

TRATAMIENTO DE LA DISFEMIA Y ENURESIS EN EL MARCO ESCOLAR

Vicente Bellver Cebria

Dr. en Psicología. Servicio Psicopedagógico Escolar. Valencia

RESUMEN

En el marco de la psicología escolar los criterios que se establecen para la intervención con el alumnado que así lo requiere, suelen priorizarse sobre el área de las necesidades educativas especiales, lo que supone una atención preferente sobre todo en las dificultades y trastornos del aprendizaje. De igual modo, en el ámbito de la logopedia, se establecen unos criterios de intervención dirigidos fundamentalmente hacia los trastornos globales del lenguaje y problemas del habla, y no tanto a las alteraciones del ritmo.

A pesar de lo expuesto, otro tipo de trastornos como son la enuresis o la disfemia, por referirnos tan sólo a los que son objeto de este trabajo, también existen y en una alta proporción.

En este trabajo se aborda el tratamiento de la enuresis y disfemia en un alumno a partir de una mejora en la relación familiar, y de ciertos cambios que se provocarán en la misma, todo lo cual con un bajo coste de tiempo y con resultados satisfactorios.

Palabras-clave: ENURESIS, DISFEMIA, MARCO ESCOLAR, RASGOS DE LA PERSONALIDAD.

SUMMARY

In the framework of school psychology the criteria to be used for students who require such an intervention, normally has priority over the area of special educational needs, which particularly means the preferential attention of learning difficulties and disorders. At the same time, in the area of logopedia, the criteria established is basically focused on global language disorders as well as speech difficulties, rather than a focus on rhythm irregularities.

In spite of the above mentioned, other types of disorders, such as enuresis or stuttering, as examples of those which are objects of this study, also exist on a high scale.

Throughout this study, the treatment of enuresis and stuttering is contemplated in one student through an improvement in family relations, as well as certain other changes which will also be interrelated, all this taking place over a short period of time with satisfactory results.

Key words: ENURESIS, STUTTERING, PERSONALITY FEATURES.

INTRODUCCION

En el presente trabajo se abordan dos trastornos en un mismo niño: disfemia y enuresis.

La disfemia es un trastorno de la fluidez del habla que se caracteriza por una expresión verbal interrumpida en su ritmo de un modo más o menos brusco (Sangorrín, 1988) y siguiendo a Santacreu (1996) puede tratarse sobre todo en niños pequeños incidiendo en el control

de las contingencias externas, y se dirigiría hacia los padres. De este modo el programa trata de conseguir que los padres o los propios maestros no presten atención hacia un niño cuya habla sea inadecuada. Ahora bien es importante tener en cuenta según el modelo que presenta Santacreu (1989) la edad del sujeto, ya que entre los 7 y 10 años van a producirse cambios que complican (intentos de solución del problema por parte del propio sujeto) la génesis y mantenimiento del problema.

Por otro lado aunque no hay un modelo explicativo unificado de la disfemia desde la terapia conductual (Mayor y Gallego, 1990), podría hablarse de dos componentes básicos en la disfemia: la falta de fluidez en la dicción y un patrón de ansiedad y tensión asociado a las situaciones comunicativas.

A lo expuesto finalmente añadiríamos que un ambiente autoritario/punitivo o una alta motivación de logro en los padres (Jonhson, 1959; Santacreu, 1982, 1985; cit. en Palenzuela, 1993, p. 289) pueden estar en la base de la tartamudez.

En cuanto a la enuresis ésta es definida como descarga involuntaria de orina, que persiste después de que un sujeto alcance los 3 ò 4 años y donde no hay una patología orgánica (Bragado, 1990). Esta se denomina secundaria si tras haberse adquirido el control de la micción, al menos durante 6 meses, vuelve a aparecer la incontinencia (Llavona, 1996).

Llamamos la atención sobre el área del entorno y relaciones familiares que Bragado (1990) considera relevante por cuanto ayuda a conocer la naturaleza del problema además de que la práctica clínica sugiere que hay cierto grado de relación en el mantenimiento del mismo. O el valor predictivo que tiene en el control de la enuresis las actitudes de los padres (Bragado, 1981). Además como en el caso que expondremos (enuresis secundaria) un factor determinante son los problemas afectivos y de celos (Santandreu, 1989).

El presente trabajo presenta el caso de un niño (en adelante C.) por cuya falta de fluidez en la dicción fue solicitada nuestra intervención. Si bien en nuestro servicio -Servicio Psicopedagógico Escolar- podemos dar respuesta a este tipo de demandas, el área de logopedia por razones de diferente índole, no suele priorizar sobre este tipo de trastorno.

De este modo la demanda para intervenir nos viene desde la propia tutora del alumno, y en este sentido procedimos a valorar la conveniencia de tratar el problema del alumno en función de la disponibilidad y posibilidad de poderlo atender, sin menoscabar la atención hacia otro tipo de funciones que sí son prioritarias (evaluación psicopedagógica por ejemplo).

Desde esta perspectiva, y a pesar de que C es a la vez hijo de un profesor del centro, nuestra intención era derivarlo hacia el ámbito privado o a otro tipo de servicio público, sin embargo la entrevista que tuvimos con los padres de éste nos llevó a aceptar el caso.

En la entrevista que realizamos los padres manifestaron que C era enurético y que este problema les preocupaba más que la disfemia porque en cierta medida impedía que fuera de campamento o durmiera fuera de casa.

Sin embargo el tratamiento de la enuresis tampoco es una prioridad, y dados los criterios de intervención de nuestro servicio, parecía poco ético tratar los problemas de C y no hacerlo en otros niños del colegio, máxime cuando su rendimiento escolar es alto.

Pero en la entrevista obtuvimos cierta información que nos llevó a intuir que ambos trastornos podían tener cierta base en las relaciones familiares y en la dinámica que se establecía, y si proporcionando un programa a los padres para que cambiasen tal dinámica, se solucionaban los problemas de C, no haría falta derivar el caso, pero a la vez los problemas de las "prioridades" en cierto modo- aunque sólo en cierta manera-, quedaban superados.

SUJETO

C es un varón de 8.10 años de edad que cursa 3º de Primaria en la línea en valenciano de un colegio público de Valencia.

Como ya hemos comentado el padre es un maestro del mismo centro y la madre aunque maestra también, tiene un destino en otro.

C tiene un hermano de 5 años.

EVALUACION

Para llevar a cabo esta parte del tratamiento se realizó:

- a) entrevista con la tutora
- b) entrevista con los padres
- c) entrevista y pase de pruebas al alumno
- d) empleo de registros

a) Entrevista con la tutora

Si bien el problema que señalaba la tutora lo refería a la disfemia, éste era patente cuando le prestaban una atención directa, entendiéndose por ésto el hecho de que C hubiera de explicar algún hecho, preguntar una duda o aclaración.

No hubo más concreciones por parte de la tutora al respecto salvo para indicar que cuando C tartamudea, ella actuaba con normalidad, aunque solía indicarle que estuviera tranquilo y que se relajara.

No apreciaba problemas de ningún otro tipo en C y su rendimiento era muy bueno.

b) Entrevista con los padres

A través de un cuestionario elaborado por este servicio se detectó:

- patrón rígido y estricto del padre respecto de las conductas en general de C.
- fuertes discusiones en el matrimonio, aunque compartían criterios educativos.
- problemas de celos con respecto al otro hijo menor y que era preferido por el padre.
- poca frecuencia de refuerzos positivos ante conductas deseadas o adecuadas, sobre todo por parte del padre.
- C presentaba enuresis secundaria nocturna desde que nació su hermano.
- C es objeto de atención de sus padres cuando tartamudea.. Le dicen que no se ponga nervioso, pero a la vez reconocen que en su rostro puede aparecer gestos que C podría interpre-

tar como de rechazo hacia la disfemia cuando ésta aparece. Además la disfemia se presentó cuando el niño tenía entre 4 y 5 años.

c) Entrevista y pase de pruebas al alumno

En la entrevista con C obtuvimos la siguiente información:

- reconoce llevarse regular con su padre y bien con su madre
- reconoce tener celos de su hermano (riñe con él frecuentemente) y llevarse mal
- no tartamudeó en ningún momento de la entrevista
- no comentó que se hiciera pis por la noche

Tabla 1.- Variables-rasgos expresadas en decatipos que C. obtiene en el C.P.Q. antes de iniciarse el tratamiento

VARIABLES-RASGOS	DT
Emocionalmente afectado-estable	4
Calmoso-excitabile	7
Sobrio-entusiasta	4
Cohibido-emprendedor	3
Sensibilidad dura-blanda	8
Seguro-Dubitativo	6
Sencillo-astuto	2
Sereno-aprensivo	7
Menos-más integrado	7
Ajuste-ansiedad	5'7

En cuanto a las pruebas que se le administraron y la información que se obtuvo fueron:

- *WISC*. En la prueba el alumno obtuvo un C.I. medio-alto (108); sin embargo en el área verbal hay un mejor rendimiento que en la manipulativa. El hecho de que en los tres subtests que miden conocimientos adquiridos (Bannatyne, 1974; cit. en Mo-

nadero, 1989, p. 124) consiga además las puntuaciones más altas, también sugiere que el ambiente familiar ha propiciado habitualmente situaciones que han podido enriquecer su funcionamiento cognitivo.

- *CPQ*. En este cuestionario C obtuvo unas puntuaciones decapitulo -ver tabla nº 1- que en algunos rasgos nos sugieren ciertas dificultades bien en el modo de enfrentarse a algunos acontecimientos/hechos, bien en el modo de percibirlos o bien en el modo de procesarlos.

d) Registros

A los padres se les instruyó para que hicieran un registro de la frecuencia con que C presentaba disfemia. A tal fin se les dijo que cada uno de ellos, y sin que C fuera consciente, debían observarle durante 5 minutos (en situaciones en que C interactuara con el otro), y de forma aleatoria los días en que pudieran hacerlo, con el fin de anotar en el registro las veces que se bloqueaba o que repetía alguna palabra.

HIPÓTESIS

Una vez obtenidos los datos que hemos expuesto hipotetizamos que tanto la disfemia como la enuresis que presentaba C serían manifestaciones conductuales producto de una forma no adecuada de obtener cierta atención de sus padres, particularmente de su padre. Así mismo cabía hipotetizar que los vínculos afectivos establecidos entre los miembros de la familia, se hubieran configurado de tal modo que hubieran dado como resultado ambos trastornos.

Argumentos en favor de estas hipótesis, y no tanto de unos antecedentes concretos y operantes, es el hecho de que nunca se recogieron en los registros realizados por los padres, a menos que fueran tan sutiles como imperceptibles. La posibilidad de que no se observaran adecuadamente las instrucciones dadas por parte de los padres son remotas ya que fueron ilustrados sobre cómo realizar las observaciones correspondientes.

En otro sentido estas hipótesis se supeditaban a que hubiera algún problema de tipo orgánico o fisiológico que explicase o diese cuenta tanto de la disfemia como de la enuresis.

Sin embargo, y dado lo ya comentado anteriormente respecto de prioridades de intervención, así como la necesidad de desechar cualquier etiología antes de comenzar un posible tratamiento psicológico, se sugirió que los padres realizaran los trámites necesarios para que médicamente se valorara a C, y dada la constancia que ya teníamos de la dinámica familiar y las relaciones que se establecían entre sus miembros, no teníamos inconveniente en elaborar un programa que modificase las relaciones entre ellos, ya que al fin y al cabo podían ser una base sobre la que si hacía falta, se iniciarían con posterioridad tratamientos concretos con C. tanto para abordar la enuresis como la disfemia.

TRATAMIENTO

Sesión nº 1

En esta primera sesión a los padres se les explicó la hipótesis que teníamos, se les sugirió que médicamente se realizaran las pruebas pertinentes a C, y que a ellos se les iba a dar toda una serie de orientaciones con el fin de modificar las relaciones familiares, sobre todo la relación padre-hijo.

Se les facilitaron los registros para anotar los datos sobre los que construir una línea base de ambos trastornos.

Sesión nº 2

Se estructuró en torno a:

- 1) Recogida de línea base para ambos trastornos.
- 2) Explicación y exposición del programa.
- 1) *Recogida de la línea base.*

Los datos recogidos señalaban una frecuencia de emisión involuntaria de orina nocturna de 6 veces por semana y una mancha de entre 30-40 cm.

Por lo que respecta a los bloqueos y repeticiones estos eran de 16 y 20 respectivamente en los 5 minutos en que se realizaba el control correspondiente.

2) Explicación y exposición del programa.

A los padres se les dió un programa que contenía diferentes aspectos/ instrucciones sobre los que convenía trabajar con C. Las variables sobre las que se diseñó el programa fueron los rasgos que C en el CPQ mostró un decatipo bajo o alto, según el continuo del rasgo, y que en el propio test se operativiza (aunque no en conductas concretas obviamente).

El programa iba dirigido por tanto a:

- mejorar el nivel de tolerancia a la frustración (emocionalmente afectado).
- disminuir la impulsividad (excitable).
- modificar la forma de percibir la percepción de afectos en C tratando de que mejorase su autoaprobación (sobriedad).
- introducir ideas racionales sobre la forma de procesar determinados aspectos que reduzcan el nivel de autoculpabilidad en el alumno (aprensivo).
- reducir el nivel de dependencia frente a independencia como elemento que favorezca la propia autonomía de C. (sensibilidad blanda).
- retirar cualquier comentario si mojaba la cama, y reforzar de modo positivo la ausencia de enuresis.
- retirar cualquier comentario, expresión gestual, etc. ante la aparición de bloqueos o repeticiones de palabras.

Sesión nº 3

Se estructuró en torno a:

1) Valoración de los registros

2) Repaso del programa

3) Discusión en torno a una orientación dada en el programa y que por no compartir no habían realizado: *todas las noches cuando C se iba a la cama debía dar un beso a su padre, madre y hermano. Cada día daría el primero de los besos a quien "mejor se lo hubiera montado con él ese día".*

Los padres no veían bien que fuera C quien emitiera dicho juicio, porque entendían que se le daba una prerrogativa a éste que llevaba a calificarles.

Justamente se les explicó que era una medida para que entre los padres se estableciera un cierto heterocontrol en el cumplimiento del propio programa, ya que estaba claro que si ponían en práctica las orientaciones, C tendría dificultades para designar a quién dar el primer beso, y que por el contrario, si uno de los dos bajaba la guardia en la aplicación del programa, entonces C premiaría a quien mejor llevaba éste.

Una vez entendida esta orientación, los padres la asumieron y llevaron a cabo.

Sesión nº 4

Se estructuró en torno a:

1) Valoración de los registros

2) Valoración del tratamiento.

1) *Valoración de los registros.*

Véase la figura 1 y figura 2 en donde aparecen los datos correspondientes a la evolución de la disfemia y enuresis. Evidentemente la valoración es satisfactoria para ambos trastornos.

2) *Valoración del tratamiento.*

Según los padres, estaban satisfechos de la mejoría experimentada con la disfemia hasta el punto de que ya no pensaban que su hijo tuviera ningún problema en este aspecto. En todo caso habían observado que cuando hablaba por teléfono con un adulto-desconocido, podía tener algún bloqueo. En cuanto a la enuresis su satisfacción era plena.

Además a los padres se les facilitó de nuevo las puntuaciones que ahora tenía C en el CPQ (ver tabla nº 2), y que ponían de manifiesto la mejoría del alumno en las variables que se incluyeron en el programa. Además había cambios positivos en otros rasgos que no habían sido directamente objeto del programa (áreas no sombreadas).

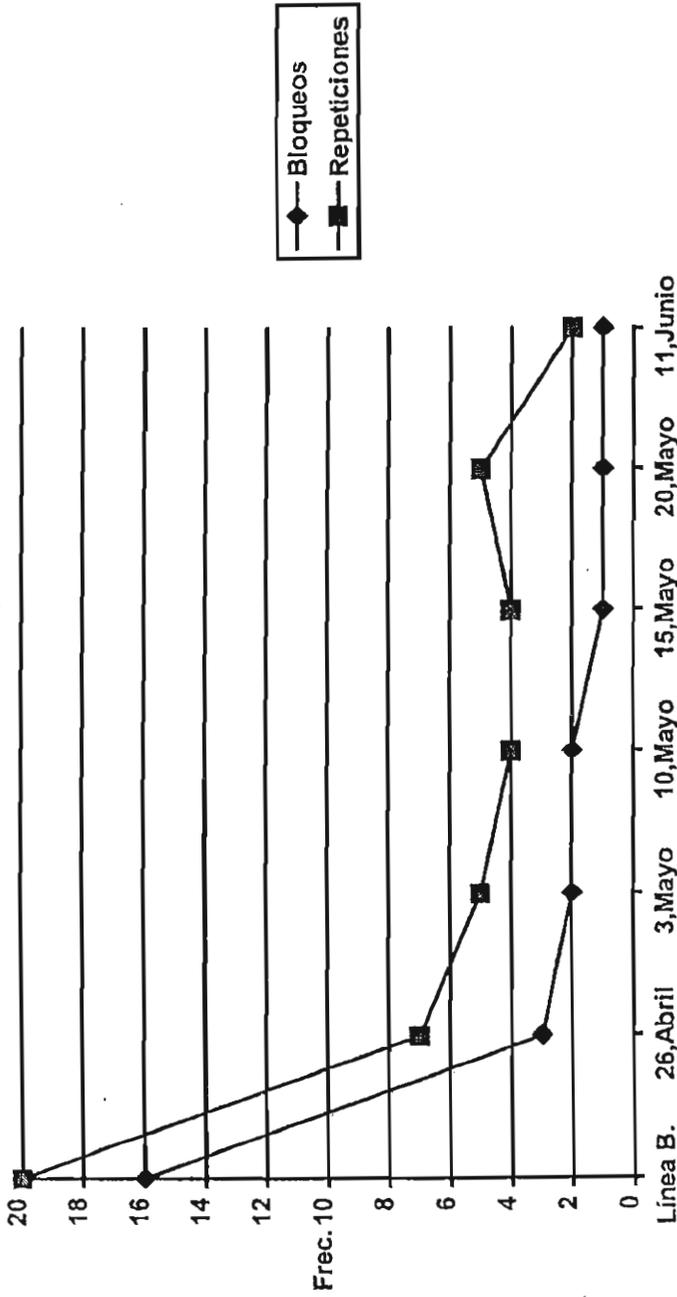


Figura 1.- Evolución de la disfemia que expresa la frecuencia con la que C. en observaciones de 5 minutos producía bloqueos y repeticiones al interactuar con sus padres

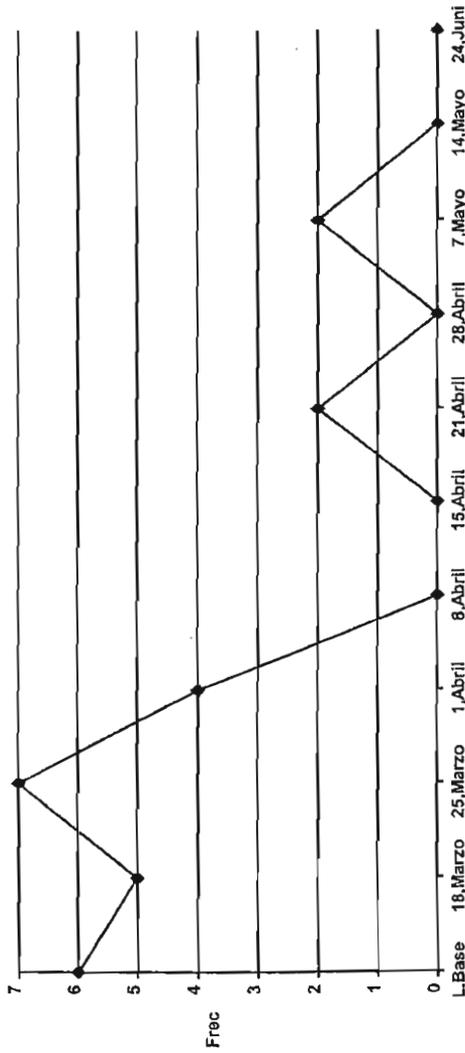


Figura 2.- Evolución de la enuresis expresada en el número de veces con que C. a la semana mojaba la cama por la noche

Tabla 2.- Variables-rasgos expresadas en decatipos que C. obtiene en el C.P.Q. antes y después del tratamiento. Las áreas sombreadas se corresponden con las variables-rasgos sobre las que se diseñó el programa de tratamiento

VARIABLES-RASGOS	DT	
	Antes	Después
Emocionalmente afectado-estable	4	6
Calmoso-excitable	7	6
Sobrio-entusiasta	4	6
Cohibido-emprendedor	3	7
Sensibilidad dura-blanda	8	3
Seguro-Dubitativo	6	3
Sencillo-astuto	2	5
Sereno-aprensivo	7	5
Menos-más integrado	7	10
Ajuste-ansiedad	5'7	3'5

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las figuras nº 1 y 2 ponen de manifiesto que el tratamiento de ambos trastornos ha sido efectivo sin hacer un diseño terapéutico que abordase directamente ambos. Si bien el modo de abordar la disfemia y la enuresis podía haberse concretado tras haber realizado el programa que llevaron a cabo los padres como forma de paliar o mejorar una relación entre los miembros de la familia, a la vez que se intervenía en algunos rasgos de la personalidad de C que pudiera servir de base para posteriormente con técnicas adecuadas y desde luego convirtiendo ambos trastornos en el centro del diseño terapéutico, realizar unos tratamientos concretos, a la vista de los resultados obtenidos puede afirmarse:

a) que el programa terapéutico que realizaron los padres fue positivo para mejorar algunos rasgos de la personalidad de C, tal

y como se observa en la tabla nº 2. De este modo es el rasgo calmoso-excitable el que menos cambia (un decatipo), y sensibilidad dura-blanda el que más (5 decatipos). Ahora bien, conviene insistir de nuevo, que los cambios se producen de modo mas concreto y globalmente en el modo que tiene C de enfrentarse a nuevos acontecimientos/hechos, en el modo de percibirlos o en el modo de procesarlos.

b) que desde una perspectiva estadística cabe afirmar que el tratamiento llevado a cabo ha sido el responsable de los cambios que se reflejan en los rasgos medidos en el C.P.Q., porque tomadas las 5 variables-rasgos en los que se intervino, se obtienen resultados significativos, ya que aplicando la "t" de student, ésta es = 3'89 para una $p > 0'01$, en tanto que el mismo análisis aplicado al resto de variables-rasgos se obtiene una "t" = 1'53 para una $p > 0'2$.

c) que el programa terapéutico es el responsable tanto de la desaparición de la enuresis (figura nº 2) como de la mejoría absoluta aunque no total de la disfemia (figura nº1).

En definitiva el tratamiento seguido por C con la colaboración de los padres ha resultado ser satisfactorio desde diferentes puntos de vista (incluyendo el de las "prioridades" ya referido, y que no es un aspecto poco relevante).

Pero queremos en este momento incidir sobre dos aspectos básicamente:

1) que el proceso de evaluación del caso se comenzó en el mes de Febrero, y el tratamiento para ambos trastornos finalizó a principios de Junio, lo que supuso bajo nuestro punto de vista, un bajo coste en tiempo.

Además no fueron necesarias demasiadas sesiones para concretar y llevar a cabo todo el proceso terapéutico (7 sesiones en total).

2) que tal y como afirman Olivares, Méndez y Macià (1997), al entrenar a los padres para modificar la conducta de los hijos en casa, se persigue básicamente la modificación de las modalidades de interacción padres-hijos, ya que se pretende disminuir la conductas desadaptativas, y en este sentido encontramos cierta concordancia con los resultados que hemos expuesto.

BIBLIOGRAFIA

- Bragado, C.** (1981). Consideraciones metodológicas sobre los tratamientos conductistas de la enuresis. *Análisis y modificación de conducta*. Vol. 7, nº 16, 399-426.
- Bragado, C.** (1990). Control de Esfínteres en J. Mayor y F. Labrador: *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid. Alhambra.
- Llavona, L.M.** (1996). Tratamiento de un caso de enuresis primaria en F. Méndez y D. Macià: *Modificación de conducta con niños y adolescentes (libro de casos)*. Madrid Ediciones Pirámide.
- Mayor, J.; Gallego, C.** (1990). Trastornos de la conducta lingüística en J. Mayor y F. Labrador: *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid. Alhambra.
- Monedero, C.** (1989). *Dificultades de aprendizaje escolar*. Una perspectiva neuropsicológica. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Olivares Rodríguez, J.; Méndez Carrillo, F.X.; Macià, D.** (1997). *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia*. Madrid. Editorial Promolibro.
- Palenzuela, A.** (1993). Intervención sobre contingencias externas como tratamiento psicológico en un caso de tartamudez de desarrollo. *Análisis y modificación de conducta*. Vol.19. Nº 64. 287- 298.
- Sangorri, J.** (1988). Disfemia en J. Peña Casanova: *Manual de Logopedia*. Barcelona. Masson, S.A.
- Santacreu, J.** (1989). Tartamudez: Evaluación y tratamiento en J.A. Carrobes: *Análisis y Modificación de Conducta II: Aplicaciones Clínicas*. Madrid. UNED.
- Santacreu, J.** (1989). Eneuresis: Evaluación y tratamiento en J.A. Carrobes: *Análisis y Modificación de Conducta II: Aplicaciones Clínicas*. Madrid. UNED.
- Santacreu, J.** (1996). Tratamiento de la tartamudez en la infancia en F. Méndez y D. Macià: *Modificación de Conducta con Niños y Adolescentes (libro de casos)*. Madrid. Ediciones Pirámide.

