplay and storytelling. *Arts in Psychotherapy*, 17, 247-257.
- Mills, J. (1992): *Little tree: A story for children with serious medical problems*. Washington, DC: Magination Press.
- Mills, J. (1993): *Gentle willow: A story for children about dying*. Washington, DC: Magination Press.
- Mitchum, N. (1987): Developmental play therapy: A treatment approach for child and victims of sexual molestation. *Journal for Counseling & Development*, 65, 320-321.
- Nemiroff, M. A. y Annunziata, J. (1990): *A child's first book about play therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Olsen-Rando, R. (1994): Proposal for development of a computerized version of «the Talking, Feeling and Doing Game». *Computers in Human Services*, 11, 69-80.
- Pellegrini, A. D. y Perlmutter, J. C. (1988): The diagnostic and therapeutic roles of children's rough and tumble play. *Children's Health Care*, 16, 162-168.
- Peterkin, A. (1992): *What about me? When brothers and sisters get sick*. Washington, DC: Magination Press.
- Pickhardt, C. E. (1997): *The case of the scary divorce*. Washington, DC: Magination Press.
- Ribes, E. (1975): *Técnicas de modificación de conducta: Su aplicación al retardo en el desarrollo*. México: Trillas.
- Rogers, C. R. (1982): Nuclear war: A personal response. *APA Monitor*, 13, 6-7.
- Russ, S. (1995): Play psychotherapy research: State of the science. *Advances in Clinical Child Psychology*, 17, 365-391.
- Salzberg, B. H., Wheeler, A. J., Devar, L. T. y Hopkins, B. L. (1971): The effect of intermittent feedback and intermittent contingent access to play on printing of kindergarten children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4, 163-171.
- Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist J. H., Johnson, J. H. y Harris, W. G. (1982): An investigation of computer-assisted cognitive-behavior therapy in the treatment of depression. *Behavior Research Methods & Instrumentation*, 14, 181-185.
- Shapiro, F. (1995): *Eye movement desensitization and reprocessing*. Nueva York: Guilford.
- Shapiro, F. y Silk Forrest, M. (1997): *EMDR: The breakthrough therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Sinason, V. (1988): Dolls and bears: From symbolic equation to symbol: The significance of different play material for sexually abused children and others. *British Journal of Psychotherapy*, 4, 349-363.
- Skinner, B. F. (1938): *The behavior of organism*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1953): *Science and human behavior*. Nueva York: McMillan.
- Stiles, K. y Kottman, T. (1990): Mutual storytelling: An intervention for depressed and suicidal children. *School Counselor*, 37, 337-342.
- Stahmer, A. C. y Schreibman, L. (1992): *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 447-459.
- Sweeney, D. y Landreth, G. (1993): Healing a child spirit through play therapy: A scriptural approach to treating children. *Journal of Psychology & Cristianity*, 12, 351-356.
- Van den Berg, M. (1994): *The three birds: A story for children about the loss of a loved one*. Washington, DC: Magination Press.
- Verniero, J. (1995): *You can call me Willy: A story for children about AIDS*. Washington, DC: Magination Press.
- Wilkins, A. J. (1987): Photosensitive epilepsy and visual display units. En E. Ross, D. Chadwick y R. Crawford (dirs.), *Epilepsy in young children*. Londres: Wiley.
- Zitsman, S. (1984): *The rational emotive game*. Dayton: Wright State University (manuscrito no publicado).

LECTURAS RECOMENDADAS

Kaduson, H. G., Cangelosi, D. y Schaefer, C. (dirs.) (1997): *The playing cure*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Knell, S. (1993): *Cognitive-behavioral play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Kottman, T. y Schaefer, C. E. (dirs.) (1993): *Play therapy*

in action: A casebook for practitioners. Northvale, NJ: Jason Aronson.

O'Connor, K. J. (2000): *The play therapy primer*. Nueva York: Wiley

O'Connor, K. y Schaefer, C. E. (dirs.) (1994): *Handbook of play therapy II*. Nueva York: Wiley.

Schaefer, C. y Reid, S. (dirs.) (1986): *Game play: Therapeutic use of childhood games*. Nueva York: Wiley.

PSICOLOGÍA

LOS PROBLEMAS psicológicos de la infancia y la adolescencia constituyen un campo de vital importancia para los estudiosos del comportamiento humano. Históricamente ha estado en desventaja sobre las investigaciones realizadas en la edad adulta y en estos momentos la psicología científica está realizando un gran esfuerzo por alcanzar, al menos, los mismos niveles de conocimiento.

Esta obra presenta una visión completa de la situación actual y de los avances en el área de la psicopatología infantil y del adolescente. Reúne los trabajos de varios investigadores de relevancia internacional en este campo y pretende colocar esta área de la psicología al mismo nivel que el de la psicología clínica del adulto. En ella se estudian los trastornos psicológicos específicos que pueden presentarse en la población infantil y adolescente. Incluye problemas que se encuadran en áreas como: el trastorno disocial, la agresividad, los trastornos de la ingestión, la enuresis y la encopresis, los trastornos del aprendizaje, los problemas de la comunicación y el lenguaje, la timidez, el mutismo selectivo, el autismo, el asma... Además, trata varios temas sobre el entrenamiento de padres como agentes del cambio del comportamiento infantil y sobre terapia de juego. Cada capítulo contiene una descripción de las características clínicas del trastorno (psicopatología), las formas de intervención conductuales o cognitivo-conductuales del mismo y, en la mayoría de los casos, un programa paso a paso para el tratamiento del problema.

Vicente E. Caballo es profesor de Psicopatología de la Universidad de Granada, fundador y director de la revista *Psicología Conductual* y autor y director de diversos libros. Miguel A. Simón es catedrático de Psicología de la Salud de la Universidad de La Coruña. Su trayectoria investigadora se centra en la aplicación de técnicas psicofisiológicas en la evaluación y tratamiento de diversos problemas de la salud, temática sobre la que ha publicado diversos libros y artículos en revistas especializadas.

PIRÁMIDE

www.edicionespiramide.es

