

PARALISIS CEREBRAL INFANTIL. POSIBLES TRATAMIENTOS CONDUCTUALES DEL SINDROME COREO-ATETOSICO

LUIS M. LA HABA PANADERO
FRANCISCO MARTIN DEL BUEY

RESUMEN

A partir del concepto de parálisis cerebral infantil se muestran los puntos de discusión más significativos desde el punto de vista clínico y social. Centrados en el síndrome coreo-atetósico se plantea teórica y empíricamente posibles tratamientos con eliminación de otros.

Palabras clave: Parálisis cerebral, Síndrome coreo-atetósico, Tratamientos.

ABSTRACT

From the concept of infant cerebral paralysis they are showed the points of discussion more significatives from the clinical and social paint of vierw. Based in the "Síndrome coreo-atetósico" is outlived theorical and empirically a posible treatmant based on elimination of others.

UNESCO: 610104, 610308.

1. INTRODUCCION

En el presente trabajo se hará una exposición, lo más amplia posible, de las parálisis cerebrales infantiles en general, intentando mostrar los tópicos, controversias y puntos de discusión más importantes que abarcan tanto el cuadro clínico como la problemática social que engendra. Para finalizar, describiremos la sintomatología del síndrome coreo-atetósico e hipotetizaremos posibles tratamientos conductuales, creemos, de gran utilidad. Asimismo, se intentará justificar teóricamente y, en la medida de lo posible, en base a experiencias confirmadas (por desgracia, no hay mucha literatura sobre esta orientación psicológica aplicada al síndrome coreo-atetósico) el porqué la aplicación de unos determinados tratamientos y no otros.

2. PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

2.1. Definición y generalidades

Se entiende por paresia cerebral infantil (o "*cerebral palsy*", término inglés) un conjunto de manifestaciones clínicas que se derivan de una alteración persistente (estática), pero no invariable, en el sistema motor voluntario, debido a una serie de trastornos encefálicos precoces y crónicos.

Esta definición del aparato locomotor lleva parejo discapacidades referidas al campo de la postura y el movimiento del sujeto.

Asimismo, puede conllevar una serie de anomalías asociadas del tipo: perturbaciones del lenguaje, deficiencias visuales y/o auditivas, leves retrasos intelectuales, etc., que unido en ocasiones a un entorno evolutivo deprivado en cuanto a la naturaleza (normal versus patológico) de las interrelaciones familiares, sociales y/o escolares, puede producir (y de hecho produce) una minusvalía más o menos grave dependiendo del grado de afectación de cada una de las variables anteriormente citadas.

Es importante, al menos así lo creemos, destacar que si bien la causa de este proceso incide sobre el sistema nervioso en desarrollo, una de sus características más notables es la de ser una anomalía estática, persistente. Es decir, una vez establecidas las lesiones éstas no evolucionan. En ocasiones se pueden observar cómo el conjunto de síntomas que muestra un sujeto determinado se le van añadiendo otros nuevos. Parece ser, entonces, que incurrimos en contradicción. No es así. Si realizamos un análisis mucho más detallado del hecho podemos evidenciar como el aumento progresivo de síntomas es función del sistema nervioso en desarrollo. Es decir, la aparición de una nueva discapacidad en un sujeto implica que la correspondiente nueva funcionalidad del aparato locomotor no se había instaurado anteriormente en el sistema nervioso en su proceso evolutivo.

2.2. Discusiones terminológicas

2.2.1. *Parálisis cerebral infantil versus encefalopatía infantil*

La problemática de PELECHANO-RODRIGUEZ MARIN (en las I Jornadas de Psicología y Salud, Santander, marzo de 1986) acerca de la amplitud del campo de la

Psicología de la Rehabilitación, parece encontrarse repetida en el trabajo de TARDIEU y MARINI de 1966 (en BOLTANSKI, 1977), ahora referida a la mayor o menor amplitud del término parálisis infantil.

Para TARDIEU, la expresión parálisis cerebral infantil sólo debe aplicarse en caso de que el sujeto tenga una inteligencia normal o superior a la normal. Los niños que se encuentran en esta situación pueden ser, entonces, según este autor, *reeducados*.

Asimismo, este autor considera que si un niño con trastornos en el aparato locomotor, aun teniendo la misma etiología que los anteriores, muestra retraso mental (C.I. disminuido), no se le debe etiquetar con la expresión parálisis cerebral infantil, sino con el término encefalopatía infantil, dado que su reeducación, se supone, no es factible.

Esta distinción es de importancia vital para los niños franceses con afectación en el aparato locomotor, dado que en base a ella se decide que sujetos tendrán o no plaza en los centros de reeducación. En nuestro país, tal situación, afecta a la percepción o no de ayuda económica estatal.

No obstante en ambas situaciones el examen psicológico del C.I. es de relevancia crucial para los afectados. Este hecho debe tenerse muy presente a la hora del diagnóstico psicológico del C.I., donde todas las precauciones tomadas, quizá, sean insuficientes.

En esta línea y siguiendo la propuesta expresada por el profesor AGUADO DIAZ en su actividad docente, consideramos que la utilización del C.I. como "*variable discriminante de...*" quizá sea un grave error. Creemos que, muy probablemente, se haría mucho mejor uso del constructo inteligencia si lo tomásemos como "*variable predictiva de...*". En este sentido son necesarios estudios longitudinales que analicen y desarrollen esta idea.

Con todo, consideramos muy significativa e ilustrativa la siguiente cita, creemos, todo psicólogo debe tener presente:

"Finalmente, debe reconocerse que, a pesar de que numerosos estudios indican mala ejecución educativa en los niños con parálisis cerebral, existen factores extrínsecos que contribuyen de manera significativa a esta mala ejecución, tales como los frecuentes y prolongados periodos de ausencia de la escuela, que se relacionan con los cuidados médicos, las dificultades de transporte, y el número inadecuado de escuelas que proporcionan las oportunidades educativas especiales que necesitan estos niños". RUSK, 1966, p. 426.

Por otra parte, podemos objetar que la determinación del C.I. por sí sólo es insuficiente a la hora de discriminar "*educabilidad*" en niños. Incluso, quizá, admitiendo lo primero (C.I. = educabilidad), pueden presentarse casos en los que el C.I. verbal, por ejemplo, sea excelente y, en cambio, el C.I. cálculo nefasto. ¿Qué hacer en estos casos? Siempre debemos tener presente, a la hora de responder esta pregunta, la transcendencia que para los afectados tienen nuestras conclusiones. Incluso sospechamos que, muy probablemente, en la decisión diagnóstica tomada por el profesional interfieren juicios de moral y, por qué no, sentimientos de ayuda. Esto nos cuestiona ¿Hasta qué punto es perjudicial estar sensibilizados ante la problemática tratada? Solución, pensamos, difícil de estudiar y, más aun, de responder por la complejidad de entramados interrelacionales de carácter psico-social que se pueden desencadenar de la toma de criterio psicológico, sin perder nunca de vista su más inmediata consecuencia

social: percepción de ayuda económica versus diagnóstico psicológico como propia etiología de la no educabilidad.

2.2.2. Consecuencias

Como hemos visto, el problema terminológico no es un mero asunto semántico, sino que conlleva unas consecuencias sociales importantes, algunas de ellas analizadas anteriormente. Otras son:

—El componente de mito, fantasía, falsas expectativas, tratamiento social del afectado incorrecto, etc., que el término médico empleado en el diagnóstico acarrea en los adultos encargados de la educación del niño. E incluso, en ocasiones, el diagnóstico médico es entendido por lo padres como sinónimo de “poco o nada podemos hacer”. CRUICKSHANK y PAUL, 1973.

—El efecto del término médico en el propio *autoconcepto* del afectado, entendida tal construcción psicológica como reflejo de su entorno social (producto de su desarrollo interpersonal). El discapacitado se ve “diferente”, “raro”, dado que o bien le repudian o bien lo sobreprotegen en exceso. En definitiva, él no puede ser él porque socialmente no se lo permiten. A este respecto, es interesante el trabajo de ROGERS de 1987, en donde, aplicado al ámbito social de la enseñanza, estudia en qué medida las propias expectativas del profesor y/o padres influyen directa y notablemente en el autoconcepto del niño reflejado en el rendimiento académico del mismo.

Consecuencia, esta última, importante si tenemos presente la importancia determinante del autoconcepto como motor base de cambios conductuales y del aprendizaje que enfatizan diversas escuelas psicológicas divergentes. Así, encontramos en esta línea a autores como ROGERS, DAVIDSON y LANG, e incluso autores externos al campo psicológico como MEAD (en CRUICKSHANK y PAUL, 1973).

Por otra parte, las discusiones terminológicas engendran otra consecuencia no social, a saber: *fenomenológica*, reflejada en dos diferentes niveles:

- Sectorización de observables en el proceso analítico.
- Sectorización de niveles de intervención y tipos de tratamientos.

Por supuesto, el hecho de que analicemos desde un punto de vista psicológico conductual o proyectivo un fenómeno determinado, supone una diferenciación importante en cuanto a las entidades reales observadas a la hora de elaborar el diagnóstico, diferencia que se hace máxime, de forma patente, a la hora de intervenir psicológicamente.

Con todo, creemos importante señalar que aun siendo necesario las aclaraciones terminológicas, éstas no deben cegarnos. Para ello tengamos muy presentes las palabras de CRUICKSKANK y PAUL (1973, p. 394):

“La energía que se ha disipado en discusiones sobre la denominación más idónea, hace que los niños aguarden en las antecámaras de los médicos esperando un tratamiento más adecuado o un programa pedagógico que resuelva sus papeletas. Aquí no es que indiquemos que la terminología carezca de importancia: lo es, pero a veces actuamos como si todas las cosas se resolviesen con meras palabras. En

efecto, pensamos que si contásemos con una denominación exacta podríamos ya curar a estos niños. Esto pertenece al pensamiento mítico. Lo que hay que hacer es aclarar los conceptos y describirlos con exactitud, sin olvidar sus consecuencias sociales. Una etiqueta más aceptable servirá para comunicar mejor nuestras soluciones, pero no sería la solución en sí”.

3. ACERCA DE LA INEXORABILIDAD MITICA DE LOS TRANSTORNOS PSIQUICOS COMO CONSECUENCIA NECESARIA DE LAS PARALISIS CEREBRALES INFANTILES

La paresia cerebral infantil es una enfermedad social por la frecuencia y dificultad de adaptación que acarrea. Su frecuencia es elevada y en continuo incremento. Fenómeno, en principio, extraño, reflejo de una actitud de secuestro y encierro familiar de los afectados (CRUZ, 1983). Hecho, creemos, socialmente sintomático y que posteriormente retomaremos. Asimismo, se considera que la inadaptación social se fundamenta en dos pilares diferenciados, a saber:

—*Aspecto biológico*: trastornos neurológicos que denominaremos endógenos o intrínsecos al niño con parálisis cerebral. Impiden un normal desarrollo en los entornos familiar, escolar y social. En el contexto familiar, el niño con paresia cerebral, mostrará una mayor o menor incapacidad en la realización de tareas base como la ingesta de alimentos, autonomía de desplazamiento, conductas de aseo personal, etc. En el entorno escolar, la incapacidad se hace más patente en relación con la continua actividad motora que el resto de sus compañeros desarrollan: El niño afectado no podrá disfrutar de un normal “recreo”, no participará activamente en “gimnasia” y, quizá, tampoco en “manualidades”. En edad adulta, si no se le facilita la instrumentación necesaria para un eficaz desempeño en el trabajo a través de la eliminación de barreras arquitectónicas, éste será incapaz de adquirir un oficio.

—*Aspectos psico-sociales*: trastornos psíquicos que nosotros denominaremos exógenos o extrínsecos a la deficiencia neurológica. Siguiendo a SHONTZ (1977) y AGUADO DIAZ (1987) consideramos que, quizá, la pretendida asociación entre minusvalías del aparato locomotor con determinados rasgos de personalidad anómalos (reacciones neuróticas, actitudes irrealistas, refugio en la imaginación, conductas agresivas o de resignación, pasividad, etc.) y/o repertorios conductuales específicos de ajuste psicológico en etapas normalizadas, probablemente, sea gratuito, dado que, hasta el momento, hay una carencia total de evidencia empírica y contrastable que avale tal posicionamiento (AGUADO DIAZ, 1987). Al igual que MEYERSON (en AGUADO DIAZ, 1987), creemos que una discapacidad física (y en especial las parálisis cerebrales infantiles) no conllevan necesariamente un cambio en la personalidad del discapacitado. Si así ocurre, ello es mediatizado, pensamos, por variables sociales. Como afirma SHONTZ y WRIGHT (1980) y WRIGHT (1981), la severidad de un handicap puede incrementarse o disminuir según las condiciones ambientales, es decir, la mayor fuente de trastorno psíquico reside en las barreras interpersonales y no es la propia deficiencia, en este caso, locomotora.

Con todo, tomando como válida la idea Vygotskiana (RIVIERE, 1985) acerca de la génesis social de la conciencia, consideramos que, probablemente, los repertorios conductuales pretendidamente universales de los minusválidos del aparato locomotor, quizá, no son tan universales, sino *específicos* y totalmente *particularizados* a cada afectado, dependiendo enteramente del contexto social *concreto* en el que se ubica.

Asimismo, y como ya se ha señalado anteriormente, pensamos que los trastornos psíquicos no son producto de la propia deficiencia locomotora, sino de la concreta interacción psico-social del minusválido con el contexto particular y específico que le rodea.

Es decir, si los educadores someten al niño con afectación locomotora a esfuerzos o castigos excesivos, se le compara con sujetos normales u otro tipo de agravios personales; si los padres emiten conductas de excesiva sobreprotección o de rechazo o de indiferencia o de importancia o, ¿por qué no?, de secuestro y encierro familiar del minusválido (CRUZ, 1983); si sus compañeros le hacen burla, le gastan bromas excesivamente pesadas o muestran una "piedad escandalosa, demasiado ostensible, que hierde tanto como la burla" (CRUZ, 1983, p. 1376); si el médico emite un diagnóstico vago y tremendista, donde, además de su tratamiento, hay pocas cosas que hacer, donde se advierte constantemente de un pronóstico nada alagüeño, donde... etc., producirán en un concreto niño paralítico cerebral unas determinadas conductas de personalidad, consideradas socialmente anómalas, dependiendo del número, grado y tipo de situación de las anteriormente citadas y de otras, quizá, infinidad más, presentes en su contexto particular.

Como colofón de este apartado, tómese en serio la siguiente cita que, aunque en apariencia se muestra en clave de humor, esconde una cruda y dura realidad sobre los estereotipos acerca de los minusválidos en general (estereotipos que con el paso del tiempo se convierten en grotescos, en su sentido más peroyativo, expectativas, para finalizar siendo asumido con acentuada resignación por los propios minusválidos):

"Para WEINBERG y SANTANA (1978) los estereotipos son mantenidos por los medios de comunicación. Analizaron los «comics»: Entre los deformes, el 57% eran malos; sin deformidad, sólo el 20% lo eran." AGUADO DIAZ, 1987, p. 603.

4. CLASIFICACIONES SINTOMATOLOGICAS DE LAS PARALISIS CEREBRALES INFANTILES

En la literatura sobre el tema se han intentado varias clasificaciones de las pareasias cerebrales. No obstante, ninguna puede catalogarse de válida, dado que todos los intentos de clasificación incurren en algún tipo de laguna conceptual o en errores de sintaxis atimológica (RUSK, 1966). Sin embargo, es completamente necesario hacer uso de alguna clasificación que nos permita una comunicación eficaz y fidedigna acerca de las problemáticas de los afectados. Algunos ejemplos de clasificación son (RUSK, 1966):

• *Clasificación basada en la intensidad:*

- Benignas.
- Moderadas.
- Graves.

- *Clasificación basada en la topografía del ataque muscular:*

- Paraplejía.
- Hemiplejía.
- Triplejía.
- Cuadriplejía o tetraplejía.

- *Clasificación neuromotriz:*

- Espástica.
- Atetósica.
- Rigidez.
- Atáxica.
- Temblor.
- Mixtos.

Nosotros en el presente trabajo, haremos uso de la clasificación de CRUZ (1983) en la que se resumen las principales manifestaciones clínicas de la paresia cerebral infantil en cinco categorías diferenciadas, a saber:

- *Parálisis cerebral espástica.* Son síndromes piramidales y constituye el grupo más numeroso y mejor conocido.

- Displejía cerebral infantil (enfermedad de LITTLE).
- Hemiplejía congénita bilateral.
- Hemiplejía.
- Paraplejía pura.
- Monoplejías.
- Triplejías.

- *Parálisis cerebral discinética.* Son síndromes extrapiramidales.

- Síndrome atónico-astático o diplejía cerebral atónica.
- Atetosis.
- Corea.
- Coreo-atetosis.
- Balismos.
- Espasmos de Torsión.
- Espasmo-parálisis.
- Ataxia cerebelosa.
- Temblor.

- *Síndromes mixtos:* Unión de dos o más síndromes clínicos de los anteriormente citados.

- *Síndromes asociados:* Además de ser numerosos, son determinantes en cierta medida de un pronóstico satisfactorio del tratamiento.

- Oligofrenia.
- Reacciones psicopáticas.
- Convulsiones.
- Trastornos sensitivos.

- Trastornos sensoriales.
- Signos morfológicos.
- Trastornos endocrino-metabólico.

- Síndromes mínimos o lesión cerebral mínima.

5. SINDROME COREO-ATETOSICO

5.1. Estudio clínico

Atendiendo a la clasificación de síntomas presentado por CRUZ (1983), el síndrome coreo-atetósico se englobaría dentro de las parálisis cerebrales discinéticas o también denominadas extrapiramidales. Este cuadro clínico, a diferencia de los espásticos, suele resultar raro (COTTA y otros, 1974).

Este síndrome se caracteriza por presentar conjuntamente movimientos involuntarios atetósicos (distales, pequeños y de tipo rectante) y coreicos (proximales y amplios). Es habitual que los afectados presenten una hipotomía muscular generalizada.

Las discinesias disminuyen cuando el niño está relajado y desaparecen con el sueño. En cambio en estados emocionales intensos y en tareas que requieren un esfuerzo muscular pronunciados, tales discinesias aumentan notablemente.

Al explorar a los afectados se puede advertir una rigidez y/o hipertrofia de grupos musculares. El niño coreo-atetósico intenta con ello evitar sus desordenados movimientos, aunque lo que consigue es una mala ejecución de los movimientos adecuados.

La diferenciación entre la rigidez coreo-atetósica y la espástica reside en que la primera, al flexionar un miembro, obtenemos resistencia muscular, pero al reintentarlo de nuevo, bajo estado de relajación, tal rigidez desaparece. En cambio, en las formas espásticas, la flexión continuada de un miembro conlleva un aumento de rigidez.

A los síntomas expuestos debemos adjuntar:

—Espasmo muscular de origen extrapiramidal.

—Trastornos sensoriales:

- Visuales:

- Alteraciones motoras del globo ocular: mirada hidrocefaloide, dificultad para los movimientos verticales oculares.
- Estrabismo.
- Defectos de refracción.
- Visión disminuida.

- Auditivos:

- Hipoacusia.
- Sordomudez.

- Locución:
 - Dificultad de articulación por disartia.
 - Dificultades respiratorias.

—Trastornos conductuales producto de la hiperquinesia muscular:

- A nivel facial, los intentos que hace el niño por hablar y gesticular van acompañados de grotescas muecas.
- En la marcha se producen movimientos bizarros de los brazos.

Ambas anomalías conductuales son causa de que a los niños con parálisis cerebral coreo-atetósica se le atribuya, tanto a nivel mundano como académico, un grado de inteligencia mucho menor al que en realidad tienen. A este respecto, RUSK (1966) denuncia una tendencia clínica a subestimar el C.I. en niños con parálisis cerebral.

— Trastornos puramente conductuales:

- En general, es muy difícil que el síndrome coreo-atetósico sea acompañado de oligofrenia e incluso de retraso mental leve (RUSK, 1966). De existir inteligencia disminuida, ésta probablemente, sea debida a la interacción paciente-contextos físicos y sociales que conlleva la propia afectación, más que al propio síndrome.
- Trastornos del lenguaje (en la dicción, articulación y graffa): producto claro de las deficiencias sensoriales anteriormente anotadas. No todos los niños con afectación coreo-atetósica presentan tales trastornos. Si dichas deficiencias son contrarrestadas, en principio, no tienen porque desarrollarse anomalías en el lenguaje. Algunos ejemplos de tales anomalías son:

— Insuficiencia del habla:

- Defectos de la articulación: Omisiones, distorsiones o sustituciones de sonidos del habla.
- Defectos de dicción: Alteraciones en la cualidad, intensidad, frecuencia tonal, variedad o duración de la omisión vocálica.

— Deficiencias lecto-escritoras:

- Dislexia.
- Disgrafía.

— Trastornos emocionales. Nos remitimos al apartado segundo del presente escrito.

5.2. Posibles tratamientos conductuales

En este punto no se hará referencia ni se resumirán los métodos más habituales de tratamiento de las paresias cerebrales coreo-atetósicas en niños. Para una información sobre el tema nos remitimos a los trabajos de BOLTANSKI (1977), COTTA y otros (1974), CRUZ (1983) y RUSK (1966).

En cambio, presentaremos una tabla en donde estarán junto con los posibles tratamientos conductuales que consideremos podrían aplicarse en algunos casos y/o aquellos que ya han sido administrados.

Dada la gran variedad sintomatológica del cuadro clínico estudiado, se pueden optar por varias vías de intervención. Desde una perspectiva globalizadora, en la que se utilizará unos pocos tratamientos determinados, hasta un planteamiento particularizado a cada síntoma o grupo de síntomas. En esta tabla intentaremos mostrar todos estos casos posibles de intervención, en donde un síntoma o grupo de síntomas pueden ser atacados directamente a través de una técnica(s) específica(s), o bien indirectamente a través de tratamientos más generales que, se supone, modifican positivamente un conjunto grande de sintomatología bien diferenciada entre sí. Asimismo, no es menester de este trabajo el realizar un análisis crítico de las diferentes orientaciones que se presentan. Ello lo dejaremos a juicio del lector.

Por otra parte, los diferentes tratamientos de biofeedback expuestos en la tabla pueden presentar o no codificaciones anexas. Cuando el tratamiento específico de *biofeedback* no muestra adjunto ningún tipo de simbología refiere a la creencia nuestra, en base a estudios experimentales muy próximos a la temática concreta abordada (en CARROBLES y GODOY, 1987), de que, quizá, su utilización como técnica de intervención, probablemente fuera beneficiosa para el niño afectado. Por contra, si el tratamiento específico conlleva un código refiere a trabajos ya realizados y publicados. El sistema de codificación empleado es el que sigue: El símbolo (-) significa una carencia de efectividad terapéutica. Un asterisco (*) hace referencia a algún éxito terapéutico. Dos asteriscos (**) refieren a resultados terapéuticos superiores a otras técnicas. Tres asteriscos (***) indica éxito total muy por encima de otra técnica cualesquiera. Los datos expuestos, así como la fuente bibliográfica al uso sobre esta temática lo podemos encontrar en el ya clásico trabajo de CARROBLES y GODOY de 1987.

Para el resto de los tratamientos expuestos: con respecto a los que hayan sido probados, se señalará el autor(es) del trabajo y año de publicación. En cambio, de las intervenciones hipotetizadas por nosotros como posiblemente eficaces, se hará un pequeño comentario fuera de la tabla intentando justificar teóricamente el porqué de nuestra sospecha acerca de su conveniente aplicación.

Síntomas	Tratamientos conductuales	
Mov. invol. atetósicos Mov. invol. coreicos Rigidez y/o hipertrofia muscular Espasmo muscular de origen extrapiramidal	BF-EMG BF-EMG (-) BF-EMG (**) BF-EMG	BF-EMG (**) BF-EMG (***) Relajación progresiva
Trastornos sensoriales: • Visuales: —Alteraciones motoras del globo ocular —Estrabismo —Defectos de refracción —Visión disminuida	BF-EMG/BF-EOS BF-EMG/BF-EOS (***) BF-EMG/BF-EOS	
• Auditivos —Hipoacusia —Sordomudez		Modelado, Imitación y Reforzamiento BENNET y LING, 1972
• Locución —Dificultad de articulación —Dificultad respiratoria	BF-EMG (**) BF-EMG (**)	
Trastornos conductuales producto de la hiperquinesia muscular: • Muecas grotescas • Mov. bizarros con los brazos	BF-EMG (**)	Sobrecorrección de práctica positiva, junto con relajación positiva
Trast. puramente conductuales: • Inteligencia levemente disminuida		Tareas de aprendizaje de discriminación bajo experiencia tutorial. Tutores: compañeros educadores y padres.
• Trastornos del lenguaje: — Insuficiencia del habla: • Defectos de articulación	Reforza, diferencial y castigo (Thompson, Iwata y Poynter, 1979)	BF-EMS (**)
• Defectos de dicción		
—Deficiencia lecto-escritora: • Dislexia • Disgrafía		Programa "sin error" Hollis y Carrier, 1978
Trastornos emocionales	Solución de problemas y/o entrenamiento en habilidades sociales.	

BF-EMG: Biofeedback electromiográfico
BF-EOG: Biofeedback electro oculograma
BF-EQG: Biofeedback electroquinesiológico

Tabla 1

Resumen de los tratamientos conductuales posibles y/o aplicados en algunos síntomas de la parálisis cerebral infantil: Síndrome coreo-atetósico.

En algunos síntomas o grupos de síntomas hemos aconsejado la utilización de la relajación progresiva. Esto obedece a que dicha técnica es muy efectiva para reducir la tensión muscular y adquirir un estado de relax, de tal forma que permita al afectado controlar y disminuir conscientemente todas las discinesias.

Para los problemas de locución y trastornos conductuales producto de la hiperquinesia muscular, se ha recomendado la técnica de sobrecorrección de práctica positiva (práctica repetida de los comportamientos a restaurar) junto con relajación progresiva, tal que ésta última permita la práctica continuada de un comportamiento muscular determinado sin que aparezcan síntomas de rigidez y/o hipertrofia muscular.

En el tratamiento recomendado para un desfase intelectual leve se incluye la experiencia tutorial, dado que creemos probablemente sirva de elemento de consolidación de interrelaciones normales y realistas entre el afectado y su entorno social. Además, el modelo tutorial tiene la ventaja de que el tutor también mejorará en la habilidad que esté enseñando (ROSS, 1987).

En los trastornos emocionales, se recomendó la utilización de los tratamientos "solución de problemas" y/o "entrenamiento en habilidades sociales" dependiendo del caso particular. En muchas ocasiones las estrategias de afrontamiento de los niños minusválidos en general suelen ser fallidas, lo que acarrea sentimientos de indefensión que bloquea la búsqueda de soluciones eficaces. Si esto lo unimos a determinados ambientes sociales en los cuales puedan ser rechazados o marginados, ello produce, posiblemente, consecuencias comportamentales graves (anómalas) en los niños. Por consiguiente, creemos sería útil, en estas situaciones, la aplicación de la técnica "solución de problemas" de DIZURILLA y GOLDFRIED (McKAY y otros, 1985). Asimismo, consideramos beneficioso que el niño pueda gozar de autonomía en sus interrelaciones sociales, especialmente en aquellos ambientes que no le son nada favorables. Por ello, pensamos sería conveniente el entrenamiento en habilidades sociales.

6. CONCLUSIONES

Parece ser, a la luz de lo expuesto, que ha habido un intento mayor de tratamiento conductual de algunos síntomas a través de técnicas de biofeedback. Lo cual, no es de extrañar si tenemos en cuenta el grado de efectividad logrado por estas intervenciones en algunos casos. No obstante, parece ser que escasean los tratamientos en base al condicionamiento operante. Tendencia pensamos sea debida al no interés mostrado por los técnicos del comportamiento, puesto que las pocas intervenciones efectuadas bajo esta orientación parecen haber logrado efectividad sobrada.

BIBLIOGRAFIA

- AGUADO DIAZ, A. (1987): "Compromiso psicosocial en la rehabilitación de las discapacidades motrices". *Análisis y modificación de Conducta*, 13 (38), 587-621.
- BENNET, C. W. y LING, D. (1972): "Teaching a complex verbal response hearing impaired girl". *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 5, 321-328.
- BOLTANSKI, E. (1977): *Niño a pesar de todo*. SEREM, Madrid.
- CARROBLES, J. A. y GODOY, J. (1987): *Biofeedback*. Ediciones Martínez Roca S.A., Barcelona.
- CRUZ, M. (1983): *Tratado de pediatría*. Ediciones Espaxs, S.A., Barcelona.
- COTTA, H. y otros (1974): *Tratado de rehabilitación*. Editorial Labor, Barcelona.
- CRUICKSHANK, W. M. y PAUL, J. A. (1973): "Las características psicológicas de los niños con lesiones cerebrales". En la obra de CRUICKSHANK, W. M. (ed.): *Psicología de los niños y jóvenes marginales*. Editorial Prentice/Hall Internacional, Madrid.
- EISENSON, J. (1973): "Defecto del habla: Naturaleza, causas y correlaciones psicológicas". En la obra de CRUICKSHANK, W. M. (ed.): *Psicología de los niños y jóvenes marginales*. Editorial Prentice/Hall Internacional, Madrid.
- FRASER, R. T. (1984): "An introduction to rehabilitation psychology". En la obra de GOLDEN (ed.): *Current topics in rehabilitation psychology*. Orlando: Grune & Stratton.
- GARANTOS ALOS, J. (1984): *El autismo: Aproximación monográfica-descriptiva y apuntes psicopedagógicos*. Edt. Herder, Barcelona.
- GEA (1979): *Minusválidos físicos. Marginación y opresión*. Gabinete de estudios y asesoramiento, Madrid.
- GISBERT (1980): *Educación especial*. Edt. Cincel, Madrid.
- GOMEZ, E. (1984): *Diagnóstico del deficiente mental*. Edt. Narcea, Madrid.
- HOLLIS, J. H. y CARRIER, J. K. (1978): "Intervention strategies for non-speech children". En la obra de SCHIEBELBUSCH, R. L. (ed.): *Language Intervention Strategies*. Univ. Park Press, Baltimore.
- KRUEGER, D. W. (ed.) (1988): *Psicología de la rehabilitación*. Editorial Herder, Barcelona.

- MAYOR, J. y LABRADOR, F. J. (ed.) (1987): *Manual de modificación de conducta*. Alhambra Universidad, Madrid.
- McKAY, M. y otros (1985): *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Ediciones Martínez Roca, S.A., Barcelona.
- RIVIERE, A. (1985): *La psicología de Vygotski*. Aprendizaje Visor, Madrid.
- ROGERS, C. (1987): *Psicología social de la enseñanza*. Aprendizaje Visor-MEC, Madrid.
- ROSS, A. (1987): *Terapia de la conducta infantil*. Editorial Limusa, México.
- RUSK, H. A. (1966): *Medicina de la rehabilitación*. Editorial Interamericana, México.
- SHONTZ, F. C. (1977): "Physical disability and Personality: Theory and recent research". En la obra de STUBBINS (ed.): *Social and psychological aspects of disability*. University Park Press, Baltimore.
- SHONTZ, F. C. (1980): "Theories about the adjustment to having a disability". En la obra de CRUICKSHANK (ed.): *Psychology of Exceptional Children and Youth*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall Inc.
- SHONTZ, F. C. y WRIGHT, B. A. (1980): "The distinctiveness of rehabilitation psychology". *Professional Psychology*, 11 (6), 919-924.
- THOMPSON, G. A., IWATA, B. A. y POYNTER, H. (1979): "Operant control of pathological tongue thrust in spastics cerebral palsy". *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12 (3), 325-333.
- WRIGHT, B. A. (1981): S. t. Rehabilitation Literature. Reseñado por REGNIER, S. J. y PETROVSEK, M. (Comp.) (1985).