

EVALUACION Y TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUC-TUAL DE UN CASO DE TARTAMUDEZ.

M^a Jose GonzálezValenzuela.

Departamento de psicología.

UNIVERSIDAD DE MALAGA.

Resumen

Se presenta un caso de tartamudez severa, que es evaluada y tratada en sus componentes conductuales, cognitivos y emocionales, desde un modelo integrador. La intervención, en un primer momento, de la falta de fluidez verbal con técnicas como el entrenamiento en relajación, respiración, metrónomo, tratamiento de Eco, tiempo fuera de reforzamiento positivo y práctica masiva, influyó en los pensamientos negativos y tensión emocional que el sujeto presentaba, pudiéndose trabajar estos componentes cognitivos-emocionales, con la intervención de técnicas como role-playing, desensibilización sistemática, reestructuración racional sistemática, autorregistros y autoobservaciones, también fue mejorando la fluidez verbal del sujeto, descendiendo en gran medida el número de tartamudeos y aumentando el número de emisiones verbales en períodos de cinco minutos.

Palabras clave: *Tartamudez, diagnóstico, tratamiento, cognitivo, conductual.*

Summary

A case of severe stuttering is evaluated and treated to emotion, knowledge and physical components by complex integral method. Firstly, the negative thinking and emotion tension of subject is affected by the treatment to disfluency verbal to the techniques relaxation, treatment breathing, metronome conditioning, echo treatment, time-out and massive practice. So these emotion and knowledge components is treated less severely to certain social situation, to techniques role-playing, systematic desensitization, systematic restructuring of rational knowledge, self-observations and self-registrations. The disfluency verbal of subject also improved with the treatment emotion and knowledge components, lowering the number of stutters and increasing the verbal emissions, to five minutes.

Key words: *stuttering, diagnostic, treatment, cognition, conductual.*

Introducción

El objetivo principal de este trabajo es exponer brevemente los resultados obtenidos en la intervención comportamental de un caso de tartamudez, abordándolo desde una perspectiva teórica integradora, donde se consideran aspectos importantes para la mejora de la calidad de vida de un sujeto, tanto en su vida familiar como social o profesional.

Existen diversas teorías explicativas, que nos ofrecen el marco de referencia para entender y explicar porqué se produce la tartamudez y como se la caracteriza. Así, se distinguen por un lado las teorías organicistas, y por otro, las teorías puramente psicológicas, encontrándose una combinación de ámbas en las teorías integradoras (García Moreno, 1985; Romero, 1988).

Las teorías integradoras, consideran los trastornos de fluidez verbal, combinando aspectos comprobados tanto por teorías organicistas como puramente psicológicas, explicando la tartamudez como un fenómeno complejo en el que intervienen fenómenos conductuales, cognitivos y emocionales (Burns & Brady, 1980; Romero, 1985). La causa originaria del trastorno no se considera necesariamente única, sino que puede ser múltiple. Se defiende que quizás sea más efectivo atender a sus causas actuales que a la/s propiamente originaria/s, como lo hacen las teorías anteriormente citadas (Romero, 1988).

Por tanto desde una perspectiva integradora, se caracteriza a la tartamudez en sus componentes conductuales, por falta de fluidez verbal, movimientos corporales asociados y conducta social desadaptada. Este sistema conductual alterado revierte, por las experiencias negativas confirmadas, en alteraciones del sistema cognitivo, que se caracteriza por pensamientos anticipatorios y simultáneos negativos acerca de sí mismo y de su problema, entre otros y, que generan trastornos emocionales, como tensión muscular, ansiedad y vergüenza asociados/as a situaciones interpersonales. A su vez estas alteraciones intensifican la tendencia a la disfluidez (Fig. 1).

Método

Características del sujeto

Se presenta un caso de tartamudez en un joven de 21 años cuyo problema lo tiene desde los cinco años. Estuvo bajo tratamiento médico psiquiátrico y logopédico en anteriores ocasiones y acude a consulta por los problemas sociales y profesionales que le conlleva su trastorno.

No ha presentado nunca problemas de audición, ni déficits orgánicos y/o neurológicos. Su padre, aunque ocasionalmente, también presenta el mismo problema desde los 11 años.

Las expectativas pasadas relacionadas con su problema han sido negativas, ya que según el sujeto tenía que soportar burlas y menosprecios por parte de com-

pañeros de colegio y de algunos profesores. Después de haber terminado el Bachiller Superior (BUP), y por no poder terminar con la carrera de seminarista que comenzó posteriormente, debido a su problema verbal, cursa 2º ciclo de Formación Profesional, en la especialidad de Auxiliar de Farmacia.

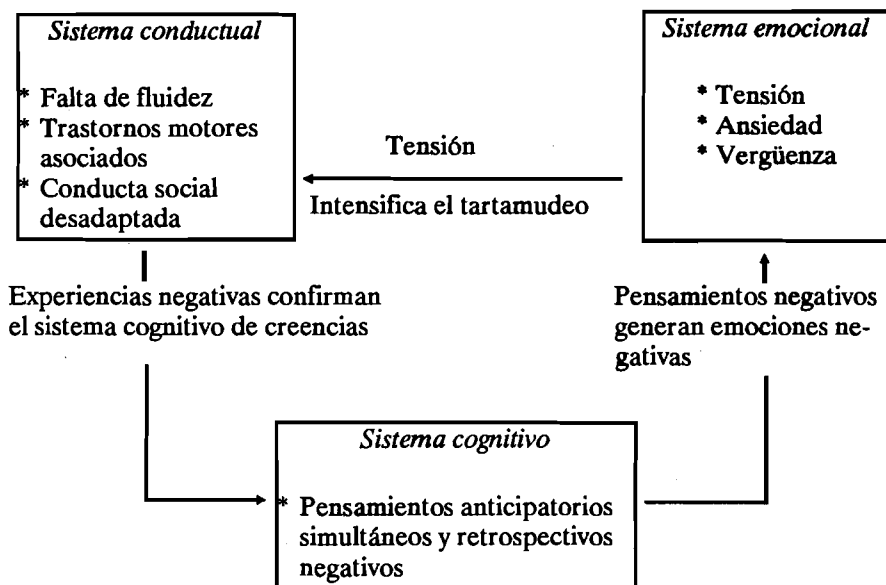


Figura 1. Ciclo de la tartamudez según Burns & Brady, 1980 (tomado de Mayor y Labrador, 1983).

En la familia se aprecia cierta preocupación y prejuicio social por el problema del sujeto, demostrando expectativas negativas respecto a la mejora del mismo. Sus compañeros y amigos afirman que es extravertido y con ideas liberales, aunque con extraños y poco conocidos se agudizan sus bloqueos, ya que éstos no le permiten terminar sus frases. Se reúne dos veces por semana con un grupo religioso para preparar catequesis, colaborando en todas las tareas con normalidad. Por otra parte, trabaja como ayudante en una farmacia, atendiendo al público.

Diseño de evaluación: instrumentos de medida y procedimiento

En base al análisis de los distintos factores que integran el trastorno, se concluye que presenta las siguientes características:

a) Sistema conductual

Para la evaluación del habla se grabó, y analizó la emisión verbal en períodos de cinco minutos, en la modalidad de lectura (variando el texto) y conversación libre (hablar sobre su problema, sobre las actividades realizadas durante la semana, sobre algún libro leído, etc.). Se anotó el número de tartamudeos, teniendo en cuenta la repetición de sílabas o de fonemas, y las prolongaciones sonoras y silenciosas (no audibles, pero sí visibles) y el número de palabras emitidas en total, en esos períodos de tiempo.

En la tabla 1 y 2 se recogen dichos porcentajes que reflejan la falta de fluidez y emisión verbal en las dos modalidades de respuesta (lectura y conversación libre), así como el alto porcentaje de repeticiones silábicas o de fonemas y de prolongaciones sonoras y silenciosas, respectivamente. Hay que señalar que la media total de tartamudeos en cinco minutos en lectura ($\bar{x}=41$) es bastante inferior a la media total de tartamudeos en conversación libre ($\bar{x}=83$), de igual forma que la media total en cinco minutos de palabras emitidas en lectura ($\bar{x}=191$), es bastante superior a la media total en conversación ($\bar{x}=108$). A su vez en los tartamudeos, tanto en lectura como en conversación libre, las repeticiones ($\bar{x}_1=13.6$; $\bar{x}_c=34.5$) y las prolongaciones silenciosas ($\bar{x}_1=23$; $\bar{x}_c=29.6$), son bastante más frecuentes que las prolongaciones sonoras ($\bar{x}_1=4.3$; $\bar{x}_c=19$). Estos bloqueos se presentan más notoriamente en inicio de palabras y en los fonemas líquidos /l/ y /r/. La gravedad del tartamudeo es catalogada como de muy severa, ya que de las palabras emitidas, es superior el número de palabras pronunciadas erróneamente en comparación a las pronunciadas correctamente (Johnson, Darley & Spriesterbasch, 1963).

Cabe señalar también, que el lenguaje del sujeto era bastante poco entendible en muchas ocasiones, y que presentaba espasmos faciales y de cabeza, ayudados con las manos, así como ahogos consecuentes de la irregular respiración.

N ^o tartamudeos y emisiones verbales		Períodos de tiempo		
		1	2	3
B	Repeticiones	9	12	20
l				
o				
q	Prolongaciones sonoras	5	3	6
u				
e				
o	Prolongaciones silenciosas	18	23	28
s				
Palabras emitidas		162	156	256

TABLA 1.- Medias de palabras emitidas y tartamudeos en períodos de cinco minutos, en lectura y en la línea base.

Nº tartamudeos y emisiones verbales	Períodos de tiempo						
	1	2	3	4	5	6	7
B l o q u e o s Repeticiones	37	40	39	36	42	34	14
Prolongaciones sonoras	18	28	20	20	18	17	13
Prolongaciones silenciosas	22	30	26	28	34	31	36
Palabras emitidas	70	129	110	111	149	82	106

TABLA 2.- Medias de palabras emitidas y tartamudeos en períodos de cinco minutos, en conversación libre y en línea base.

b) Sistema emocional

En la evaluación del componente emocional, se apreció tensión emocional y ansiedad asociadas a distintas situaciones interpersonales concretas y con temas tales como injusticias sociales, sexualidad, tartamudez, etc. El grado de ansiedad variaba en función de lo conocido o desconocido que fuese la persona, de su estatus social y del contenido de las conversación. Además, dicha ansiedad venía manifestada fisiológicamente por sudoración palmar, problemas respiratorios y tensión muscular en el cuello y la cabeza.

Después de una valoración realizada por el sujeto sobre las distintas situaciones que le eran problemáticas, es decir, aquellas en las que presentaba ansiedad, bloqueos, creencias negativas, etc., la relación quedó como sigue por orden creciente de dificultad.

- Contestar a la pregunta de un desconocido.
- Saludar a un conocido y pararlo.
- Contestar a un conocido.
- Preguntar a un conocido.
- Despedirse de un conocido.
- Presentación de gente desconocida.
- Contestar a un desconocido.
- Preguntar a un desconocido.
- Decir que no, ante la petición insistente de aceptar una invitación.
- Decir que sí, ante un ofrecimiento.
- Expresar descontento cuando en un servicio público no atienden bien.

- Expresar descontento cuando se cuelean en una fila.
- Disculparse por una equivocación ante desconocidos.
- Responder ante halagos.
- Expresar desacuerdo ante opiniones de la familia.
- Expresar desacuerdo ante opiniones de conocidos.
- Expresar desacuerdo ante opiniones de desconocidos.
- Defenderse ante una amenaza o insulto.
- Presentar quejas ante un superior.
- Expresar sentimientos de amor y ternura.
- Hablar en público y hacer preguntas en público.
- Hablar por teléfono con conocidos.
- Hablar por teléfono con desconocidos.

c) Sistema cognitivo

Las expectativas del sujeto son sólo algo esperanzadoras, ya que piensa que es difícil la corrección de su habla; sin embargo, asegura trabajar todo lo necesario para poder llegar a ser sacerdote.

Presenta pensamientos anticipatorios y simultáneos negativos sobre él mismo y su problema, en las situaciones interpersonales anteriormente citadas, así como creencias irracionales acerca de la causa que originó el trastorno, de su mantenimiento y de su control. Por otra parte, está muy preocupado por las opiniones de los demás respecto a él y su problema, creyendo que lo consideran un retrasado e inepto. Esto viene a ser reforzado cuando los demás (sobre todo los desconocidos y algunos conocidos) le terminan las frases, o le dicen que no se ponga nervioso. Para la evaluación de los componentes cognitivos y emocionales se utilizaron, además de la entrevista, las siguientes escalas y técnicas de medida: Escala IOWA de actitudes hacia la tartamudez (Johnson, Darley y Spriesterbach, 1963), Escala de asertividad de Rathus (1973), test Conductual de asertividad BAT-R (Eisler & cols, 1975), Cuestionario PPSS de Habilidades Sociales (Godoy y Gavino, 1985) y autorregistros de conductas-problemas en situaciones interpersonales (Romero, 1988).

De acuerdo con las características que presenta el sujeto y la evaluación de sus alteraciones conductuales, emocionales y cognitivas, se concluye que la hipótesis explicativa puede quedar enmarcada dentro de las teorías integradoras. El sujeto debido a su falta de fluidez verbal (problemas de ritmo, de respiración, etc.) y espasmos faciales y de cabeza, anticipa y simultánea pensamientos negativos acerca de él y de su problema, su futuro, etc , que son confirmados por las experiencias negativas que tiene cuando habla (le terminan las frases, etc). Esto a su vez, genera tensión emocional (suda, tensa los músculos de la cabeza, etc.) en situaciones sociales, intensificándose la falta de fluidez verbal y la conducta social desadaptada.

Diseño de intervención: técnicas de intervención y procedimiento

De acuerdo con la explicación del problema en términos del modelo integrador, se utilizaron diferentes técnicas de intervención.

a) Disfluidez verbal

Para la disfluidez se realizaron en las sesiones clínicas, Ejercicios de Regulación Respiratoria (Mendoza Lara, 1985); Entrenamiento con metrónomo auditivo fijo en lectura y conversación libre (Brady, 1973; Romero, 1985; Ibáñez, 1985) Tiempo fuera de reforzamiento positivo (Romero, 1985); Entrenamiento autógeno en relajación de Schultz (1980); Técnica del eco (Kondas, 1976; Romero, 1985; Ibáñez, 1985) y Práctica masiva (Ibáñez, 1985). Con todo ello se pretendía que el habla del sujeto fuese más fluida, con ritmo y con organización respiratoria adecuadas, permitiendo que los bloqueos desaparecieran y no fomentaran las disfluidez.

Los ejercicios de respiración que se llevaron a cabo fueron variados. Se empezó con inspiración nasal y espiración bucal a distintas velocidades; luego inspiración bucal rápida y espiración bucal lenta, pasando a la asociación de inspiración nasal-espiración bucal con emisión de sonidos, palabras, frases cortas y largas y párrafos. Por último, se entrenó al sujeto en inspiración bucal rápida a contratiempos, seguida de espiración bucal con emisión de sonidos, palabras e incluso frases cortas. Estos ejercicios de respiración, en un primer momento, se hicieron reteniendo el aire a distintos tiempos, antes de expulsarlo y después de cogerlo. Posteriormente, se realizaron sin ningunas retenciones de aire. Se entrenó al sujeto para que en lectura y en conversación, pasase a inspirar en los momentos adecuados, no perdiéndose así el sentido de lo que decía o leía.

El entrenamiento con metrónomo auditivo fijo consistió en ajustar, en función de las sílabas que el sujeto emitía por minuto, el ritmo del metrónomo, tanto en lectura como en conversación libre. Se comenzó con 90 beats por minuto. Una vez que el sujeto conseguía adecuarse al ritmo señalado se iba aumentando el ritmo, e incluso se pasó de emitir una sílaba por cada golpeo a emitir una palabra, en las dos modalidades de respuesta. Por último se entrenó al sujeto para que aprendiera a seguir los golpeos del metrónomo con el dedo de la mano, y éste le sirviese de guía para conseguir regular el ritmo de su habla en cualquier situación.

El tiempo fuera de reforzamiento positivo consistió en silencios de un minuto, siempre que se realizaran repeticiones estereotipadas (y, que, hum-hum, etc.) y bloqueos graves, o perdiera el ritmo establecido por el metrónomo y no regulara su respiración (no cogiese aire a tiempo, no hiciese pausas, etc).

El entrenamiento en relajación fue dirigido, en un primer momento, por las Técnicas de Relajación Progresiva de Jacobson (12979), pero se sustituyeron por las de Entrenamiento Autógeno de Schultz (1980), ya que el sujeto encontraba

dificultad para tensar y localizar algunos de los músculos concretos de la cabeza. Después de los ejercicios de relajación se le pedía al sujeto que rellenase un registro valorativo del grado de relajación alcanzado en general y por cada parte del cuerpo. Esto servía al terapeuta de guía en cuanto al conocimiento del aprendizaje del sujeto de los ejercicios de relajación.

La técnica del Eco o Sombreado, consistió en repetir en voz alta lo que el terapeuta, e incluso otra persona (por radio) dijese, para con ello conseguir establecer una sincronización del habla.

Por último, la Práctica se llevó a cabo, repitiendo el sujeto las palabras más frecuentemente tartamudeadas (las que iniciaban con /l/ o /r/), sin intervalo de tiempo entre ellas.

b) Movimientos corporales

Para los movimientos corporales asociados a bloqueos, sirvió el entrenamiento en Relajación Muscular y los Tiempos fuera de reforzamiento negativo.

c) Ansiedad y tensión emocional

Para la ansiedad y tensión emocional asociadas a distintas situaciones, se utilizaron técnicas de entrenamiento en asertividad, como la técnica de Role Playing (Mayor y Labrador, 1983) y la desensibilización sistemática (Wolpe, 1973). De esta forma, en cada sesión, el sujeto ensayaba imaginaria y realmente, después de la relajación, aquellas conductas sociales conflictivas (según la jerarquía establecida por el grado de ansiedad), exhibidas por los modelos (terapeuta y coterapeuta). Posteriormente, tenía que autoevaluar la realización de dichas conductas y realizarlas en ambientes reales. Con ello se pretendía que el sujeto aprendiera a comportarse en distintas situaciones y a rebajar la ansiedad en otras que le imposibilitaba comportarse adecuadamente.

c) Pensamientos negativos e ideas irracionales.

Para los pensamientos negativos e ideas irracionales, se aplicó la técnica cognitiva de Reestructuración Racional Sistemática (RRS) de Goldfried & Goldfried (1980) y las Técnicas de Autocontrol, como la utilización de autorregistros y autoobservaciones (Romero, 1988).

La RRG junto con la Desensibilización Sistemática iban encaminadas a eliminar el efecto inhibitor de las cogniciones erróneas, que eran las causantes de la no utilización de las habilidades sociales que el sujeto poseía, y de las que iba aprendiendo con el modelado. De esta forma, se trataba de que el sujeto encontrara

pruebas convincentes para explicar la irracionalidad o racionalidad de sus actitudes, respecto a los temas señalados, eliminando con ello sus emociones desadaptativas. Así, se consiguió que el sujeto cambiara sus cogniciones y "pensara bien" en presencia de algunas situaciones problemáticas de la jerarquía establecida, y de las que iban ocurriendo en la vida diaria e iban siendo anotadas en autorregistros, el sujeto anotaba las características de la situación, lo que hizo o dijo, lo que pensó, la dificultad de la realización de las conductas, el grado de ansiedad y lo que hubiese deseado hacer o decir. Previamente a estos registros, el sujeto sólo anotaba lo que pensaba antes, durante o después de la situación social conflictiva.

Después de la exposición de las distintas técnicas de intervención llevadas a cabo para cumplir los objetivos establecidos, cabría señalar algunas cuestiones formales en el diseño de intervención. Así, hay que decir que las sesiones eran de tres cuartos de hora y tres veces a la semana, durante un período de cinco meses. Cada mes se realizaba un control que era comentado con el sujeto en una de las sesiones clínicas, viendo las mejorías y lo mejorable del trastorno. Además de los ejercicios que se llevaban a cabo en cada sesión, el sujeto trabajaba en casa en lectura y conversación libre (monólogos y diálogos con sus familiares) con el metrónomo, y realizaba los ejercicios de relajación y respiración. Todo ello grabado en cintas de casete y comentado en las sesiones. Posteriormente realizaba los registros conductuales que también eran discutidos cada día.

En una primera fase del tratamiento se atendió primordialmente a las técnicas de intervención encaminadas a la eliminación de alteraciones conductuales, siguiendo posteriormente con las encaminadas a la eliminación de las alteraciones cognitivas y emocionales situacionales, que fueron menos frecuentes y graves, debido a la influencia de la mejora que se obtuvo en la fluidez verbal del sujeto.

Resultados y conclusiones

Los resultados encontrados, antes de cambiar de terapeuta, iniciaron señales de mejoría en el sujeto, tanto en su ámbito familiar como social.

En la tabla 3, se muestra las medias de palabras emitidas, así como las medias de tartamudeos (repeticiones, prolongaciones sonoras y silenciosas), en cuatro períodos de cinco minutos, tanto en lectura como en conversación libre, y en cada control mensual. Como puede apreciarse, se presenta un descenso considerablemente progresivo tanto en lectura como en conversación (más notoriamente en esta última modalidad de respuesta) de las medias de tartamudeos del sujeto y un muy considerable aumento de palabras emitidas en cinco minutos en ambas modalidades de respuesta.

Hay que recordar que en lectura en la línea base, la media de palabras emitidas en cinco minutos era de 191, y después del período de intervención fue de 426; así como la media de tartamudeos era de 41, y en el último control fue de 2. En cuanto a la conversación libre, la media de palabras emitidas en cinco minutos

en la línea base era de 108, pasando a ser de 436 después del período de intervención; lo mismo que la media de tartamudeos era de 83 y descendió a 3.5.

LECTURA		CONVERSACION LIBRE	
\bar{X} Emisiones verbales	\bar{X} Tartamudeos	\bar{X} Emisiones verbales	\bar{X} Tartamudeos
258	6	236	24
322	3	291	24
248	1.8	285	5.7
319	1.6	310	7
426	2	436	3.5

TABLA 3.- Medias de emisiones verbales y tartamudeos en períodos de cinco minutos, tanto en lectura como en conversación libre, mensualmente y en período de intervención.

Hay que recordar que en lectura en la línea base, la media de palabras emitidas en cinco minutos era de 191, y después del período de intervención fue de 426; así como la media de tartamudeos era de 41, y en el último control fue de 2. En cuanto a la conversación libre, la media de palabras emitidas en cinco minutos en la línea base era de 108, pasando a ser de 436 después del período de intervención; lo mismo que la media de tartamudeos era de 83 y descendió a 3.5.

En cuanto a los tartamudeos propiamente dichos, en el último control realizado presentaba una media de tres repeticiones, cero prolongaciones y una prolongación silenciosa, en un período de cinco minutos y en conversación libre. La media de repeticiones en lectura fue cero, de prolongaciones sonoras dos y de prolongaciones silenciosas dos. Como puede apreciarse, tanto las repeticiones como las prolongaciones sonoras y silenciosas han descendido considerablemente, siendo en algunos casos casi nulas.

Por otra parte, el lenguaje era totalmente entendible, aunque seguía emitiendo frases cortas hechas. Los espasmos faciales y de cabeza desaparecieron en un gran porcentaje, apareciendo algunos esporádicamente y de forma no tan notoria.

Igualmente desapareció la tensión emocional y las cogniciones negativas acerca de algunos temas, permaneciendo, aunque en menos medida, las relacionadas con las opiniones de los demás acerca de él y su problema.

También se encontró mejoría en sus relaciones sociales y profesionales (entró a formar parte de una comunidad de seminaristas). En situaciones interpersonales como entablar conversación (saludar, contestar, preguntar...) con conocidos y desconocidos la ansiedad emocional desapareció, lo mismo que los bloqueos. En el resto de las situaciones conflictivas empezó a trabajar con otro terapeuta que intentó incluirlo en un grupo de sujetos que necesitaban entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.

Por tanto, se podría concluir que el tratamiento integrador que se ha llevado a cabo en este caso de tartamudez severa, ha mejorado con éxito el habla y las relaciones personales y profesionales del sujeto, defendiendo así su aplicabilidad para dicho trastorno, aunque siempre de forma individualizada.

Bibliografía

- BLODSTEIN, O. (1975). Stuttering as tension and fragmentation. En Eisen-son: *Stuttering: a second symposium*. N.Y. Harper & Row.
- BRADY, J.P. (1973). Metronome-conditioned speech retraining for stut-tering. *Behaviour Therapy*, 2, 129-150.
- BRUTTEN, E. J. (1975). Stuttering topography, assessment and behaviour change strategies. En Eise-son, J.: *Stuttering: a second symposium*. N.Y. Harper & Row..
- BURNS, D. & BRADY, J.P. (1980). The treatment of stuttering. En Golds-tein, A. (Eds). *Handbook of behavioral intervencion. A clinical Guide*. Wiley & Sons.
- DINVILLE, C. (1982) *La tartamudez, Sintomatología y tratamiento*. Paris. Mason.
- EISLER & COLS. (1975). Situational determinants of assertive behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Pshychology*, 43, 330-340.
- FRIEDLER, A. P. & STANDOP, R. (1984). *La tartamudez*. Barcelona. Her-der.
- GARCIA MORENO, M. (1985). *Evaluación y tratamiento de un caso de tartamudez*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- GODOY, A. & GAVINO, A. (1985). Composición factorial del inventario de asertividad de Rattus. III Congreso Nacional de AETCO. Gijón.
- GOLFRIED, M. R. & GOLFRIED, A. P. (1980). Cognition change meth-ods. En Kanfer & Goldstein: *Helping people change*. Pergmon. N.Y.
- IBAÑEZ RAMIREZ, M. (1985). Tratamiento de un caso de tartamudez. *Revista de análisis y modificación de Conducta*, 30, 605-613.

- JACOBSON, E. (1979). *Progressive relaxation*, University of Chicago Press.
- JOHNSON, W., DARLEY, L. & SPRIESTERSBCH (1963). *Diagnostic methods in speech pathology*. Harper & Row, N.Y.
- KONDAS, O. (1976). Tratamiento del tartamudeo en los niños por el método de Kondas. En Asher & Poser: *Problemas menores de conducta infantil*, Fontanella, Barcelona.
- MAYOR Y LABRADOR (1983). *Manual de Modificación de conducta*. Madrid. Alhambra.
- MENDOZA LARA, F. (1985). *Hablar: estudio de las alteraciones del lenguaje en la edad preescolar*. Ayuntamiento de Granada.
- PEÑA CASANOVA, J. (1988). *Manual de Logopedia*, Masson, Barcelona.
- RAMIREZ, L. H. (1975). Tratamiento de la tartamudez por el procedimiento de autocontrol. *Revista Latinoamericana Psicología*, 7, 421-434.
- RATHUS (1973). A 30-items schedule for assessing assertive behaviour. *Behaviour therapy*, 4, 398-406.
- ROMERO, J.F. (1985). Tratamiento multimodal de un caso de tartamudez. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 133-145.
- ROMERO, J.F. (1988). *Trastornos del aprendizaje. Teorías y prácticas*, Universidad de Málaga.
- RONDAL, J.A. & SERON, X. (1988). *Trastornos del lenguaje*. Barcelona. Paidós.
- SANTA CREU (1981). Evaluación de la tartamudez: variables fisiológicas. En Fernández Ballesteros: *Nuevas aportaciones a la evaluación conductual*, Alfaplús, Valencia.
- SCHULTZ, J.H. (1980). *Cuadernos de Ejercicios para el Entrenamiento Autógeno*. Barcelona. Científico-Médica.
- WOLPE, D. (1977). *Terapia de conducta*. México. Trillas.