

Personas con retraso mental y problemas de comportamiento, El estado de la cuestión (S). ideología y ciencia del castigo en el retraso mental (18). Hacia una tecnología de apoyo conductual "no aversivo" (30). Perspectivas en la utilización de intervenciones no aversivas en personas con discapacidades del desarrollo (38). Disminución de conductas en personas con retraso severo y autistas (42). Alternativas al castigo: solucionando problemas de conducta con estrategias no aversivas (45). Análisis funcional de problemas de conducta. Guía práctica de evaluación (47).- Aspectos especiales des tratamiento farmacológico en personas con defi-ciencia mental (48) Norbera zauritzeko jokabidean irakaste-leunaren eta ikusmen-estalketa iren konparaziozko eraginak (5 i). Atzeratasun larria dituzten pertsonen bízimoduan agertzen diren zenbait arazo kritikoak (59). Los efectos de la naloxona y la naltrexona sobra la auto-agresión: un análisis doble ciego con placebo (61). "Harry": la utilización de la restricción física como reforzamiento, retirada de la restricción y disminución progresiva de ia restricción en el tratamiento cié una persona con conductas autoagresivas (64). "Harry": diez años de seguimiento en el tratamiento con éxito de una persona con conductas autoagresivas (65). Efectos de la programación positiva sobre las conductas autolesivas de un adulto retrasado mental profundo (66). Entrevista: Dr. Gary LaVigna, Director del Institute of Applied Behavior Analysis [68). Experiencia de atención para personas con retraso menta! grave y problemas de comportamiento severos (71). Adimen-atzeratasun larria eta jokabidezko problema latzak dituzten pertsonen zuzendutako atentzio esperientzia (78). I.C.A.D. inventario para la planifi-cación del cliente y de la agencia (84). Asociación Canadiense para la vida en Comunidad: declaración de opinión sobre la terapia aversiva (90). Asociación americana del retraso men-tal: declaración de opinión sobre la terapia aversiva (91).

ZERBITZUAN

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES

17



EUSKAL GIZARTE-ONGIZATE KONTSEILUA
CONSEJO VASCO DE BIENESTAR SOCIAL



EDITORIAL

ZERBITZUAN

17

NOVIEMBRE 1991

Este número monográfico de *ZERBITZUAN* está dedicado a "*Los Problemas de Comportamiento en Personas con Retraso Mental Grave*", y precede a la celebración del Simposio que, sobre el mismo tema, organiza la *Fundación Uliazpi*, Organismo Autónomo de la Excma. *Diputación Foral de Gipuzkoa*, con la colaboración del *Centro de Documentación y Estudios SUS*, los días 21 y 22 de noviembre de 1991, en Donostia-San Sebastián.

La primera parte recoge diversas tomas de postura sobre la controversia que suscita la utilización de técnicas aversivas-no aversivas en el tratamiento de los problemas de conducta; a continuación, publicamos unas reseñas sobre diferentes enfoques de evaluación y tratamiento de los problemas de comportamiento, y en la tercera parte se citan y exponen trabajos experimentales y de investigación, que con el objetivo de reducir el problema de las conductas autolesivas, lo hacen bajo diferentes tipos de tratamiento con resultados significativamente positivos. En el apartado Experiencias y Comunicaciones publicamos: una entrevista con el Dr. Gary La-Vigna, Director del Institute for Applied Behavior Analysis de California, un artículo que recoge la experiencia de atención residencial a personas con retraso mental grave y severos problemas de comportamiento, desarrollada en el Centro Fraisoro de la Fundación Uliazpi, la Escala de Evaluación de Problemas de Conducta I.C.A.D., así como dos declaraciones sobre terapia aversiva, la primera de la "Asociación Canadiense para la Vida en Comunidad", y la segunda, de la "Asociación Americana del Retraso Mental". Cerramos este número con una lista de direcciones de centros, organismos y profesionales del ámbito del tratamiento del retraso mental grave y los problemas de comportamiento, y una selección bibliográfica sobre el mismo tema.

AURKIBIDEA

INDICE

- 5 - Personas con retraso mental y problemas de comportamiento. El estado de la cuestión
PERE RUEDA QUITLLET M.^a
JOSÉ GOÑI GARRIDO

TOMAS DE POSTURA

- 16 - Ideología y ciencia del castigo en el retraso mental
JAMES A. MULICK
- 30 - Hacia una tecnología de apoyo conductual "no aversivo"
ROBERT H. HORNER y col.
- 38 - Perspectivas en la utilización de intervenciones no aversivas en personas con discapacidades del desarrollo
S. AXELROD

ENFOQUES DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

- 42 - Disminución de conductas en personas con retraso severo y autistas
R.M. FOXX
- 45 - Alternativas al castigo: solucionando problemas de conducta con estrategias no aversivas
G. LAVIGNA A.M.
DONNELLAN

- 47 - Análisis funcional de problemas de conducta. Guía práctica de evaluación
R.E. O'NEILL y col.

- 48 - Aspectos especiales del tratamiento farmacológico en personas con deficiencia mental
American Journal of Mental Retardation

- 51-Norbera zauritzeko jokabidean irakaste-leunaren eta ikusmen-estalketaren konparaziozko eraginak
L J. JONES eta lan.

- 59 - Atzeratasun larria dituzten pertsonen bizimoduan agertzen diren zenbait arazo kritikoak
L.H. MEYER eta lan.

TRATAMIENTO DE CONDUCTAS AUTOLÉSIVAS BAJO DIFERENTES ENFOQUES

- 61 - Los efectos de la naloxona y la naltrexona sobre la auto-agresión: un análisis doble ciego con placebo
R.P. BARRET y col.
- 64 - "Harry": la utilización de la restricción física como reforzamiento, retirada de la restricción y disminución progresiva de la restricción en el tratamiento de una persona con conductas autoagresivas R.M. FOXX
D. DUFRENSE

65 - "Harry": diez años de seguimiento en el tratamiento con éxito de una persona con conductas autoagresivas
R.M. FOXX

66 - Efectos de la programación positiva sobre las conductas autolesivas de un adulto retrasado mental profundo
M.^a JOSÉ GOÑI GARRIDO

EXPERIENCIAS Y COMUNICACIONES

68 - Entrevista: Dr. Gary LaVigna, Director del Institute of Applied Behavior Analysis

71 - Experiencia de atención para personas con retraso mental grave y problemas de comportamiento severos
PERE RUEDA QUITLLET

78 - Adimen-atzeratasun larria eta jokabidezko problema latzak dituzten pertsonei zuzendutako atentzio esperientzia
PERE RUEDA QUITLLET

84 - I.C.A.D. Inventario para la planificación del cliente y de la agencia
R.H. BRUININKS y col.

90 - Asociación Canadiense para la Vida en Comunidad: declaración de opinión sobre la terapia aversiva

91 -Asociación americana del retraso mental: declaración de opinión sobre la terapia aversiva.

DIRECCIONES

BIBLIOGRAFÍA

PERSONAS CON RETRASO MENTAL Y PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO. EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

"Los individuos que, además de su retraso mental, tienen problemas de conducta, principalmente de naturaleza agresiva, no se ven en nuestra comunidad, y esto no se debe precisamente a que no existan, sino a que están excluidos de la mayoría de los servicios comunitarios."

O.C. Karan, 1983

Esta afirmación hecha por O.C. Karan para describir la realidad de su país hace algunos años, refleja, sin lugar a dudas, con exactitud, lo que ocurre en la actualidad en el Estado Español.

A pesar del movimiento integrador que se ha venido desarrollando, principalmente en el área educativa, a raíz de los principios de normalización expresados por Wolfensberger (1972), se puede decir, sin miedo a equivocarnos, que nuestra sociedad no está preparada para dar respuesta, de forma eficaz y con tratamientos y emplazamientos lo menos intrusivos posibles, a las personas con retraso mental y problemas de comportamiento graves.

Como el resto de la población de personas con retraso mental, las personas con problemas de comportamiento tienen necesidades residenciales, laborales, educativas y comunitarias generales, a las que, de forma mayoritaria, la comunidad responde con la reclusión en instituciones cerradas una vez llegada la edad adulta.

Son los problemas graves de conducta y no su retraso mental los que van a dificultar la integración de estas personas en la comunidad.

FACTORES DE RIESGO QUE CONTRIBUYEN A LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA

Ciertas características físicas y psicológicas de las personas con retraso mental, así como su forma de vida, les pone en riesgo de desarrollar y mantener diversos problemas de conducta (Gardner y Colé, 1983). Estos factores incluyen:

1. Las lesiones del sistema nervioso central y su pobre desarrollo contri-

buyen a la probabilidad de comportarse impulsivamente bajo condiciones de provocación externas.

La persona lesionada tiene, aparentemente, más dificultad en desarrollar características inhibitorias internas. Además, cuando se enfrenta a condiciones estresantes o frustrantes es más probable que el auto-control o inhibiciones que pueden estar presentes, se pierdan.

2. La presencia de otras anormalidades frecuentemente asociadas con el retraso mental (p.e. epilepsia, desórdenes sensoriales, dificultades motóricas, parálisis cerebral, y otras dificultades musculares y neuromusculares) sirven para incrementar la inadecuación del individuo.

Esto aumenta la frecuencia de experiencias negativas que dan como resultado dificultades emocionales. Además, la presencia de estimulación interna (p.e., dolor, fatiga crónica...) asociada directamente con anormalidades físicas y los efectos de los fármacos que frecuentemente se administran para controlar las anormalidades neurológicas, musculares y conductuales, incrementan la probabilidad de que la persona retrasada mental sea incapaz de enfrentarse a las fuentes de estrés externas. Es más probable entonces responder de manera disruptiva. En consecuencia, la persona es más susceptible de aprender conductas agresivas y disruptivas como un acto instrumental.

3. La ausencia de limitaciones en el número y la fuerza de habilidades prosociales, incrementa la probabilidad de la conducta inapropiada bajo condiciones estresantes y provocadoras.
4. La naturaleza excesiva del arousal (nivel de activación) emocional negativo transitorio en términos de frecuencia, duración, e intensidad, así como, la presencia de estados emocionales de humor negativo generalizado, incrementan la probabilidad de los episodios disruptivos y otras reacciones desadaptadas cuando se enfrentan con la provocación.

5. El rango limitado de sucesos que sirven para producir arousal (nivel de activación) emocional positivo y la reducción general de disponibilidad de consecuencias positivas, vuelven a la persona más propensa a las conductas desadaptadas.

6. En general, y debido a las dificultades en competencia social, las personas con retraso mental experimentan más frustraciones.

7. Las limitaciones en habilidades cognitivas disminuye la probabilidad de que las personas con retraso mental puedan superar, de forma adaptativa y prosocial, las fuentes de provocación o estrés.

8. Hay una limitación en el número de pistas instructivas proporcionadas por los agentes sociales que son efectivas en influenciar (p.e., inhibiendo) las conductas inapropiadas.

EFFECTOS NEGATIVOS DE LOS GRAVES PROBLEMAS DE CONDUCTA

Una persona que exhibe conductas desadaptadas tendrá, probablemente, un mayor riesgo de sufrir diversos inconvenientes:

— Exclusión de la comunidad

Socialmente las conductas desadaptadas más severas provocan, debido a lo llamativo e inapropiado de las mismas, la huida de las demás personas.

La persona con conductas desadaptadas presenta un mayor riesgo de ser institucionalizada. Sus conductas son una de las principales fuentes de estrés para los padres (impidiéndoles cuidar a su propio hijo en su hogar (Biklen, 1987), y para los cuidadores, pudiendo llevar a una interacción negativa incrementada. Son uno de los predictores del emplazamiento residencial de estas personas, siendo la causa más común para su exclusión de los servicios basados en la comunidad (Scheerenberger, 1981)

— Abandono

Corre el riesgo de que sus necesidades sean abandonadas, especialmente en las situaciones residenciales (Felce y otros, 1987). Algunos autores señalan que cerca de la mitad de los residentes en instituciones que presentan conductas autolesivas, no tienen programadas actividades de día (Oliver y otros, 1987).

— Abuso

Corre el riesgo de sufrir abusos. Algunos autores señalan que 1 de cada 40 miembros del personal indica que la respuesta típica ante un episodio agresivo es golpear al cliente (Maurice y Trudel, 1982).

El uso de tratamientos restrictivos innecesarios o ineficaces puede considerarse también como abusivo.

Dependiendo de la situación, comunidad-institución, se calcula que entre un 40 y 50 % de las personas con problemas graves de conducta reciben medicación psicoactiva (Oliver y otros, 1987), a pesar de que:

- a) Haya poca evidencia de que tal medicación sea efectiva (Singh y Millichamp, 1985).
- b) Muchos fármacos puedan ser retirados sin efectos negativos (Murphy, 1985).
- c) Se insista en los efectos de la medicación neuroléptica: sedación, visión borrosa, boca seca, náuseas, mareos, estreñimiento, fotosensibilidad, etc.. (Gadow y Poling, 1988).

De manera similar, el uso de restricciones mecánicas y aparatos protectores para manejar estos casos, provoca serias consecuencias:

- a) Interrumpen o impiden la participación del individuo en actividades ordinarias o educativas.
- b) Conducen a una atrofia muscular, desmineralización de los huesos y acortamiento de los tendones.

c) Dan como resultado otras lesiones.

d) Conducen a niveles de interacción reducida con los cuidadores (Richmond y otros, 1986).

TEORÍAS EXPLICATIVAS SOBRE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA

Baumeister (1989) ha descrito siete teorías sobre la etiología de la conducta desadaptada:

- a) Oscilación neuronal.
- b) Estado de desarrollo.
- c) Biológica/neuroquímica.
- d) Psicodinámicas.
- e) Homeostasis/arousal.
- f) Comunicación.
- g) Condicionamiento.

La teoría biológica o neuroquímica propone considerar las conductas desadaptadas en términos orgánicos, señalando que derivan de defectos estructurales o químicos en el cerebro. A este respecto, hay como mínimo dos síndromes médicos que característicamente presentan conductas autolesivas (síndrome de Cornelia-Lange y el de Lesch-Nyhan).

Otras hipótesis, también referidas a las conductas autolesivas, sugieren que dichas conductas realizadas de forma repetitiva pueden llegar a incrementar los niveles de ocurrencia natural de sustancias opiáceas endógenas en el cerebro. Estos opiáceos endógenos son reforzadores poderosos e incrementan la tolerancia al dolor. Esta idea proviene del examen del efecto de fármacos que bloquean los efectos de los opiáceos endógenos y los resultados obtenidos han sido contradictorios (Barret, 1989; Singh y Millichamp, 1985).

De las teorías anteriormente expuestas, las tres últimas son particularmente útiles como "constructs" para las conductas dependientes de variables ambientales.

La teoría de la homeostasis o arousal afirma que todos nosotros buscamos un

nivel óptimo de estimulación (probablemente por razones de supervivencia), que hace que, cuando estamos infraestimulados, realicemos diversas conductas (p.e. estereotipias) para incrementar nuestro estado de arousal, y que, cuando estamos sobreestimulados nos ocupamos de las mismas o de otras conductas para disminuir nuestro estado de arousal.

La teoría de la comunicación afirma que estas conductas tienen intención y función comunicativa, lo que ocurre es que son un medio de comunicación socialmente inaceptable. Diversos estudios han mostrado que las personas que presentan estereotipias o autoagresividad, disminuyen o dejan de presentar estas conductas, cuando se les enseñan otras formas alternativas de comunicar sus deseos para así recibir los mismos resultados que producía su conducta desadaptativa (p.e., atención del adulto).

La teoría del condicionamiento afirma que las conductas desadaptadas son aprendidas y mantenidas mediante el refuerzo positivo (es decir, la conducta persiste porque da como resultado unas consecuencias materiales o de interacción social relevantes para el individuo) o el refuerzo negativo (es decir, la respuesta elimina o permite al individuo escapar de un suceso que le resulta aversivo y es por lo tanto, reforzada) (Carr y Durand, 1985).

Ninguna de estas teorías proporciona una explicación completa de las conductas desadaptadas. Y probablemente dichas conductas se deban a distintas razones: conseguir un objeto deseado o más atención por parte del personal, evitar una actividad aburrida o un nivel alto de demanda por parte del personal, incrementar el nivel de estimulación en un ambiente pobre de estímulos, o incluso como componente de algunos tipos de epilepsia (Gedye, 1989) o de síndrome médico.

También puede ocurrir que ciertas conductas tengan una misma apariencia física o topografía, y sin embargo tengan funciones diferentes en distintos individuos, o diferentes funciones para el mismo individuo en distintos momentos (Emerson, 1989).

Es por esto que al final de la década de los 70 y durante los años 80, se ha desarrollado un modelo explicativo de los

problemas de conducta que recoge gran parte de las teorías desarrolladas hasta el momento. Se trata de un modelo multi-componente, realmente comprehensivo, que describe los problemas de conducta que presentan las personas con retraso mental como el resultado de una variedad de factores físicos, psicológicos y ambientales. Estas variables estarían implicadas en la instigación de los problemas de conducta, así contribuirían a la adquisición y recurrencia persistente de los mismos. (Gardner y Colé, 1987)

Independientemente de su topografía las conductas problemáticas se deben contemplar como adaptadas más que desadaptadas, ya que pueden ser una forma importante, incluso a veces la única, con la que las personas retrasadas mentales se comunican o controlan su mundo.

Dado el limitado repertorio de muchos individuos retrasados mentales severos y profundos con los que trabajamos, parece más apropiado analizar la función antes de privarles de una conducta potencialmente comunicativa (LaVigna y Donnellan, 1986).

ENFOQUES DE TRATAMIENTO

Tradicionalmente, el tratamiento de los problemas de conducta, antes de la introducción de los procedimientos conductuales en 1964, tenía una orientación médica, y se basaba en el tratamiento tradicional de los desórdenes psíquicos.

La principal modalidad de tratamiento en los primeros años era la administración de sedantes y tranquilizantes mayores, que actuaban como restricciones químicas.

Los tranquilizantes mayores son las medicaciones utilizadas con mayor frecuencia para reducir los problemas de conducta, aunque la evidencia de su valor es más sugestiva que conclusiva (Farber, J.M. 1987). La razón que subyace a su éxito parcial no se ha definido, pero probablemente se deba en buena medida a sus propiedades sedantes, que tienden a deprimir toda conducta activa de una forma no específica, incluyendo los problemas de conducta.

Otros agentes farmacológicos, como los antidepresivos, benzodiazepinas, antagonistas narcóticos (naloxona, naltrexona).

litium se han venido utilizando para tratar los problemas de comportamiento graves (autolesión, heteroagresión, hiperactividad...) (Faber, 1987).

El uso crónico de medicaciones psicotrópicas se ha asociado recientemente con muchos efectos extrapiramidales, distonía, diskinesia tardía, etc,... pudiendo ser los más prevalentes en la población con retraso mental, así como los referidos al funcionamiento conductual adaptado. Altas dosis de cualquier medicación anticonvulsivante o psicotrópica pueden deteriorar el aprendizaje, funcionamiento cognitivo y conducta adaptativa (Gadow, 1981).

El diagnóstico de una enfermedad mental se basa fundamentalmente en la entrevista clínica del paciente, a través de la cual, el especialista conoce los contenidos del pensamiento y las posibles perturbaciones emocionales mediante su manifestación verbal. La familia o personas allegadas ayudan a completar la información a través de la observación de las posibles conductas patológicas. Al existir un grave déficit de comunicación verbal, por parte de la persona con retraso mental, muchas veces es imposible que el psiquiatra sepa con certeza cuáles son los contenidos de sus pensamientos. Esto determina que pase a un primer plano la evaluación conductual, como dato fundamental semiológico, para llegar a un diagnóstico.

Mientras que los problemas conductuales y los desórdenes psiquiátricos son quizás más comunes en individuos con retraso mental de diferentes grados que en individuos de inteligencia normal, la fenomenología de desórdenes psiquiátricos específicos, tales como, la esquizofrenia, depresión, y desórdenes maníaco-depresivos en retrasados mentales, no parece ser diferente en pacientes normales. Sin embargo, el diagnóstico en retrasados mentales no está basado en un conocimiento firme (Campbell y Spencer, 1988).

Ocasionalmente, también se han utilizado tratamientos dietéticos, como por ejemplo, en el estudio realizado por Harper y Reid (1987) en el que utilizaron una dieta restringida en proteínas con una mujer retrasada mental severa, paciente fenilcetonúrica, con desórdenes conductuales graves y que tuvo resultados positivos sobre su conducta.

Por último, dentro del enfoque médico, cabe citar la psicocirugía como otra alternativa para el tratamiento de personas con o sin retraso mental que presentan eretismo, agresividad, autoagresividad o trastornos conductuales. La psicocirugía consiste en una intervención quirúrgica en la que se seccionan fibras de conexión cerebral, se destruyen o estimulan núcleos o tejidos cerebrales con el fin de modificar estos comportamientos.

Históricamente esta técnica ha evolucionado. De las lobotomías iniciales que, efectivamente, daban lugar a una reducción de los trastornos comportamentales, pero también presentaban importantes complicaciones secundarias (secuelas de epilepsia, diversos grados de deterioro intelectual...), hasta la cirugía estereotáctica, termocoagulación y electroestimulación, que permitió operar con mayor previsión las áreas objetivo (normalmente el sistema límbico, hipotalámico posterior). Debido a que las lesiones son pequeñas y también a las variaciones anatómicas, los resultados no son siempre los deseados, requiriendo de intervenciones adicionales.

En otro sentido, el uso de restricciones físicas (cascos, guantes, cinturones, cuatro puntos de restricción por la noche, restricción por parte del personal, etc..) se dictaminaban con vistas a reducir los posibles daños que la conducta podía causar. El aislamiento no contingente, cambios de ambiente, por ejemplo de una institución a otra, se utilizaban frecuentemente con resultados positivos en el cese de la conducta sin que hubiera explicación razonable para ello.

En la actualidad, muchos de los métodos utilizados para reducir las conductas desadaptadas están basados en los principios de la teoría del aprendizaje (análisis conductual aplicado), e incluyen tanto procedimientos de castigo como estrategias de refuerzo positivo.

El enfoque de tratamiento que tiene como objetivo la reducción o eliminación de los problemas de conducta, utiliza procedimientos basados en la aplicación del castigo, es decir, en disponer que la conducta problema sea contingente con la eliminación de un refuerzo positivo (aislamiento, costo de respuesta,...) o con la presentación de un estímulo aversivo (shock eléctrico, inhalación de amoníaco, ta-

par la cara, sobrecorrección, restricción física,...).

Por el contrario, el enfoque que parte de la idea de que el aumento de conductas socialmente más deseables tendrán como resultado indirecto la disminución de las conductas inapropiadas, utiliza predominantemente estrategias basadas en el refuerzo positivo de las respuestas adaptadas o alternativas (Refuerzo Diferencial de Otras Conductas, Refuerzo Diferencial de Conductas Incompatibles, Refuerzo Diferencial de Bajas Tasas de Respuesta).

Una de las cuestiones más controvertidas, hoy en día, se refiere a los tipos de programas de intervención utilizados para tratar las conductas desadaptadas, y si éstos deben restringirse a los no-aversivos o, por el contrario, si también deben utilizarse los aversivos. Algunas de las objeciones a los procedimientos de castigo se basan en razones éticas y legales.

La investigación sobre las intervenciones con los problemas de comportamientos de las personas con retraso mental, no ha sido capaz, hasta el momento, de aportar resultados definitivos sobre la efectividad de uno u otro enfoque. Sería recomendable que los estudios que evalúen la efectividad de los diferentes procedimientos contemplasen algunas de las siguientes pautas (Schroeder, Oldenquist, Rojahn, 1990):

- a) Los instrumentos de medida deben ser válidos y fiables.
- b) La comparación de los procedimientos de Intervención debe hacerse cuidadosamente.
- c) Los criterios de éxito deben ser comprensivos.
- d) Se deben tener en cuenta los criterios sociales y la aceptación de la comunidad.
- e) Los factores sociales y ecológicos del ambiente también deben contemplarse.

Los enfoques educativos o de adquisición de habilidades, también llamados de "Programación Positiva" (LaVigna y Donnellan, 1986), se basan en una amplia experiencia clínica que sugiere que las con-

ductas desadaptadas representan, a menudo, una expresión clara del déficit de una habilidad. En esencia, consiste en reemplazar la forma de la conducta sin reemplazar su función. Para que este enfoque tenga éxito la conducta adaptada que seleccionemos como objetivo de entrenamiento en el individuo problemático debe:

- a) Tener la misma función que la conducta problemática.
- b) Ser tan efectiva como la conducta problemática.
- c) Obtener el reforzamiento que, seguramente, hubiera obtenido la conducta desadaptada. (Schrader y Gaylord-Ross, 1990).

Los dominios de habilidades que pueden incluir los programas de entrenamiento para la disminución de las conductas inapropiadas pueden ser de varios tipos, aunque esto no implica que sean mutuamente excluyentes (LaVigna y Donnellan, 1986):

- Adquisición de una forma comunicativa alternativa.
- Adquisición de habilidades de auto-control.
- Adquisición de habilidades sociales más adaptadas.
- Aumento de la independencia funcional en habilidades de ocio, vocacionales, autonomía personal.
- Asignación de significado.

Por último, el enfoque ecológico implica la reorganización del ambiente, diseñándolo para reducir o prevenir que ocurra la conducta problemática. Hay una variedad de intervenciones que pueden modificar con éxito las situaciones de riesgo, es decir, aquellas en las que es más probable que la conducta problemática suceda, hasta el punto en el que el individuo no corra el riesgo de realizarla:

- a) Eliminación o minimización de las condiciones de los estímulos que con mayor probabilidad están instigando la conducta desadaptada

(por ejemplo, reasignar a un compañero que provoca consistentemente a un individuo en particular).

- b) La presentación o enfatización de las condiciones de estímulos específicos que incrementan la probabilidad de las conductas socialmente más adaptadas (por ejemplo, enriquecimiento del ambiente, proporcionando un rango amplio de actividades y materiales altamente reforzantes para el individuo).
- c) Presentación o enfatización de condiciones de estímulos específicos que inhiben la ocurrencia de las conductas desadaptadas (por ejemplo, uso de un recordatorio de castigo próximo para inhibir la ocurrencia de una conducta disruptiva en ambiente laboral).
- d) Minimización de la duración e intensidad de los problemas de conducta una vez que éstos se presentan (p.e., la redirección, eliminar o sacar las condiciones que los han provocado...). (Gardner y Colé, 1987).

Analicemos ahora los diferentes enfoques de tratamiento desde una perspectiva histórica. La revisión de la literatura existente indica que, en general, los programas de tratamiento basados en el análisis conductual durante la década de los 70 se caracterizaban por:

- El objeto de tratamiento era el individuo problemático.
- Su objetivo era la disminución de las conductas desadaptadas.
- La elección de los procedimientos de intervención no se realizaba en base a una evaluación y análisis funcional de los problemas de conducta.
- La utilización generalizada de procedimientos basados en el castigo.
- El éxito del programa se evaluaba en base a la rapidez de los efectos supresivos, disminución de la frecuencia, intensidad, etc.. de la conducta.

En los años ochenta, el enfoque cambió significativamente en aspectos tan importantes como:

- La intervención no se realizaba únicamente incidiendo en el individuo retrasado, sino también sobre el ambiente físico y social en el que la conducta se presentaba.
- El objetivo del programa se centraba en que el individuo adquiriese ciertas conductas comunicativas, sociales, etc.. más adaptadas, y disminuir así indirectamente los problemas de conducta.
- Los procedimientos de intervención eran seleccionados en base a las hipótesis surgidas del análisis funcional de los problemas de conducta del individuo concreto.
- Utilización mayoritaria de procedimientos basados en el refuerzo positivo.
- El éxito del programa se basaba en factores como integración en ambientes comunitarios, acceso a programas educativos, vocacionales, etc.

En conclusión, podemos decir que, actualmente, el enfoque de tratamiento es el resultado de la combinación de los enfoques conductuales, educativos y ecológicos en lo que se viene en llamar "paquetes de intervención" en base a las hipótesis elaboradas mediante los resultados del análisis funcional de la(s) conducta(s) problemática(s) (O'Neill y otros, 1990), si bien, en muchos casos, estos programas van unidos a un tratamiento farmacológico.

Hasta aquí, se ha hablado de los factores de riesgo, efectos negativos que las conductas problemáticas producen, teorías explicativas de las mismas, así como de enfoques de evaluación y tratamiento, pero cuál es el reto de estas conductas.

LA NATURALEZA DEL RETO DE LAS CONDUCTAS PERTURBADORAS

Los datos estimativos nos dan que entre 10 y 15 personas con retraso mental por cada 100.000 habitantes de la población total muestran conductas que presentan serios retos a los servicios generales u ordinarios. De éstos, 1 persona de cada 100.000 habitantes, dan problemas muy graves, encontrándose que el 85 % de ellas

tienen una edad que va entre los 15 y 35 años; habiendo además un porcentaje mayor de hombres, en una proporción cercana al 2 a 1 (Kiernan, 1987).

Las conductas que suponen un mayor riesgo de separación de la comunidad natural son las heteroagresivas y las autolesivas, las cuales contribuyen, además, a un mayor estrés en las personas que les cuidan. De las personas con comportamientos graves separados de la comunidad, un 81 % presentan agresión física a los demás, un 50 % presentan agresión física al ambiente, y sobre un 25 % presentan autolesión.

En contrapartida, estas personas también tienen un alto nivel de riesgo de abuso por parte de las personas que les cuidan.

SOLUCIONES POTENCIALES A ESTOS PROBLEMAS

- La institucionalización, propiamente dicha, así como las unidades especializadas o especiales, con sus ventajas e inconvenientes.
- El apoyo de equipos generalistas, a menudo descoordinados, desde los servicios educativos, sanitarios y/o sociales. El apoyo de estos servicios ha sido escaso, tanto en la intensidad como en la frecuencia requerida (Emerson, 1987).

UN NUEVO ENFOQUE

El análisis subsiguiente a los problemas planteados anteriormente, considerando además el poco apoyo de los servicios generalistas, así como las desventajas de los servicios y/o unidades especializadas en régimen de institucionalización, ha permitido la exploración de nuevos enfoques.

De esta manera se han empezado a constituir equipos peripatéticos cuyos miembros trabajan junto al personal de los servicios locales (comunidad), para apoyar a la persona en su casa, ambiente de trabajo o residencia.

Este enfoque asegura que los servicios generalistas sean más competentes en el

apoyo a las personas con conductas perturbadoras.

Actualmente se están explorando varios de estos enfoques, intentando combinar las ventajas de las unidades especializadas (al ofrecer personal más experto y más motivado), y evitando las desventajas. Estos enfoques son:

- Equipos de especialistas responsables del desarrollo de nuevos servicios, generalmente de ámbito regional.
- Equipos de especialistas responsables de dar apoyo a las personas con conductas perturbadoras y a los servicios existentes.
- La asignación de personal especializado a los equipos comunitarios existentes.
- El establecimiento de un "Equipo Volante" de personal local para responder a las situaciones de crisis.

VIVIENDA SUPERVISADA PARA PERSONAS CON RETRASO MENTAL SEVERO Y PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

En algunos trabajos se sugiere que el agrupamiento homogéneo en unidades especializadas para personas con retraso mental y problemas de comportamiento, no es el lugar idóneo para su atención.

Como consecuencia de ello empiezan a surgir algunas experiencias de casas de grupo en la comunidad, en las que, generalmente, es integrada una sola persona con conducta autolesiva.

Este enfoque de atención supone garantizar unos servicios de calidad entre cuyos componentes se citan: unos servicios localizados en la comunidad y de tamaño reducido, con un ambiente físico de calidad, un ratio de personal adecuado, buena formación del mismo, y una orientación adecuada del servicio como tal (Mansell, 1987).

Sin embargo, todavía se observa la dificultad de retornar y/o mantener en la comunidad a aquellas personas con retraso

mental grave y que presentan conductas heteroagresivas severas.

UNA RESPUESTA INNOVADORA: EL EQUIPO DE DESARROLLO ESPECIAL

Este es un modelo que se aplica en algunas regiones del Reino Unido y que hemos tenido ocasión de compartir.

El objetivo de un Equipo Especial para responder a las necesidades de las personas con problemas de comportamiento es doble (Toogood, 1988):

- a) Ayudar a los servicios locales a proporcionar servicios residenciales y/o de día de alta calidad basados en la comunidad.
- b) Contribuir al desarrollo de servicios locales comprensivos para este grupo de personas.

El equipo opera a través de un proceso de Planificación de Servicios Individuales que conlleva:

- La identificación de las personas que presentan los mayores retos para los servicios.
- El desarrollo de un plan que especifique los apoyos requeridos para cada persona identificada.
- El establecimiento de nuevos servicios.
- El apoyo y seguimiento del servicio.

Las funciones de este equipo serían:

- Identificar y determinar muy bien qué personas son objeto de este servicio.
- Evaluar al sujeto, estando con él durante un tiempo.
- Establecer un enfoque consistente para poder manejar las conductas.
- Intervenir para cambiar las conductas.
- Asegurar el entrenamiento del personal.

- Apoyar a las familias y a los servicios existentes mediante recomendaciones e intervención directa.

Por otra parte, es de importancia que exista el apoyo técnico de los especialistas al equipo, el entrenamiento regular del mismo, así como, posibilitar la investigación en su trabajo.

CONCLUSIÓN

Hemos considerado que podría resultar de interés, recoger de antemano, y como punto de partida, una síntesis de las cuestiones que rodean el enfoque, histórico y actual, del abordaje técnico y de planificación de servicios para las personas retrasadas mentales que, además, presentan graves problemas de conducta.

Entre ellas podríamos destacar:

- La naturaleza, amplitud y efectos negativos de los problemas de conducta.
- Los enfoques técnicos para tratar y manejar estas conductas.
- Las evidencias existentes sobre la efectividad de estos enfoques para tratar, solos o combinados, los problemas de conducta.
- Y la planificación de servicios para las personas con problemas de conducta.

Constatamos, por otra parte, que todavía se precisa mucha investigación en todas las modalidades de tratamiento, particularmente en los procedimientos de aumento de conductas adaptativas, procedimientos educativos o de adquisición de habilidades y ecológicos; por otra parte, también merecen una investigación intensiva las intervenciones farmacológicas y una evaluación más precisa los procesos de institucionalización e integración comunitaria de las personas con retraso mental y problemas de comportamiento, cuya conducta representa un serio reto tanto humano como terapéutico.

Pere Rueda Quitllet

Responsable Psicopedagógico de la
Fundación Uliazpi
M.^a José Goñi Garrido
Psicóloga de la Fundación Uliazpi

BIBLIOGRAFÍA

- BARRET, R.P., FEINSTEIN, C. y HOLE, W.T.** (1989): "Effects of Naloxona and Naltrexona on Self-Injury: A double, placebo-controlled analysis". *American Journal on Mental Retardation* 93, 644-651.
- BAUMISTER, A.A.** (1989): *Etiologies of Self-Injurious and Destructive Behavior. Proceedings of the Consensus Conference on the Treatment of Severe Behavior Problems and Developmental Disabilities*. Bethesda, MD: National Institute of Health.
- BICKLEN, D.** (1987): "In pursuit of integration". En M.S. Berres y P. Koblock (Eds), *Programs models for mainstreaming: Integrating students with moderate to severe disabilities* (págs. 19-39). Rockville, MD: Aspen.
- CAMPBELL, M. y SPENCER, E.K.** (1988): "Psychopharmacology in Child and Adolescent Psychiatry: A Review of the Past Five Years". *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 26, 3: 296-302.
- CARR, E.G., y DURAND, V.M.** (1985): "The Social-Communicative Basis of Severe Behavior Problems Children". En (Reiss, S. y Bootzin, R.R., Eds) *In Theoretical Issues in Behavior Therapy*. Academy Press: New York.
- DEVON COUNTY COUNCIL SOCIAL SERVICES DEPARTMENT** (West Area), Plymouth Health Authority (1987). *Challenging Behaviours and Comprehensive Service*.
- EMERSON, E.** (1989): The Challenge of Severe Self-Injurious Behavior. 2." *European Conference of the International League of Societies for Persons with Mental Handicap (ILSMH)*. Brussels.
- EMERSON, E., TOOGOOD, A., MANSELL, J., y cois.** (1987): "Challenging Behavior and Community Services: A Introduction and overview". *Mental Handicap*, 15, 166-168.
- FARBER, J.M.** (1987): "Psychopharmacology of Self-Injurious Behavior in the Mentally Retarded". *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 26, 3: 296-306.
- FELCE, D., SAXBY, H., DE KOCK, U., REPP, A., AGER, A., y BLUNDEN, R.** (1987): "To what Behavior do attending Adults Respond? A Replication". *American Journal of Mental Deficiency* 91, 496-504.
- GADOW, K.D., y POLING, A.G.** (1988): *Pharmacotherapy and Mental Retardation*. Little, Brown and Co.:Boston.
- GARDNER, W.I. y COLÉ, C.L.** (1987): "Behavior Treatment, Behavior Management and Control: Need Distinctions". *Behavioral Residential Treatment*, 2-1, 37-53.
- GEDYE, A.** (1989): "Extreme Self-Injury Attributed to Frontal Lobe Seizures". *American Journal on Mental Retardation*, 94, 20-26.
- HARPER, M. y REID, A.H.** (1987): "Use of a Restricted Protein Diet in the Treatment of Behaviour Disorder in a Severely Mentally Retarded Adult Female Phenylketonuric Patient". *Journal of Mental Deficiency Research*, 31, 209-212.
- KARAN, O.C.** (1983): "Desinstitutionalization in The 80's-When the Bucks are Thin, Cooperation ins" In. En O.C. Karan y I. Gardner Eds. *Habilitation Practices with the Developmentally Disabled who Present Behavioral and Emotional Disorders*. Harry A. Waisman Center on Mental Retardation and Human Development, University of Wisconsin: Madison.
- KARAN, O.C. y GARDNER, I.** (1983): *Habilitation Practices with the Developmentally Disabled who Present Behavioral and Emotional Disorders*. Harry A. Waisman Center on Mental Retardation and Human Development, University of Wisconsin: Madison.
- KIERNAN, C.** (1987): *Dilemmas Services for Mentally Handicapped People with Challenging Behaviours*. Paper Presented at BIMM Conference, Wales.
- LAVIGNA, G.W. y DONNELLAN, A.M.** (1986): *Alternatives to Punishment: Solving Behavior Problems with Non-Aversive Strategies*. New York: Irvington.
- MANSELL, J., FELCE, D., JENKINS, J., y cois.** (1987): *Developing Staffed Housing for People with Mental Handicaps*. Costello: Tumbridge Wells.
- MAURICE, P., y TRUDEL, G.** (1982): *Self-Injurious Behavior: Prevalence and Relations to Environmental Events*. En Hollis, J.H. y Meyers CE. Eds.). American Association on Mental Deficiency: Washington, DC.
- MURPHY, G.** (1985): "Self-Injurious Behavior in the Mentally Handicapped: An Update". *Newsletter of Association of Child Psychology and Psychiatry*, 7, 2-11.
- IMEWMAN, I., EMERSON, E.** (1991): "Specialist Treatment Units for People with Challenging Behaviour". *Mental Handicap*, 19.
- O'NEILL, R.E., HORNER, R.H., ALBÍN, R.W., STOREY, K. y SPRAGUE, J.R.** (1990): *Functional Analysis of Problem Behavior: A Practical Assessment Guide*. Sycamore Publishing Company. Sycamore, IL.
- OLIVER, C, MURPHY, G.H., and CORBERTT, J.A.** (1987): "Self-Injurious Behaviour in People with Mental Handicap: A Total Population Survey". *Journal of Mental Deficiency Research*, 31, 147-162.
- REPP, A. y KARSH, K.G.** (1990): "A Taxonomic Approach to the Nonaversive Treatment of Maladaptive Behavior of Persons with Developmental Disabilities". En A.C. Repp y N.N. Singh (Eds.), *Perspectives on the Use of Nonaversive Interventions for Persons with Developmental Disabilities* (págs. 331-348). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- RICHMOND, G., SCHROEDER, S.R., y BICKEL, W.** (1986): "Tertiary Prevention of Attrition Related to Self-Injurious Behaviors. In Advances". En K.D. Gadow, ed. *Learning and Behavioral Disabilities*, vol. 5. JAI Press: London.
- SCHEERENBERGER, R.C.** (1981): *Desinstitutionalization: Trends and Difficulties*. En R.H. Bruininks, CE. Meyers, K.C. Sigford, y K.C. Lakin Eds. American Association on Mental Deficiency: Washington, DC.

- SCHRADER, C. y GAYLORD-ROSS, R.** (1990): "The Eclipse of Aversive Technology: A Triadic Approach to Assessment and Treatment". En A.C. Repp y N.N. Singh (Eds.), *Perspective on the Use of Nonaversive Interventions for Persons with Developmental Disabilities* (págs. 331-348). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- SCHROEDER, S.R., OLDENQUIS, A., ROJAHN, J.** (1990): "A Conceptual Framework for Judging the Humaneness and Effectiveness of Behavioral Treatment". En A.C. Repp y N.N. Singh (Eds.), *Perspective on the Use of Nonaversive Interventions for Persons with Developmental Disabilities* (págs. 331-348). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- SINGH, N.N. y MILLICHAMP, C.J.** (1985): "Pharmacological Treatment of Self-Injurious Behavior in Mentally Retarded Persons". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 257-267.
- TOOGOOD, A., EMERSON, E., HUGHES, H., CUNNING, R., BENET, S., y McCOOL, C.** (1988): "Challenging Behaviours and Community Services; Planning Individualised Services". *Mental Handicap*, 16, 70-74.
- WOLFENBERGER, W.** (1972): *The Principle of Normalization in Human Services*. Toronto, Canadá: National Institute on Mental Retardation.

TOMAS DE POSTURA

Los tres artículos que presentamos a continuación recogen diversas tomas de postura sobre los enfoques de tratamiento de las conductas perturbadoras en personas con discapacidades del desarrollo. El primero de ellos, "Ideología y Ciencia del Castigo en el Retraso Mental", de James A. Mulick, fue publicado en 1990 en el "American Journal on Mental Retardation". El segundo, "Hacia una Tecnología de Apoyo Conductual "No Aversivo", de Robert H. Horner, fue publicado en 1990 en "The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps". Finalmente, "Mitos que confunden nuestra profesión" de S. Axelrod, hace parte del libro "Perspectives on the use of nonaversive interventions for persons with developmental disabilities".

IDEOLOGÍA Y CIENCIA DEL CASTIGO EN EL RETRASO MENTAL ⁽¹⁾

En este artículo se analiza el conflicto existente entre aquel/os que contemplan las intervenciones terapéuticas aversivas desde un punto de vista ideológico y aquellos que lo hacen desde una perspectiva científica. Se ha dedicado especial atención al estudio más detallado que, sobre procedimientos punitivos para casos de retraso mental existe, y que fue realizado desde una perspectiva ideológica; se trata de una monografía de Guess, Helmstetter, Turnbull y Knowlton publicada en 1986 por la "Asociación para Personas con Incapacidades Severas" (The Association for Persons With Severe Handicaps). Dicha monografía adolece de una serie de defectos graves de índole conceptual y metodológica que impiden que las conclusiones de la misma puedan servir de fundamento a la investigación y a la política social en el campo del retraso mental. Se ha llegado a la conclusión de que algunos de los que rechazan las intervenciones terapéuticas aversivas, lo hacen debido a que poseen un conocimiento limitado de la ciencia conductual y parten de un marco de referencia fundamentalmente ideológico.

La relación que existe entre la ideología y la ciencia es muy peculiar. Personas formadas y normalmente sinceras acuden a estas dos disciplinas buscando la consecución de fines concretos. En el lenguaje moderno, el término **ideología** se refiere a un conjunto de ideas sociales y políticas

sobre las que los partidarios de las mismas especulan, tratan de poner en práctica o incluso de imponer, en la sociedad. La ciencia es una manera diferente de entender y de organizar la información acerca de los fenómenos de la existencia; su objeto es desarrollar un conjunto de métodos para

(1) Este artículo fue publicado en el *American Journal on Mental Retardation*, 1990, vol. 95, n.º 2, 142-156, con el título "The Ideology and Science of Punishment in Mental Retardation" y está basado en una comunicación presentada con ocasión del 112 Congreso Anual de la Asociación Americana de Retraso Mental (American Association on Mental Retardation), celebrado en Washington, DC, en Mayo de 1988. El autor recibió para ello las ayudas del Ministerio de Sanidad y Servicios Humanos (US Department of Health and Human Services), del Proyecto Especial de Salud Materno-Infantil MCJ (Maternal and Child Health Special Project) y del Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health).

El autor agradece encarecidamente las muestras de apoyo y los comentarios críticos que ha recibido, por parte de varios colegas entre los que se incluyen John W. Jacobson, Stuart A. Vyse, Jürgen H. Kedesdy, Patricia Foxx, Edward A. Konarsky y C. Steven Holburn, sobre las versiones anteriores y provisionales de su manuscrito, pero asume la entera responsabilidad en cuanto a la selección de los puntos a tratar con mayor énfasis y a la manera en que son expresadas las ideas.

La traducción al español ha sido realizada por **Luisa Etxenike**.

poder realizar observaciones válidas y comprobar las conclusiones que se derivan. La **ciencia** es, por otra parte, una forma de generar nuevos conocimientos, mientras que las ideologías son utilizadas para organizar y realizar cosas que los seguidores de las mismas ya conocen. Aunque se podría pretender aunar ambas disciplinas en una **ideología científica**, basada en hechos comprobados o en pruebas de premisas a los que deberían ajustarse las políticas a seguir, esta unión de ambos conceptos sería en sí misma un tipo de ideología y no una variante científica.

Recientemente, Mulick y Kedesly (1988) han analizado, en algunas veces, paradójica relación existente entre la ciencia de la conducta y la ideología de la normalización, cuando se aplica al problema de las conductas desadaptadas de personas con retraso mental. Las pruebas analizadas en dicho trabajo llevaron a la conclusión de que, globalmente considerada, esta relación era tangencial en la medida que: a) a partir de muchos de los planteamientos de normalización importantes, no podían derivarse tratamientos conductuales eficaces, y que, b) las experiencias de normalización no podían utilizarse únicamente para conseguir un tratamiento eficaz. Sin embargo, este artículo recoge afirmaciones más concretas, acerca del impacto de la ideología en la capacidad de los miembros de las sociedades/centros que se ocupan de las incapacidades del desarrollo, para así comprender las importantes opciones terapéuticas que se derivan de la ciencia de la conducta.

La tesis defendida en este artículo es la de que la actual controversia sobre la utilización de intervenciones conductuales normalmente calificadas de "aversivas", viene determinada por la oposición de una perspectiva ideológica y de una perspectiva científica, en lo que al concepto de castigo se refiere. Este enfoque dual queda perfectamente ilustrado en una publicación monográfica (Guess, Helmstetter, Turnbull y Knowlton, 1986) de la "Asociación para Personas con Incapacidades Severas" (TASH), aunque existen también otros ejemplos y otras respuestas a este tema (por ej. LaVigna y Donnellan, 1986; Matson, 1988; Mulick y Linscheid, 1988; Sobsey, 1987). El punto de vista que aquí se presenta es el de que una ideología con una base científica falsa es necesariamente errónea. Al mismo tiempo, reconozco que

la ciencia sin una perspectiva ideológica aceptable, sería igualmente inadecuada para elaborar decisiones acerca del uso de intervenciones aversivas con personas. Ambas perspectivas deben ser compatibles.

La finalidad que se persigue con este artículo es dirigir la atención hacia la distinción entre ambas perspectivas, la ideológica y la científica, referidas a la utilización de intervenciones aversivas con personas que padecen retraso mental. En primer lugar, se analizan los diferentes conceptos de castigo, insistiendo en los contextos en los que dichos conceptos de castigo se han originado. Este análisis se utiliza más adelante para llevar a cabo un estudio crítico del contenido de la monografía TASH, estudio que es en la actualidad el mejor ejemplo que existe del uso incorrecto y selectivo de la ciencia para apoyar una determinada ideología en la literatura sobre el retraso mental. Por último, se recogen una serie de conclusiones y recomendaciones para una futura "reintegración" rehabilitación de la utilización de procedimientos aversivos, fundamentados en los valores pero también en bases científicas.

PUNTOS DE VISTA DIVERGENTES SOBRE EL CASTIGO

El castigo juega en la sociedad un papel omnipresente y complejo. A los científicos de la conducta les han preocupado los dos aspectos del castigo, el científico y el ideológico. Algunas de sus observaciones acerca de lo ideológico han sido importantes y significativas cuando venían determinadas por su conocimiento de los aspectos científicos. Skinner (1971) en su obra *Beyond Freedom and Dignity* ("Más allá de la libertad y la dignidad"), a menudo mal interpretada, intentó convencer a los lectores de que acudieran a la ciencia de la conducta para ayudar a resolver los problemas conectados con la supervivencia de nuestra especie y de nuestra cultura. Sugería, en dicha obra, que las prácticas culturales punitivas debían evitarse porque desembocaban en la tendencia ideológica de rechazar otros métodos positivos de control, más eficaces y con más posibilidades de asegurar la supervivencia de una cultura. Su preocupación se centraba en el uso del castigo en las instituciones sociales y el efecto paradójico que tenía sobre la capacidad de las personas en

atribuir con certeza en el entorno, y no en el libre ejercicio de la voluntad individual, el origen, la fuente del control sobre la conducta (por ej. ver Morris, 1968). Skinner no negaba, todo lo contrario, que la sensibilidad a las consecuencias punitivas y negativamente reforzadoras formara parte de nuestra naturaleza, ni que ello jugara un papel en el desarrollo adaptativo normal.

Skinner (1971) era consciente de la tendencia de los pensadores políticos y sociales a malinterpretar la ciencia de la conducta. En efecto, *Beyond Freedom and Dignity* deberían leerlo, especialmente aquellos que estén interesados en la controversia de la que estamos tratando, como una ayuda para comprender las fuentes del control del estímulo, que podría ser responsable de la conducta verbal de los que tan categóricamente se oponen al uso de consecuencias aversivas en el tratamiento de trastornos graves de la conducta. Sin embargo, en este libro, Skinner no centra su atención en el uso clínico limitado de consecuencias aversivas para el tratamiento de trastornos graves de la conducta, ni trata de forma amplia los problemas específicos asociados a trastornos anormales y poco frecuentes del desarrollo y del aprendizaje (ver, sin embargo, Skinner, 1975, 1988). Por lo tanto, deben consultarse fuentes adicionales para determinar el origen del malestar que, de forma tan generalizada, provoca el control aversivo entre los especialistas del campo del retraso mental.

Muchos, si no la mayoría, de los profesionales de este país (USA) y de las organizaciones de apoyo/defensa en el campo de las incapacidades del desarrollo, han adoptado oficialmente posturas contrarias al uso de consecuencias aversivas en las intervenciones terapéuticas. Al hacerlo, están manteniendo una ideología de tratamiento no aversivo para personas con incapacidades del desarrollo. Algunas organizaciones se han limitado a hacer declaraciones de principios, pero otras han sacado a la luz publicaciones cuasioficiales para justificar su postura o han citado bibliografía meticulosamente seleccionada como apoyo científico a su punto de vista. El mejor ejemplo de una organización que mantiene oficialmente una postura acerca de las intervenciones aversivas y fa defiendo con material académico es TASH. En este artículo se analiza a fondo la monografía TASH (Guess y otros, 1986) por considerar que se trata probablemente del

mejor ejemplo individual de un intento de mezclar de forma convincente, por un lado, una ideología de asistencia no aversiva, y por otro, pruebas científicas.

Examinemos en primer lugar las razones que se encuentran detrás de esta polémica. Por decirlo de una forma sencilla: **los ideólogos y los científicos no están hablando de lo mismo.** Con la honrosa excepción de Skinner (1971), aquellos que discuten cuestiones sociales, trabajan con un concepto de castigo derivado de raíces legales, filosóficas y éticas tradicionales, y que tiene muy poco que ver con las relaciones funcionales que el mismo término describe en la psicología de la conducta.

EL CASTIGO DESDE UN PUNTO DE VISTA IDEOLÓGICO

Las ideologías del tratamiento no aversivo responden, ya sea explícita o implícitamente, a una de las dos formulaciones tradicionales del castigo. La primera puede definirse como **retribución/retributiva**; la segunda, como **utilitarista**. Ambas formulaciones están basadas en la práctica de un razonamiento introspectivo sobre cómo alcanzar un justo equilibrio entre el daño/perjuicio producido por una ofensa/transgresión y los supuestos efectos que el castigo tiene en quien ha cometido la ofensa. Este es un aspecto muy importante, porque esa confianza en la introspección supone asumir que los sentimientos personales sirven para comprender los actos y la experiencia íntima de los demás. Además, ambas formulaciones del castigo han ido desarrollándose y convirtiéndose en teorías para la institución social del castigo, utilizadas para reforzar el orden social y el conformismo (ver Baird y Rosenbaum, 1988; Turnbull y otros, 1986).

Los partidarios de la postura retributivista sostienen que el castigo se aplica porque quien castiga considera que determinados actos son "merecedores" de castigo, independientemente de que el resultado del mismo sea o no socialmente útil. Así que seguimos con el viejo principio del "ojo por ojo". Los utilitaristas sostienen que el castigo, incluso cuando es justificable desde el punto de vista moral, debe usarse únicamente cuando, de la aplicación del mismo pueda obtenerse un resultado socialmente positivo, como por ejemplo disuadir a potenciales ofensores o reformar al que ha actuado mal. Sin embargo, inclu-

so a los utilitaristas les queda por resolver el incómodo problema introspectivo de que, situaciones concretas de castigo poseen en ellas un elemento de retribución, cuando los efectos —de disuasión o de reforma del ofensor— que se esperaban obtener, no se observan enseguida. Algunos pensadores utilitaristas se consuelan a sí mismos afirmando que, en esas circunstancias, es defendible una retribución restringida (por ej.: "contra un ofensor por una ofensa").

Mucho puede decirse, y se ha dicho, acerca de estas teorías y de las relaciones lógicas que mantienen con otras ideas culturalmente próximas, pero cada vez que el castigo se ha explicado de cualquiera de las dos maneras, se ha dado: a) un elemento de juicio moral del acto "ofensor", b) un intento de generar sentimientos desagradables en el "ofensor" y c) la imposición del castigo por parte de seres humanos cuyo poder para castigar deriva de una autoridad socialmente reconocible. Es evidente que estas discusiones sobre el uso o no de castigos o de la fuerza (por ej. la coerción) se refieren a temas históricos conocidos que únicamente tienen sentido situados en un determinado contexto social. Se entablan discusiones ideológicas acerca de las relaciones entre las personas y sus reacciones subjetivas, y estas discusiones no significan nada cuando se aplican, por ejemplo, a las relaciones entre las bacterias y los organismos infectados por las mismas, o, en la cultura occidental donde no existe una creencia popular en la reencarnación, a las relaciones entre un granjero y sus pollos o entre un niño y su pez de colores favorito. No significan absolutamente nada, si no existe una referencia a una ideología social determinada. Sólo están histórica y tangencialmente relacionadas con el uso técnico de los términos **castigo y reforzamiento** en el condicionamiento operante. En mi artículo voy a tratar, a continuación, del uso que en la ciencia de la conducta se hace de los términos "castigo" y "reforzamiento", y confío en que las diferencias entre el modo tradicional y el científico de entender ambos conceptos quedarán así claramente establecidas.

CASTIGO Y REFORZAMIENTO EN LA CIENCIA DE LA CONDUCTA

Contrastando con los puntos de vista ideológicos tradicionales acerca del casti-

go, la ciencia de la conducta se separa de la introspección para analizar las interacciones ordenadas y reproducibles entre los individuos y su habitat, la sociedad en la que viven, su cultura, negocios, y, en el caso de la psicología, entre la conducta y los estímulos. Dada la estrecha relación existente entre la ciencia y la realidad, los científicos estudian detenidamente las propiedades físicas de las cosas y se basan en las descripciones cuantitativas de los fenómenos.

En un momento determinado a los científicos de la conducta se les planteó la necesidad de hablar de determinadas conductas, por un lado, conductas que reflejaban una reducción ordenada de la probabilidad cuando iban seguidas de estímulos de ciertas características, y por otro, de conductas que reflejaban un aumento ordenado de la probabilidad cuando desaparecían determinados estímulos preexistentes o cuando se amortiguaban algunas de las características de los mismos; para definir estas relaciones se precisaban términos adecuados. Se eligió el término **castigo** para la primera relación (tal vez desacertadamente y no debido al orden percibido en la sociedad) porque el proceso se asemejaba a uno de los efectos que el uso idiomático diario hace derivar habitualmente de este término. La otra relación recibió un nombre que hacía pensar en un aumento muy similar en la probabilidad de respuesta (por ej. **reforzamiento positivo**) pero de signo contrario para sugerir el efecto compensador del estímulo: **reforzamiento negativo**. El término **condicionamiento aversivo** se utilizó para referirse a ambas relaciones y al aprendizaje que se produce cuando la probabilidad de una determinada conducta aumenta mientras estímulos contingentes de ciertas características se pospongan o no se apliquen en absoluto (por ej.: evitación). De forma incidental, todas estas relaciones funcionales cobran un gran sentido en relación a la interacción humana social y a los antenotes ejemplos de interacciones entre un granjero o un niño y animales, pero no en relación al ejemplo de las interacciones entre las bacterias y los organismos infectados por las mismas (para las que la selección natural y los cambios evolutivos serían, respectivamente, el proceso relevante y el nivel de análisis para discutir los cambios a través de las generaciones). En este contexto, el condicionamiento aversivo no se discutía únicamente en términos de sanciones morales, legales o administrativas,

sino, de forma más amplia, referido a una gama de efectos obtenidos mediante ciertas clases de consecuencias sobre la conducta de organismos complejos.

Es posible que haya podido existir algún elemento de introspección en este proceso inicial de elección de términos, pero no por mucho tiempo. Voy a mostrar a continuación por qué la introspección no es el mejor de los principios psicológicos para clasificar los tipos de consecuencias que estamos analizando. Los sentimientos personales, ya se basen en la propia experiencia, ya se infieran de la experiencia ajena, no consiguen captar la realidad funcional de fenómenos conductuales puestos de manifiesto por un análisis científico.

La Tabla 1 incluye la lista de los mismos estímulos pero contiene variables psicológicas que podría llevarnos a revisar las puntuaciones que antes habíamos otorgado (ver nota a pie de página de la Tabla 1). La palabra **privación** se coloca en la parte superior de la primera columna para destacar el hecho de que cualquier de esos actos puede planearse para actuar como reforzador o como castigo, es decir, para aumentar o disminuir la probabilidad de cualquiera de los otros actos, dependiendo de cual haya sido el historial del individuo en cuanto a acceso a los mismos en el pasado. Premack (1971) describió una serie de brillantes experimentos en los cuales las primeras dos variables fueron utilizadas de esa manera (reforzadores/castigos). La

TABLA 1
AVERSIVIDAD Y EFICACIA: VARIABLES PSICOLÓGICAS

Privación	Contexto	Intensidad
Ejercicios Beber Comer Limpiar	Entregar fichas Sentarse en un rincón Encerrarse en el cuarto Sentarse a la mesa	Electroshock Agarrado Cosquillas Jugo de limón Oler a amoníaco Bofetada Rocíar con agua

Nota: Cada variable se relaciona con su correspondiente columna únicamente con fines heurísticos. Cada una de las variables psicológicas señaladas, como otros parámetros físicos y temporales de los que no trata la presente discusión, se aplica a todos los estímulos contenidos en la Tabla (ver Axelrod y Apsche, 1983; Azrin y Holz, 1966; Dunham, 1977; Kish, 1966; Michael, 1982; y Morse y Kelleher, 1977, para análisis globales conexos sobre reforzamiento y castigo).

La siguiente lista incluye un cierto número de estímulos, algunos de los cuales han sido utilizados en estudios sobre el condicionamiento aversivo, mientras que otros han sido utilizados en estudios orientados hacia la modificación terapéutica de la conducta: hacer ejercicio, beber, comer, limpiar, entregar fichas, sentarse en un rincón, encerrarse en la habitación, sentarse a la mesa, recibir un electroshock, ser agarrado/sujetado, hacerle a uno cosquillas, ser rociado con agua o con zumo de limón, oler a amoníaco, recibir una bofetada. Si le pidieran que indicara con un número el grado de **aversividad** de cada estímulo en relación a los demás, o, incluso el grado de **restricción**, no hay duda de que podría hacerlo rápidamente y con todos los elementos de la lista. Si le pidieran después que volviera a puntuar cada estímulo según su **eficacia** como consecuencia supresora, o disuasora, tampoco tardaría mucho en hacerlo. Los comités de derechos humanos lo hacen continuamente.

cuestión es que el reforzamiento surge de una diferencia en el valor o, de forma objetiva, en el nivel operante de participación en las actividades familiares. Los actos más probables refuerzan a los actos menos probables y los actos menos probables castigan a los más probables cuando se hacen contingentes. El reforzamiento y el castigo sólo pueden entenderse relacionándolos en cada caso concreto. El valor, sin embargo, cambia cuando se dan determinadas condiciones como la privación. La total privación puede convertir muchas circunstancias conductuales y sensoriales en reforzadores.

Para producir el reforzamiento puede no ser necesaria la privación absoluta del estímulo. Konarski (1987) demostró que las limitaciones inherentes a un programa instrumental de actividades, pueden producir una relativa privación de respuesta de una respuesta contingente que tenía una línea-base (valor de referencia) anterior re-

lativa al nivel de realización/ cumplimiento, y por lo tanto un reforzamiento con la respuesta contingente en personas con retraso mental. Esto implica que cualquier respuesta que ya figure en el repertorio de una persona, puede actuar como un reforzador eficaz de cualquier otra respuesta, existiendo determinados requerimientos programados que provocan la condición de privación de respuesta. Por ejemplo, Kornarski, Crowell y Duigan (1985) demostraron que las matemáticas actuaban como un reforzador eficaz para la escritura en 6 estudiantes con retraso mental educable cuando (y sólo entonces) los programas de reforzamiento establecían la condición de privación de respuesta, incluso aunque no existiera una privación total de la respuesta referida a las matemáticas. De forma similar, si a un individuo se le expone a un nivel mayor de respuesta contingente del que ese mismo individuo elegiría en condiciones de acceso sin restricciones, se produce un estado de saciedad y la respuesta contingente actúa como un castigo.

Holburn y Douglas (1986) consiguieron un efecto punitivo moderado estableciendo un programa en el que la respuesta instrumental (aereofagia) iba seguida de cantidades de respuesta contingente mayores que la línea-base sin restricciones (colocaciones coactivas de las manos). Dada la multiplicidad de factores, derivados de las limitaciones ambientales, que determinan la conducta de un individuo cuando éste se ve enfrentado a los ritmos de vida de la sociedad, resulta ya imposible eliminar el castigo (o el reforzamiento) o controlar todas las situaciones en las que éste se produce, de la misma manera que no es posible eliminar el aburrimiento (o el interés).

Valdría la pena quizá detenerse brevemente en este contexto para analizar las implicaciones de las relaciones entre privación y reforzamiento y entre saciedad y castigo. En el caso del reforzamiento, se necesita una condición restricción/apremio para producir una consecuencia positiva eficaz. Esto es así, tanto si la privación se establece: a) negando intencionadamente el libre acceso a un reforzador potencial, como se hace en laboratorio con animales para convertir la comida en una consecuencia positiva eficaz; b) esperando a que se produzcan de forma natural ciclos de disponibilidad y de falta de disponibilidad para establecer un reforzador positivo, como en el caso de un niño que se mues-

tra más receptivo a la atención que sus padres le dedican después de un período de separación en el que el padre/madre trabaja y el niño está en la escuela; o c) mediante restricciones específicas dentro de la relación contingente entre actividades, como puede ocurrir cuando un individuo trabaja duramente para acabar un proyecto atrasado, relacionado con el trabajo, con el fin de conseguir tiempo libre para dedicarlo a un ejercicio físico gratificante.

En cada uno de estos ejemplos, las condiciones restrictivas podrían considerarse aversivas si el individuo optara por hacerlas desaparecer. Por el contrario, las restricciones en la posibilidad de optar por rechazar el consumo o la participación en condiciones de saciedad, tienen como resultado el establecimiento de contingencias punitivas. De ahí que, por ejemplo, que a alguien se le pida que acabe su plato cuando éste contiene alimentos que no le gustan, o que se le retenga en casa con la familia debido a una tormenta prolongada, o que se le someta a un ejercicio físico duro, pueden convertir la comida, la atención familiar o la actividad física respectivamente en consecuencias potencialmente punitivas.

En cada uno de estos casos (por ej. comer, permanecer en casa con la familia o hacer ejercicio) llegar al estado de saciedad se consideraría deseable y las restricciones prematuras se considerarían no deseables. Estas relaciones contingentes cambiantes se derivan de continuos motivacionales, bipolares, continuados: la privación aumenta en la medida en que la saciedad disminuye. Para los profesionales la cuestión no está en si aprobar o no la privación a la hora de planificar las necesidades de las personas con incapacidades, sino en qué clase de conducta se estaría apoyando con las inevitables transiciones entre privación y saciedad. Skinner (1975) analizó ampliamente la dudosa moralidad de negar a personas con diversas incapacidades el acceso a entornos en los que la privación se evita de manera tan total que únicamente se promueven conductas carentes de objetivo e improductivas.

La cuestión fundamental en relación a la segunda columna de la Tabla 1 es que cada uno de estos estímulos pueden actuar como reforzadores o como castigos en función del contexto o de las condiciones ambientales más amplias. De ahí que, entregar tus fichas al taquillero del cine no

tiene por qué significar que se reduzcan apreciablemente tus salidas al cine, ni que te encierren en tu cuarto por la noche, para dormir, tiene por qué reducir las posibilidades de que vayas al cine. Otra cuestión de importancia es la demostración de Solnick, Rincover y Peterson (1977) de que el "timeout" representaba un castigo para la conducta autolesiva y la estereotipia de los niños, únicamente en relación a las condiciones de "timein" (por ej. el timeout sólo era eficaz si se aumentaba el timein).

La última columna de la Tabla 1 ilustra una última cuestión en relación a las circunstancias reforzadoras y punitivas. Ningún estímulo es por naturaleza un reforzador o un castigo con independencia de sus propiedades psicológicas. Para todos esos estímulos existe una gama de grados de **intensidad**; existiría una gama de intensidades dentro de la que los estímulos serían inapreciables, otra dentro de la que serían "reforzadores", otra dentro de la que serían "aversivos" y una gama de intensidades dentro de la cual cada uno de esos estímulos podría resultar fatal (ver Schoenfeld, 1969). Si esto les resulta difícil de imaginar, traten de recordar alguno de los contextos en los que hayan experimentado situaciones como la de ser agarrado, y después mentalmente hagan aumentar o disminuir la "intensidad" del hecho (por ej. la intensidad de la presión ejercida); hagan lo mismo con las cosquillas, la ducha de agua, etc. Evoquen el placer que sentían cuando de niños se quitaban el jersey de lana y veían su vello erizado debido a la electricidad estática. En realidad, la privación del estímulo, el contexto, la oportunidad/sincronización, la novedad, la duración del mismo y la repetición son, otros tantos parámetros que afectan al "valor" de la estimulación utilizada como una consecuencia.

La aparentemente sencilla tarea de clasificar los estímulos, una vez que la discusión se ha apartado de un marco ideológico introspectivo y ha tomado en consideración algunos datos derivados de la experimentación, ya no resulta tan sencilla. Una vez señalada la diferencia entre las dos formas de pensar establecidas, la científica y la tradicional, conviene analizar la monografía TASH (Guess y otros, 1986) que tanta influencia tiene en este campo. La pregunta es: ¿se utilizó adecuadamente la ciencia, en esta monografía, para oponerse a los tratamientos conductuales con componentes aversivos?

UN INFORME DETERMINADO

La monografía TASH puede dividirse en cuatro partes: a) análisis de bibliografía sobre investigaciones que incluían el uso de procedimientos terapéuticos aversivos para sujetos con incapacidades del desarrollo o incapacidades psiquiátricas severas; b) análisis demográfico de los sujetos en una submuestra de los estudios considerados; c) sección interpretativa dividida a su vez en subsecciones dedicadas a una interpretación político-legal del castigo, a un análisis moral del castigo, a un debate acerca del castigo como despersonalización y dos conjuntos de recomendaciones ideológicas apoyadas por una serie de conclusiones derivadas de las secciones anteriores y de informes sobre atrocidades obtenidos en "la calle"; d) apéndices dedicados a los "datos" de las dos primeras partes. A los lectores se les dice en la introducción que la monografía fue ideada para justificar una política anterior de TASH que abogaba por la supresión del uso de condicionamientos aversivos en el tratamiento conductual para personas con incapacidades graves y que dicha monografía proporcionará "datos y argumentos en apoyo de aquellas preocupaciones iniciales", utilizando un enfoque que va *"más allá del análisis de la eficacia del tratamiento"* (la cursiva es mía)... para analizar cómo la historia del uso de procedimientos aversivos *ha podido* (la cursiva es mía) influir en 'as actitudes y en las sensibilidades'. Además, las definiciones de los tipos de consecuencias utilizadas en los criterios de selección de los artículos a comentar en el estudio bibliográfico de la monografía eran muy restringidas e inusuales en relación al lenguaje científico habitualmente utilizado; es decir que el castigo y el reforzamiento negativo se definían con relación a los estímulos concretos utilizados para la obtención del resultado funcional y no en relación a otros estímulos con los que se conseguían esos mismos efectos (por ej. quedaban excluidos el timeout (Leitenberg, 1965); el coste de respuesta; y los paradigmas basados en la evitación de reforzadores negativos poco severos (Green y Hoats, 1969), situacionalmente mediatizados (Carr, Newsom y Binkoff, 1980, Experimentos 3 y 4) o socialmente mediatizados (McReynolds, 1969), que incluían también algunos casos de orientación/guía física). Esa declaración de intenciones y esa restricción, en lo que a temas abordados en el trabajo se refiere, constituyen el punto de partida de todos los análisis subsi-

guientes y del propósito ideológico de la monografía. El análisis que voy a hacer en este artículo, aunque no es exhaustivo, recoge ejemplos suficientes que muestran cómo la base ideológica de la monografía condiciona su contenido científico.

ANÁLISIS DE INVESTIGACIONES

Las secciones dedicadas, en la monografía TASH, al análisis de los datos adolecen de partida de un sesgo interpretativo que impide aceptar muchas de las conclusiones finales. A pesar de ello, los autores llegaron a la conclusión de que el castigo y la sobrecorrección producían por lo general una reducción clínicamente significativa de la conducta tratada y se aplicaban normalmente durante períodos cortos de tiempo hasta que se conseguía la supresión.

Sin embargo, según la monografía TASH, se comprobó que la durabilidad a largo plazo de los efectos obtenidos mediante el uso de consecuencias aversivas no era satisfactoria (por ej. se la definía como poco concluyente). Si hubiera que aceptar esto, los científicos de la conducta jamás usarían el diseño ABAB (en el que el tratamiento y no tratamiento se alternan en fases secuenciales) como demostración de control experimental. La durabilidad de los efectos del tratamiento muy a menudo tiene que ver con la durabilidad del entorno programado, aunque, presumiblemente de forma menos definitiva una vez que la conducta adaptativa y las contingencias naturales de reforzamiento vienen a apoyar el resultado terapéutico (para ejemplos y debate, ver Foxx, Bittle y Faw, 1989; Schroeder y otros, 1982). Esto es cierto igualmente en relación a los efectos terapéuticos obtenidos inicialmente con reforzamiento positivo y para los efectos terapéuticos, en la mayoría de los casos de interés para el presente debate, obtenidos mediante medicamentos psicotrópicos.

Guess y otros (1986) llegaron a la conclusión de que la generalización de las ventajas terapéuticas obtenidas mediante el uso de consecuencias aversivas era cuestionable. Sin embargo, hablaban de esta generalización con, sólo podemos esperar así, una ingenuidad deliberada, como si se tratara en realidad de una característica del tipo de consecuencia utilizada en el procedimiento de modificación de la conducta. La generalización es una

cuestión de control del estímulo de la conducta aprendida (un control del estímulo pobre en muchos casos); se puede hacer que se produzca alterando y ampliando las condiciones del adiestramiento como han señalado Stokes y Baer (1977). Puede ser útil recordar en este contexto, que se espera que, el menos aversivo de los procedimientos experimentales de adiestramiento, tanto en relación a los errores —número reducido de errores— como a la provocación —reducida— de conductas ambientales colaterales, el llamado aprendizaje de la discriminación sin errores con reforzamiento positivo (ver Terrace, 1966), produzca una generalización reducida del estímulo y una discriminación mayor. Al igual que con el reforzamiento y el castigo, la generalización puede entenderse, en la práctica, relacionándola con la discriminación que es su concepto conductual diferenciador/ de contraste.

Debido a los criterios selectivos de inclusión (de bibliografía) dos de mis trabajos de investigación, de interés para el presente debate, no aparecen en la monografía TASH, pero si hubiera sido incluidos habrían servido para recordar el carácter relacional de los tratamientos de la conducta. Mulick, Barbour, Schroeder y Rojahn (1980) mostraron que la sobrecorrección de pica entre personas con incapacidades graves era a) como el timeout, más eficaz en entornos estimulantes que en entornos no estimulantes; b) sensible a los pasos de unos ambientes a otros cuando estos ambientes ofrecían distintas posibilidades de reforzamiento; c) desigualmente eficaz dependiendo de en qué momento de la cadena de respuesta se producía; y d) tenía posibilidades de producir efectos supresores trasladables si la generalización se había programado específicamente. De forma similar, Huguenin y Mulick (1981) mostraron que la supresión timeout podía trasladarse a situaciones ambientales nuevas reduciendo temporalmente el control del estímulo hasta llegar a un estímulo de mediación trasladable utilizando un método timeout no excluyente, descrito con anterioridad por Foxx y Shapiro (1978). La generalización, bajo motivaciones aversivas o de apetencias, no es algo que se produzca únicamente mediante ciertos estímulos o respuestas (aunque estas variables puedan jugar un importante papel). En la mayoría de los casos es el resultado de una modificación del entorno ambiental sistemática y cuidadosamente planificada. (Para un análisis de la generalización y el manteni-

miento de la misma, ver Schroeder y otros 1982).

En la monografía TASH, Guess y otros (1986) llegan a la conclusión de que se da un equilibrio entre los efectos secundarios negativos y positivos de los procedimientos conductuales aversivos (pág. 12). Los apéndices de la monografía me hacen pensar en la posibilidad de que se haya exagerado esta conclusión con el fin de atacar a los procedimientos aversivos. En un caso, uno de los efectos secundarios señalados tenía que ver con un mal funcionamiento del equipo, y difícilmente podía considerarse un efecto secundario del "procedimiento". Cuatro informes de 17 estudios afirman ser una descripción de efectos secundarios consistentes en un aumento pasajero de la conducta tratada al iniciarse el procedimiento terapéutico. Este hecho podía haber significado una respuesta a la interrupción de una consecuencia reforzadora de la conducta (y lo normal es que no se hubiera combinado a propósito con un tratamiento planificado) porque estos aumentos pasajeros en la frecuencia y en la variabilidad son característicos de las condiciones de extinción únicamente (por ej. Antonitis, 1951; Lovaas y Simmons, 1969; ver también Notterman y Mintz, 1965). De forma alternativa, el breve agravamiento de la conducta tratada podía haber venido determinado por alguna experiencia, que hubiera tenido el sujeto, de contradicciones en la prestación de cuidados bajo las mismas circunstancias y, por lo tanto, reflejar una forma de persistencia aprendida en presencia de ese tipo de estímulos. Por último, en la monografía TASH no se reconoce la posibilidad de que algunos detalles concretos de un procedimiento dado (como por ej. la manera en la que se aplica y los parámetros exactos que se utilizan) tengan algo que ver con los efectos secundarios señalados. Por ejemplo, determinados efectos secundarios podrían haber sido el resultado de una única o desastrosamente inadecuada metodología, circunstancia que podría haberse detectado haciendo un análisis minucioso del artículo del que se tratase y una interpretación razonada del mismo. Esta clase de estudio sobre los efectos secundarios debería haber sido informativo y valioso de manera que sirviera de estímulo a futuros trabajos de investigación sobre la materia.

Los autores de la monografía TASH tenían muy poco que decir acerca de los historiales médicos y conductuales de las

personas sujeto de los estudios que a los que se referían. Y éste no es precisamente un buen ejemplo de la política que tienen que seguir los profesionales clínicos y los investigadores a la hora de elegir qué enfoque de la modificación de la conducta utilizar. Las experiencias previas con determinadas consecuencias o en determinados ambientes pueden alterar sustancialmente la respuesta conductual de un sujeto, como se observa, por ejemplo, de forma clara en el laboratorio cuando el paso de un choque de evitación operante libre a un choque producido por una respuesta sirve para mantener la respuesta más que para suprimirla (por ej. Byrd, 1969; McKearney, 1968). Los ejemplos a partir de situaciones aplicadas incluyen los cambios rapidísimos en frecuencia y preferencia que se producen entre los actos de desadaptación en el repertorio de un individuo como una función de los cambios topográficos del autocontrol/autoinhibición precedente (Rojahn, Mulick, McCoy y Schroeder, 1978) y la conversión contraintuitiva de formas aparentemente muy restrictivas de limitación física en reforzadores positivos que pueden, por su parte, utilizarse como consecuencias no aversivas para el tratamiento de otros trastornos peligrosos de la conducta (Foxx y Dufresne, 1984). El historial médico puede servir, además, para determinar la eficacia del tratamiento y por consiguiente para elegir el tratamiento a aplicar o incluso para determinar si el uso de determinado tratamiento está justificado (Gunsett, Mulick, Fernald y Martin, 1988). Por lo tanto, Guess y otros (1986) deberían haber señalado con referencia al único estudio comparado que citaban (uno de cinco) y que mostraba cómo procedimientos claramente menos restrictivos eran más eficaces que el castigo, que se trataba de un resultado anómalo que debía haberse analizado en relación a los historiales médicos de los pacientes.

Dicho estudio hacía referencia a un sorprendente resultado, a saber, que se conseguía eliminar mejor las autolesiones mediante DRO o timeout que con electroschock en el caso de pacientes con la enfermedad de Lesch-Nyhan (Anderson, Dancis y Alpert, 1978). Existe una gran variedad de síndromes y enfermedades asociados con una congénita o progresiva insensibilidad (o con una sensibilidad inusitada) a ciertas formas de estimulación. Este tipo de información debe incluirse en los estudios críticos, como es la monografía TASH, sobre trabajos de investigación.

ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL CASTIGO

El análisis demográfico de la monografía TASH adolece de un sesgo muy claro. No resulta sorprendente que se ponga de manifiesto que determinados procedimientos aversivos son utilizados en el tratamiento de personas con incapacidades porque es precisamente para destacar este hecho para lo que se eligieron los artículos que se reseñan críticamente. El hallazgo, contenido en la monografía TASH, de que la mayoría de los individuos sujetos de las investigaciones que utilizaban procedimientos aversivos padecían retraso mental grave o profundo, se debe muy probablemente al predominio claro de estereotipias graves, autolesiones y otras trastornos graves de la conducta entre esta población (Dura, Mulick y Myers, 1988; Dura, Mulick y Rasnake, 1987; Maurice y Trudel, 1982; Mulick, Dura, Rasnake y Callahan, 1986; Rojahn, 1986; Schroeder, Schroeder, Smith y Dalldorf, 1978) en comparación con otro tipo de trastornos psicológicos y psiquiátricos que pueden responder a otros tratamientos pero que requieren también mayores niveles de funcionamiento cognitivo y aptitudes verbales de detección y expresión (Jacobson, 1982).

Guess y otros (1986) sugieren más adelante que sus hallazgos refuerzan la idea de que las personas con incapacidades graves, del mismo modo que otras personas privadas de sus derechos políticos, tienen más posibilidades de verse sometidas a un trato cruel y discriminatorio. Si el predominio (incidencia mayor) de trastornos graves de la conducta hubiera sido distribuido de forma marcadamente diferente de la utilización de estos procedimientos conductuales en los estudios de investigación, suponiendo que todas las demás influencias fueran iguales (cosa que probablemente no sería cierta) este hallazgo podría habernos aportado algún información sobre el sesgo social de los usuarios de estos procedimientos conductuales a la hora de elegir el tratamiento para personas con retraso mental en los estudios de investigación. El análisis bibliográfico (de la monografía TASH) no apoya tal diferencia, dentro de los límites de los datos disponibles, como para poder aclarar la cuestión. Tal como estaba planteado, el análisis bibliográfico no nos aportó ningún elemento convincente sobre el que fundamentar una comparación global de las terapias conductuales (porque: a) los proce-

dimientos aversivos se utilizan para otros problemas y con otras poblaciones, tanto en imágenes como a través de la modificación de la conducta y b) incluso la bibliografía sobre retraso mental se analizó de forma selectiva), ni, desde luego, las extensas comparaciones de estas publicaciones sobre investigaciones conductuales con las leyes gubernamentales en contra de los disidentes políticos (Guess y otros, 1986, pág. 24).

Sin embargo, entre las omisiones de las que adolece la monografía TASH, quizá la más grave sea la de no establecer una comparación en este punto con los procedimientos no aversivos utilizados con las distintas poblaciones que sirven de contraste. El argumento sería mucho más convincente si por ejemplo el reforzamiento positivo se utilizara con mayor frecuencia para tratar los mismos trastornos en poblaciones de niveles intelectuales normales. Naturalmente éste es también un problema complejo, es posiblemente un problema en parte de predominio (incidencia mayor del trastorno entre la población), en parte de severidad y en parte un problema de cuáles son los tratamientos eficaces disponibles teniendo en cuenta las diferencias que existen entre las personas. No obstante, merece la pena analizar más detenidamente estas comparaciones con estadísticas adecuadas y controles de asignación de grupo.

En lo que se refiere a la utilización de aversivos en relación a la edad de la persona que se contiene en la monografía TASH, ésta aparece como más o menos proporcional a la edad en los dos grupos menores de 21 años, de 0 a 6 años y de 7 a 21 (aquellos que tenían entre 0 y 6 años aparecen en el 32 % de los estudios sobre castigos pero constituyen únicamente el 15 % del número total de personas estudiadas). El grupo de los mayores de 21 años recibió probablemente menos atención en los que a investigación sobre castigos se refiere (aparecen en el 11 % de los estudios y constituyen el 9 % del total de personas) en parte debido a la mayor concentración de recursos, profesionales y programas reglamentados destinados a jóvenes ciudadanos con incapacidades.

El mismo razonamiento puede aplicarse a los entornos físicos (por ej. instituciones, escuelas, hospitales) en los que las situaciones ambientales descritas con frecuencia en la literatura sobre condicionamiento

aversivo analizada en la monografía TASH eran exactamente los que esperaríamos encontrar si buscáramos concentraciones de personas que presentaran no sólo incapacidades sino también trastornos graves de la conducta (Sherman, 1988). Dichos entornos prestan servicios globales y permiten que los investigadores puedan estudiar a los pacientes con trastornos de la conducta. Por ejemplo, de idéntica manera a lo que ocurría con el nivel de funcionamiento intelectual y la frecuencia con que se presentaban problemas de conducta, es posible que el aparente sesgo institucional que se apreciaba en la bibliografía sobre castigo analizada fuera congruente en relación a un análisis demográfico global de los pacientes. La Tabla 2 ofrece datos acerca de la incidencia de 6 problemas de la conducta referenciales hacia los cuales se dirigen con mayor frecuencia los procedimientos terapéuticos activos. Los datos se obtuvieron de una base de datos que opera a nivel estatal desde Nueva York y se refieren a personas de todas las edades y de todos los niveles de retraso mental que vivían en ambientes diferentes, que iban desde vivir con la propia familia hasta vivir en una residencia estatal (Jacobson, 1982). La tabla señala el número de personas que presentaban la conducta estudiada, el tanto por ciento de los que padecían retraso mental severo o profundo y el tanto por ciento de los que vivían en instituciones. La última línea de la Tabla muestra la distribución/reparto total de la población para establecer índices/proporciones base referenciales con las que poder comparar y evaluar otras series de datos. Para cada uno de los problemas referenciales, tanto

en niños como en adultos, aquellos que padecían retraso mental severo o profundo y aquellos que vivían en instituciones están sobre-representados entre las personas que presentaban las conductas referidas. En resumen, el análisis demográfico no puso de manifiesto ningún dato en apoyo de la afirmación de los autores de que existía un sesgo social a la hora de seleccionar el tratamiento, si acaso algunos hallazgos incompletos pero probablemente muy proporcionales.

ANÁLISIS IDEOLÓGICO

El razonamiento ideológico que después se hace en la monografía TASH carece pues de justificación empírica, al estar basado en los "datos" señalados anteriormente. Sin embargo, este razonamiento parte en muchos aspectos de un punto de vista retributivista, aunque después trata de convencer a los lectores para que rechacen este punto de vista. Sin embargo, la cuestión de la retribución frente al utilitarismo en relación a la ley puede tener muy poco que ver con el tratamiento eficaz de trastornos graves de la conducta en poblaciones seriamente anormales.

Las técnicas de persuasión utilizadas en las últimas secciones de la monografía TASH merecen especial atención. Tienden a contextualizar el análisis bibliográfico crítico como si se tratara de un trabajo orientado hacia una política pública y ponen de manifiesto la actitud hostil a la misma de los autores citados. Culpable por asocia-

TABLA 2

NUMERO DE PERSONAS QUE PRESENTAN TRASTORNOS CONDUCTUALES SELECCIONADOS CON INDICACIÓN DEL NIVEL DE RETRASO MENTAL Y DEL PORCENTAJE DE LOS QUE VIVÍAN EN UNA RESIDENCIA INSTITUCIONAL

Conducta	De 0 a 21 años			de 22 años y más		
	n.º	% S/P	% en inst.	n.º	% S/P	% inst.
Asalto/agresión	846	71	64	1.927	66	81
Destrucción de bienes	370	70	60	1.023	77	76
Autolesiones	737	87	65	1.964	85	87
Estereotipia	626	81	52	1.262	84	75
Rabietas	1.263	64	42	2.984	70	72
Pica	180	82	64	416	96	95
Total	8.728	59	34	20.103	54	52

Nota: Reanálisis de los datos, Jacobson (en comunicación personal, agosto 1988); S/P = retraso mental severo o profundo; Inst. = institución.

ción es la técnica retórica utilizada más evidente, siendo el mejor ejemplo de la misma la comparación absolutamente gratuita entre los estímulos aversivos utilizados en la investigación y los que dicen que se utilizan con prisioneros políticos (Guess y otros, 1986, págs. 23 y 24). La utilización de esta comparación con una tortura propia de un gobierno totalitario constituye un insulto porque minimizan las diferencias reales tanto éticas como prácticas que existen entre la represión política y las acciones de profesionales en el campo del retraso mental que están movidos por el deseo de aliviar el sufrimiento de estas personas y posibilitar que vivan de forma independiente.

Técnicas similares se utilizan después en la monografía TASH para describir a los científicos conductuales modernos, que son analizados asociándolos a las políticas de eugenesia social del pasado y a numerosas descripciones negativas tomadas de artículos de revistas/boletines y citadas fuera de contexto (Guess y otros, 1986, págs. 30-33), para llegar a la conclusión de que dichos científicos, como conjunto, tienen opiniones poco favorables acerca de las personas con incapacidades. ¿Las excepciones confirmarían la regla? Otra técnica relacionada con esto que utilizan es la de describir la deshumanización de estos mismos científicos conductuales "punitivos" que, después de todo, han extraído sus conocimientos del estudio de animales y que, por lo tanto, es probable que, en muchos aspectos, piensen en las personas con incapacidades como si de animales se tratara. ¿Tienen que suponer los lectores que esta lacra sólo afecta a los que han realizado las investigaciones fundamentales o que se extiende también a los resultados de las mismas? Y ¿qué pasa con las investigaciones fundamentales sobre reforzamiento positivo: ejercen el mismo efecto deshumanizador sobre la sensibilidad de los investigadores y los conocimientos extraídos de dichas investigaciones son también deshumanizadores cuando se ponen en práctica? (La respuesta a esta pregunta es probablemente "sí". Guess y otros piden que se investigue sobre "enfoques no conductuales del tratamiento de problemas de la conducta" —sin anticipar elemento alguno sobre cómo podrían ser esos enfoques— inmediatamente después de haber señalado la supuesta falta de libros de texto sobre enfoques conductuales no aversivos, como si la siguiente etapa en su progresión fuera el rechazo de la psicología de

la conducta. Esta progresión es exactamente la que ya había previsto Skinner (1971) como una característica de esos pensadores sociales que parten en su razonamiento de supuestos tradicionales acerca de la causalidad conductual y rechazan incluso la posibilidad de una ciencia de la conducta). ¿Es esta parte de la monografía TASH una llamada al rechazo de toda la ciencia biológica y conductual aplicadas basadas en parte en investigaciones con animales, es una llamada a rechazar sólo una parte de la misma o únicamente a los científicos?

Hay muchas razones para sospechar, basándose en la información obtenida de trabajos conectados con y derivados de esta monografía (Turnbull, 1986a, 1986b; Turnbull, Guess y Turnbull, 1988) que incluso aquellos que se oponen al uso de procedimientos terapéuticos aversivos defenderían sin duda vigorosamente el derecho de las personas con incapacidades a acceder a diagnósticos inmunológicos, quirúrgicos y de laboratorio, así como a otras técnicas aplicadas desarrolladas a partir de investigaciones con animales. El problema parece centrarse fundamentalmente en las ciencias de la conducta y debido al hecho, por otro lado no tan evidente, de que sus implicaciones filosóficas entran en conflicto, como tan claramente había señalado Skinner (1971), con las formas tradicionales de pensar acerca de la dignidad y de la libertad de los seres humanos.

DISCUSIÓN GENERAL

En resumen, esta investigación limitada sobre las relaciones existentes entre el rechazo de las terapias aversivas, la ideología y la ciencia nos hace pensar que dicho rechazo bien pudiera estar basado en razones ideológicas únicamente. Esto es claramente lo que ocurre en el caso de la monografía TASH, pero las obras de motivación ideológica, como esta última publicación, suelen tender, por su propia naturaleza, a caracterizarse por un conocimiento bastante pobre de la ciencia en general y de la ciencia de la conducta en particular. Los argumentos de tipo ideológico esgrimidos en la monografía TASH se derivan de un pensamiento social precientífico que después se aplica a un cuerpo científico; en esta monografía se ha utilizado selectivamente la información cientí-

fica con el fin de hacerla encajar en unos relatos de experiencias no científicos, introspectivos y emocionales que no siempre tenían que ver con los aspectos científicos concretos que se estaban discutiendo. Por último, se han observado contradicciones en las posturas adoptadas por algunas obras recientes sobre el tema, contradicciones que afectan al análisis ético y moral de las intervenciones para personas con incapacidades del desarrollo.

En el centro de la cuestión se encuentra un dilema que ya conocen los intelectuales modernos. Los análisis éticos y morales son importantes, pero rara vez llegan muy lejos ignorando los hechos o utilizando únicamente la retórica. Los hechos que son relevantes en un debate sobre ética y moral a menudo provienen de la ciencia, pero la ciencia es algo difícil de entender, que además no deja de descubrir nuevos hechos que desembocan en nuevas tecnologías. Inevitablemente, algunos hechos parecen contradecir creencias y prácticas establecidas, lo que, a su vez, se convierte en una amenaza para la ideología dominante. Debido a que los cambios, en el campo científico, son en ocasiones muy rápidos, la tendencia que se produce es rechazar la fuente de la información científica y las tecnologías que de esa información se derivan, con el fin de obtener un "respiro". Desgraciadamente, esto nunca funciona durante mucho tiempo y lo que suele provocar es que los que debían ser aliados naturales se convierten en enemigos. Rara vez estos conflictos favorecen al progreso, y la falta de progreso se paga a veces a costa de vidas humanas.

Los partidarios de las diferentes políticas pueden esperar evitarse futuras tensiones en el campo del retraso mental si reconocen la importancia que tienen la ciencia de la conducta y los científicos responsables en dicho campo, en el desarrollo de soluciones humanísticas a estos problemas clínicos graves. La cuestión ética, que es de la máxima importancia y a la que la ciencia sola no puede responder, se refiere al precio que nosotros y nuestros clientes/ pacientes estaríamos dispuestos a pagar por el lujo de afiliarnos a verdades ideológicas y morales absolutas que rechazarán el uso de algunos de los tratamientos eficaces que la ciencia moderna de la conducta pone a nuestra disposición. La División de retraso mental (33) de la Asociación americana de Psicología (APA) (Division on Mental Retardation of the

American Psychological Association) ha suscrito una postura en cuanto al uso de tratamientos conductuales eficaces que pone en guardia contra esas adhesiones a absolutos ideológicos que pueden actuar en perjuicio de los intereses de los clientes. Esta postura fue presentada en un reciente artículo de Jascobson y Mulick (1988) con una forma ligeramente diferente de la que finalmente se adoptó, pero para obtener una información más detallada puede acudir a dicho artículo. Las directrices oficiales de la División 33 de la APA, adoptadas inicialmente por el comité ejecutivo de la División 33 durante el Congreso de la APA de 1988 y clasificadas para su posterior distribución entre los psicólogos especialistas en retraso mental, reconocen a) la responsabilidad de los psicólogos profesionales con respecto a sus clientes individuales y b) la obligación de los psicólogos de utilizar procedimientos conductuales que puedan demostrarse eficaces, ya estén basados en motivaciones aversivas o de las apetencias, para ayudar a las personas a conseguir un autocontrol cada vez un mayor, a impulsar su participación en la vida activa y a desarrollar al máximo su potencial humano. Se recomienda que los procedimientos altamente restrictivos o aversivos sean utilizados únicamente cuando estén racionalmente justificados, sean necesarios, se utilicen en un contexto de asistencia general positiva y cuando exista el consentimiento del cliente y se den las condiciones de supervisión adecuadas. Estos procedimientos no han sido reglamentados, evidentemente debido a que no existen pruebas concluyentes de que un tratamiento conductual eficaz pueda conseguirse siempre utilizando medios alternativos.

En el análisis final, las circunstancias parecen requerir que se mantenga la opción de utilizar aquellas intervenciones terapéuticas normalmente conocidas como procedimientos aversivos. Y ello no porque se crea que el control aversivo es mejor que el control positivo, sino porque de entre todas las posibilidades de control posibles, estas intervenciones aversivas pueden constituir la mejor elección en determinadas circunstancias (por ej. Favell y otros, 1982; Foxx, Plaska y Bittle, 1986). Los efectos secundarios no deseables del control aversivo constituyen un grave problema (ver Skinner, 1953, para un extenso análisis de estos problemas) que puede ser de alguna manera más difícil de resolver o de evitar que los derivados del control po-

sitivo o de la motivación de las apetencias (pero ver Balsam y Bondy, 1982, para un estudio de los efectos secundarios de la recompensa/premio). Ser capaces de predecir algunos de los efectos secundarios no deseables ligados a los procedimientos terapéuticos puede y debe llevarnos a investigar las maneras de controlarlos. Sin embargo, existe un efecto secundario de las medidas de control positivo, que hasta ahora ni siquiera habíamos sospechado y que ha sido puesto de manifiesto por el presente debate, y es el de que tenemos la

sensación de estar actuando bien cuando evitamos el control aversivo de serios problemas conductuales de adaptación, incluso aunque los efectos de las intervenciones positivas que estamos utilizando sean escasos o nulos. Si nos encontramos ante uno de estos casos, debemos iniciar el proceso de control de los efectos secundarios haciéndonos la siguiente pregunta: ¿Las necesidades de quién tenemos realmente que atender?

James A. Mulick The Ohio
State University

HACIA UNA TECNOLOGÍA DE APOYO CONDUCTUAL "NO AVERSIVO" ⁽¹⁾

En este artículo se hace una introducción del tratamiento conductual no aversivo. Se sugieren importantes definiciones y se presentan tres elementos fundamentales: a) un emergente conjunto de procedimientos para apoyar a personas con trastornos conductuales graves; b) criterios de validación social que insisten en la dignidad de las personas; y c) una recomendación de que se prohíban o limiten ciertas estrategias. Estos elementos se definen con la esperanza de que provoquen ulteriores debates y análisis empíricos del apoyo conductual positivo.

En los últimos años ha surgido un movimiento de amplia base en apoyo del tratamiento conductual no aversivo. Este movimiento refleja una aceptación de la idea de que las personas con deficiencias graves que presentan conductas problemáticas deben ser tratadas con el mismo respeto y dignidad que los demás miembros de la sociedad (Evans y Meyer, 1985; Gast y Wolery, 1986; La Vigna y Donnellan, 1986; McGee, Menolascino, Hobbs y Menouseck, 1987). Refleja también la preocupación por el hecho de que muchas personas que presentan conductas no deseables han sido o son objeto de intervenciones inhumanas que no son éticas ni beneficiosas (Durand, 1988; Guess, Helms-tetter, Turnbull y Knowlton, 1987). El tratamiento conductual no aversivo busca alternativas diferentes a la insistencia en suprimir esas conductas problemáticas mediante contingencias aversivas y aboga, por el contrario, por la adopción de procedimientos positivos que eduquen y favorezcan el desarrollo de repertorios de adaptación (Evans y Meyer, 1985). Sin embargo, definir los elementos fundamentales y la base empírica del enfoque no aversivo sigue siendo uno de los principales retos (Mulick, en prensa).

Un rasgo importante del actual enfoque del tratamiento conductual no aversivo es que los conceptos básicos están siendo configurados desde perspectivas diferentes. No existe una técnica o procedimiento específicos que sean distintivos de este enfoque. Por el contrario, son los diferentes seguidores los que ofrecen no sólo recomendaciones variadas sobre procedimientos sino diferentes teorías conductuales que lo apoyan (Carr, 1988; Donnellan, La Vigna, Negri-Shoultz y Fassbender, 1988; Durand y Crimmins, 1988; Evans y Meyer, 1985; McGee y otros, 1987). Este artículo es una respuesta a esas diferentes presentaciones del tratamiento conductual no aversivo. Sin embargo, para empezar el

(1) Este artículo fue publicado en *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, vol. 15, n.º 3, 1990, págs. 125-132, con el título "Toward a technology of "Non-aversive" Behavioral Support". Para la preparación de este artículo se contó con la ayuda del Ministerio de Educación de los EEUU. Sin embargo, las opiniones expresadas en el mismo no reflejan necesariamente la postura o la política del Ministerio de Educación de los EEUU, y no debe inferirse por tanto ningún tipo de autorización oficial a lo expresado.

La traducción al español ha sido realizada por Jessica Lockhart.

debate es necesario primero definir los términos fundamentales.

DEFINIENDO "AVERSIVO" Y "NO AVERSIVO"

El término "tratamiento conductual no aversivo" es una denominación poco afortunada. En nuestra opinión, el término es inexacto desde el punto de vista operativo y está funcionalmente mal orientado. Es de la mayor importancia la falta de correspondencia entre los principios técnicos y éticos a la hora de definir un acto como aversivo. Técnicamente el término "aversivo" se refiere a una clase de estímulos que provocan una reacción de escapar o de evitarlos (Azrin y Holz, 1966; Bandura, 1969; Johnston, 1988; Van Houten, 1983). Una bofetada o un electroshock son aversivos si una persona se escapa o evita ser golpeada o recibir la descarga eléctrica. De modo similar, un abrazo o una col de Bruselas serán aversivos si una persona sistemáticamente se aparta o los evita. En muchos programas conductuales tradicionales los estímulos aversivos son utilizados como castigos en un esfuerzo por reducir ciertas conductas concretas.

El problema de la definición técnica es que no incluye un mecanismo claro para distinguir entre actos levemente aversivos y actos muy aversivos. Es prácticamente imposible prestar apoyo o educación que no incluya por lo menos algunas formas aversivas leves. Conseguir retener la atención, reorientar a una persona a partir de una conducta preferida (aunque sea autolesiva), pedir que realice una nueva conducta y darle algunas directrices educativas puede ser aversivo en alguna medida. Si se aplica la definición técnica de "aversivo" muy pocos profesionales médicos o educadores podrán afirmar que su enfoque es totalmente no aversivo.

Sin embargo, el tratamiento conductual no aversivo se ha desarrollado no tanto como respuesta a estímulos aversivos leves o potencialmente leves, sino como alternativa a actos extremadamente aversivos. La aplicación ideológica del término "aversivo" lo ha convertido en sinónimo de procedimientos que incluyen provocar dolor, negar las necesidades humanas básicas, o humillación social. Desde un punto de vista ético estos procedimientos se consideran demasiado extremos como para

aceptarlos como "tratamiento" (Guess, 1988).

Hasta el momento carecemos de los medios adecuados para valorar operativamente lo aversivo o intrusivo que es una intervención para un individuo concreto hasta que dicha intervención no se realiza. El resultado es que el tratamiento conductual no aversivo es interpretado por algunos como la abolición de todos los castigos. Para otros, el tratamiento conductual no aversivo se asocia al rechazo únicamente de aquellos castigos que impliquen dolor o daño físico (daño en los tejidos). Para otros una definición más compleja de lo aversivo incluye presunciones de "dolor físico o emocional". A efectos de este artículo, utilizaremos el término "aversivo" en su sentido técnico.

Una segunda y no menos importante razón por la que la denominación "tratamiento conductual no aversivo" es confusa es porque centra la atención en los aspectos negativos de este enfoque. Los elementos más importantes y atrayentes de la vía no aversiva del apoyo conductual residen en la insistencia y en la precisión con la que se utilizan estrategias de intervención positiva. Podemos anticipar ya que en el futuro se verá que estas contribuciones son mucho más importantes para definir el tratamiento conductual no aversivo que el rechazo de los procedimientos aversivos que preside hoy los esfuerzos por definirlo. Por esta razón, nos unimos a aquellos colegas que prefieren la denominación de "apoyo conductual positivo" y la vamos a utilizar a partir de ahora en este artículo.

Uno de los temas principales del enfoque positivo del tratamiento conductual es el de la variedad de aspectos técnicos y metodológicos que se engloban dentro del término "positivo". Programas educativos, programas positivos, formación en comunicación funcional, enseñar "con suavidad" (gentle teaching), programas de equivalencia funcional y tratamiento conductual no aversivo son variantes del enfoque positivo para prestar apoyo conductual. Entendemos que las diferencias entre ellas y las que puedan existir entre otras variantes son aspectos importantes y constructivos del movimiento. Como en todos los campos en desarrollo, se necesita tiempo para explorar las diferentes estrategias y opciones. En este momento un importante objetivo consiste en definir las diferentes variantes y en documentar sus efectos. Sin

embargo, de entre la variedad de debates y descripciones distinguimos tres aportaciones que consideramos dominantes: a) la emergente tecnología positiva; b) la insistencia en la validación social y en la dignidad humana a la hora de determinar la idoneidad de los procedimientos conductuales; y c) la recomendación de que se prohíban o limiten drásticamente cierta clase de técnicas conductuales.

UNA TECNOLOGÍA EMERGENTE DE APOYO CONDUCTUAL POSITIVO

La primera aportación del programa positivo es la insistencia en procedimientos específicos para tratar conductas problemáticas graves en situaciones comunitarias. Es importante reconocer que el enfoque positivo/no aversivo carecería de sentido si no fuera acompañado de un conjunto de procedimientos efectivos para tratar conductas problemáticas. De momento se está desarrollando la base empírica de una tecnología positiva, global, pero no es en absoluto concluyente (Carr, Taylor, Carlson y Robinson, 1990). Existen pruebas clínicas en las que la utilización de procedimientos positivos ha ido acompañada de una importante reducción de las conductas problemáticas más graves (Berkman y Meyer, 1988; Donnellan y otros, 1988; Donnellan, La Vigna, Zambito y Thvedt, 1985; Durand y Kishi, 1987; McGee y otros, 1987). Además, existe cada vez más literatura que recoge pruebas empíricas rigurosas de que técnicas específicas pueden reducir de forma importante determinadas conductas bajas ciertas condiciones experimentales (Carr y Durand, 1985; Durand y Carr, 1987; Horner y Albin, 1988; Hunt, Alwell y Goetz, 1988; Koegel, Koegel, Murphy y Ryan, 1989; Koegel y Koegel, 1990; Mace y otros, 1988; Singer, Singer y Horner, 1987; Winterling, Dunlap y O'Neill, 1987).

No existe sin embargo una base de datos que permita confiar en la idoneidad de los programas de tecnología positiva disponibles para responder a todas las conductas problemáticas graves. Los programas de tecnología positiva se está desarrollando todavía y están empezando a recibir el apoyo empírico adecuado. Sin embargo, entre los distintos esfuerzos para desarrollar esta tecnología creemos que hay por lo menos 9 temas comunes que vale la pena reconocer y apoyar. Son los que se mencionan a continuación:

UNA INSISTENCIA EN CAMBIAR EL TIPO DE VIDA

El enfoque positivo/no aversivo se centra en el estilo de vida del individuo, junto con la frecuencia, duración e intensidad de sus conductas problemáticas (Horner, Dunlap y Koegel, 1988). El apoyo conductual debe tener como resultado cambios durables y generalizados en la forma de actuar del individuo y dichos cambios deben incidir sobre el acceso del individuo a las situaciones comunitarias, a las relaciones sociales y a un abanico mayor de actos preferidos. Uno de los puntos más importantes de una tecnología de apoyo conductual es el reconocimiento de que los estándares para valorar el "éxito" están cambiando. Un plan eficaz de apoyo conductual debe incluir procedimientos para favorecer el acceso a actividades, lugares, personas, junto con actos que modifiquen los patrones de conductas específicas, deseables y no deseables (Hitzing, 1988; Horner, en prensa; O'Brien, 1987).

ANÁLISIS FUNCIONAL

Durante mucho tiempo se ha defendido la evaluación de los antecedentes y las consecuencias en el análisis conductual aplicado (Baer, Wolf y Risley, 1968; Bandura, 1969; Kanfer y Saslow, 1969; Ullman y Krasner, 1965). Sin embargo, se está desarrollando la tecnología del análisis funcional, y la atención se está centrandó en los procedimientos efectivos para determinar cuando es probable que se den conductas problemáticas y qué hechos pueden determinar que estas conductas se mantengan (Carr y Durand, 1975; Durand y Carr, 1987; Durand y Crimmins, 1988; Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman y Richman, 1982; Touchette, McDonald y Langer, 1985). Además, se está insistiendo cada vez más en establecer una relación directa entre los resultados obtenidos a partir de un análisis funcional y el programa de intervención concreto que se esté desarrollando (Carr, 1988; Horner y Billingsley, 1988; O'Neill, Horner, Albin, Storey y Sprague, 1988).

INTERVENCIONES COMPLEJAS (MULTICOMPONENTE)

El enfoque positivo del tratamiento conductual rara vez utiliza una intervención simple para afrontar una conducta proble-

mática concreta. En la mayoría de los casos, las intervenciones incluyen la manipulación simultánea de muchas variables (por ej. Berkman y Meyer, 1988; Durand y Kishl, 1987). Introducir al individuo en un entorno más personalizado menos aislado, haciendo caso omiso de las conductas que sean ligeramente inapropiadas, ofreciéndole múltiples posibilidades de elección, la enseñanza sistemática de nuevas conductas funcionales, aumentar el acceso a actividades preferidas y formación de personal pueden ser elementos de un mismo plan de intervención. Como parte de un enfoque que persigue cambiar el estilo de vida, la vía no aversiva incluye intervenciones complejas (con varios componentes) diseñadas para aumentar las conductas positivas a la vez que se reducen las conductas no deseables (Koegel y Koegel, 1988).

MANIPULACIÓN DE CIRCUNSTANCIAS ECOLÓGICAS Y DEL ENTORNO (CENTRO)

El tratamiento conductual se ha relacionado durante mucho tiempo con la manipulación de las circunstancias que precedían o seguían inmediatamente a las conductas tratadas. Dentro de este campo se está desarrollando un área muy atrayente que consiste en considerar que si van a verse afectados un importante número de patrones conductuales hay que tomar en cuenta una gama más extensa de variables. Algunos autores (Patterson, 1982; Wahler y Foxx, 1981) han propugnado la ampliación de las variables incluidas en los planes de apoyo conductual. Estas recomendaciones están empezando a ser tomadas en consideración en los planes de apoyo a individuos con deficiencias muy graves. La dieta, los horarios de comidas, las opciones para hacer ejercicio, los hábitos de sueño, las relaciones, el nivel de ruido, el número de personas por centro y la predicción de las actividades diarias están siendo consideradas como variables a tener en cuenta en referencia tanto a la calidad de vida de las personas como en la medida en que se manifiestan las conductas no deseables (Bailey, 1987; Kern, Koegel y Dunlap, 1984; Rast, Johnston, Ellinger-Allen y Drum, 1985). El punto importante para profesionales y familiares es que los planes de apoyo conductual están empezando a incluir elementos básicos prácticos que de forma muy esperanzadora pueden incidir en los cambios de conducta y

contribuir a aumentar las probabilidades de que esos cambios positivos perduren.

INSISTENCIA EN LAS MANIPULACIONES DE ANTECEDENTES

Los recientes enfoques positivos de apoyo conductual insisten en la importancia de la manipulación de antecedentes. Esta insistencia se concreta en aspectos como a) modificar las circunstancias en un entorno de manera que los estímulos que provocaban la conducta no deseable se reduzcan o desaparezcan (Touchette y otros, 1985) y b) añadir antecedentes que sirvan para aumentar las probabilidades de que se produzcan conductas positivas (Horner y Albin, 1988; Horner, Day, Sprague, O'Brien y Heathfield, en prensa). No se trata de ideas nuevas, pero la utilización creciente de informaciones obtenidas a partir de análisis funcionales permite que estos enfoques se conviertan en elementos prácticos de los planes de apoyo conductual.

ENSEÑANZA DE CONDUCTAS ADAPTATIVAS

Uno de los elementos centrales del enfoque no aversivo es la importancia concedida a enseñar a los individuos vías adaptativas para obtener los mismos resultados que ellos normalmente obtienen mediante conductas problemáticas (Carr, 1988; Evans y Meyer, 1985; La Vigna y Donnellan, 1986). Este enfoque se centra en determinar la "función" conductual de las conductas problemáticas y en enseñar a la persona formas socialmente aceptables de realizar esa función. Uno de los ejemplos más comunes es el de enseñar al individuo a comunicarse. Existe un número creciente de pruebas clínicas y experimentales en la que el desarrollo de la capacidad de comunicarse ha ido acompañado de una reducción de los niveles de conducta problemática (Carr y Durand, 1985; Durand y Carr, 1987; Horner y Budd, 1985; Koegel y otros, 1989). Las conductas problemáticas se producen como parte de una ecología conductual compleja. Prestando atención a las funciones que cumple la conducta problemática, los profesionales clínicos tal vez puedan identificar las deficiencias. Centrarse en el desarrollo de las capacidades identificadas pueda ser tal vez un enfoque efectivo y eficaz para reducir las conductas problemáticas sin recurrir a intervenciones intrusivas.

CREACIÓN DE ENTORNOS CON CONSECUENCIAS EFICACES

Los procedimientos positivos se centran en la manipulación de las consecuencias menos de lo que ha sido lo normal en las intervenciones conductuales. Los sistemas no aversivos incluyen procedimientos tradicionales que consisten en recompensar las conductas positivas y reducir la recompensa en el caso de conductas no deseables. El refuerzo diferencial de otra conducta (DRO)(Luselli, Miles, Evans y Boyce, 1985; Rose, 1979); el refuerzo diferencial de la conducta incompatible (DRI)(Mulick, Schroeder y Rojahn, 1980; Steen y Zuriff, 1977) y el refuerzo diferencial de conductas alternativas (Alt-R)(Carr, 1988) son las piedras angulares de todas las intervenciones conductuales. Sin embargo, el enfoque positivo también toma en cuenta variables referidas a otro tipo de consecuencias. Una estrategia ha sido la de identificar un supuesto reforzador de la conducta problemática, que perpetúa dicha conducta, y trasladar dicho reforzador, con mucha frecuencia, bien a conductas deseables, bien de forma no contingente (La Vigna y Donnellan, 1986).

Una segunda y más compleja aportación de los procedimientos positivos ha sido la de centrarse en el desarrollo de la trayectoria de refuerzos del individuo. Personas con conductas problemáticas que han vivido en ambientes muy restrictivos es posible que tengan una trayectoria de refuerzo muy limitada. Muy pocas circunstancias funcionan como reforzadores y la relación entre la conducta de una persona y los circunstancias positivas no es muy clara. Una aproximación a esta situación es crear un entorno en el que se establecen una serie de circunstancias potencialmente positivas, de forma muy frecuente y predecible, hasta que las conductas no deseables dejen de producirse. El objetivo es, en parte, permitir que alguna de estas circunstancias actúe como un reforzador eficaz. Sólo desarrollando reforzadores efectivos (incluyendo el contacto social con el personal) se puede esperar que el programa tenga éxito.

REDUCIR AL MÍNIMO EL USO DE CASTIGOS

Aunque existe un gran debate sobre el uso de castigos, el planteamiento general del enfoque de los programas positivos es

que no es deseable la aplicación de castigos en el caso de conductas problemáticas. La alternativa más común es minimizar el reforzamiento de las conductas problemáticas, reorientar a la persona hacia conductas más apropiadas y combinar este procedimiento con otras manipulaciones formativas y ambientales (Evans y Meyer, 1985; Koegel y Koegel, 1989; La Vigna y Donnellan, 1986; McGee y otros, 1987). Muchos defensores del tratamiento conductual positivo reconocen, sin embargo, que una serie de actos típicos (fruncir el ceño, refir, etc.) pueden ser considerados técnicamente como castigos y por lo tanto aportar una información fundamental sobre el aprendizaje.

DISTINGUIR ENTRE PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA Y PROGRAMAS PROACTIVOS

Una tecnología efectiva de apoyo a personas con conductas problemáticas graves debe ofrecer a las familias y al personal estrategias específicas para responder a esas conductas. No es suficiente recomendar simplemente que se ignoren o eludan esas conductas no deseables. Muchas conductas colocan a la persona con deficiencias o a los demás en una situación de riesgo social o físico tal que cualquiera de las dos opciones anteriores resulta inaceptable. Sin embargo, es igualmente importante reconocer que muchas veces la mejor respuesta a situaciones peligrosas no es realizar una intervención conductual destinada a cambiar la conducta, sino proporcionar en el momento el control necesario para asegurar que nadie resulte herido. Una tecnología efectiva de apoyo conductual positivo debe incluir procedimientos específicos de apoyo para situaciones de peligro. Sin embargo, es de vital importancia que se establezca una clara distinción entre estrategias de intervención en caso de crisis que no van a utilizarse con mucha frecuencia, y programas proactivos continuos tendentes a provocar cambios positivos importantes. No debe permitirse que los procedimientos de intervención para casos de crisis se conviertan en una limitación/freno continua ni que sean utilizados como una defensa por carecerse de programas efectivos.

El desarrollo de una tecnología bien definida de apoyo conductual positivo tomará tiempo. Actualmente hay disponible demasiado poca información como para

valorar si los enfoques positivos son capaces de resolver todos los problemas conductuales o documentar si un enfoque es mejor que otro. Se necesitan análisis empíricos bien controlados y análisis clínicos menos controlados. El objetivo para un futuro inmediato no debe ser forzar el consenso entre esas estrategias positivas que se están desarrollando, sino mejorar la precisión con la que se valoran empíricamente una amplia variedad de enfoques.

VALIDACIÓN SOCIAL Y PAPEL DE LA DIGNIDAD EN EL APOYO CONDUCTUAL

El segundo elemento definitorio del apoyo conductual positivo es la inclusión del principio de validez social (Wolf, 1978) para determinar la idoneidad de cualquier intervención. Definir cuál es el uso apropiado de una tecnología dentro de un contexto ético es algo aceptado desde hace mucho tiempo en el marco del análisis conductual aplicado (Kazdin, 1980). A menudo se han definido dos criterios profesionales. El primero es que cualquier intervención conductual debe estar justificada en relación a las ventajas que se espera conseguir para la persona con deficiencias (Irvin y Singer, 1984). Una intervención, independientemente de lo beneficiosa que sea, supone en alguna medida una intrusión en la vida de una persona. El nivel de intrusión debe guardar proporción con la importancia de las ventajas que se prevé conseguir. El segundo criterio es que los profesionales deben de utilizar la opción de intervención que sea menos intrusiva pero de la que se pueda esperar lógicamente que resulte eficaz dentro de un período razonable de tiempo (Foxy, 1982; Matson y DiLorenzo, 1984). Este segundo criterio a menudo ha desembocado en el principio que exige que las intervenciones menos intrusivas aparezcan documentadas como ineficaces antes de recurrir a otras acciones claramente intrusivas (Foxy, 1982; Proyecto de Ley Katz, 1988; Lovaas y Favell, 1987). Una importante matización de este principio es la que no exige que todas las intervenciones menos intrusivas se prueben sino que se intenten todas aquellas estrategias menos intrusivas que de acuerdo al nivel de desarrollo de las investigaciones en la materia y a la lógica podrían resultar eficaces.

Un enfoque positivo del tratamiento conductual suscribe plenamente estos criterios tradicionales. Sin embargo, a eso el

enfoque positivo añade un principio de "dignidad". Las intervenciones conductuales deben respetar y apoyar la dignidad de los individuos. Aquellos procedimientos que los miembros normales (típicos) de una sociedad consideren excesivos deben ser tratados con mucha cautela. El objetivo de las intervenciones conductuales es ayudar a la gente a integrarse plenamente en la sociedad, por lo tanto los procedimientos utilizados para conseguir este fin deben respetar los estándares establecidos por la sociedad. El exigir que las intervenciones conductuales sean socialmente aceptables supone el reconocimiento de que no sólo es importante el tipo de intervención que se utilice sino también la manera en que se realizan las intervenciones. Por su propia naturaleza, la tecnología conductual implica una valoración ética y técnica constante y en cada caso. Las intervenciones, incluso las que son sólo ligeramente intrusivas, o las basadas en el refuerzo, pueden ser realizadas de una manera indigna e inhumana, de forma irrespetuosa y estigmatizante para el individuo de conducta problemática. Por lo tanto, se hacen las recomendaciones siguientes:

1. La idoneidad de cualquier intervención conductual debe valorarse de acuerdo a tres criterios: a) ¿Existe un equilibrio lógico entre el grado de intrusión y las ventajas que va a suponer el cambio de conducta previsto para la persona de conducta problemática? b) La intervención propuesta es considerada por profesionales competentes como la intervención menos intrusiva de las que tienen posibilidades de éxito? c) ¿Consideran los miembros de la comunidad que la intervención no es inhumana, degradante ni irrespetuosa para el individuo que está recibiendo apoyo?
2. Cuanto más intrusiva sea una intervención mayor es la necesidad de que se establezcan de forma continua medidas de control público. Cuanto más intrusiva sea una intervención, mayor es la importancia de que los miembros de la comunidad (por ej. comités de derechos humanos) aprueben un plan escrito de intervención y observen como dicho plan se lleva a cabo. Las descripciones escritas y las denominaciones aplicadas a las estrategias de intervención conductual pueden

ser confusas. Que los miembros de la comunidad puedan observar repetida y directamente la puesta en práctica de la intervención es de vital importancia para mantener la validación social de las intervenciones más intrusivas.

3. Cuanto más intrusiva sea una intervención mayor es la necesidad de que se regule el procedimiento de aplicación de la misma. Cuanto mayor sea el grado de intrusión social o física de una intervención más necesarias son las regulaciones del procedimiento que establezcan a) quiénes pueden realizar la intervención, b) cuando pueden realizarse las intervenciones y c) las condiciones de control de la intervención. Por ejemplo, intervenciones como sobrecorrecciones, medicamentos psicotrópicos, o "time out" pueden ser usadas con un grado de intrusión mínimo o de lo contrario implicar restricciones sociales o físicas importantes. Aunque podría no ser adecuado la eliminación de estas intervenciones en todas sus formas, si es apropiado que las instancias reguladoras especifiquen las limitaciones al uso de las mismas, señalando cuando pueden utilizarse las formas más restrictivas e impidiendo que las apliquen personas que carecen de la formación adecuada para realizar intervenciones eficaces y éticas (Lovaas y Favell, 1987; Van Houten y otros, 1988).

RECOMENDACIONES PARA PROHIBIR O LIMITAR CIERTAS CLASES DE INTERVENCIONES CONDUCTUALES

El elemento más apasionadamente debatido del programa positivo ha sido su recomendación de que los procedimientos conductuales aversivos sean eliminados o restringidos (Iwata, 1988; Matson y Taras, 1989; Mulick, en prensa). Desde uno de los extremos se ha hecho un llamamiento para que todas las intervenciones que a) provocan dolor físico, b) producen daño (atención médica) o c) sean consideradas inhumanas e irrespetuosas, sean legal y moralmente prohibidas. En este sentido aparecen muchas recomendaciones en textos (Donnellan y otros, 1988; Evans y Meyer, 1985; La Vigna y Donnellan, 1986;

McGee y otros, 1987), boletines (Sobsey, 1987), resoluciones de organizaciones de profesionales (TASH, AAMR, ASA) y proyectos de ley/ reglamentos estatales (Proyecto de ley Katz, 1988). En respuesta a ello se ha argumentado que en un pequeño número de casos graves es más inmoral no realizar una intervención eficaz, aunque sea dolorosa (por ej. un electroshock), o utilizar intervenciones menos eficaces que requieren más tiempo para hacer su efecto, que usar procedimientos dolorosos pero inmediatamente eficaces (Mulick, en prensa). Igualmente importante es la argumentación de que imponer prohibiciones a una ciencia tan joven y mal definida como la del apoyo conductual es perjudicial para el desarrollo de procedimientos prácticos eficaces.

El debate sobre la prohibición o restricción de intervenciones que usen estímulos muy aversivos no va a acabar pronto. Un aspecto poco afortunado del debate es que no se centra en las aportaciones más importantes de apoyo conductual positivo al desarrollo de una tecnología y unos principios de validación social. Los aspectos positivos del debate son a) que está obligando a realizar una valoración profunda de cuáles son los procedimientos profesionales aceptables y b) que está haciendo que se oiga muy alto la voz de familiares y consumidores del apoyo conductual en relación al debate que desde hace mucho tiempo mantienen profesionales clínicos y moralistas. Además, se está imponiendo en este campo la idea de que los estímulos aversivos deben estar regulados (bien por organizaciones profesionales, bien por mandato legal). Lovaas y Favell (1987), por ejemplo, han propuesto una serie de directrices de utilización de estímulos aversivos que excluye el uso de estos procedimientos de todos los casos excepto aquellas situaciones extremadamente inusuales e incluso en éstas situaciones extremas han de ser aplicados por un número reducido de profesionales bien preparados y debidamente controlados. La diferencia funcional entre las directrices profesionales propuestas por Lovaas y Favell (1987) y una total prohibición de todos los procedimientos que impliquen dolor o daño es mínima en cuanto al número de personas que podrían recibir los estímulos aversivos. Está claro que ha llegado el momento de limitar el uso de estímulos y procedimientos dolorosos, lesivos o inhumanos. La discusión no debe versar sobre si limitar o no el uso de intervenciones

conductuales severas sino sobre cómo establecer dichas limitaciones.

El mensaje constante a familias, profesores y profesionales de servicios sociales es que el programa positivo es la tecnología que esperaban. El uso sistemático de procedimientos que provocan dolor (shocks, pellizcos, bofetadas), de procedimientos lesivos (que producen contusiones, heridas, huesos rotos) o de procedimientos irrespetuosos e inhumanos (esprays faciales, crema de afeitar en la boca, olores que repelen) ya no es aceptable. Las familias, educadores y personal de servicios sociales deben orientarse hacia a) adquirir formación en tecnología de programas positivos y b) establecer políticas internas o procedimientos para prevenir el abuso en la utilización de procedimientos altamente intrusivos.

La solución del debate generado en torno al uso de estímulos aversivos es desarrollar y documentar rigurosamente los procedimientos positivos de apoyo que provoquen cambios constantes, rápidos, durables y generalizados en las conductas problemáticas a la vez que favorecen el que se produzcan importantes cambios en el estilo de vida. Es un objetivo muy ambicioso pero deben existir estrategias efectivas que permitan crear alternativas al uso de procedimientos conductuales que son dolorosos, lesivos o inhumanos. La cuestión fundamental es cómo hacerlo y cómo asegurar que todas las personas tengan acceso al mejor, más humano y más efectivo apoyo posible. La unión entre ideología y ciencia debe producirse para ofrecer alternativas positivas eficaces.

CONCLUSIÓN

Este artículo describe aspectos del apoyo conductual positivo. Hemos tratado de definir con mayor precisión esta tecnología e insistir en tres elementos principales: a) un emergente conjunto de procedimientos, b) la inclusión de principios de validación social para establecer la aceptabilidad de los procedimientos y c) la prohibición o regulación de aquellos procedimientos excesivamente aversivos o irrespetuosos. A través de estos tres elementos, el apoyo conductual positivo integra tecnología y valores. Hasta el momento los valores están mucho mejor definidos que la tecnología. Nuestra esperanza es volver a centrar la atención en el debate, el análisis y la aplicación de estos procedimientos que serán fundamentales para que en nuestro campo se imponga el apoyo conductual positivo frente al enfoque controvertido de la tecnología tradicional.

Robert H. Horner
University of Oregon

Glen Dunlap
University of South Florida

Robert L. Koegel
University of California in Santa Barbara

Edward G. Carr
State University of New York in Stony Brook

Wayne Sailor
San Francisco State University

Jacki Anderson
California State University, Hayward

Richard W. Albin y Robert E. O'Neill
University of Oregon

MITOS QUE CONFUNDEN NUESTRA PROFESIÓN⁽¹⁾

Ante el serio desacuerdo que existe entre la comunidad conductista sobre qué procedimientos son éticos y efectivos y cuáles no, en concreto centrándonos en el papel del castigo y reforzamiento negativo en el repertorio de procedimientos correctivos, describimos una variedad de ideas que controlan muchas de las prácticas dentro de nuestro campo, aunque no tengan una base científica, y presentamos una crítica a estos mitos para intentar corregir las malas interpretaciones que prevalecen.

MITO UNO: LOS PROCEDIMIENTOS AVERSIVOS NO SON PROCESOS NATURALES Y NORMALIZADORES

El castigo es una práctica normalizada en nuestra sociedad (los gobiernos castigan a los que quebrantan la ley con multas, suspensiones,..., y lo mismo se observa en las escuelas, familias, etc.).

En nuestra forma de vida una gran cantidad de conductas están controladas por refuerzo negativo, más que por refuerzo positivo.

Eliminar todas las formas de condicionamiento aversivo es imposible. Es un proceso natural que es responsable parcialmente de la supervivencia de la especie humana (evitar tocar el agua que está hirviendo, o saltarse un semáforo en rojo...).

Otra cuestión es si las poblaciones discapacitadas están expuestas a procedimientos de castigo inusuales debido a que están desvalorizadas dentro de los valores que rigen en la sociedad y porque no se puedan defender por si mismos.

Desde el punto de vista de la investigación, hay que tener en cuenta que mu-

chas de las personas que exhiben conductas desadaptadas serias y que los procedimientos menos restrictivos no son factibles.

No siempre el público se opone a la utilización de procedimientos de castigo (p.e. padres).

MITO DOS: EL REFORZAMIENTO POSITIVO TIENE UNAS CARACTERÍSTICAS DE MODIFICACIÓN MAYORES QUE EL CASTIGO

Las críticas al castigo han sido principalmente dos, las dificultades de generalización a través de situaciones y del tiempo y los efectos secundarios adversos (p.e., la agresión, huida...).

La generalización es un problema para todos los procedimientos conductuales.

(1) Este artículo, cuyo título original es "Myths that mis (guide) our profession" hace parte del libro *Perspectives on the use of nonaversive interventions for persons with developmental disabilities*, publicado en 1990 por Sycamore Publishing Company, Illinois.

La traducción al español ha sido realizada por M.^a José Goñi Garrido.

tanto si están basados en el castigo como si lo están en el refuerzo positivo.

Se han apuntado otros efectos secundarios deseables en el uso del castigo como son la mejora de las relaciones sociales, incremento de la atención en la tarea, incremento de la conducta de juego.

Ocasionalmente el refuerzo positivo tiene también efectos secundarios negativos (excesiva dependencia, robar, mentir, etc.).

La investigación es necesaria para poder probar que el refuerzo positivo es superior al castigo.

MITO TRES: NO HAY EVIDENCIAS DE QUE LOS PROCEDIMIENTOS DE CASTIGO FUNCIONEN PEOR QUE LOS PROCEDIMIENTOS DE REFUERZO POSITIVO

Esto es una cuestión falsa dado que todos los estudios que utilizan el castigo lo hacen en conjunción con un componente de refuerzo positivo a las conductas apropiadas.

El programa ideal para eliminar conductas urgentemente puede ser el resultado de una combinación de refuerzo positivo y castigo con la eliminación gradual de este último e incluso del componente del refuerzo.

MITO CUATRO: EL CASTIGO DEBERÍA USARSE ÚNICAMENTE COMO ÚLTIMO RECURSO O ESTAMOS OBLIGADOS A USAR LOS PROCEDIMIENTOS DE REFORZAMIENTO POSITIVO ANTES DE INTENTAR LOS PROCEDIMIENTOS DE CASTIGO

Algunas veces el castigo debería ser utilizado desde el principio; otras veces no se debería utilizar nunca. Dependerá de la urgencia e importancia que tiene que la conducta cese.

Los individuos pueden perder oportunidades sociales, educacionales y vocacionales importantes, e incluso verse expuestos a restricciones químicas o institucionalización si no se consigue eliminar eficazmente los graves problemas de conducta que presentan.

MITO CINCO: LOS COMITÉS DE DERECHOS HUMANOS SON LAS MEJORES SALVAGUARDAS PARA PROTEGER LOS DERECHOS DE LOS CLIENTES

Existen organismos encargados de asegurar la integridad del programa (formados por grupos de expertos en análisis conductual aplicado) y otros para proteger los derechos humanos de intimidad, atención médica, educación, interacción social, ... del cliente (formados por ciudadanos interesados). Hay estudios que demuestran que la mayoría de estos últimos grupos se ocupan, a pesar de no ser su cometido y de no tener habilidades para ello, de valorar la validez clínica del programa. Esto tiene como resultado demoras en la implementación de los programas.

Una de las recomendaciones más frecuentes es que la intensidad de los castigos se incremente de forma gradual, sacar al cliente de la habitación de aislamiento tan pronto como se calme. En muchos casos en oposición directa con las indicaciones de la investigación. Los motivos benévolutos de estos comités están obstaculizando, más que ayudando al estudiante. Cuando éstos se exceden en sus límites se vuelven parte del problema, más que parte de la solución.

MITO SEIS: LAS JERARQUÍAS DE TRATAMIENTO ALTERNATIVAS PROTEGEN A LA GENTE DE LOS PROCEDIMIENTOS INNECESARIAMENTE RESTRICTIVOS

Listas que comienzan con los procedimientos no restrictivos o menos restrictivos y acaba por aquellos considerados altamente restrictivos según criterios que muchas veces olvidan incluir efectos secundarios, daños físicos que suponen al cliente y personal que implementa el programa, cantidad de tiempo que el cliente está fuera de programas más normalizados. El criterio que parece tener mayor influencia a la hora de construir una de estas jerarquías de tratamiento es su "ofensividad pública".

La mejor estrategia sería "educar" al público sobre las razones para aplicar ciertos procedimientos. Los conductuistas no deberían ser diferentes que los médicos quienes una vez tuvieron que convencer al

público de que diseccionar cadáveres no era una perversión médica, sino una práctica necesaria para los objetivos de la investigación y la educación.

MITO SIETE: LA ASOCIACIÓN PARA EL ANÁLISIS CONDUCTUAL ES UN PROCASTIGO

En el debate sobre los procedimientos aversivos, una parte puede llamarse a sí misma "anticastigo" lo que implica que sus oponentes son "procastigo". El uso de estas etiquetas puede ser funcional para ganar una campaña política o debate, pero no lo es para resolver la cuestión de si los procedimientos aversivos son necesarios.

El hecho es que el desacuerdo entre las organizaciones de profesionales en esta cuestión clave se ha extendido.

En 1.982 la "Asociación para las personas con Retraso Severo" (TASH) declaró su rechazo contra el uso de muchas formas de castigo con personas retrasadas de forma implícita.

La Asociación de Análisis Conductual apuntó los derechos de tratamiento que cada individuo debería tener, determinando que exponer a los individuos a procedimientos restrictivos debería estar prohibido a menos que produzcan cambios socialmente significativos y seguros.

Tal posición se puede valorar como "procastigo" en su sentido más comprensivo y ético posible. Prohíbe el uso de procedimientos restrictivos cuando son innecesarios.

De la misma manera, B.F. Skinner se posicionó al respecto: " Si un estímulo breve y sin dolor, hecho precisamente contingente a la conducta auto-destructiva, suprime la conducta y deja al niño libre para desarrollarse de otra forma. Yo creo que esto puede estar justificado".

MITO OCHO. LOS PROCEDIMIENTOS NO AVERSIVOS ESTÁN DISPONIBLES AHORA PARA TRATAR TODOS LOS DESORDENES DE CONDUCTA

Donnellan y LaVigna (1987) hablan de 500 casos que demuestran que hay estra-

tegias disponibles para hacer frente cualquier tipo de problema de conducta sin utilizar circunstancias aversivas". La mayor parte de los casos a los que se refieren son gente con retrasos mínimos y problemas de conducta medios.

La "Gentle Teaching" también rechaza el uso de procedimientos de castigo y enfatiza el desarrollo de relaciones humanistas entre el educador y el estudiante que resulten en un vínculo, el cual hará que el profesor gane el control sobre la conducta inapropiada del estudiante. McGee (81985) habla de 650 individuos cuyas conductas incluían la autolesión y la agresión, en todos los niveles de retraso mental. Algunos de los fallos encontrados en la revisión de McGee son: ausencia de descripciones prácticas y conceptos correctos de análisis conductual aplicado; no implementación en individuos con retraso mental profundo; falta uso de diseños de investigación para evaluar los resultados del tratamiento; utilización de procedimientos de castigo que él había criticado en otros.

Determinados autores como Rimland, LaGrow y Repp hablan de la necesidad de utilizar procedimientos aversivos "en casos seleccionados" y se citan un importante número de estudios en los que los procedimientos aversivos fueron más efectivos que los de refuerzo positivo, manipulación del ambiente y extinción sensorial.

A pesar del desarrollo de nuevas tecnologías de manejo conductual no aversivo, no parece conveniente abandonar la opción de usar técnicas aversivas en casos seleccionados. Cuando nos volvamos más sofisticados en el uso de estrategias no aversivas, deberíamos limitar las condiciones bajo las cuales se utilizan los procedimientos restrictivos.

MITO NUEVE: LA GENTE QUE SE OPONE AL USO DE PROCEDIMIENTOS DE CASTIGO CON INDIVIDUOS DISCAPACITADOS NUNCA CASTIGA A LOS PROFESIONALES QUE ESTÁN EN DESACUERDO CON ELLOS

Muchas de las acciones llevadas a cabo por los defensores de la utilización de procedimientos no aversivos contra aquellos que están en desacuerdo con ellos son

ejemplos claros de procedimientos aversivos.

En conclusión, los derechos individuales a un tratamiento efectivo y humano son indudables. La definición de los parámetros de este derecho es una cuestión a debate entre los profesionales. A algunas personas se les ha denegado su derecho a

un tratamiento efectivo y esto en si mismo es un castigo.

El apoyo del autor al uso selectivo de procedimientos restrictivos no significa que en nuestro campo no haya cuestiones importantes a investigar.

S. Axelrod

REVISIÓN DE DIFERENTES ENFOQUES DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

DISMINUCIÓN DE CONDUCTAS EN PERSONAS CON RETRASO SEVERO Y AUTISTAS
R.M. FOXX

AL TERNA TIVAS AL CASTIGO: SOLUCIONANDO PROBLEMAS DE CONDUCTA CON ESTRATEGIAS NO AVERSIVAS
G. LAVIGNA, A.M. DONNELLAN

ANÁLISIS FUNCIONAL DE PROBLEMAS DE CONDUCTA: GUIA PRACTICA DE EVALUACIÓN R.E.
O'NEILL, R.W. ALBÍN, K. STOREY, J.R. SPRAGUE

ASPECTOS ESPECIALES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL
AMERICAN JOURNAL ON MENTAL RETARDATION

NORBERA ZAURITZEKO JOKABIDEAN IRAKASTE-LEUNAREN ETA IKUSMEN-ESTALKETAREN KONPARAZIOZKO ERAGINAK
L.J. JONES, N.N. SINGH, K.A. KENDALL

ATZERATASUN LARRI A DITUZTEN PERTSONEN BIZMODUAN AGERTZEN DIREN ZENBAIT ARAZO KRITIKOAK
LH. MEYER, C.A. PECK, L BROWN

FOXX, R.M. *Decreasing Behaviors of Severe/y Retarded and Autistic Persons*, 1982, Research Press, Champaign, Illinois.

DISMINUCIÓN DE CONDUCTAS EN PERSONAS CON RETRASO SEVERO Y AUTISTAS

Este libro es el segundo de los dos volúmenes dirigidos a profesionales que se ocupan del incremento y disminución de las conductas de individuos con autismo y retraso mental severo y profundo.

Así como el primer volumen se dedicó al tema de incrementar conductas, éste lo hace en disminuir conductas que, quizás, es algo más complejo ya que los profesionales deben adquirir mayor responsabilidad debido a las técnicas que se pueden utilizar.

Dirigido a maestros, ayudantes, personal institucional, diseñadores de programas, miembros de los comités de manejo conductual o comités de procedimientos restrictivos.

Se centra en personas con retraso mental severo y profundo ya que hay menos textos disponibles para tratarles que con niveles más altos de discapacidad.

Los procedimientos se presentan de acuerdo con el Modelo de Tratamiento Menos Restrictivo que se ha desarrollado para proteger las libertades civiles de las personas con retraso en el desarrollo.

Este modelo incluye todos los aspectos de la vida de la persona retrasada, incluyendo su ambiente de vida y métodos usados para incrementar sus conductas apropiadas y disminuir sus conductas desadaptadas. Las técnicas para reducir o eliminar conductas están distribuidas en categorías de acuerdo con su aversividad, intrusividad, y severidad, empezando con aquellas que son las menos aversivas y acabando con aquellas que son las más aversivas. El modelo dictamina que no podemos usar procedimientos más aversivos hasta que hayamos demostrado que procedimientos que son menos aversivos resultaron ineficaces o en revisiones de la literatura se demuestran ineficaces para reducir la conducta desadaptada en cuestión.

Se especifican los pasos para el seguimiento del modelo y se describe cómo debe elaborarse un programa para ser remitido a los padres del estudiante, instituciones de derechos humanos, etc.. Se proporciona un ejemplo de solicitud de consentimiento para llevar a cabo un programa.

Los procedimientos descritos en este libro están categorizados desde el nivel menos restrictivo hasta el más restrictivo mediante tres niveles. Los procedimientos del nivel 1 no tienen propiedades aversivas o intrusivas; los procedimientos del nivel 2 tienen algunas; los procedimientos del nivel 3 son bastante aversivos e intrusivos, y requieren un permiso escrito antes de su uso.

Hay tres procedimientos de reforzamiento que se pueden utilizar para disminuir conductas inapropiadas: RDO (Refuerzo Diferencial de Otras Conductas), RDA (Reforzamiento diferencial de Conductas Apropriadas), y RDI (Refuerzo Diferencial de Conductas Incompatibles). Cuando se realizan apropiadamente, ninguno de ellos restringe los derechos de las personas retrasadas.

Además de describir ambos procedimientos, se indican las normas a seguir en el diseño de cualquier programa para disminuir conductas inapropiadas. Estas son: (1) seleccionar un período de tiempo que se pueda dedicar exclusivamente al programa, (2) tener una persona que tome la responsabilidad del programa, y, (3) en general, crear actividades que sean incompatibles con la conducta inapropiada. Una regla importantísima para todos los programas de reforzamiento es que siempre hay que utilizar el reforzador más preferido por el estudiante que tengamos disponible.

De los tres procedimientos de reforzamiento, el RDI usualmente es el más efectivo para reducir la conducta desadaptada. Los procedimientos de RDO y RDA pueden producir alrededor del 50 % de disminución de la conducta, pero este porcentaje puede ser mayor combinando éstos con procedimientos más intrusivos y reductivos.

La saciación y la práctica negativa son los siguientes procedimientos descritos. En la práctica algunas veces se confunden, pero hay maneras de diferenciarlos. La práctica negativa sigue a la conducta desadaptada, haciendo que el procedimiento sea una consecuencia, mientras que la saciación se da independientemente de la conducta desadaptada y no puede ser una consecuencia. Y finalmente, la práctica negativa es un procedimiento intrusivo y aversivo (nivel 1), mientras que la saciación no lo es (nivel 2).

La extinción es eliminar el reforzamiento que ha estado manteniendo o incrementando una respuesta indeseable. Hay algunos fenómenos comunes asociados con el uso de la extinción: (1) la conducta empeora antes de empezar a mejorar, (2) la conducta se reduce gradualmente, (3) puede darse agresión inducida por la extinción, (4) puede darse una recuperación espontánea, y (5) el procedimiento puede resultar inefectivo si una persona del ambiente del estudiante no sigue el programa de extinción. Es un procedimiento del nivel 2.

Hay dos tipos de restricción física, conductual y custodial. La conductual es cuando la restricción se hace contingente a la conducta desadaptada y la custodial es no contingente y le impide al estudiante hacer la conducta por un período inespecífico de tiempo. Se valoran los inconvenientes de la restricción custodial, los pasos a seguir en la restricción conductual física, así como las ventajas y desventajas de su uso. Dentro de éstas últimas podemos destacar: que es un procedimiento altamente aversivo e intrusivo; la restricción puede adquirir un valor reforzante; la restricción mecánica puede aumentar la fuerza muscular del estudiante; la restricción manual puede requerir la participación de todo el personal; el estudiante y el personal puede resultar dañado en la aplicación inicial de la restricción.

Cuando se usa la restricción física es necesario pedir permiso a todas las partes relevantes, ya que es un procedimiento del nivel 3. Todo el personal debe estar entrenado para su uso.

El castigo es un procedimiento que disminuye la frecuencia futura de la conducta a la que sigue. Hay dos tipos de castigo, uno que supone la presentación de un estímulo aversivo y otro que supone la retirada de un refuerzo positivo cuando se presenta la conducta inapropiada. Hay diversas variables que influyen en la efectividad del castigo, como son la intensidad, inmediatez de aplicación, consistencia,... Se describen las ventajas y desventajas de su uso.

Se debe programar su reducción y eliminación tan pronto como sea posible, p.e., utilizando un estímulo aversivo condicionado. También es importante aplicar el castigo en los primeros pasos de la cadena de la conducta inapropiada.

El aislamiento es un castigo del tipo II, el refuerzo positivo es eliminado durante un período de tiempo determinado cuando ocurre la conducta inapropiada. Hay dos tipos de aislamiento: exclusionario y no exclusionario. Se detallan las características de los programas de aislamiento y las formas en las que se puede usar aislamiento exclusionario. Este es un procedimiento altamente aversivo (nivel 3), mientras que el no exclusionario estaría en un nivel 2.

La sobrecorrección es un castigo del tipo I en el que la conducta desadaptada del estudiante provoca que se le haga sobre corregir los efectos ambientales de la misma y/o practicar formas más apropiadas de conducta en aquellas situaciones que la conducta desadaptada ocurre más a menudo. Los dos componentes de la sobrecorrección son la restitución y la práctica positiva. Se describen sus características principales, así como sus ventajas y desventajas. Es también un procedimiento del nivel 3.

En último lugar se exponen las formas de registro y medida de las conductas para determinar si es necesario intervenir o si un programa tiene éxito. Medidas de línea base mediante registros de frecuencia y muestreos de tiempo que se deben utilizar antes de comenzar cualquier programa reductivo. Consideraciones a tener en cuenta para determinar si una línea base es adecuada o no.

La evaluación del éxito de un programa en la fase de intervención, haciendo énfasis en la fiabilidad entre observadores, cómo realizarla y porcentaje mínimo aceptable de acuerdo (70 %-80 %).

Se presentan algunos procedimientos para el entrenamiento en generalización y mantenimiento de los efectos positivos conseguidos sobre la conducta a través de situaciones, personas,...

M.^a José Goñi Garrido

LAVIGNA, G., DONNELLAN, A.M., *Alternatives to Punishment: Solving Behavior Problems with No Aversive Strategies*, 1 986, Irvington Publishers, New York.

ALTERNATIVAS AL CASTIGO: SOLUCIONANDO PROBLEMAS DE CONDUCTA CON ESTRATEGIAS NO AVERSIVAS

El libro está dividido en dos grandes partes. La primera parte proporciona las bases para esta tecnología. Se presenta la posición filosófica en función del objetivo de programación, así como algunas consideraciones éticas que uno debería valorar en cualquier programa de cambio conductual. Se apuntan algunas consideraciones administrativas y legales, incluyendo los problemas surgidos por las sanciones y pautas en el uso de intervenciones conductuales aversivas. Finalmente, la sección incluye consideraciones de procedimiento que, en opinión de los autores, también arguyen por una tecnología no aversiva.

La segunda parte, la esencia de este trabajo, es una presentación comprehensiva de una variedad de procedimientos no aversivos recogidos de la literatura experimental y aplicada que, o bien han sido o podrían ser usados para conseguir la disminución de un amplio rango de problemas de conducta. Cada capítulo se ha organizado alrededor de los siguientes encabezamientos: Introducción (que incluye definiciones y revisión de la literatura); Ventajas; Precauciones; Sugerencias para la Implementación; e Ideas de Investigación.

La efectividad de un procedimiento para reducir un problema de conducta en un alumno es un criterio para su uso, pero no necesariamente el más importante. Las decisiones de tratamiento deben incluir muchas cuestiones de valor complejo como las surgidas desde el punto de vista filosófico. Por ejemplo, si uno tiene derecho de hacer sufrir a otro incluso si parece cierto que el sufrimiento tendrá en último lugar un beneficio para esa persona. Las consideraciones éticas soportan la utilización de tecnología no aversiva para las intervenciones conductuales.

Existen, además, cuestiones que conciernen sobre todo a los patrocinadores, pero sobre todo a aquellos que trabajan o administran programas con fondos públicos, como son: la regulación creciente del campo mediante cuerpos legales y administrativos, los derechos de los clientes, legitimidad, consentimiento para el tratamiento y las implicaciones administrativas que regulan la competencia personal para el uso de intervenciones potencialmente perjudiciales.

La conducta humana nunca ocurre en el vacío. Sin un análisis del contexto, y una intervención basada en la información resultante, uno corre el riesgo de tener que afrontar una serie interminable de problemas de conducta que son al final en parte una función del contexto.

Es necesario llevar a cabo un análisis funcional de las conductas problema antes de discutir cualquier procedimiento de cambio conductual. El análisis funcional incluye: un análisis de la ecología o contexto en el que ocurre la conducta; un análisis específico de los estímulos antecedentes que la provocan y las consecuencias que sirven para mantenerla; un análisis de las funciones comunicativas para las que la conducta puede estar sirviendo al individuo.

En función de los resultados del análisis conductual se planificará la intervención ecológica (esfuerzo global por cambiar el contexto general en el que la conducta ocurre y establecer otro en el que sea menos probable que ocurra la conducta); la programación positiva (enseñanza de una nueva conducta o clase de conductas o sustitución de los medios comunicativos o sustitución por una conducta socialmente más apropiada o asignación de significado) como forma más apropiada para proceder en el manejo de la conducta indeseable.

Además se describen diversas estrategias no aversivas que se pueden usar conjuntamente con las opciones de programación descritas anteriormente.

El refuerzo diferencial de conductas alternativas (RDI) supone el refuerzo diferencial de aquellas conductas que son topográficamente diferentes de la conducta problema. Se exponen algunas variantes al procedimiento original y sugerencias generales y específicas para su implementación. Igualmente se discuten sus ventajas e inconvenientes.

El reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO) se define como el reforzamiento por la realización de cualquier conducta que no sea la conducta problema dentro de un intervalo específico de tiempo. Se describen sus variantes de intervalo fijo o variable de tiempo.

El reforzamiento diferencial de bajas tasas de respuestas (RDB) que se describe como la administración de un refuerzo como una consecuencia a la conducta problema pero sólo si ésta ocurre después de un tiempo interrespuesta de una duración específica.

El procedimiento del control de estímulos consiste en reforzar una conducta cuando ésta ocurre ante unos estímulos discriminativos y extinguirla cuando ocurre ante otros diferentes. Se utiliza para conseguir que en un futuro la conducta se dé bajo la condición de estímulo discriminativo y no bajo la condición de estímulo delta. Es muy útil cuando el objetivo no es eliminar la conducta problema, sino ponerla bajo el control discriminativo de un grupo más limitado de estímulos (p.e., masturbación, desnudarse en público,...).

El control instruccional existe cuando el alumno responde apropiadamente en presencia o seguido a la presentación de una instrucción o petición que puede ser verbal, escrita, gestual, signada o simbólica. Esto supone el refuerzo diferencial de la respuesta cuando esta ocurre después de la presentación de una petición o instrucción. El reforzamiento no se administra si la respuesta ocurre en ausencia del estímulo instruccional. En determinadas ocasiones será necesario utilizar este procedimiento junto con los soportes físicos. El procedimiento se describe ampliamente.

Otro procedimiento es el de cambio de estímulos que implica la introducción repentina y no contingente de estímulos novedosos o una alteración dramática de las condiciones de estímulos incidentales (sin papel funcional en las normas de contingencia). Es un procedimiento más efectivo para controlar la conducta indeseable que para asociarla a nuevas consecuencias. Sus resultados son una reducción de la respuesta transitoria. Este procedimiento se ha utilizado con delincuentes y autistas de niveles altos.

Los procedimientos de condicionamiento respondiente están basados en los siguientes principios: las asociaciones se forman entre sucesos que ocurren juntos; la fuerza de cualquier asociación depende de la frecuencia con la que los sucesos son apareados; la fuerza de una asociación depende de la intensidad de las sensaciones que evoque. Ejemplos de técnicas de este tipo no aversivas son el entrenamiento en relajación progresiva, con o sin asistencia de bioretroalimentación, y la desensibilización sistemática.

El condicionamiento encubierto, análogo a los procedimientos operantes se centra en las respuestas fisiológicas encubiertas, incluyendo el pensamiento, imaginación y sensaciones. Implica un proceso de dos pasos. Primero el terapeuta describe verbalmente una escena que contiene la conducta problemática, y se le pide al cliente que la imagine lo más vivamente posible. Esto es seguido por la descripción de una escena de reforzamiento, castigo o extinción, dependiendo del procedimiento que vaya a ser usado.

Estos dos últimos procedimientos se han utilizado principalmente con adultos capaces para tratar fobias o conductas relacionadas con la adicción. Su aplicación con personas retrasadas mentales es más limitado.

Por último, se describen la saciación de estímulos, el moldeamiento y procedimientos aditivos. Los dos primeros de uso más limitado. El tercero se define como la combinación de dos o mas procedimientos para reducir o eliminar una respuesta indeseable.

M.^a José Goñi Garrido

O'NEILL, R.E., ALBÍN, R.W., STOREY, K., SPRAGUE, J.R., *Functionnal Analysis of Problem Behavior. Practical Assessment Guide*, 1 990, Illinois, Sycamore.

ANÁLISIS FUNCIONAL DE PROBLEMAS DE CONDUCTA. GUIA PRACTICA DE EVALUACIÓN

Esta es una guía práctica que presenta procedimientos específicos para recoger información sobre comportamientos problemáticos. Estos procedimientos forman parte de lo que globalmente se conoce como "Análisis Funcional".

El objetivo de esta guía es presentar un método, hojas de protocolos y ejemplos que permitan al lector realizar análisis funcionales en las escuelas, centros de trabajo o servicios comunitarios normales.

Está dirigida a aquellas personas que están encargadas de diseñar y llevar a cabo planes de apoyo conductual y que están entrenadas en el uso del Análisis Funcional Aplicado, tanto a nivel de atención directa como indirecta.

El análisis funcional es un método de evaluación que permite recoger la información necesaria para elaborar planes conductuales eficaces. Consiste básicamente en tres pasos:

1. Descripción operativa de la(s) conducta(s) inadecuada(s).
2. Pronóstico de los momentos y situaciones en que la(s) conducta(s) inadecuada(s) se producirá(n) y en los que no se producirá(n) a lo largo de las rutinas diarias.
3. Definición de la(s) función(es) que la(s) conducta(s) inadecuada(s) tiene(n) para el individuo (reforzadores que mantienen la conducta).

Las tres estrategias de evaluación mediante análisis conductual son:

1. Entrevista con las personas que tienen contacto directo con el individuo y que mejor le conocen.
2. Observación directa de la persona durante las rutinas típicas diarias y durante un período largo de tiempo.
3. Manipulación sistemática de situaciones específicas

Se proporciona una Hoja de Respuesta estandarizada para la entrevista que está dividida en nueve secciones. Descripción de las conductas; definición de posibles acontecimientos ecológicos como son actividades y horarios diarios, perfil de personal, etc.; definición de sucesos y situaciones que predigan la ocurrencia de las conductas problemáticas, p.e., momento del día, emplazamiento físico, control social, actividad; identificación de la(s) función(es) de la conducta inadecuada; eficacia de dichas conductas; definición del modo principal de comunicación que usa la persona para comunicarse; identificación de reforzadores positivos; identificación de conductas alternativas funcionales; historia de las conductas inadecuadas.

Se proporcionan ejemplos y ejercicios prácticos para aprender a utilizar dichas Hojas.

Igualmente en el caso de la observación directa, se proporciona un procedimiento de registro sencillo de "sucesos". La Hoja está estructurada para maximizar la información global que se puede obtener .

Se exponen pautas sobre, cuándo, dónde y quién deber realizar la observaciones, así cómo se pueden interpretar y resumir los datos obtenidos. También se describen los pasos que debemos seguir para individualizar la hoja a cada caso en concreto.

Mediante 3 ó 4 ejemplos y ejercicios prácticos el lector puede adquirir habilidad fácil en el uso de la Hoja de Análisis Funcional.

El tercer instrumento descrito es la realización de manipulaciones sistemáticas. El proceso implica presentar o cambiar varios sucesos o situaciones del entorno y observar cómo estos cambios afectan a la conducta de la persona, tales sucesos podrían incluir que el personal haga ciertas peticiones u órdenes, pedir a la persona que participe en ciertas actividades, hacer que determinada persona esté presente, realizar interacciones en un emplazamiento especialmente problemático o dejar a la persona sola o sin atención durante un determinado periodo de tiempo.

El objetivo de las manipulaciones sistemáticas es confirmar hipótesis o ideas sobre porqué está ocurriendo la conducta.

Se debe utilizar únicamente cuando los datos recogidos con los dos instrumentos anteriores no nos han revelado datos claros sobre las funciones de la conducta. Dado el riesgo que entraña el uso de manipulaciones sistemáticas con ciertos tipos de conducta problemática se dan orientaciones para su realización.

El recoger información sobre los problemas de conducta no es un fin en sí mismo. Por el contrario, la información es útil e importante únicamente si se usa como guía para elaborar e iniciar estrategias de programación que fomenten conductas adaptativas y reduzcan las conductas problemáticas.

La siguiente sección se centra en integrar la información recogida en el análisis funcional para su uso en la elaboración de un programa de apoyo.

Como hemos podido ir viendo en las estrategias de análisis funcional, cualquier programa de apoyo tendría que incluir el manejo de cinco variables importantes:

1. Manipulaciones ecológicas (horarios, rutinas, aspectos físicomédicos, contactos sociales).
2. Manipulaciones de los antecedentes inmediatos (limitar estímulos de conductas problema, combinar órdenes fáciles y más difíciles).
3. Manipulaciones de conductas/habilidades (enseñar conductas alternativas a la conducta problema apropiadas).
4. Manipulaciones de las consecuencias (reducir o eliminar los reforzadores de las conductas problema, proporcionar reforzadores personalizados para las conductas adaptativas).
5. Procedimientos de emergencia (establecer procedimientos para responder a las situaciones en las que la conducta está fuera de control).

M^a José Goñi Garrido

"Special Issue on Drug Treatment". *American Journal of Mental Retardation*, 1989, vol. 93, n.º 6.

ASPECTOS ESPECIALES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL

Este número monográfico publicado por el American Journal on Mental Retardation está dedicado al tratamiento farmacológico de las personas con retraso mental.

Los estudios presentados se pueden clasificar según su contenido en tres tipos:

- a) Uso de medicaciones antiepilépticas/reducción, epilepsia y retraso mental.
- b) Estudios epidemiológicos en el retraso mental y uso de drogas psicotrópicas.
- c) Utilización de neurolépticos para el tratamiento de los problemas de conducta en el retraso mental.

Bajo el título "Discontinuidad de medicaciones antiepilépticas para pacientes con discapacidades del desarrollo y diagnóstico de epilepsia", N. Alvarez presenta un estudio en el que se redujo la medicación antiepiléptica a 50 pacientes con discapacidades del desarrollo con historia de epilepsia pero que no habían presentado ataques epilépticos durante varios años. Durante los ocho años siguientes se observó una incidencia del ataques en 26 de los pacientes. Los indicadores de la no presentación de ataques al eliminar la medicación fueron: pocos ataques durante una vida, ninguna anomalía neurológica grave, medicación por debajo de los niveles terapéuticos en el momento de la eliminación.

G.L. Holmes, en el siguiente artículo comenta el estudio anterior, reseñando que la eliminación de la medicación antiepiléptica no produjo un aumento sobre la actividad epiléptica de EEGs y su consideración como herramienta valiosa para la determinación del pronóstico en la supresión de la medicación.

En otro artículo titulado "Anticonvulsivos para personas con retraso mental", T.F. Kline, en la línea de los anteriores, plantea algunas de las ideas erróneas que se mantenían sobre el tratamiento de las crisis epilépticas en personas con retraso mental. Algunas de ellas son las siguientes:

- los episodios de las personas con retraso mental son más difíciles de controlar y por lo tanto nadie debería "jugar con la medicación después de conseguido el control.
- el EEG es una herramienta válida para hacer pronósticos.
- el grado de retraso mental, historial de condición epiléptica, duración de los episodios, nivel de medicación en el momento de la eliminación, historia familiar de episodios y tipo de episodios pueden predecir la respuesta del individuo a la reducción o eliminación de la medicación.

Dado que existe preocupación por los efectos tóxicos a largo plazo y un posible deterioro en el comportamiento y en la capacidad para aprender, las razones para intentar reducir medicaciones anticonvulsionantes son obvias.

Otro tema a estudiar en el futuro es la dinámica en el proceso de reducción.

Existen disposiciones legales que dictan la necesidad de mantener a las personas con retraso mental "libres de medicaciones innecesarias" dentro de las instituciones.

J. Chadsey-Rush y R.L. Sprague presentan un estudio cuyo objetivo es comprobar si existe relación entre el tratamiento con medicaciones neurolépticas en personas con retraso mental y comportamientos desadaptados específicos.

Comparando tres grupos, uno al que se le había retirado la medicación, otro al que después de haberle quitado la medicación se le volvió a poner y el último control de medicación. Los resultados indicaron que era más probable que se siguiera tratando con medicación a personas con retraso mental como consecuencia de los acontecimientos considerados significativos por el personal de la institución, que como consecuencia de las razones por las cuales las medicaciones fueron recetadas en un principio. Sobre todo, era más probable que la percepción del personal sobre compor-

tamiento trastornado, autolesivo y agresión física, influyera en su decisión de seguir tratando con neurolépticos a personas con retraso mental.

J.A. Buck y R.L. Sprague realizaron un trabajo destinado a analizar la administración de medicación psicotrópica a pacientes en centros comunitarios de larga estancia que proporcionan servicios a personas con retraso mental. El 28,9 % recibieron al menos una medicación psicotrópica a lo largo del año, siendo las más comunes la tioridacina, haloperidol y clorpromacina. Parece haber poca o ninguna influencia por parte de las variables demográficas y de centro sobre la probabilidad de la administración o la cantidad de medicaciones a administrar.

A.R. Poindexter analiza las tendencias en medicación psicotrópica en un centro ICF/MF durante diez años. Con una muestra de 474 personas retrasadas mentales, los resultados mostraron un notable descenso progresivo en la utilización de medicaciones psicotrópicas y un cambio en el tipo de medicación recetada. Estos descubrimientos indican la importancia que tiene el conocimiento de los efectos secundarios de las medicaciones y las posibilidades de tratamientos alternativos.

En el estudio realizado por R.K. Stone y colaboradores se evalúa la prevalencia y predicción de la utilización de la medicación psicotrópica en los centros de desarrollo de California (N=6.450). La utilización media de medicación psicotrópica fue de 35,4 % para toda la población, con una utilización de medicación antipsicótica del 26,8 %.

La medicación psicotrópica se asociaba positivamente con la agresión, coeficiente intelectual, depresión y comportamiento autolesivo; la asociación era inversa con la parálisis cerebral y epilepsia. Al controlar la influencia de los factores demográficos y de comportamiento, seguían existiendo diferencias significativas entre la utilización de la medicación en las distintas instituciones.

En la misma línea, R. Briggs realiza un seguimiento y evaluación de la utilización de psicotrópicos en adultos con retraso mental en un centro público de Massachusetts. Se llevó a cabo la reducción de dicha medicación en un 20 % durante 8 años bajo un proceso de seguimiento y evaluación. La dosis media diaria fue menor para antipsicóticos que la habitualmente utilizada en ámbitos institucionales. El seguimiento de 225 personas que recibían psicotrópicos mostró que el 69% de las 130 personas a las que se retiró la medicación seguían sin ella, demostrando la eficacia del proceso de revisión.

El siguiente artículo es un estudio realizado por H. Langee de tipo retrospectivo sobre pacientes institucionalizados con retraso mental (76) con trastornos de comportamiento que fueron tratados con carbamazapina, sólo después de comprobar que otras medicaciones resultaban ineficaces. Se identificaron los síntomas diana y se establecieron escalas de gravedad y frecuencia basándose en un enfoque multidisciplinario. Posteriormente se llevó a cabo un estudio retrospectivo utilizando las medicaciones anteriores y los datos conductuales como controles. Treinta pacientes respondieron significativamente, con una remisión completa en esencia de los síntomas; 10 mejoraron pero no entraron el criterio del estudio; y 31 no mostraron beneficio alguno. De las 30 personas que respondieron, 27 habían tenido un diagnóstico EEG anterior de anormalidad o un trastorno de episodios bien controlado con otros anticonvulsivos.

R.P. Barret y colaboradores estudiaron el efecto de la naloxona y la naltresona sobre la autoagresión en una chica autista de doce años con retraso mental. Se investigaron los efectos de ambos antagonistas opiáceos en un proceso en serie con un análisis de doble ciego con placebo mediante un programa múltiple separado (A1/B/B') y de diseños experimentales unisujeto de privación (A-B-A1-B-A1). Los resultados de los dos estudios demostraron que la autoagresión se incrementaba durante la prueba con naloxona, mientras se observó una disminución hasta un nivel de casi cero de las autolesiones tras el tratamiento con naltresona. Se discutieron los diferentes efectos producidos por las dos medicaciones en términos de vida media y la teoría del condicionamiento operante de extinción.

Los datos posteriores que mostraron niveles de autolesión cercanos a cero durante los 22 meses siguientes a la conclusión del tratamiento con naltresona indicaron que la intervención había tenido un resultado estable.

E. Tirosh y colaboradores nos informan en el siguiente estudio sobre la eficacia a corto plazo de la adicción de la hormona tiroidea a pacientes con el síndrome de Down y la función tiroidea de índice bajo límite. Los resultados no proporcionaron evidencia alguna sobre la eficacia de la terapia con hormona tiroidea a corto plazo para esta población.

Por último, se presenta un informe sobre las prácticas estatales en el uso de la medicación psicotrópica elaborado por C. Rinck y colaboradores. En el se describen cuestiones relacionadas con la prescripción de la medicación psicotrópica a personas con incapacidad para mejorar los comportamientos inadaptados. Se examinaron los resultados de una encuesta de ámbito nacional sobre los estatutos, regulaciones y procedimientos operativos para iniciar y controlar regímenes de medicamentos psicotrópicos en servicios estatales. La encuesta mostró que la mayoría de los estados tenían más normas y regulaciones para las personas en instituciones que para aquellas en ambientes comunitarios. También mostró que algunos estados han promulgado normas similares a las directrices judiciales para evaluar la diskinesia tardía, restringiendo el uso de medicación antiparkinsoniana y polifarmacología y para establecer interrupciones periódicas de la medicación. Las recomendaciones se basaron en estos resultados.

M.^a José Goñi Garrido

JONES, L. J. (1), SINGH, N. N. (2), KENDALL, K. A.,
"Comparative effects of gentle teaching and visual
screening on self-injurious behaviour. *Journal of Mental
Deficiency Research*, 1991, 35, 37-47.

NORBERA ZAURITZEKO JOKABIDEAN IRAKASTE-LEUNAREN ETA IKUSMEN-ESTALKETAREN KONPARAZIOZKO ERAGINAK

Irakaste-leuna eta ikusmen-estalketa prozedurak adimen atzeratu diren pertsonen jokabidezko problema larriak kontrolatzeko erabili izan dira. Aldizkako tratamenduen diseinu bat erabili zen, adimen-atzeratu sakonak diren helduek beren burua zauritzeko jokabide maila altuak murrizterakoan irakaste-leuna, ikusmen-estalketa eta eginkizunetarako prestakuntza kondizioa konparatzeko. Abiapuntuaren ondoren, portaera-teknika estandarrak erabiliz, eginkizunetarako prestakuntza kondizioa gauzatu zen adinarekiko egokiak diren egitekoetan subjektuaren prestakuntzaren eraginak finkatzeko. Ondorioetan ez zen murrizketa nabarmenik antzeman bere burua zauritzeko jokabidean. Jarraian, aldizkako tratamenduen urratsean, ikusmen-estalketa, irakaste-leuna eta tratamendu-rik gabeko kontrol kondizioak alderatu ziren. Norbera zauritzeko jokabidea murrizterakoan, bi prozeduraok kontrol baldintza baino eraginkorragoak zirela antzeman zen, irakaste-leunaren aldean ikusmen-estalketa eraginkorragoa izanik. Eguneroko hiru kondiziotatik bitan eta gero guztietan zehar, ikusmen-estalketa egiterakoan, bere buruaren zauritze maila zero mailara murriztu zen ia. Irakaste-leunaren proposatzaileek espero ez bezala, maila baxu berean gertatu zen lotura bi tratamenduen pean.

Irakaste-leuna norbere buruari min egin edo eraso egitea bezalako jokabidezko problema larriak erakusten dituen adimen-atzeratua den pertsona zaintzeko bide filosofiko bat da. McGee-k adierazi bezala, "pertsona guztien elkarrenganako gizagintzan eta liberazioan oinarritzen den posturan datza, giza solidaritatea lortzen saiatzen den posturan, eta giza-elkarrekintza esanguradunetatik hurrundu asmoz aritzen diren haiei zaindarien loturak erakustera eramaten dituen posturan (McGee et al., 1987, 11 orr.). Irakaste-leunaren teknikak loturaren bitartez moldagaitzak diren jokabideak murrizten oinarritzen dira, lotura sortze hori zaindariaren eta indibiduoaren arteko gizatartze lotura sozialtzat hartzen delarik. Irakaste-leunaren helburua indibiduoaren giza-elkarrekintzen balioa eta ordaina ikas ditzen gaitzea da. Irakaste-leuna proposatzen dutenek jokabidea maneatzeko erabiltzen diren zigorbidezko prozedura guztiak sahiesten dituzte (McGee et al., 1987, 23 orr.).

Irakaste-leunaren proposatzaileek sarritan adierazi izan duten arren berau ahalmen handiko tratamendu bide dela jokabidezko problema larriak kontrolatzeko garaian, ez dute inongo azterlan metodologiko zehatzik aurkeztu adierazitakoa defendatzearren. Hain zuzen ere, orain dela gutxi argitalpen batetan, beren burua larriki zauritzen zutenen eta irakaste-leunaren bidez emaitza onekin tratatu izandako 73 indibiduen zerrenda aurkeztu zuen McGee-k (1988), baina informazio anekdotikoa besterik ez zen aditzera ematen. Hala ere, bertan adierazi zenez "indibiduo horien ... analisiak argitan uzten zuen, 28 egunetako batazbesteko tratamendu aldian, beren burua zauritzeko edozein jokabidek beherantz egin zuela erraz molda zitekeen maila batetaraino, eta maila horretan, baita zero frekuentzian ere mantendu zirela, urte bete igaro arte" (McGee, 1988, 221 orr.). Emaitza onekin tratatu izan zirela aditzera emandako jokabideak honako hauek izan ziren: behatza moztea, eskuko hatza koska eginez ateratzea, buruari behin eta berriz eta neurririk gabe kolpe egitea, hiletik tiratzea, koska egitea, zaplastadak ematea, eta begiak ateratzea.

Irakaste-leunaren eraginak ebaluatzeko egindako aurreneko azterlanean, Jordan et al.-ek (1989) irakaste-leunaren eta ikusmen-estalketaren eraginkortasuna alderatu zituen adimen atzeratuak ziren hiru pertsonen estereotipia murrizterakoan. Emaitzetan antzeman zenez, irakaste-leuna ez zen horren eraginkorra izan ikusmen-estalketaren aldean, eta lotura, irakaste-leunaren helburua, maila bazu berean gertatu zen bi tratamenduetan. Jordan et al.-ek (1989) aditzera eman zutenenez, irakaste leuna ez da estereotipiarako aukerako tratamendu unibertsala, berau proposatzen dutenek erizten dioten bezala, eta prozedura horrek, beren ustez, are eta balorazio enpiriko gehiago egitea eskatzen du.

Adimen-atzeratuak diren pertsonen jokabidezko problemak tratatzeko balitekeela irakaste-leuna erabat eraginkorra ez izatea edo ez behintzat prozedura alternatiboak bezain eraginkorra eusten zioten Paisey et al.-ek azterlan batetan. Irakaste-leuna, jokabide bateraezinaren errefortzu diferentziala plus eten laburra (BED+E), eta mailaz mailako orientazioa barne zirela, hiru tratamendu ez-abertsibo horien eraginak alderatu ziren. Buru eta belaunekin kolpeka eta eskuturretan koskaka aritzen ziren bi gizon adimen-atzeratu sakon hartu zituzten aztergai. Emaitzetan zera agertzen zen, hiru prozedura horiek neurri batetan zirela eraginkorrak norbera zauritzeko jokabidea murrizteko. Horietatik, BED+E izan zen eraginkorrena aztergai zen subjektu batengan eta mailaz mailako orientazioa bestearengan. Bi subjektuek topografiari dagokionean (adb. buruari kolpeka) antzeko jokabidea jarraitzen zuten arren, hiru tratamenduetan eragin diferentziala antzeman zen horiengan.

Barrera & Teodoro-k (1990) alderantzizko diseinua erabili zuten adimen-atzeratu sakon diagnostikatutako eta era askotan bere burua zauritzen zuen 33 urteko gizon batengan bere jokabidean irakaste-leunaren eraginkortasuna ebaluatzeko. 30 urtez aritu zen bere burua zauritzen, eta horren ondorioz belarriak eta kopeta desfiguratuta, hile eta hortz falta, orbain ugari, gorputz atalak eta soina ubelunez estaliak zituen. Azterlanak osatzen zuen urratsetako batetan zehar, John McGee-ek eskainitako aholkuak eta feedback-a eskura izan arren zera antzeman zen, irakaste-leunaz baliatuz bere buruaren zauritze jokabidea ez zela nabarmen murriztu. Izan ere, sei urratsetik bosgarrenean, bere buruari egindako zauriak maila bazuenera iritsi baziren ere, errepresio bidez, jateko errefortzuez eta saio artean isolamenduaz baliatzen zirenean gertatu zen. Ohizko irakaste-leunaren formatotik erabat diferentziatu zen urrats hori; emaitza eraginkorrenak lortu ziren, hala ere. Horrez gain, epaikari trebatuak erabiliaz egindako balidaziozko azterlanetan zera antzeman zen, azterlan honetan erabilitakoak bezalako irakaste-leunaren teknikak bideoan grabatutako Dr. John McGee-ren irakaste-leunaren ereduen parekoak zirela.

Orain dela gutxi egindako beste azterlan batetan, Jones et al.-ek (1990) bi pertsona adimen-atzeratu sakonek beren buruarekiko zuten jokabide zaurigarrian irakaste-leunaren eta ikusmen-estalketaren konparaziozko eraginkortasuna ebaluatu zuten. Azterlan horretan, Jordan et al.-ek (1989) erabilitako prozedura berak erabili ziren, norberaren zauritzea izanik aztergai. Emaitzetan antzeman zenez, bai ikusmen-estalketa eta bai irakaste-leuna biak izan ziren eraginkorrak subjektu batengan eta ez bata eta ez bestea bestearengan. Horrez gain, bi tratamenduen pean maila bajutan gertatu zen lotura urrats guztietan zehar.

Jordan et al.-ek (1989) irakaste-leunaren eta ikusmen-estalketaren konparaziozko eraginetan, estereotipiari dagokionez, diferentzia nabarmena antzeman zuela eta Jones et al.-ek (1990) norberaren zauritze tratamenduan ez zuela diferentzia hori antzeman ikusita, honako azterlan honek bi prozeduren konparaziozko eraginen ebaluaketa zabalagoa eskaitzea zuen helburutzat. Honako azterlan hau Jordan et al.-ek (1989) erabilitako metodologia kopiatzeko diseinatu zen, baina xede-jokabidea nork bere buaren zauritzea izanik.

METODOAK

Subjektua eta testuingurua

Desmond 44 urtetako gizon bat zen, eta AAMD (Grossman, 1983) erizpideen arabera adimen-atzeratasun sakona diagnostikatu zioten. Azken 41 urtetan instituzionalduta egon zen. Errebisatutako *Vineland Adaptive Behaviour Scales*etako (Sparrow et al., 1984) puntuazioen arabera, bere adin-baliokidea 0-1 hilabetekoa zen. Haurtzarotik ekin zion bere burua zauritzeari eta bere burua jotzeko objektuak erabiliz, buru eta gorputzari zaplastaka eta kolpeka, eta eskumuturrekin azalera gogorrei kolpe eginez zihardu orain bere burua zauritzen. Burua deformatuta zuen etengabeko kolpeengatik eta pausoak ematerakoan segurtasun faltak eraginda etengabe erortzeagatik; azalore itxurako belarriak zituen zaplastada eta ukabilkadengatik.

Desmond-ek mintzaera ulertzeko gaitasunik ez zuen ia, hitzegiteko gaitasunik ez zuen, eta bere burua zaintzeko adina ez zen. Mugitzeko gai bazen ere, pausoak ematerakoan zalantza egiten zuen eta horregatik erori egiten zen. Azterlanean zehar, Desmond-eri honako medikazioa eman ohi zioten: trifluoperazine (Stelazine) 2 mg hiru aldiz egunean, chlorpromazine (Thorazine) 100 mg gauean, chlorpromazine (Thorazine) 100 mg giharrartekoa edo ahozkoa (beharraren arabera), valproic azidoa (Depakene) 2 mg hiru aldiz egunean, eta phenytoin (Dilantin) 100 mg lau aldiz egunean. Etenik egin gabe eman zitzaion medikazioa azterlan osoan zehar.

Azterlana Desmond-en egoitzako gela eguzkitsu batean eraman zen aurrera. Egunean zehar, erizainek alboko gelatik ikuskatzen zuten terapia bai abiapuntuzko fasean eta bai parte hartzekoetan. Azterlanean erabiltzekoak ziren jostailu eta aktibitateak eskura zeuzkaten noiz nahi, eta adinarekiko egokiak ziren eginkizun funtzionalak bakarririk bete ziren.

Terapigileen prestakuntza

Lau terapigile, experimentatzailea barne (LJJ), portaeraren behaketa tekniketan, irakaste-leunaren jakintzan, eta ikusmen-estalketaren usadioan gaitu zituzten. Prestaketarako erabilitako prozedurak Jordan et al.-ek (1989) deskribatutako berak izan ziren: prozedurak modelatzea eta horien rola betzea, irakaste-leunari buruz Dr. John MacGee-k (McGee, 1986) aurkeztutako zenbait zinta ikustea eta irakaste-leunaren inguruan zenbait idatzi aztertzea (adb. McGee, 1985a, 1985b, 1985c; Menolascino & McGee, 1983).

Erantzunen definizioak

Norbera zauritzea eta zenbait jokabide kolateral bildu zituzten. Norbera zauritzea norbere gorputzari ageriko kalteak sortarazten dizkion edo behintzat sortarazteko potentziala duen jokabidetzat definitu zen orohar. Bildutako jokabide espezifikoak honako hauek izan ziren: (a) buruan zaplastadak, bi eskuzabalekin buruan zaplastadak ematea; eta (b) norbera zauritzeko bestelako moduak, eskumuturrekin edo objeturen batekin buruari kolpe egitea, edo bi eskurekin gorputzeko atalei kolpeka aritzea. Jokabide kolateraletan honako hauek barnesartu zituzten: (a) eginkizunetarako prestatzea, materialak aktiboki erabiltzea, orientazio osoa edo partziala eskainiz; eta (b) loturak sortzea, irriparra -terapigileari espontaneoki zuzendua edo terapigileari erantzunez; hurbilketa fisikoa -subjektua 0-5 m bitartean mugitzen da terapigilea dagoen lekutik, begizko harremana 2 s.tik gora agertuz, ukituz, besarkatuz edo terapigileari eskua emanaz.

Datu bilketa eta zehaztasuna

Astean 5 aldiz, eguneroko 15 min.tako hiru saiotan, batetik bestera aldatzeko 5 min.tako etena tartean zela, biltzen ziren datuak. Aurretik balorazioak egin ondoren, eguneroko saioak 30 min.tik 15 min.ra laburtu ziren, Desmond-ek adi ez bait zuen nahi adina irauten. Tarteka biltzen ziren datuak, saio bakoitza 90 10 s.ko tartetan banatua. Tarte bakoitzean gertatutako jokabide mailak jasotzen ziren. Irakaste-leuna eta ikus-men-estalketa alderatzean, subjektuak erantzun zezan eskaintzen zitzaion mugarik ga-beko denbora berdindu egin zen.

Batezbeste, lau saiotatik behin behatzaile independente batek zehaztasun fro-gak burutzen zituen. 10 s.ko tarte berean bi behatzailekxede-erantzunen presentzia edo gabezia jasotzen zutenean konkordantzia definitu zen. Xede-jokabideen presentzien eta gabezien zehaztasuna kalkulatu zen. Hurrenez hurren, horien presentzien eta gabezien behatzaile-arteko batazbesteko konkordantziak honako hauek izan ziren: buruan za-plastadak, % 93 eta %91; norbera zauritzeko bestelako moduak, % 84 eta % 97; eginkizunetarako prestakuntza, % 83 eta % 58; eta lotura sortzea, % 83 eta % 99.

Diseinu experimental

Aldizkako tratamenduen diseinu bat (Barlov & Hayes, 1979), tratamendurik ga-beko kontrol baldintzarekin batera, erabili zen irakaste-leuna eta ikusmen-estalketa pro-zeduren eraginkortasuna alderatzeko. Eginkizunetarako prestakuntzaren eraginak abia-puntuzko urratsa eta gero segidan aztertu ziren, eta hasierako konparaketa egin ondoren, bi tratamenduetatik eraginkorrena jarraieko bi urratsez osatutako saioetan gauzatu zen. Autore honen aurreko azterlanean (Jordan et al., 1989) zehaztu bezala, zenbait urrats eman ziren tratamendu anizkoitzen interferentzi arriskua eragotzi edo murrizteko. Horretarako, saio bakoitzaren ondoren terapigileak txandakatu egiten ziren eta baldintza egokiaren aurretik berehala baldintzarako komenitako seinale espezifikoak aurkeztzen zitzaizkion subjektuari.

Azterlana ondorengo urratsek osatu zuten: 1

go Urratsa: abiapuntua

Abiapuntuzko urratsean eta ondorengo tratamendurik gabeko kontrol saioetan, zenbait eginkizun prestatu zitzaion Desmond-eri. Terapigileak horien erabilera modela-tu zuen saio bakoitzaren hasieran. Mahiari trapua pasatzea eta ziratzea ziren egitekoak. Abiapunturako komenitako seinale diskriminatzailea terapigileak "Desmond, garbiketa lana egingo dugu orain" esatean eta egitekoa modelatzean zetzan. Egitekoak mahiaren inguruan eserita burutzeakoak ziren, eta baldin eta Desmond-ek saioaren batetan zehar mahaitik altxatzen bazen, hitzez edo gorputzaz baliatuz atzera bere aulkira gidatzen zi-tzaion. Bere aurrean terapigile bat zuen momenturo, baino eskuhartze, ondorio edo ar-gibide gehigarriak eskainiko ez ziolarik, ordea.

2. Urratsa: eginkizunetarako prestakuntza.

Bere burua zauritzeko jokabidean eginkizunetarako prestakuntza aktiboak zituen eraginak urrats honetan egunero egindako hiru saiotatik bitan aztertu ziren. Eguneroko saioetatik hirugarrenak tratamendurik gabeko (abiapuntua) kontrol baldintza osatzen zuen. Eginkizunetarako prestakuntza prozedura prozedura Singh & Millichamp-en (1987) ikerlan batetan oinarritu zen. Ahozko argibideak, modelatzea, gorputza mailaka gidatzea, eta terapigilearen esanak betetzearen edo eginkizuna egiten ari zeneko jokabidearen ara-berako hitzezko eta ukitzezko errefortzuak erabili ziren. Bere burua zauritzeko ondorio bakarra Desmond eginkizunera atzera gidatzea izan zen. Urrats honek 4 agun iraun zuen.

3. Urratsa: aldizkako tratamenduak. a) Irakaste-leuna, b) ikusmen-estalketa eta c) tratamendurik gabeko kontrol baldintza erabili ziren egunero, konpentsazio ordenari ja-rraituz.

a) Irakaste-leuna

Hemen, irakaste-leunaren metodoak erabili ziren lotura sortzen irakasteko eta bere burua zauritzea eragozteko. Bere burua zauritzen hasten zen bakoitzeko etetze-ezikusi egite-bergidatze-saritze teknikak (McGee et al., 1987) erabiltzen ziren. Eskua zabalduz etetzen zitzaion Desmond-i buru, gorputz atal edo azalera gogorren kontra kolpe egitetik. Etetze prozeduraren amaieran, bere eginkizunetara zuzendu zuten Desmond berriz. Eginkizunetara hurbiltzeko errefortzu sozialak erabili ziren. Urrats honetan erabilitako irakaste-leunaren prozedurak eginkizunetarako prestakuntzan zehar erabilitako horietara hurbitzen dira (adb. etetzea eta berzuzentzea), baina oraingo honetan, ordea, prozedurak irakaste-leunaren printzipioen arabera erabili ziren, laguntzazko estrategia gehigarriez (adb. isilean irakastea, McGee et al., 1987) baliatuz ere. Azterlan honetan deskribatu eta erabili bezala irakaste-leunaren prozedurak erabiltzea McGee et al.-ek (1987, 142 orr.) deskribatutako norberaren zauritze jokabidea tratatzeko proposamenekin bat dator.

Irakaste-leuna proposatzen dutenek ez dute aipatzen zein den etetze sekuentziarako iraunaldi egokia; zera aipatzen dute bakarrik, portaera hori amaitzen den arte iraun behar duela etenaldiak. Dena den, aldizkako tratamenduen antolamenduen barruan arazoak sor ditzazke horrek, alderatzen diren bi prozeduren iraunaldiak antzekoak izan behar bait dute. Beraz, zera erabaki zen, etetze prozedura 10 s.ko behaketa tarteak amaitu arte iraun ahal izango zuela, tarte horretako edozein unetan ekingo zitzaioala prozedurari, eta batezbesteko iraunaldia gutxi gora behera 5 s.koa izango zela, hau da, ikusmen-estalketaren iraunaldiaren (adb. 5 s.) parekoa. Etetze prozeduran zehar, jokabideak erregistratzeari utzi zitzaion, baina bere iraunaldia erregistratu egin zen, ordea.

Etetze prozeduraren batezbesteko iraunaldia 5-3 s.koa izan zen saioko, urrats honetan zehar saio bakoitzeko batezbesteko 34 aplikaziotan oinarrituta.

b) Ikusmen-estalketa

Urrats honetan zehar, bere burua zauritzen zuen bakoitzeko ikusmen-estalketa ezartzen zitzaion. Desmond-ek bere burua zauritzeari ekiten zion bakoitzeko, terapistak eskuekin begiak estaltzen zizkion ikus ez zezan edo ta esku bat begietan eta bestea buru atzean ipintzen zion burua mugi ez zezan (McGonigle et al., 1982). 5 s. igaro ondoren Desmond-ek gogor egiten ez bazuen (adb. karrasika, borrokan, bere burua zauritzen edo erasotzen hasten ez bazen) ikusmen-estalketatik libratzen zitzaion. Irakaste-leunarekin bezala, ikusmen-estalketa aldian jokabideak erregistratzeari utzi zitzaion, baina bere iraunaldia erregistratu egiten zen, ordea.

Urrats honetan zehar, saio bakoitzeko ikusmen-estalketaren batezbesteko iraunaldia 123 s.koa izan zen, 5 s.tik 45 s.ra bitarteko hedaduran eta saio bakoitzeko batezbesteko 34 aplikaziotan oinarritua.

c) Tratamendurik gabeko kontrola

Abiapuntuan eta aurreko urratseko tratamendurik gabeko kontrol baldintzan bezalakoa. Urrats honek 7 egun iraun zuen.

4. Urratsa: 2 aldizkako tratamenduak

ikusmen-estalketa eguneroko hiru saiotatik bitan gauzatu zen, Desmond-engan eragin handien zuen tratamendua bait zen. Tratamenduen ordena egunero konpentsatzen zen. Ikusmen-estalketaren batezbesteko iraunaldia 112 s.koa (hedadura=6-28 s) eta 99 s.ko (hedadura=5-29) izan zen, hurrenez hurren, eguneroko bi saioetan, eta ikusmen-estalketaren batezbesteko kopurua saioko 304 eta 228 koa izan zen, hurrenez hurren. Urrats honek 9 egun iraun zuen.

5. Urratsa: Ikusmen-estalketa

Eguneroko hiru saioetan erabili zen ikusmen-estalketa, bere burua zauritzean kontrol klinikoa ezartzeko. Eguneroko hiru saioetan zehar ikusmen-estalketaren batez-

besteko iraunaldia 113 s.koa (hedadura=5-23 s), 112 s.koa (hedadura=7-17 s), eta 102 s.koa (hedadura=5-28 s) izan zen, hurrenez hurren, eta saio bakoitzeko ikusmen-estalketaren batezbesteko kopurua 56, 66 eta 86koa izan zen, hurrenez hurren. Urrats honek 5 egun iraun zuen.

EMAITZAK Buruan

zaplastadak

1 irudiak urratsetan zehar buruan zaplastadak ematen zitueneko eta lotura sortzen zitueneko tarteen ehunekoa azaltzen digu. 1 Urratsean zehar (abiapuntua) Desmond-ek bere buruari emandako zaplastaden batezbesteko indizea % 89koa izan zen. Indize horrek behera egin zuen 2 Urratsean, tratamendurik gabeko kontrol baldintzan zehar. Dena den, eguneroko beste bi saioetako eginkizunetarako prestakuntza baldintzan bezala, gora egiteko joera nabarmena antzematen zen, azkeneko erreferentzi puntuak % 100era hurbildu zirelarik. Eginkizunetarako prestakuntzak ez zuen eragin nabarmenik izan erabili izan zeneko bi saioetan, buruko zaplastadak batezbeste % 69ra murriztuz. Buruko zaplastadetan, ikusmen-estalketaren eta irakaste-leunaren eragin diferentzialak nabarmenak izan ziren 3 Urratsean zehar (1 aldizkako tratamenduak). Buruko zaplastadak maila bajuetara behera egin zuten ikusmen-estalketarekin, urrats horretan zehar % 33ko batezbestekoarekin. Dena den, irakaste-leunarekin, hasierako beherakadaren ondoren, buruko zaplastadetan igoera iraunkorra antzeman zen, azkeneko saioan % 60ra iritsiz. Buruko zaplastadak % 75ean mantendu ziren urrats horretako tratamendurik gabeko kontrol baldintzan. 1 Irudian azaldu bezala, buruko zaplastadak zero mailatik gertu mantendu ziren 4 Urratseko (2 aldizkako tratamenduak) azken hiru saioetan zehar, ikusmen-estalketako bi baldintzetan. Eguneroko hiru saioetan, buruko zaplastadak asko murriztu ziren ikusmen-estalketa erabili zenean, azkeneko urratsean zehar batezbestekoa % 4koa izanik orohar.

Lotura sortzea

1 Irudian azaldu bezala, aurreneko hiru urratsetan zero mailatik gertu gertatu zen lotura. 3 Urratsean, irakaste-leunean eta ikusmen-estalketan zehar ez zen diferentziarik izan lotura gertatzean. 4 Urratsean, oso maila bajutan gertatu zen, eguneroko hiru saioetatik bitan ikusmen-estalketa aplikatzen zenean, hain zuzen. Azken urratsean, gora egin zuen zerbait altuagoak ziren mailatara, hiru saioetan ikusmen-estalketa erabiltzen zenean, hain zuzen. Urrats honetan, tarteen % 5ean gertatzen zen lotura.

Bere burua zauritzeko bestelako moduak

Bere burua zauritzeko bestelako moduen artean honako hauek aipa daitezke: esku-ekin azalera gogorreko kolpe egitea, eskumuturrekin buruari ukabildak ematea edo buruan zaplastadak ematea ez bezalako jokabide zaurigarriak. 1 Urratsean, (abiapuntua) horiek maila moderatu baina aldakor batetan gertatzen ziren (batezbestekoa=% 23). 2 Urratsean, behera egiten zuten batezbesteko %12ra, eginkizunetarako prestakuntza eguneroko hiru saioetatik bitan zehar gauzatzen zenean hain zuzen, eta are eta beherago 3 Urratsean, buruan zaplastadak ematean irakaste-leuna eta ikusmen-estalketa prozeduren eragina konparatzen zenean. Diferentzia nabarmenik ez zen antzeman irakaste-leunean (% 7) eta ikusmen-estalketan (% 6) zehar bere burua zauritzeko bestelako jokabideak gertatzen zirenean. 4 Urratsean, bere burua zauritzeko bestelako moduak are eta beherago egin zuten, eta 5 Urratsean zero mailatik gertu iritsi ziren.

Eginkizunetarako prestakuntza

1 Urratsean, hain zuzen ere, prestakuntzarik eskaini ez zitzaionean, Desmond-ek ez zion adinerako egokiak ziren eginkizunei ekin. 2 Urratsean, ezarritako prestakuntza

prozedurak eraginda, behatutako tarteen % 55era igo zen eginkizunetan jardundako denbora. Irakaste-leunean (% 72) eta ikusmen-estalketan zehar ez zen diferentzia handirik antzeman eginkizunetan jardundako denboran. Batezbeste, 4 Urratsean % 74ra igo zen eginkizunetan jardundako denbora eta % 83ra 5 Urratsean.

EZTABAIDA

Emaitza horiek adierazten dutenez, irakaste-leunaren aldean, ikusmen-estalketa eraginkorragoa izan zen 40 urtetan instituzionaldutako adimen-atzeratu sakona zen gizon batek bere buruarekiko jokabide zaurigarria kontrolatzerakoan. Ikusmen-estalketa eraginkorra izan zen gizon harek aspalditik hartutako jokabide hori zero mailara berehala murrizteko. Irakaste-leuna ezartzen zitzaienean, buruan zaplastadak emateko joera murriztu egiten zen hasieran, baina eraginak aldi baterakoak ziren eta Desmond-ek bere burua zauritzeko jokabidean gora egiteko joera nabarmena antzeman zen laugarren saioaren ondoren.

Subjektua adimen-atzeratu sakona zela eta bere adimen-maila 0-1 hilabete birtartekoa zela ikusita, eginkizunetarako prestakuntza (argibideak eta mailaz mailako gindatze fisikoa barne zirela) bigarren urratsetik aurrera erabili zen aktibitate egokiei ekin eta horietan jardun zezan. Gainera, eginkizunetarako prestakuntzaren osagarriak irakaste-leuna eta ikusmen-estalketa baldintzen osagarri zirela ere, eta bi prozeduren arteko diferentzia nagusia ikusmen-estalketa prozedura bera zela ziurtatu zen horrela. Jordan et al.-en (1989) azterlanean bezala, honako emaitza hauetatik atera daiteke abertsio-prozeduraren bat gehitzea (adb. ikusmen-estalketa) norbera zauritzeko jokabidea bertan etetzeko edo zigortzeko beharrezkoa zela garrantzizko eragin klinikoa lortzeko.

Datuetatik ezer gutxi atera zitekeen lotura sortzeak, irakaste-leunaren helburuak, prozedura batekin eta bestearekin erlazio diferentea zuela adierazteko; beraz, irakaste-leunaren inguruan egindako (Jordan et al., 1989) gure azken azterlanetik ateratako ondorioa errepikatu zen. Izan ere, bi prozedura horietan maila bazu berean gertatzen zen lotura. Gerta zitekeen lotura garatzeko denbora gehiago behar izatea honako azterlan honetan izan duguna baino, nahiz eta McGee et al.-ek (1987) erizten duenez berau nahiko prozesu azkarra izan. Beste ikuspegi bat zera da, lotura (edo, era konbentzionalagoan esanda, gizartearen aldeko elkarrekintza) ez dela soilik irakaste-leuna edo bestelako prozedura ez-abertsiboak aplikatuzetik lortutako ondorio kolateralak. Hain zuzen ere, jokabide positibo kolateralak abertsio-prozedurak erabiltzearekin nahasten dira sarritan (Nevvsum et al., 1983).

Lotura sortzea irakaste-leunaren helburu nagusi izanik, argi dago ez dela ezinbestekoa jokabidezko problemak murrizteko. Hain zuzen ere, hori agerian geratu da datutan oinarrituriko irakaste-leunaren azterlan zabaletan. Dena den, Linscheid et al.-ek (1990) adierazi bezala, irakaste-leunaren paradigman barietate subjektiboa da lotura, nahiz eta "tratamendu nagusiaren barietate gisa" proposatzen den (orr. 32). Ikusita irakaste-leunaren proposatzaileek ez dutela lotura sortzea zer den objetibotasunez zehaztu, tratamenduaren huts egitea egiazko irakaste-leuna errepresentatzen ez duten prozeduren erabilerari atxekitzen zaio, ez ordea loturak ez sortzeari.

Honako azterlan hau norbera zauritzeko jokabidean oinarritzen da, baina datuak Jordan et al.-en (1989) datuekin bat datoz, antzeko emaitzak jaso bait zituzten hiru pertsona adimen-atzeratuen estereotipiak eta jokabide kolateralak gertatzean erabilitako bi prozeduren konparaziozko eraginei buruz egindako ikerlanean. Honako azterlan honetan irakaste-leuna tratamendurik eraginkorrena ez izatea lehenagoko zenbait ikerlanetan (Jordan et al., 1989; Payse et al., 1989) gertatu izan da. Azterlan bakoitzean zera antzeman zen, jokabide moldagaitzak murrizterakoan irakaste-leuna ez bezalako tratamenduren bat eraginkorragoa izatea. Irakaste-leuna ikusmen-estalketa bezain eraginkorra izan zela subjektu batengan, baina bietatik ez bata eta ez besteak ez zuela eraginik izan bestearengan antzeman zuen, berriz, Jones et al.-ek (1990).

Irakaste-leunean erabilitako tekniken inguruan ikerketa gehiago egin behar direla azpimarratzen da azterlan horietan. Autoreok nahiz eta ez dioten arazorik ikusten irakaste-leunaren filosofiari, horretan guztiok ari gara adimen-atzeratuak diren pertsonen

jokabidezko problema larriak tratatzeko metodo gizatar eta eraginkorrenaren bila. Gaur eguneko literaturak, ordea, horrelako metodoren bat gauzatu ahal izateko ez du eredutzat har daitezkeen prozedurarik eskaintzen. Arazo horri irtenbideren bat ematen ez zaion bitartean, irakaste-leunaren eraginkortasuna frogatzeko beharrezko datuak eskainiko dituen baloraziozko ikerlan zehatza egitea zaila izango da.

Adierazi izan da irakaste-leunean erabilitako etetze-ezikusi egite-berzuzentze-saritze prozeduren elementu nagusiak errefortzu diferentziala, moldeaketa and kateamendua, estimulu kontrola, iraungiera, eta errepresio fisiko laburra bezalako portaera teknika estandarren antzekoak direla (Glynn, 1985; Mudford, 1985). Jakina denez gero, guztiak ez dira errefortzu positiboetara iristeko bideak, eta antza denez, prozedura bat proposatzen dutenek erabili nahieko lenguaia zein den prozedura hori zein neurritan den ez-abertsiboa erizteko.

Irakaste-leunaren eta beste prozedura batzuen inguruko konparaziozko azterlanek (adb. Jones et al., 1990; Jordan et al., 1989) tratamendurako estrategia alternatibo baterako duten aukera ez dute subjektu bakoitzeko xede-jokabidearen analisi funtzional batetan oinarritu. Xede-jokabideak ezabatze, beren baldintza motibatzaileak kontuan hartu gabe azterlan horietan erabilitako ikusmen-estalketaren prozedurek nahiko ahalmen handiko zigorbideak izan zirela eztabaida daiteke. Bestetik, analisi funtzionala ez da beharrezko baldintza irakaste-leuna ezartzeko, beren proposatzaileek motibazioak kontuan hartu gabe jokabide moldagaitz guztietarako emaitza onak lortzen dituen prozedura dela eusten diotelako. Asumitzerik ba al dago, beraz, irakaste-leuna horren prozedura ez-abertsibo ahalmentsua dela xede-jokabidearen inguruko analisi funtzionalaren beharra baztertzeko?

Irakaste-leunaren prozedura gauzatu egin zen eta jokabide kolateralen funtzioak oraingo ikerleek definitu zituzten, prozeduraren sortzaileek egin ez zutena, alegia. Horregatik, irakaste-leunari dagokionetan, praktikarik hoberenaren adierazgarri ez izatea edo berau proposatzen dutenek defendatzen dituzten idealetatik sahiestea gerta daitekeela erizten dion kritika onartzen da azterlan horietan.

Eritzi horiei autoreok inongo problemarik ikusten ez dien arren, baldin eta zuzeneko zaindarien eta gurasoen irakaste-leuna erabiliko badute, McGee et al.-ek (1987) aurkeztutako metodoak askoz ere esplizitoagoak beharko dutela izan erizten diote, gure eguneroko jardun klinikoan irakaste-leunaren bestelako interpreziorik erosoegi ezarri aurretik. Nahiz eta ez zaigun tarte handirik geratzen hortaz aritzeko, gaur egun beste inon irakaste-leunaren inguruko azterketa zientifiko independenteak egitea eragozten duten zenbait arazo (adb. Jordan et al., 1989; Singh, 1983; Singh et al., 1990) jaso dugu. Autoreok irakaste-leunaren proposatzaileek hemen adierazitako zenbait ideari erantzun dietelakoan eta interbentzio ez-abertsiboak eraginkorrako bilakatzerik izango duten barietateak hobe ulertzen lagunduko digutelakoan gaude.

Garbiñe Legorburu Auzmendi

(1) L. J. Jones. Department of Psychology, University of Otago, New Zealand.

(2) N. N. Singh, K. A. Kendall. Department of Psychiatry, Medical College of Virginia, Commonwealth Institute for Child and Family Studies, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia, USA.

MEYER, L. H.; PECK, C. A.; BROWN, L: *Critical issues in the Lives of People with Severe Disabilities*. Baltimore, Paul H. Brooks, 1991.

ATZERATASUN LARRIA DITUZTEN PERTSONEN BIZIMODUAN AGERTZEN DIREN ZEN BAIT ARAZO KRITIKOAK

Liburu honek idazki multidimentsionalen eta globalen bilduma bat batzen du argitarapen bakar batean.

Liburuak eskura daiteken informazioa irakurlego orokorrari zuzendua dago, bai ikasle edo profesional, baita garapen ezintasunen arloan lana egiten duten beste pertsona batzuei ere.

Argitarapen honek, "Ezintasun larriak jasaten duten pertsonen elkartea" laguntzaile izanik, independentzia errazten eta ezintasun larriak dituzten pertsonen aukerak gehitzen duten balioen, ikerketen eta praktika onen analisi bat eskeintzen du.

Liburuak sei atal nagusi ditu, gaureguneko ikerketa eta praktikaren arabera antolaturikoak.

Atalak hauek dira:

a) Definizioak eta diagnostikoa; b) deserakundetzea eta komunitate zerbitzuak; d) eskusio-zero eta laguntzak modelu-zerbitzuen continuum-aren berdefinizioa; e) Lege Publikoaren eta hezkuntz zerbitzuen hedakuntzak; f) helduentzako zerbitzuen erreforma eta legezko orokorreko gaiak; g) bizitza eta heriotzaren gaiak; h) laburpena.

Lehenengo kapitulua "Balioen eta Zientziaren gorespina ezintasun larriaren hiritarrentan eragina duten Gizarte Politikako erabakietan", Charles Peckek idatzia, ez da berez liburuari egiten zaion sarrera bat, baina zeregin hori betetzen du, Gizarte Politikaren zientziaren eta balioen paperen arteko bereiztasun finak argituz. Hasieran Peck-ek zientziarenganako kezka sentimendu bat adierazten du gizarte aldaketa hauez edo arriskuan dagoenean, zeren eta "...hezkuntza bereziaren eta garapen ezintasunen arloak ezagutza "baliotsua" zer denaren ikuspen tekniko mugatu baten menpean egon bait dira".

Ikuspegi honetatik eta Peck-en diskusioaren beste puntu batzuetatik irakurleak antzientzia denaren inpresioa du, edo zientziak muga arrazonagarri batzuen bestalde bere funtzioa hedatuko duen paper bat jokatu duenaren esperantza gutxi dagoela. Zientziak ezin duen arren (eta baliteke sekula ere ezin izatea) integrazioa bultzatu, zenbait ikerketa zehatzek benetan erabilgarria den nabaritasuna eskeintzen diete profesionalei, beraiek erabaki dezaten integrazioa errazteko moduak.

Monografia honen helburuak kontutan hartuz ez gara luzatuko portaera arazoei zerikusirik zuzenik ez duten atal eta kapitulu ezberdinen edukinarekin.

Seigarren atalean, bizitza eta heriotzaren arazoei zuzendutakoan, TASHen gaitzirikoa buruzko eta alternatiba positiboen garapenari buruzko jarrera agertzen da.

35. kapitulan, "Interbentzio ez-gaitzerizkoak portaera arazo larrirentzat", Edvin Helmstetter-ek eta Mark Durand-ek interbentzio sarkinak gelditzeari buruzko TASHen hartutako erabakiak zabalitzen dituzte. Kapitulu honek bost puntu nagusiei buruzko ikerketa osoki berrikusten du: a) Interbentzio sarkinaren iraunkortasunari eta orokorpenari buruzko ikerketak emankizun eztabaidagarriak erakusten ditu; b) metodo sarkinaren erabiltzaileek ez dituzte metodo hauek zuzenki erabiltzen; d) Interbentzio sarkinek beldurra, atzeraldia, deiadarrak eta erasoen emankizuna izan ditzakete; e) gaitzerizko teknikak nahi ez den portaera gutxitzeko erabiltzen dira gehien bat, eta erabiltzaileek interbentzioa desgizartatu dezakete; f) interbentzio sarkinak arazo legalak izan dezake eskubide konstituzionalak bortxatzen dituelako eta tratamenduari borondatezko baieztaren eskubidea zapal dezakelako.

39. kapituluan, "Botere erlazio eta kontrol sarkinari buruzko elkarriketa bat", Anne Donnellan eta Barbara Cutler-ek profesionalen eta gurasoen ikuspegiak bateratzen dituzte ezintasun larriak dituzten gizabanakoentzat eta beraien familientzat kontrol sarkinaren ondorio negatiboak eztabaidatzeko. Erabide hauen aplikazioak portaera aldaketa eta portaera teknologiaren erabilpen okerra frogatzen du: kontrolezko asmoekin gizabanakoaren garapena laguntzekoarekin baino gehiago. Donnellan-ek Estatu Batuetako eskola sistema publikoan kokatzen du arazoa, bertan ikaslegoa kontrolatzeko administrazioak eta irakaslegoak botere forma ugariak erabiltzen bait zituzte. Cutler-ek "gaitzerizko kontrolak behar dituen botere erlazioei eta botere paradigmei alternatiba bezala ikaslearekin eta bere familiarekin laguntasun harremanak garatzeko" eskatzen die profesionalei.

40. kapituluan, "Baimena eta aukera" izenburuaz, Herbert Lovett-ek pentsakera-
ren hildo horretatik jarraitzen du, portaera asaldarien alderdi adaptatiboak eta komunikakorrak ulertu beharko genuela adieraziz, horiek bakar bakarri kontrolatzen saiatu beharrean.

Liburu honen edukinak gure ezagutzaren gehitze bat eman dela adierazten du, bai pilaketa alderdian eta baita ere alde positiboan. Orokorrean zera azpimarratzen da: ikusten dela aldaketa bat ezintasun larriak dituzten pertsonentzat gabetasun indibidualen terapietatik laguntza sistema batzuen horniketa egokietaraino. Prozesu hau beste aldaketa batekin batera etorri da: lehen gizabanakoaren garapenaren ardura zena orain gizabanako eta inguruaren arteko elkarrekintzen ardura bihurtu baita.

"Aldaketa hauek ezintasun larriak dituzten pertsonak hautemateko era ezberdin bat isladatzen dute, ez gizabanako isolatu bezala, baizik eta gure begirunea eta laguntza merezi duten eta potentzialki aktiboak diren gizarte kide bezala".

Arantxa Etxeberria

TRATAMIENTO DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS BAJO DIFERENTES ENFOQUES

LOS EFECTOS DE LA NALOXONA Y LA NALTREXONA SOBRE LA AUTO AGRESIÓN: UN ANÁLISIS DOBLE CIEGO CON PLACEBO

R.P. BARRET, C. FEINSTEIN, W.T. HOLE

"HARRY": LA UTILIZACIÓN DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA COMO REFORZAMIENTO, RETIRADA DE LA RESTRICCIÓN Y DISMINUCIÓN PROGRESIVA DE LA RESTRICCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE UNA PERSONA CON CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS R.M. FOXX, D. DUFRENSE

"HARRY": DIEZ AÑOS DE SEGUIMIENTO EN EL TRATAMIENTO CON ÉXITO DE UNA PERSONA CON CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS R.M. FOXX

EFECTOS DE LA PROGRAMACIÓN POSITIVA SOBRE LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS DE UN ADULTO RETRASADO MENTAL PROFUNDO M." JOSÉ GOÑI GARRIDO

BARRET, R.P., FEINSTEIN, C., HOLE, W.T. "Effects of Naloxone and Naltrexone on Self-Injury: a double-blind, placebo-controlled Analysis", *American Journal on Mental Retardation*, vol. 83, n.º 6, págs. 644-651, 1989

LOS EFECTOS DE LA NALOXONA Y LA NALTREXONA SOBRE LA AUTO-AGRESION: UN ANÁLISIS DOBLE CIEGO CON PLACEBO

La conducta autolesiva es bastante frecuente en personas con retraso mental de nivel grave, así como autistas, sobre todo aquellas que están institucionalizadas. En cuanto a la determinación de las causas de este comportamiento se han manejado una variedad de hipótesis que van, desde las estrictamente biológicas hasta las motivacionales, lo que ha conllevado la utilización de diferentes enfoques de tratamiento para disminuir o eliminar estas conductas; enfoques de tratamiento como pueden ser las técnicas de condicionamiento operante, así como distintas terapias, algunas de las cuales han sido eficaces, pero un grupo importante de personas que presentan conductas autolesivas han permanecido sin responder positivamente a estos enfoques.

En los últimos años, encontramos una creciente investigación a cerca de la importancia del sustrato biológico de los problemas de comportamiento, sobre todo conductas autolesivas, en la población con retraso mental. Recientes, y muy necesarias son las publicaciones de Sadman y cois. (1990), King y cois. (1991), Stein y Belluz (1989), o las anteriores de Richardson y Zaleski (1983) por citar solo algunas.

Cada vez se ha prestado una mayor atención al posible papel de los opiáceos endógenos en las conductas autolesivas. Suponiendo que las conductas autolesivas puedan ser dolorosas, las medicaciones que afectan a la percepción del dolor y el sistema endógeno opiáceo parecen ser los enfoques lógicos para la investigación.

"El que la autolesión pueda provocar la producción endógena de opiáceos que, así mismo, puedan de alguna manera proporcionar una fuente biológica de reforzamiento sensorial (efecto narcótico) es una hipótesis muy manejada".

En este estudio se analizan los efectos del hidroclorito de naloxona (narcan), y del hidroclorito de naltrexona (tresan) en el tratamiento de una niña muda de 12 años, autista y con retraso mental con una historia de autolesión de 8 años y que no había respondido a las intervenciones conductuales ni a las mediaciones convencionales. Antes de comenzar este estudio se tuvo que equipar al sujeto de casco protector, coderas de plástico y otras restricciones para garantizar su seguridad.

En una primer fase se realizó la evaluación de su comportamiento, si bien no se pudieron identificar un antecedente visible o una consecuencia de la autolesión, si pudimos como mínimo definir operacionalmente las diversas formas de auto-agresión y prever que ocurrirían con gran intensidad.

Se llevaron a cabo amplios controles médicos, psiquiátricos, neurológicos, pediátricos, etc.. cuyos resultados se encontraban dentro de los límites normales.

Ante la falta de relaciones operantes de su conducta con el ambiente externo se decidió el tratamiento con un antagonista opiáceo.

La paciente permaneció con una dosis previamente descrita de clorpromacina durante los dos estudios descritos a continuación.

En ambos estudios los comportamientos autolesivos se dividieron en dos categorías:

- a) Autolesión mayor: cualquier acto que pudiera causar una herida de un único golpe fuerte (golpes contra la pared con la cabeza/cara y barbilla, rodillazos a la cabeza, puñetazos en la cabeza/cara)
- b) Autolesión menor: actos repetitivos de poca intensidad cuya herida fuese el resultado de un efecto acumulado. Incluía golpes con la punta de los dedos en la cara, autopellizco, etc..

Se realizó una observación con muestras temporales, dos veces al día del comportamiento de autolesión en dos sesiones de 60 minutos durante todas las fases de ambos estudios.

En el estudio 1 se examinó el efecto de la naloxona sobre la autolesión utilizando un programa experimental intrasujeto, doble ciego, con placebo de programa múltiple (A1-B-A1). Las condiciones de placebo y medicación activa se distribuían aleatoriamente durante los 31 días de tratamiento con el fin de evaluar el impacto diferencial de las distintas condiciones (placebo, 0,2 mg de naloxona, 0,4 mg de naloxona) sobre las dos categorías de conducta autolesiva definida. No se eliminaron las restricciones físicas protectoras.

En el estudio 2 se siguió un programa A-B-A1-B-A1 con el fin de evaluar los efectos de la naltrexona (50 mg/día) sobre el mismo comportamiento bajo condiciones de doble ciego durante cuatro fases experimentales de 12 días alternos. El tratamiento duró tres semanas y se realizó un seguimiento de 22 meses después de la retirada en 6 semanas de la naltrexona, igualmente en este período se eliminó en 3 semanas la dosis de clorpromacina.

Los resultados del estudio 1 indican que el tratamiento de la autoagresividad con naloxona, antagonista opiáceo de corta duración, bajo ciertas condiciones facilita el aumento de una reacción auto-agresiva.

Por el contrario los resultados del estudio 2 indican que la naltrexona, antagonista opiáceo activo de duración más larga, produce una notable reducción de la autolesión. Manteniendo unos niveles cercanos a cero durante el período de seguimiento.

Aunque el hallazgo pueda parecer contradictorio dado el efecto similar que ambas medicaciones tienen sobre el sistema nervioso central, los resultados se podrían explicar en base a la diferencia de duración media activa de cada una de las medicaciones (naloxona, 81 minutos; naltrexona, 36 horas) y si se utiliza como base de explicación un modelo de condicionamiento operante que utiliza el principio de la extinción.

Si el comportamiento auto-agresivo de algunos individuos autistas y con retraso mental se refuerza por medio de consecuencias sensoriales placenteras procedentes de la producción endógena de opiáceos, sería lógico que la naloxona, con su corta vida media, interrumpiese sólo de forma breve el acceso al reforzamiento sensorial.

El tratamiento con naltrexona también ofrecería resultados sin ningún cambio y una disminución de la intensidad de la autolesión; sin embargo, los incrementos de la autolesión durante el comienzo de la etapa de extinción serían finalmente superados por el efecto sostenido de la interrupción de medicación. La naltrexona, al evitar cualquier acceso en el futuro a consecuencias reforzantes sensoriales, puede permitir una extinción completa y, en teoría, resultar en la omisión de la respuesta autolesiva operante aprendida.

A pesar de los resultados diferenciales según la medición, la paciente respondió consistentemente y favorablemente al tratamiento de la autolesión con antagonistas opiáceos. Lo que apoya la hipótesis de que el sistema opiáceo del sistema nervioso central puede estar implicado en la permanencia de la diskinesia tardía de algunos individuos autistas y con retraso mental.

Las principales hipótesis que manejan Sandman y col. (1990), así como los autores de este estudio son las siguientes:

Una de las hipótesis dice que las conductas autolesivas surgen como consecuencia de un estado de insensibilidad al dolor y depresión sensorial que resulta de un exceso fisiológico (congénito) de la actividad de la Endorfina Beta (u otro opiáceo endógeno).

Otra de las hipótesis sugiere que la conducta autolesiva está dirigida por una adicción a un exceso relativo de actividad opiácea, de modo que a través de cambios adaptados, el individuo llega a ser tolerante a altos niveles de transmisores opiáceos, y percibe insuficiencia si los niveles bajan.

Así pues, lo que diferencia estos modelos es el mecanismo subyacente congénito "versus" adaptativo, que lleva al individuo a la situación de tolerancia opiácea, común en ambas hipótesis. En ambos modelos, la conducta autolesiva incrementa los niveles de Endorfina Beta (o presumiblemente otro péptido opiáceo).

King y cols. (1991) señalan que hay problemas de interpretación significativos en los modelos anteriormente descritos, lo que les hace menos sostenibles.

Por ejemplo, dicen King y cols.: "si un estado de deficiencia opiácea estimula la conducta autolesiva, ambas hipótesis deberían predecir que la administración de antagonistas opiáceos agravarían el cuadro clínico en individuos con conducta autolesiva cuando la privación farmacológica se superpone al mecanismo fisiológico que incrementa la neurotransmisión opiácea. En efecto, se observan síntomas significativos de abstinencia en los adictos a los opiáceos después de recibir antagonistas opiáceos. Tales respuestas no se han descrito en individuos con conducta autolesiva, ni siquiera por los autores que han investigado los ensayos con Naloxona y Naltrexona".

"Aún aceptando el hallazgo de que la Endorfina Beta 0800 es significativamente elevada en el plasma de personas con conducta autolesiva así como estereotipada, de nuevo se nos plantean dificultades interpretativas de las hipótesis anteriormente señaladas. Por ejemplo: "Intuitivamente, podemos pensar que después de un día en que un muchacho se ha autolesionado mucho, la actividad opiácea se haya incrementado, pero después de un período de sueño (noche durmiendo) o lo que es lo mismo, un intervalo de conducta autolesiva franco, los autores han encontrado que los niveles de

Endorfina beta siguen siendo elevados en estas personas en comparación con otras personas o grupo control".

Se precisan pues de nuevos estudios para ir avanzando, no sólo en la comprensión de las conductas autolesivas, sino también en el tratamiento de las mismas.

**M.^a José Goñi Garrido
Pere Rueda Quítillet**

FOXX R.M., DUFRENSE, D. "Harry": the use of physical restraint as a reinforcer, timeout from restraint and fading restraint in treating a self-injurious man, *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, vol 4, n.º 1, 1984, págs. 1-14.

LA UTILIZACIÓN DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA COMO REFORZAMIENTO, RETIRADA DE LA RESTRICCIÓN Y DISMINUCIÓN PROGRESIVA DE LA RESTRICCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE UNA PERSONA CON CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS

Harry era un hombre de 22 años de edad institucionalizado y diagnosticado de psicosis y retraso mental severo. Presentaba conductas autoagresivas graves desde la infancia, como la de golpearse la nariz, la cabeza o golpear objetos con el puño y morderse los brazos. A lo largo de los años estuvo atendido en varias instituciones y se utilizaron diferentes tipos de restricciones físicas como cascos, tablillas para los brazos que acabaron por tener un valor reforzante para él (las solicitaba y se las ponía el mismo). Al inicio del estudio estaba tratado con tranquilizantes mayores de forma crónica. Antes de este estudio se habían intentado un gran número de procedimientos para su tratamiento sin éxito. Su participación en actividades educacionales y de entrenamiento era muy limitada debido a que él utilizaba las autolesiones para manipular al personal cuando le daba instrucciones o le hacía alguna demanda.

El programa de tratamiento tuvo dos fases. La fase I consistió en el reforzamiento con restricción por períodos de tiempo progresivamente más largos de no autolesión y aislamiento o retirada de la restricción cuando presentaba la conducta autolesiva. Se utilizó un diseño experimental, ABAB, para demostrar la rápida reducción de la conducta autolesiva en la fase I.

Al finalizar la fase I, Harry presentaba niveles bajos de autolesión, menos de un episodio por día, pero empezó a autorestringirse manteniendo objetos agarrados en ambas manos. La autorestricción fue tratada en la fase II utilizando el desvanecimiento o disminución progresiva del tamaño de los objetos que mantenía en las manos hasta el punto de dejar de agarrarlos. En este momento se introdujo una forma más apropiada de restricción, llevar gafas, que se ha mantenido hasta la actualidad, cuatro años y medio después.

Inmediatamente después de acabar la fase II se introdujo un programa de mantenimiento que consistía en el reforzamiento mediante fichas de las conductas adaptativas, el entrenamiento de los padres y un programa diario enriquecido que incluía entrenamiento vocacional e interacciones a nivel individual con un miembro del personal de la unidad.

Los resultados de cuatro años de seguimiento revelaron que la conducta autolesiva de Harry virtualmente no existía y consistía en golpecitos simbólicos en la nariz o suaves mordiscos en los brazos.

Este trabajo sugiere que el uso terapéutico de las propiedades reforzantes de la restricción para tratar a los individuos autolesivos parece ser una forma extremada-

mente efectiva para: a) tratar la conducta autolesiva, b) superar los efectos secundarios negativos del uso crónico de la restricción, y c) tratar a las personas que se auto-restringen mediante la sustitución por formas más apropiadas de restricción.

M.^a José Goñi Garrido

R.M. FOXX. "Harry": A Ten Year Follow-Up of Successful Treatment of a Self-Injurious Man. *Research in Developmental Disabilities*, vol. 11, n.º 1, 1990, págs. 67-76.

"HARRY": DIEZ AÑOS DE SEGUIMIENTO EN EL TRATAMIENTO CON ÉXITO DE UNA PERSONA CON CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS

En este artículo se informa del éxito del tratamiento de un hombre autoagresivo durante un período de seguimiento de 10 años. El cliente Harry, es un hombre de 32 años que fue tratado por sus conductas autolesivas hace diez años mediante un programa multifásico que incluyó a) reforzamiento con restricción física por períodos de tiempo progresivamente mayores sin conducta autolesiva y aislamiento de la restricción si presentaba autolesión, b) desvanecimiento de la restricción, c) sustitución por formas más apropiadas de restricción, d) reforzamiento mediante fichas por las conductas adaptativas, y e) entrenamiento vocacional y de los padres.

Los datos de seguimiento fueron obtenidos de diversas fuentes, los registros de su unidad residencial, los emplazamientos de trabajo comunitario y sus padres. Después de 10 años, la conducta autolesiva de Harry sigue siendo infrecuente y raramente tiene como resultado un daño físico. No se han tenido que utilizar consecuencias negativas para hacer frente a la conducta autolesiva desde hace más de nueve años.

Harry ahora trabaja todo el día en un centro comunitario, gana aproximadamente 45 \$ al mes, visita la casa de sus padres prácticamente cada fin de semana y les acompañó hace dos años de vacaciones durante cuatro semanas y media haciendo un viaje en coche de 7.500 millas.

El éxito a largo plazo conseguido con Harry puede deberse a diversos factores. Uno, que su conducta autolesiva no resulta en el escape de las demandas educacionales y vocacionales o resulta en la restricción. Dos, se ha establecido una historia de respuesta apropiada para conseguir reforzamiento positivo. Tres, la complejidad y relevancia de las tareas que se le fueron exigiendo se han ido incrementando. Cuatro, el alto nivel de funcionamiento de Harry y el uso de lenguaje expresivo le ha permitido tener muchas más oportunidades para obtener reforzadores positivos e interacciones con otros que si su lenguaje expresivo hubiera sido limitado o inexistente. Cinco, quizás lo más importante, Harry siempre tuvo disponible alguna forma de restricción que no interfiriera en sus actividades o funcionamiento.

Finalmente, se debería indicar que el programa de tratamiento inicial en 1978 consistía en tres pasos que se determinaron en base al Modelo de Tratamiento Menos Restrictivo. El primer paso ya se ha descrito anteriormente, el segundo implicaba períodos de reforzamiento por la no presentación de la conducta autolesiva con la restricción y el uso de una restricción de cuerpo entero como consecuencia negativa por la autolesión mientras que el último paso consistió en el reforzamiento mediante restricción por la no autolesión y shock eléctrico contingente por la conducta autolesiva. El éxito conseguido en el primer paso hizo innecesario pasar a los siguientes. Es importante también hacer énfasis que el caso de Harry fue un ejemplo de a) la evaluación de la función comunicativa de la conducta desadaptada, b) el uso de análisis funcional para el diseño del programa de tratamiento, y c) un enfoque integrado y basado principalmente en el refuerzo positivo para reducir una conducta muy problemática.

M.^a José Goñi Garrido

GOÑI GARRIDO, M.^a JOSÉ, "Efectos de la Programación Positiva sobre las conductas autolesivas de un adulto retrasado mental profundo", *Siglo Cero*, Julio-Agosto, 1990.

EFFECTOS DE LA PROGRAMACIÓN POSITIVA SOBRE LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS DE UN ADULTO RETRASADO MENTAL PROFUNDO

Este estudio se llevó a cabo con un sujeto de 29 años diagnosticado de retraso mental profundo que presentaba graves conductas autolesivas en ambiente residencial. Su nivel de funcionamiento era muy limitado en las áreas de autonomía personal y social, comunicación y lenguaje, y motricidad fina.

Presentaba conductas de aislamiento y desconexión con el ambiente externo, estereotipias (balanceo de tronco, dar palmadas, morder ropas...), pero sus conductas más problemáticas eran las autolesivas (golpearse con los puños de las manos en las sienes, tirarse al suelo "a plomo", morderse el anverso de la mano). Institucionalizado desde los siete años, sus conductas autolesivas eran tan graves como para haber recibido terapia de electroshock y haber sufrido una intervención cerebral sin resultados positivos.

En los últimos años su conducta autolesiva se controlaba mediante la restricción física custodial.

Sus conductas autolesivas dificultaron a lo largo de los años su participación en programas de entrenamiento en habilidades más adaptadas. Esto y su bajo nivel de funcionamiento suponían una gran limitación en la programación de las actividades de su rutina diaria.

Coincidiendo con el cambio de residencia se planificó un programa de intervención con el objetivo de disminuir sus conductas autoagresivas y aumentar sus habilidades de autonomía personal, comunicación y respuesta al medio ambiente que le rodeaba.

En una primera fase se llevaron a cabo las evaluaciones curriculares y normativas, así como un período de 15 días de línea base sobre sus conductas autoagresivas y estereotipadas. Para ello se utilizaron la Hoja de Observación (Touchette y otros, 1985) y un registro anecdótico (antecedentes, conducta, consecuentes).

El análisis conductual reveló ciertas variables ambientales que podían licitar su conducta (espacio físico reducido, calor extremo, atención física por parte del personal). Otro tipo de variables internas del individuo como las necesidades primarias insatisfechas (hambre o sed), estado de agitación o ansiedad, así como los déficits tan pronunciados en el desarrollo de habilidades más adaptadas de comunicación, autonomía social y personal se determinaron como relevantes.

No se pudo precisar con exactitud las consecuencias externas que podían estar manteniendo la conducta, salvo la obtención de comida o bebida, por lo que la hipótesis fue que la conducta estaba mantenida principalmente por refuerzos internos (disminución de estados de ansiedad o agitación).

Se elaboró un programa de intervención con varios objetivos:

1. Aumento de las habilidades de autonomía personal: control de esfínteres diurno, beber independientemente de un vaso, comer con cuchara.
2. Aumento de las respuestas al medio que le rodea (estimulación sensorial táctil, vestibular).
3. Adquisición de habilidades de tiempo libre y ocio (piscina y paseos).

El programa tuvo una duración total de 9 semanas y consistió en: estructuración intensa de la rutina diaria con una amplia variedad de actividades, cada una de ellas de duración no mayor a media hora, dentro de las cuales se incluían los programas concretos para la adquisición de habilidades.

Como técnicas adicionales para el tratamiento de las conductas autolesivas se utilizaron las manipulaciones ambientales y la utilización de un procedimiento de protección del atendido, mediante restricciones físicas, para cuando su conducta estaba fuera de control y podía causarle daños físicos.

Los resultados del programa indican una disminución significativa de las conductas autolesivas hasta llegar a niveles cercanos a cero durante los últimos trece días. Otros resultados fueron:

- Aumento de la colaboración durante la actividad de paseo, disminuyendo el número de veces que se tiraba al suelo.
- Aumento del contacto visual con el cuidador y otras respuestas interactivas (sonrisas) significativo durante la actividad de piscina.
- No se observaron avances significativos en la adquisición de habilidades de autonomía personal, si bien esto no es de extrañar dada la duración tan corta de esta fase, si bien sí se pudo comprobar una buena capacidad de colaboración por su parte sin la presentación de graves problemas que impidiesen su participación en los mismos.

Somos conscientes que los resultados de este programa no son determinantes, pero si han servido para sacar ciertas conclusiones al respecto.

La inclusión del sujeto en un programa individualizado y basado en el análisis funcional de su conducta responde mejor a sus necesidades y derechos que la "no intervención".

La capacidad del individuo para adaptarse a una rutina de actividades adecuada a sus capacidades y necesidades a pesar de su nivel de funcionamiento tan pobre.

La incapacidad de la propia institución para responder a las necesidades de los individuos de niveles bajos con graves problemas de conducta de forma continuada.

La brevedad del estudio nos impide ver resultados más significativos, no debemos olvidar que estamos refiriéndonos a un individuo de 29 años con una larga historia de problemas de conducta.

M.^a José Goñi

EXPERIENCIAS Y COMUNICACIONES

En este apartado presentamos la entrevista realizada al Dr. Gary LaVigna, Director del Institute of Applied Behavior Analysis de California, la experiencia de Atención Especializada en Personas con Retraso Mental Grave y Problemas de Comportamiento Severos desarrollada en el "Centro Fraisoro de la Fundación Uliazpi", el Inventario ICAD para la Planificación del Cliente y de la Agencia, así como, dos declaraciones sobre terapia aversiva, la primera de la "Asociación Canadiense para la Vida en Comunidad", y la segunda, de la "Asociación Americana del Retraso Mental".

ENTREVISTA

Gary LaVigna, Director del Institute of Applied Behavior Analysis

¿Hacia dónde se encamina, en los próximos años, la atención a las personas con retraso mental grave y problemas de comportamiento severos, tanto a nivel comunitario como residencial?

Me parece que hay una clara tendencia hacia el establecimiento de estrategias de servicios y de sistemas de apoyo que facilitan que estas personas vivan en sus propias casas o apartamentos, solos, o lo que es más normal, con una, o, como máximo, con dos personas compatibles, y elegidas por ellos mismos. Una de las diferencias entre el sistema clásico de residencia asistida y el sistema de vivienda asistida es que si las cosas no marchan bien, en el segundo de los casos puede reemplazarse a la persona que ofrece el apoyo, evitando así tener que cambiar de residencia a una persona, sólo porque no

encaje en un programa determinado. Además, si la persona es un niño, los servicios de ayuda pueden ofrecerse en casa de los padres.

¿Cuáles serían los recursos básicos para que las personas con retraso mental y problemas de conducta severos estén integradas en la comunidad?

En el caso de los adultos, los servicios básicos tienen que ofrecer sistemas de vivienda asistida muy elaborados, y si además, la persona presenta problemas de comportamientos severos, serán necesarios servicios de evaluación y de intervención igualmente elaborados. En definitiva, no es necesario, y a veces, hasta es contraproducente, aislar a estas personas de las oportunidades normales de presencia y participación en la comunidad.

¿Qué opina de la polémica entre tecnología aversiva/no-aversiva?

La polémica está siendo resuelta por la mayor eficacia que ofrece, a la hora de solucionar los problemas, tanto a corto como a largo plazo, la combinación de procedimientos no aversivos, fundamentados en una minuciosa evaluación y un análisis funcional de las conductas. Además de controlar más eficazmente los problemas de comportamiento, los métodos no aversivos producen, por lo general, mejores resultados en lo que a calidad de vida se refiere. El verdadero problema es la formación y la difusión. Mi experiencia es que una vez que las personas entienden realmente cómo utilizar los métodos no aversivos, entonces prefieren éstos a las tradicionales, y ya anticuadas, técnicas aversivas. En cualquier caso, este cambio en la metodología supone un claro paso hacia adelante, y como ocurre en cualquier otra área, los progresos siempre tienen como consecuencia que haya gente que defienda el status quo, la manera tradicional de hacer las cosas. La resistencia de lo antiguo a dar lugar a lo nuevo, aparece como una controversia; sin embargo, todo esto es normal, sobre todo si se tiene en cuenta la importancia del cambio.

¿Podríamos encontrarnos actualmente en un proceso de "caza de brujas"?

No creo que exista tal "caza de brujas". Simplemente, existen desacuerdos debidos al cambio de metodologías.

¿Existe actualmente legislación en su país respecto al tema de los derechos de las personas con retraso mental y problemas de comportamiento? ¿Cree que debería existir una legislación específica?

La mayor parte de la legislación se dicta al nivel de los Estados y no de la Nación, por lo que la legislación varía de un Estado a otro. Algunos Estados disponen de unas regulaciones muy claras sobre la utilización de métodos conductistas, y otros no. Yo creo que las personas deberían ser protegidas y deberían poder acceder al mejor tratamiento posible. De todas formas, pienso que el énfasis, en vez de en la prohibición, habría que hacerlo en la formación y el establecimiento de estándares que den lugar a las mejores prácticas. Desafortunadamente, es la prohibición de los antiguos métodos, lo que motiva a

la gente a formarse en las mejores prácticas que se ofrecen.

Muy a menudo se confunde el significado de los términos que utilizamos; asociando aversivo a "malo" y no aversivo a "bueno"; y muchas veces también se confunden los términos de castigo y aversividad. ¿Nos podría matizar, si las hay, las diferencias?

"Castigo" y "Aversividad" son términos técnicos. Por definirlo de una manera sencilla: "castigo" se refiere a la consecuencia conductal que suprime la futura ocurrencia de la conducta en cuestión, y "evento aversivo" es aquél que normalmente lleva a una persona a actuar para así escapar del mismo o evitarlo. De acuerdo con estas definiciones técnicas, el castigo es un suceso aversivo, no obstante, existen sucesos aversivos que no implican una consecuencia punitiva.

¿Qué opina de la polémica establecida entre Rob Horner y Ian Evans sobre la justificación o no en la utilización de ciertas técnicas aversivas en según qué situaciones, publicada recientemente en el Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps?

La controversia a la que se refiere es más aparente que real. Ambas perspectivas son legítimas y las aparentes contradicciones pueden reconciliarse mediante un modelo o marco conceptual que las incluya. En nuestro Instituto hemos llevado a cabo lo que creemos que constituye un inicio importante en el establecimiento de este modelo.

El modelo que inspira nuestro trabajo incluye una visión extensa de los criterios extraídos para evaluar los programas de intervención en los problemas de comportamiento. Más allá de la tradicional rapidez y grado de los efectos, el modelo requiere que la intervención sea evaluada en términos de duración y generalización de sus efectos, de los efectos secundarios que produce y de su validez social, clínica y educativa, incluyendo una mejora de la calidad de vida. Esta serie compleja de resultados críticos, hace que cualquier otro procedimiento deje de ser realmente eficaz por sí mismo. Es más, los resultados totales requieren de planes de tratamiento multielementos, cuyos diversos componentes combinados entre sí, consigan la gama

completa de resultados indicados. Estos componentes separados deben integrarse en un plan de tratamiento estructurado. La primera y principal distinción que realizamos dentro nuestros planes de intervención es la que existe entre *Estrategias Proactivas* y *Estrategias Reactivas*.

Las *Estrategias Proactivas* están diseñadas para producir una supresión rápida, duradera y generalizada de la validez del objetivo del programa. En esta categoría se incluyen: las Manipulaciones Ecológicas, como por ejemplo, los cambios en los entornos físico, programático, y/o interpersonal; la Programación Positiva, diseñada para enseñar a la persona, formas más eficaces y socialmente aceptadas de satisfacer sus necesidades y de sobrellevar y tolerar con naturalidad las frustraciones que se presentan cada día; el Tratamiento Directo, como por ejemplo, las estrategias conductuales no aversivas diseñadas para establecer un rápido control, mientras se tratan de conseguir los objetivos, de carácter más permanente, inherentes a las manipulaciones ecológicas y a la programación positiva.

Las *Estrategias Reactivas* están, por su parte, diseñadas para tratar las ocurrencias individuales de la conducta objetivo con el fin de minimizar las lesiones al personal y al sujeto, o los daños materiales graves. Con una estrategia reactiva quizás no sea posible evitar todas las cualidades aversivas en todos los sucesos, pero sí en la mayoría de las situaciones. De cualquier modo, lo importante, en este caso, es la

protección y la posibilidad de tratar las situaciones en sí, y no la supresión futura. Por otra parte, nuestro modelo considera la evaluación como un grupo importante de variables independientes. La necesidad de una información completa es esencial, si se toma en cuenta la posible influencia que las variables neurológicas, médicas u otras variables orgánicas pueden tener sobre la conducta. Las tradicionales aproximaciones hacia la modificación conductual han tenido tendencia a minimizar o a ignorar la importancia de la evaluación en una intervención eficaz.

Para finalizar, nuestro modelo destaca la mediación como una serie separada de variables independientes que afectan los resultados del tratamiento y definen las diferentes categorías de mediadores y los diferentes niveles de formación.

¿Cuáles son los objetivos y fines del Institute of Applied Behavior Analysis?

El objetivo es ayudar a las personas con dificultades de aprendizaje, especialmente a las que presentan problemas de comportamiento severos, a que accedan a la mejor calidad de vida posible con una presencia y una participación completa en la comunidad. Tratamos de alcanzar este objetivo a través del ofrecimiento de servicios directos, por ejemplo, trabajo apoyado, vivienda apoyada, evaluación y tratamiento del comportamiento, así como a través del ofrecimiento de formación y asesoramiento a las demás personas que comparten nuestro objetivo.

EXPERIENCIA DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON RETRASO MENTAL GRAVE Y PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO SEVEROS

Este artículo es un intento de descripción de una experiencia y no pretende ofrecer una valoración cuantitativa de la misma, a pesar de que algunas de las afirmaciones que se hacen están basadas en los datos.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En Centro "Fraisoro", como consecuencia de: atender a personas con retraso mental severo y profundo, en su mayoría adultos y algunas de ellas con graves problemas de comportamiento; un diseño arquitectónico poco adecuado e individualizado en este momento; entre otros, estaba pasando estos últimos años por una situación que podríamos calificar de "preocupante".

Se producía una situación de tensión y temor por parte de los padres de los residentes más indefensos, así como del personal; muchas veces se tenía la sensación de sentirse "sobrepasado", con lo cual las actuaciones preventivas o restrictivas podían tender a generalizarse o afectar a la mayoría de los atendidos, como por ejemplo la eliminación de ciertos detalles decorativos o ambientales (cortinas en la sala de estar).

Visto el desarrollo de los otros centros del Servicio, y de acuerdo con los principios que nos rigen y están definidos en el "Documento de Filosofía y Principios", se determina que convendría avanzar en los siguientes aspectos:

- Disminución de la densidad de población en el Centro.
- Subdivisión del Centro en unidades de vida pequeñas e independientes.
- Modificación de los modelos de dirección, motivación, formación de personal, para adoptar nuevos valores y capacitaciones que permitan crear vínculos de relación más positivos.

Pero puesto que estas modificaciones no pueden hacerse con la rapidez que sería necesario, y en vista de la urgencia que existe en el centro para resolver esta serie de temas, cada vez más conflictivos, la Junta de Gobierno de la Fundación Uliazpi celebrada el mes de septiembre de 1989, aprueba la creación del "Piso del Centro Fraisoro", donde se ubicarán, de forma temporal, ciertas personas con graves dificultades conductuales.

Los objetivos a conseguir con ello son los siguientes:

- Trabajar de forma sistemática y consistente con un grupo reducido de personas, intentando modificar las variables tanto intrínsecas como extrínsecas que afectan negativamente el desarrollo de las dificultades conductuales, para poder llegar, al finalizar la experiencia, a conclusiones más claras sobre la atención y tratamiento de estas personas.

Hacer viable la reforma, señalada anteriormente y a todos los niveles, del centro.

PAUTAS SEGUIDAS

Residentes

Proceso de selección de los residentes

El proceso de selección de las personas para asistir a un lugar de atención especializada ha pasado por varias fases desde 1.987, llegándose finalmente a la conclusión, y puesto que el lugar de ubicación iba a ser el Centro "Fraisoro", a que fuese sólo para personas atendidas en el mencionado centro (en número de cinco), y que presentasen, independientemente de su diagnóstico etiológico de base (retraso mental, psicosis, neurosis), problemas de comportamiento importantes (tanto auto-lesiones como heteroagresiones en sus distintas variantes).

En esta fase inicial, a todas las personas susceptibles de ser especialmente atendidas como consecuencia de su "comportamiento", se les administró la Escala I.C.A.D. en su apartado referido a conductas perturbadoras, y en la que se registra tanto la frecuencia como la severidad de las mismas.

Evaluaciones efectuadas

En el momento en que se decidió que en próximos meses se iba a poner en funcionamiento el piso de "Fraisoro", se elaboró un plan de evaluación de las personas que iban a residir en el mismo y que consistió:

- a) Evaluar a los sujetos (durante 3 meses) previo a la entrada en el piso y por parte del personal general del centro.
- b) Evaluar a los sujetos, previo a la entrada en el piso, por parte de los cuidadores que les iban a atender en el piso (como aplicación práctica del cursillo de formación).

El objetivo de estas evaluaciones ha sido:

a) Evaluar al sujeto:

- Sus dificultades conductuales.
- Las habilidades que posee.

b) Evaluar lo que le rodea.

Para evaluar lo que rodea al sujeto se ha administrado un inventario elaborado por nosotros bajo el modelo expuesto por Gardner, respecto a aquellas variables ambientales y psicosociales que instigan y/o incrementan la probabilidad de las dificultades conductuales.

Para evaluar las dificultades conductuales se ha elaborado un formato de identificación del problema, en el que existe la definición operativa y topografía de la conducta, el número de respuestas, los antecedentes y los consecuentes.

De cara a evaluar las habilidades que posee el sujeto se ha administrado:

- La hoja de observación general del servicio.
- Un inventario de habilidades sociales.
- Un inventario de habilidades recreativas.
- Un "checklist" de actividades preferidas.
- El P.V. de Kiernan (escala comunicativa).
- Escala de "Funciones comunicativas de las conductas perturbadoras" de La Vigna.

Previo a la evaluación de los sujetos, tanto en su primera fase, como en la realizada por los cuidadores propios del piso, se ha informado y, mínimamente entrenado, al personal de como administrar las pruebas y qué es lo que se pretendía evaluar. No obstante, y en aras de dar una valoración precisa y exhaustiva de las evaluaciones efectuadas es preciso señalar los problemas más frecuentes con los que nos hemos encontrado, y que debemos solventar en posteriores evaluaciones:

- El cuidador está de baja.
- El cuidador cambia de turno.
- El registro no cubre todas las horas del día.
- Los registros todavía presentan una visión subjetiva (algunos problemas de comportamiento no se registran o valoran en comparación a otros considerados como más graves, o porque no suponen agresión hacia otra persona).
- No se especifica de forma operativa tanto los antecedentes, como los consecuentes, como la propia conducta en sí.
- No hay posibilidad de una observación permanente por tener que realizar otras tareas.

Sin embargo es preciso significar también el esfuerzo y voluntad que se ha puesto de cara a registrar aspectos a los que muchas veces no estamos acostumbrados.

Personal

Para la selección de los candidatos a ocupar plaza se realizó una preselección entre trabajadores de lista de espera de los 3 centros que, con su experiencia en sustituciones podían resultar válidos y poseer el rodaje deseado. En el proceso de selección los aspirantes expusieron, en una prueba escrita, un proyecto de atención para retrasados mentales severos y profundos con problemas de conducta graves. Sobre esta exposición se mantuvo posteriormente una entrevista con cada uno de ellos. Finalizado el proceso de selección se realizó un curso de formación específico y adaptado al proyecto. Además de recoger la Filosofía del proyecto, los temas teóricos y aplicados y las diversas aportaciones en base a la experiencia de cada uno, se realizaron unos registros para llegar a la elaboración de los objetivos individuales y las estrategias de actuación.

Valorando las especiales circunstancias que concurren en esta experiencia e intentando minimizar las repercusiones negativas derivadas de los períodos de baja y

vacaciones del personal, se planteó y acordó con el personal de atención directa el estudiar y planificar, en base a una propuesta calendario, tales situaciones con anterioridad a los períodos vacacionales. De esta forma, además de desdoblar los turnos durante las vacaciones navideñas se ha dado la deseada continuidad y consistencia a la experiencia cubriendo dichas sustituciones exclusivamente con el personal a tiempo parcial que trabaje el piso.

Por otra parte debemos valorar el compromiso adquirido por el personal de atención directa para:

- Observar y registrar constantemente las habilidades y conductas que presentan las personas a las que atienden, tanto para establecer posibles hipótesis de trabajo, como para ver la evolución que se sigue, así como para la preparación de las reuniones de seguimiento, de las cuales participan de forma periódica.
- Participar en la elaboración de los objetivos para cada uno de sus tutorizados, observando una metodología de trabajo basada en el aprendizaje y en la modificación de las circunstancias ambientales y psicosociales en cuanto el tratamiento de los problemas de comportamiento.

Respecto al soporte técnico, el piso cuenta, además del propio personal técnico-directivo del propio centro, de una dedicación especial de los coordinadores médico y psicopedagógico.

Familias

El planteamiento del proyecto a las familias comenzó con una entrevista individual con los padres de los atendidos seleccionados para el proyecto. En ese primer contacto formal se pretendía, que, además de recoger una información real y concreta sobre los motivos por los que el atendido había sido propuesto a ocupar una de las plazas del piso y un esbozo del proyecto, pudieran expresar sus dudas, oposición o conformidad de una forma personalizada e individual. Las familias de todos los atendidos propuestos, dieron su consentimiento y valoraron muy positivamente la posibilidad planteada.

Posteriormente se convocó a las familias de los atendidos seleccionados para una reunión conjunta en la que se les informó detalladamente de las razones para el planteamiento del proyecto, de los pasos habidos, el personal, la organización y otros aspectos además de los planes y consecuencias derivadas para el resto del centro. Esta reunión sirvió también para presentar formalmente a las familias entre sí y con el personal de atención directa que participaría en el piso. La valoración de las familias fue muy positiva observando que en función de los medios y del planteamiento realizado sus hijos podían beneficiarse de una sustancial elevación de su calidad de vida.

Hemos pretendido que el proyecto se conozca y valore enmarcándolo dentro del plan general de mejoras planteadas y plenamente integrado en la vida y dinámica del centro, tal y como corresponde a su planteamiento.

PAUTAS DE FUNCIONAMIENTO

Organización

Si bien existe un horario priorizado para cada residente en función de sus necesidades y objetivos planteados, éste puede globalizarse en los siguientes aspectos.

A las 8 de la mañana se despiertan y se levantan siguiendo un orden establecido de antemano. Aseo e higiene y vestir hacia las 9,15 desayunan, pasando seguidamente a la sala de estar donde escuchan música, ven la televisión, miran revistas, mientras los cuidadores almuerzan por turnos.

Antes de desplazarse al Centro de día se aprovecha un corto espacio de tiempo para dar un paseo de forma individualizada con algún atendido.

Cuatro de los cinco residentes en el piso asisten luego al centro de día, integrándose en sus respectivos grupos de área, mientras el quinto residente trabaja los objetivos que se le han señalado en el propio piso con su cuidador correspondiente.

A las 13,30 vuelven al piso para comer. Posteriormente se realiza el aseo y permanecen en situación de sala de estar

hasta las 15,15 que vuelven al centro de día.

Durante las tardes el horario y actividades varían en función de las salidas al exterior que realicen.

A las 17,30 se lleva a cabo la merienda seguida de actividades recreativas, gimnasia, paseo, etc., hasta la hora de duchas que es a las 19,30.

A las 20,35 es el momento de cenar, y con posterioridad a ello hay aseos y algunos ya se acuestan mientras otros permanecen en la sala de estar viendo la televisión.

Tal vez lo destacable, aparte de que cada residente tiene un horario individualizado, es su asistencia al centro de día conjuntamente, con los demás compañeros del centro.

Programa de desarrollo individual

Cada residente tiene elaborado su plan de trabajo, en cuyo planteamiento han participado directamente los cuidadores que los atienden.

Si bien este plan se encuentra desarrollado en un Anexo conviene significar varios aspectos:

- Los objetivos planteados corresponden tanto a la situación de centro residencial como de día.
- Existe en el mismo un apartado referido a estrategias de actuación, tanto para conductas desadaptadas como para otras necesidades.
- Se incluye además un listado de refuerzos y actividades preferidas.

En estos primeros meses de funcionamiento se ha prestado más atención a una adaptación del residente a su entorno, así como también a observar todo tipo de conductas con su posterior registro, lo que nos ha valido para ir planteándonos posibles hipótesis de las causas de la conducta.

A partir de este momento ya estaríamos en disposición de llevar a cabo algunos de los objetivos planteados.

Reuniones de seguimiento

En esta fase de la experiencia nos planteamos el realizar un seguimiento continuado y sistemático de cara a valorar aspectos que deban de ser reforzados o readecuados. Esto implica, en primer lugar, un estrecho contacto con la realidad diaria y un ulterior encauce de las conclusiones que se derivan de la misma. Por ello, este seguimiento y contacto estrecho será el que exigirá, en su caso, los posibles replanteamientos y/o reuniones para tal fin.

Del seguimiento se derivan la detección de necesidades y el planteamiento de una formación continuada del personal, y en él hemos de encontrar una conexión real entre el personal, tanto de atención directa como indirecta, y las familias.

El seguimiento de la experiencia se previo mediante unas reuniones a las que asistirán un cuidador de cada turno y los técnicos con el fin de recoger toda la información posible y valorarla. Previo a esta reunión de seguimiento, de la que pueden surgir nuevos objetivos y orientaciones, se realizaría una previa entre los técnicos que sirviera de preparación a la misma.

La periodicidad de estas reuniones puede oscilar entre mes y medio y dos meses, pero se irán convocando en función de las necesidades. A principios del mes de diciembre ya se han llevado a cabo las primeras reuniones, tanto de técnicos como de personal de atención directa.

Las reuniones de los técnicos han versado sobre los siguientes temas: Análisis de los objetivos generales del piso, posibles estudios y controles médicos, técnicas de tratamiento psicopedagógicas, modificaciones observadas en los residentes. Las de técnicos con cuidadores han tratado: Análisis de cada residente (asistencia, comportamiento, medicación), información de trabajos experimentales, explicación de algunos por qué.

Resultados de seguimiento al cabo de un año

En un intento de sistematizar la información y valoración obtenidas, es preciso hacer una subdivisión en apartados; en ellos vamos a tener en cuenta a la persona objeto de atención, al personal, a las fami-

lias, terminando el capítulo con algunas consideraciones y orientaciones de futuro.

Personas atendidas

A nivel de su conducta desadaptativa los datos más relevantes que tenemos a disposición nos informan de una importante reducción, en el tiempo, en el que las personas con conductas autolesivas importantes, permanecen con restricción física.

Y por otra parte en una disminución de las conductas desadaptativas individuales que estas personas presentaban en las evaluaciones precedentes a su ingreso en la unidad; conductas tales como: empujar a los demás, pellizcar, arañar, morder, negarse a ..., rabietas, salirse de la situación, agresión al ambiente, entre otras.

En lo referente al nivel de conducta adaptativa se observa un aumento en las relaciones interpersonales, sin haberlas trabajado específicamente, tanto con compañeros, como con el personal, así como una mayor participación en actividades recreativas. El aumento de habilidades de independencia personal también ha sido significativo.

En cuanto a la salud se ha observado que han disminuido sensiblemente los "accidentes" traumáticos derivados de sus conductas auto y heteroagresivas. En general ha habido una reducción de las dosis de fármacos neurolépticos y antiepilépticos; no habiendo, por otra parte, variaciones significativas en cuanto al número y gravedad de las enfermedades intercurrentes.

De forma genérica podemos decir que aquellos atendidos cuyo diagnóstico es de retraso mental severo o profundo asociado a un trastorno generalizado del desarrollo, se han adaptado al nuevo ambiente mucho mejor que aquellos que presentan trastornos por déficit de atención con hiperactividad.

Personal

El personal mantiene una cierta expectativa respecto a su trabajo y objetivos a conseguir, si bien ésta, en algunos momentos, decae, ya sea como consecuencia de sentirse poco apoyado por el personal

técnico, ya sea por la conducta de cierto atendido que en ciertas fases de agresión hacia algunas personas que le atienden supone una carga, ciertamente importante, en el desarrollo de las actividades y minan la situación anímica del cuidador.

A pesar de que el ritmo diario conlleva una mayor carga psíquica que la de otros colectivos que trabajan en situación residencial, en la mayoría de los meses el nivel de absentismo laboral ha sido mínimo.

Se ha generado un sentido de grupo y de relación ciertamente importantes y a veces superior al de otros grupos o colectivos del servicio, ello unido al nivel de motivación inicial y compromiso aceptado por este personal, hacen que su nivel de exigencia, tanto con respecto a sí mismo como a los demás sea muy bueno. Por otra parte coinciden en señalar que actualmente no dejarían de trabajar para pasar a otro puesto.

Los padres

Con las familias de las personas atendidas se ha mantenido una vinculación a través de reuniones de grupo informativas, las cuales han sido valoradas positivamente, así como una individual para valorar sus opiniones, procurando adecuarse a un cuestionario uniforme para las cinco familias.

Estas consideran que el modelo de convivencia actual favorece y ayuda a que las relaciones interpersonales sean más positivas, con una forma de vida más familiar y hogareña. Destacan que la atención es más personal e individualizada; se les atiende mejor; y ven mejoras en cuanto al comportamiento de su hijo: "está menos golpeado (muchacho con conductas autolesivas graves)" "lo veo más tranquilo y alegre".

Por otra parte consideran que la calidad de vida ha mejorado, no sólo por el trato, sino también por las condiciones ambientales: habitaciones individuales, baños más amplios.

Consideraciones

A lo largo de este año se han observado imperfecciones en los registros reali-

zados, lo que debe conllevar a una redefinición operativa de algunas conductas, o incluso a la definición de otras que no estaba previsto modificar en un principio; o bien el obtener instrumentos de medida mucho más preciso, como puede ser un microordenador manual, sobre todo para el registro de conductas muy repetitivas.

Algunos de los avances más importantes que se han logrado, tales como: "disminución en tiempo de restricción física de algunos atendidos con conducta autolesiva" "mejora en las relaciones interpersonales", no han podido ser exactamente cuantificados como consecuencia de no disponer de datos o mediciones exhaustivas previas a la puesta en funcionamiento de la unidad.

En un futuro inmediato convendría informatizar los registros efectuados mediante el programa pertinente para facilitar la utilización de los datos, de cara a establecer nuevas hipótesis de trabajo, puesto que las variables a ponderar, cada vez van a ir complejizándose más.

Orientaciones de futuro

A pesar de que el personal de atención directa ha tenido un nivel de apoyo mayor al habitual en las otras unidades residenciales, se observa una mayor demanda de apoyo por parte de los técnicos correspondientes, psiquiatra y psicólogo; posibilitándoles una mayor formación, así como de los medios y recursos pertinentes que respondan a las necesidades que tienen o demandan.

No sólo es preciso un contacto constante con el personal técnico, sino también el posibilitar y articular encuentros periódicos entre el mismo personal de atención directa.

Después de esta primera fase de adaptación, observación, registro y tratamiento de los problemas de comportamiento procurando enfoques no aversivos, se debería incidir ya más profundamente en aspectos de habilidades de comunicación, relaciones interpersonales y de una mayor participación en el hogar y la comunidad.

Se debe incidir más en el criterio de no permanencia de los atendidos en la

unidad de una manera definitiva. Este criterio de movilidad es básico, tanto en lo referente a los objetivos planteados o de filosofía de la Fundación, así como para servir de acicate a las personas que allí trabajan.

Si bien, como ya hemos señalado anteriormente, la permanencia y estabilidad del personal en la unidad es un tema fundamental, éste debe tener la certeza de que, cuando lo demande, ya sea por estrés

u otras causas, puede ser trasladado a otra situación dentro del servicio.

Consideramos esta unidad como experimental y que en este momento responde a unas necesidades propias del servicio, por ello no debe ser entendida como algo definitivo o un obstáculo para futuras alternativas a las personas con retraso mental grave y severos problemas de comportamiento que se pueden dar en la Fundación Uliazpi.

Pere Rueda Quítllet

ADIMEN-ATZERATASUN LARRIA ETA JOKABIDEZKO PROBLEMA LATZAK DITUZTEN PERTSONEI ZUZENDUTAKO ATENTZIO ESPERIENTZIA

Artikulu honen bidez, esperientzi bat deskribatu nahi da eta, nahiz eta egiten diren zenbait adierazpen datutan oinarritzen diren, ez da gure asmoa esperientzi horren balioespen kuantitatiboa egitea.

ZIOEN ADIERAZPENA

"Fraisoro" Zentroan, adimen-atzeratasun larria eta sakona duten pertsonak, helduak gehienak eta horietatik batzuk jokabidezko problema latzak dituztenak zaintzea; une honetan nahiko desegokia den eta indibidualizatuta dagoen diseinu arkitektonikoa; eta besteak beste, azken urteotan "kezkagarri"tzat jo genezakeen egoera bizi izanaren ondorioz.

Bertako babes gutxien zuten egoilarien guraso baita langileen artean ere, tentsioa eta beldurra sortu zen; "garaituak" sentitzen zirela somatzen zen sarritan eta, hori dela eta, beraz, prebentzio edo errestrikziozko ekintzak zabaltzeko joera edota horiek atenditutako gehienengan eragina izatea gerta zitekeen, esaterako, apainketaren edo giroaren zenbait detaile kentzea (egongelako kortinak).

Zerbitzuaren gainerantzeko zentroen garapena ikusita, eta gu zuzentzen gaituen eta "Documentos de Filosofía y principios"en definitutako printzipioen arabera, honako alderdiotan aurrera egitea komeniko litzatekeela erabaki da:

- Zentroan bizi direnen kopurua gutxitzea.

-Zentroa bizi-unitate txikietan edo in-
dependienteetan banatzea.

- Langileak zuzendu, motibatu eta prestatzeko ereduak aldatzea, harremanetarako lotura positiboagoi bide emango dien balore eta kaptazio berriak hartzeko.

Baina aldaketa horiek lehen bait lehen egitekoak direnez, behar adina denbora izango ez dugula eta zentroan geroz eta konfliktiboagoak diren zenbait arazoei irtenbide emateko premia ikusita, 1989ko irailean izandako Uliazpi Fundazioaren Gobernu Batzordeak "Fraisoro Zentroko Pisuak" sortzea onetsi zuen, aldi baterako, jokabidezko zailtasun larriak dituzten zenbait pertsona bertan bizitzeko.

Horrekin lortu nahieko helburuak ondorengo hauek dira:

- Pertsona kopuru labur batek osatutako talde batekin sistematikoki eta sendo lan egitea, jokabidezko zailtasunen garapenean eragin negatiboa duten barneko eta kanpoko barietate aldatzeko asmoarekin, esperientzia amaitzerakoan, pertsona horiengana atentzioari eta tratuari buruz ondorio zehatzagoak ateratu ahal izateko.
- Aurretik aipatutako zentroko erreforma hori maila guztietan bideragarria izan dadin lortzea.

EMANDAKO PAUSOAK

Egoilariak

Egoilariak hautatzeko prozesua

Espezialdutako atentzio lekura jo ahal izateko pertsonen hautaketa prozesuan zenbait urrats eman dira 1987tik. Lekua "Fraisoro" Zentroa bera izango zenez, bertan atenditutako pertsonak soilik (bost) ametituko zirela, beren diagnostikoaz aparte oinarritzat etiologikoa (adimen-atzeratasuna, psikosia, neurosia), beti ere horiek jokabidezko problema latzak (norbera zauritzea eta heteroerasoa) agertzen bazituzten.

Hastapeneko urrats horretan, batez ere beren "portaeragatik" atenditu beharreko pertsona guztiei I.C.A.D. Eskala pasaerazi zitzaizkien, jokabide asaldariei dagokienez atalean horien maiztasuna eta bortiztasuna jasotzen duelarik.

Burututako azterketak

Hurrengo hilabetetarako "Fraisoro"ko pisua martxan jartzea erabaki zen unean, bertan bizitzeko ziren pertsonak aztertzeko plan bat egin zen. Plan hori honako hauek osatzen zuten:

- a) Pisuan sartu aurretik, zentroko langileek oro hartuta subjektuak aztertzeari (3 hilabetez).
- b) Pisuan sartu aurretik, bertan atenditutako zituak zaindarien (aplikazio gisa-prestakuntza ikastaroan jardutea) subjektuak aztertzeari.

Azterketa horien helburua ondorengoak izan dira:

- a) Subjektua aztertzeari:

- Jokabidezko zailtasunak.
- Dituak trebetasunak.

- b) Bere ingurua aztertzeari:

Subjektuaren ingurua aztertzeko, inguruneari dagozkion barietateak eta barietate psikosozialak gainean, hain zuzen ere jokabidezko zailtasunen gertagarritasuna eragiten

eta/edo gehitzen duten horien gainean, Gardner-ek aurkeztutako ereduari jarraituz, guk egindako inbentario bat pasaerazi da.

Jokabidezko zailtasunak aztertzeko, problema antzemango duen formatu bat egin da, bertan jokabidearen definizio operatiboa eta topografia, erantzunen kopurua, aurrekoak eta ondorenak barnesartzen direla.

Subjektuak dituen gaitasunak aztertzeko, honako hauek pasaerazi zaizkie:

—Zerbitzuaren behaketa orokorrerako orria.

— Gaitasun sozialak inbentarioa.

—Atsedenerako trebetasunen inbentarioa.

— Nahiago dituen jarduren "checklist" a.

—Kiernan-en P.V. (komunikaziorako eskala).

—La Vigna-ren "Jokabide asaldarien komunikaziorako funtzioen" eskala.

Bai aurreneko urratsean eta bai bertako pisuko zaindarien burututakoan subjektuak aztertu aurretik, probak nola pasaerazi eta zer zen aztertu nahiekoa jakinerazi eta horretarako prestatu zaie. Hala ere, burututako azterketen balorazio zehatz eta osatua eskaintzeko beharrezkoa da sarritan topatu izan ditugun problemak azpimarratzea, ondoren egingo diren azterketetan soluziobideren bat eman behar bait zaie horiei:

— Zaindaria baxa dago.

— Zaindaria txandaz aldatzen da.

— Erregistroak egunak dituen ordu guztiak ez ditu jasotzen.

— Erregistroek ikuspegi subjektiboa eskaintzen dute (zenbait jokabidezko problema ez dira jasotzen edo baliogizko larriagotzat jotzen diren bestelako jokabideen aldean, edo ez dutelako beste pertsonenganako erasorik berekin ekartzen).

— Ez aurrekoak ezta ondorenak ere, ez dira operatiboki zehazten jokabidea bera bezala.

- Behaketak etenda geratzen dira ezinbestean, beste zenbait eginkizun betetzeko.

Hala ere, aipatzekoak dira baita ere sarritan egin ohi ez ditugun zenbait alderdi erregistratzeko egindako ahaleginak eta jarritako borondatea.

Langileak

Lanpostuak bete nahian aurkeztukoak aukeratzeko, 3 zentroetako zerrendan zai zeuden langileen artean hautaketa bat egin zen aurretik. Langile horiek sustituzioetan zuten esperientziagatik baliokoak izan zitezkeen eta nahi adina ezagutza izan zezaketen. Hautagaiek, idatzizko proban, jokabidezko problema larriak eta adimen-atzeratasun latza eta sakona zutenei zuzendutako atentzio proiektu bat aurkeztu zuten. Aurkeztutako proiektuari buruz hitz egiteko, ondoren, elkarrikketa bana egin zitzaion. Hautaketa prozesu hori behin amaitu eta gero, proiektura egokitutako prestakuntza espezifiko baterako ikastaro bat burutu zuten. Proiektuaren Filosofia, gai teorikoak eta aplikatuak, eta bakoitzaren esperientzia oinarritutako aportazioak jasotzeaz gain, zenbait erregistro egin ziren banakakoaren helburuak eta ekintzarako estrategiak lantzeko.

Esperientzi honetan biltzen diren zirkunstantzia bereziak balioetsiz, eta langileak bajaran edo oporraldian egotetik sortzen diren ondorio negatiboak gutxitzeko asmoz, egutegi baten proposamenean oinarrituta, oporraldien aurretik horrelako egoerak aztertu eta plangintza bat egitea planteatu eta erabaki zen atentzio zuzeneko langileekin batera. Hala, eguberrikako oporraldian zehar txandak banantzeaz gain, pisuan egun zatiz soilik lan egingo duten langileekin sustituzio horiek beteaz esperientziari desiatutako jarraitasuna eta sendotasuna eman zaio.

Bestetik, atentzio zuzeneko langileek beren gain hartutako konpromezua balioetsi beharko dugu, ondorengoak lortzeko:

- Atenditzen dituzten pertsonen antzematen zaizkien trebetasunak eta jokabideak etenik gabe behatu eta jasotzea, bai sor daitezkeen lan hipotesi posibleak ezartzearen, bai jarraitzen zaion aurrerabidea ikustearren, eta bai aldizka parte hartzen duten segimenduzko bileren prestakuntzarako ere.

- Tutorearen ardurapean dagoen bakoitzarentzat helburuak lantzen parte hartzea, jokabidezko problemak tratatzeko zirkunstantzia psikosozialen eta inguruneari dagozkion gaineko irakaskuntzan eta aldakuntzan oinarritutako lan metodologia behatuz.

Laguntza teknikoari buruz, zentroko bertako teknikari-zuzendari diren langile horiez gain, medikuntza eta psikopedagogiako koordinatzaileek jardungo dute pisuan.

Familiak

Familiei proiektua planteatzerakoan, proiekturako hautatutako atendituen gurasoekin banakako elkarrikketa bat burutu zen hasieran. Aurreneko harreman formal hartan, pisuan leku bat har zezan atenditua aurkeztu izanaren arrazoiengatik inguruko berretako eta zehaztasuneko informazioa eta proiektuaren zirriborro bat jasotzeaz gain, familia haiek beren zalantzak, aurkako eta aldeko eritziak pertsonalki eta banaka aditzera eman ahal izatea zen asmoa. Aurkeztutako atenditu guztien familiek baietza eman zuten eta oso positibotzat jo zuten aurkeztutako aukera.

Ondoren, hautatutako atendituen familiei bilera baterako dei egin zitzaion. Bileran hartan, proiektua aurkezteko arrazoiengatik emandako pausoen, langileen, antolakuntzaren eta beste zenbaiten berri zehatza eman zitzaion guztiei, zentroarentzat gainerantzean hortik sor litezkeen planak eta ondorioak adieraziz gain. Familiak elkarren artean eta pisuan parte hartuko zuten atentzio zuzeneko langileak ezagutzera emateko ere balio izan zuen bilera horrek. Familien balorazioa oso positiboa izan zen, baliabideen eta egindako planteamenduen arabera beren seme-alabek bizi kalitatea hobetoagoaz baliatu ahal izango bait ziren. Gure asmoa zera izan da, planteatutako hobekuntzetarako plan orokorraren barruan zedarrituz eta zentroko eguneroko bizitzan eta dinamikan erabat barne egokituz, bere planteamenduari dagokion bezala, proiektua ezagutzera eman eta balioestea.

FUNTZIONAMENDURAKO URRATSAK

Antolamendua

Egoilari bakoitzarentzat, bere beharrendaren eta aurkeztutako helburuen arabera le-

hentasunezko ordutegi bat tajututa dagoen arren, ordutegi hori ondorengo alderdiotan globaldu ahal izango da.

Goizeko 8tan esnatzen dira eta aurretik ezarritako ordenari jarraituz jeikitzen dira. Garbitu eta jaztea. 9,15 inguru gosaltzen dute; jarraian egongelara joaten dira, zaindarien txandaka hamaiketako jaten duten bitartean, bertan musika entzun, telebista ikusi eta aldizkariak begiratzeko.

Eguneko zentrora joan aurretik, tarte labur bat hartzen dute atendituren batekin banaka pasiatzera joateko.

Pisuko bost egoiliarretatik lau eguneko zentrora bertaratu eta dagozkien alorreko taldetan sartzen dira, bosgarren egoilariak pisuan bertan adierazi zaizkion helburuak bere zaindareekin landuko dituen bitartean.

13,30tan, atzera pisura bueltatzen dira jatera. Ondoren, garbitu eta egongelan izaten dira 15,15tak arte. Jarraian eguneko zentrora itzultzen dira.

Arratsaldean zehar, ordutegia eta iharduerak aldatu egiten dira, egindako irtenaldi konpuruaren arabera.

17,30tan, merienda hartu eta gero atsedenerako iharduerak burutzen dituzte, esaterako, gimnasia, paseoak etab. dutxa hartzeko ordua arte, hau da, 19,30 arte.

20,35tan afaltzen dute, eta ondoren, garbitu eta horietako batzuk oheratu egiten dira, besteak egongelan telebista ikusten geratzen diren bitartean.

Aipagarriena, beharbada, egoilari bakoitzak bere ordutegia izateaz aparte, zentroko beste kideekin batera eguneko zentrora bertaratzen direla da.

Banakakoaren garapen programa

Egoilari bakoitzak bere lanerako plana landua du. Plan horren planteamenduan beren zaindarien zuzenean parte hartu dute.

Nahiz eta aipatutako plana Eranskin batetan garatuta dagoen, komenigarria da zenbait alderdi aditzera ematea:

— Planteatutako helburuak egoitzaren egoerari baita eguneko zentrokoari dagozkie.

— Bada bertan ekintzarako estrategiari aipamen egiten dion atal bat, bai moldaezinak diren jokabideetarako eta bai beste behar batzuetarako.

— Errefortzuen eta gehien nahieko aktibitateen zerrenda bat ere barnesartzen da.

Funtzionamenduko aurreneko hilabeteotan, lehentasun handiagoa eman zaio egoilari bere ingurura egokitzearen arazari, baita jokabide mota guztiak behatu eta ondoren horiek erregistratzeari. Horrek balio izan digu jokabidearen arrazoienguruko hipotesiak planteatzeari ekiteko.

Une horretatik aurrera, planteatutako helburuetako batzuek gauzatzeko gertu ginateke.

Segimendurako bilera

Esperientziaren urrats horretan, segimendu jarraia eta sistematikoa egitea pentsatu genuen, sendotu edo berriz egokitu beharreko zenbait alderdi balioesteko. Horrek, hasteko, zera dakar berekin, eguneko errealtatearekin harreman estua mantentzea eta, ondoren, bertatik ateratzen diren ondorioak bideratzea. Horregatik, segimendu eta harreman estu hori izango da, hala badagokio, birplanteamendu posibleak eta/edo hori helburu dela bilerak egitea exigituko duena.

Segimendua egiteak, beharrak antzematea eta langileen etengabeko prestakuntza planteatzea dakar berekin, eta horretan atentzio zuzeneko edo zeharkako langileen eta familien arteko benetako harremana lortzen saiatu behar dugu.

Esperientziaren segimendua, ahalik eta informazio gehien jasotzea eta balioestea helburu zela, txanda bakoitzeko zaindariak eta teknikariek parte hartuko duten bileren bitartez aurrikusi zen. Helburu eta norabide berriak sortzea ahalbidetuko duen segimenduzko bilera horren aurretik, bertarako prestatzeko balio lezakeen teknikarien arteko beste bilera bat egingo da aurretik.

Bilera horien aldizkotasuna hilabete eta erdi eta bi hilabete bitartekoa izango litze-

teke, baina beharren arabera egingo dira horietarako deialdiak, ordeak. Abenduaren hasieran, teknikarien eta atentzio zuzeneko langileen aurreneko biherak burutu dira dagoeneko.

Teknikarien bileretan ondorengo gai hauen inguruan aritu izan dira: Pisuko helburu orokorren analisia, azterlan posibleak eta medikuen kontrolak, psikopedagogiazko tratamendurako teknikak, egoilariengan antzemandako aldakuntzak. Teknikariak zaindarekin batera egindakoetan ondoko hauek izan dira gaiak: egoilari bakoitzaren analisia (laguntza, portaera, medikazioa), lan experimentalen inguruko informazioa, zergaiti batzuen azalpena.

Segimenduaren emaitzak urtean zehar

Lortutako informazioa eta balorazioa sistematikoa lortzeko beharrezkoa da azpibanaketa bat ataletan egitea; honetan atentziogai den pertsona, langileak, eta familiak hartuko ditugu kontuan. Kapituluaren amaieran, zenbait eritzi eta etorkizunerako norabide adierazi dugu.

Atenditutako pertsonak

Beren jokabide moldaezinari dagokionetan, eskura ditugun datu aipagarrienetan murrizketa nabarmenaren berri jaso dugu, jokabide moldaezin nabarmena antzematen zaien pertsonen errestrikzio fisikoarekin irauten duten denboran.

Eta bestetik, unitatean sartu aurretik, pertsona horiei aurreko ebaluazioetan banaka antzeman zitzaizkien jokabide moldaezinen beharrekadaren berri jaso dugu ere. Jokabide horien artean hona hemen batzuk: besteak bultzatu, txatxamurkatu, hatzaparka egin, koska egin, uko egin, haseraldiak izan, egoeratik irten, inguruan eraso egin.

Jokabide moldakorrari dagokionetan, pertsonen arteko harremanek, bai kide eta bai langileen artekoek, gora egin dute, era espezifikoan jokabide horiek landu izan ez diren arren. Atsedenean aktibitateetan ere, partaidetza handiagoa antzeman da. Independentzia pertsonalerako trebetasunetan ere gorakada antzeman da.

Osasunari dagokionetan, beren jokabide auto- eta hetero-erasokorretatik sortu-

tako "istripu" traumatikoek behera egin dute. Orohar, farmako neuroleptikoen eta epilepsiaren kontrako dosia murriztu egin da; bestetik, ordeak, gaixotasun barnekurrenteen kopuruari eta larritasunari dago-kienean, aldaketa nabarmenik ez da izan.

Esan genezake, orohar, hazialdiko nahaste orokorrekin batera adimen-atzeratasun larria eta sakona diagnostikatutako atenditu horiek askoz ere hobeto egokitu direla ingurura, hiperaktibitatearekin atentzio defizitagaratik sortutako nahasteak antzematen zaien horien aldean.

Langileak

Beren lanari eta lortu nahieko helburuei dagokienean, langileek nolabaiteko esperantzarik gordetzen duten arren, berorri galtzeko bidean aurkitzen dira batzutan, langile teknikarien aldeko laguntza urriaren jabe direla sentitzen bait dira, atenditutako bakarren baten jokabideak, atenditzen duten pertsonen batzurenenganako zenbait erasoalditan aktibitateak garatzea eragozten duenean, hain zuzen ere. Horrelakoetan, zaindariaren egoera animikoa azpiak janda geratzen da gutxinaka.

Eguneroko erritmoak nahiz eta karga psikiko handiagoa dakarren berekin egoitza egoeran lan egiten duten beste kolektiboen aldean, hilabete gehienetan laneragabezia gutxienekoa izan da.

Talde zentzua eta garrantzi handiko benetako harremanena sortu da. Beste talde edo kolektiboenena baino handiagoa gainera. Horrez gain, langile horien hasierako motibazio mailan eta eurek onartutako konpromezu mailan esker, beren buroarekiko baita besteekiko exigentzi maila oso ona lortu da. Bestetik, beste lanposturen batetara aldatzeagatik ez lukeela lan hori utziko adierazterakoan guztiak bat datoz.

Gurasoak

Atenditutako pertsonen familiekin dagoen lotura informaziorako taldeko bilerei esker sortu da. Beren eritzia balioesteko egindako banakako biherak ere ontzat jo dira, hauek, bost familientzako prestatutako galdesorta bateratuari egokitzen saiatuz.

Famili horiek diotenez, elkar bizitzeko oraingo ereduak pertsonen arteko harremanak hobeak izaten laguntzen du, familia eta etxeko girora hurbiltzen bait da gehiago. Zera azpimarratzen dute, atentzioa pertsonalagoa eta indibidualizatuagoa dela; hobe atenditzen zaiela; eta seme-alaben jokabidean hobekuntzak somatzen dituztela: "orain ez ditu lehen izaten zituen kolpeak (beren burua larriki zauritzen duten mutikoak)" "lasaiago eta alaiago ikusten dut".

Bestetik, bizi-kalitatea hobetu egin dela diote, ez bakarrik tratuatik, baizik eta ingurunearen kondizioengatik ere: bakoitzarentzako logelak, komun handiagoak.

Kontuan hartutakoak

Urte honetan zehar, hutsegiteak somatu dira burututako erregistroetan. Horrek zera dakar berekin, jokabide batzuk berriz ere operatiboki definitzea, edo hasieran aldatzeko ez zirenak ere definitzea; edo neurriak hartzeko are eta modu zehatzagoak lortzea, esaterako eskuko mikroordenagailuak, batez ere askotan errepikatzen diren jokabideak erregistratzeko.

Lortu diren aurrerabide garrantzitsuenetako batzuk, hau da, "muga fisikoak ezartze aldia, atenditu batzuegan beren buruarekiko jokabide zaurigarrien murrizketa" "pertsonen arteko harremanen hobekuntza" ezin izan dira zehatz-mehatz kuantifikatu, unitatea martxan jarri aurretik ez bait dituzte daturik edo neurketa zehatzik eskura izan.

Luzarora jo gabe, komenigarria litzateke burututako erregistroak egokia den programa baten bidez informatizatzea, datuak eskura izateko eta lan hipotesi berriak ezartzeko, are eta nahasiagoak izango bait dira arreta handiz aztertu beharreko bariablenak.

Etorkizuneko norabideak

Atentzio zuzeneko langileei beste egoitz-unitateetan ohizkoa den baino la-

guntza handiagoa eskaini izan zaien arren, laguntza eskakizun handiagoa somatzen da dagozkien teknikari, psikiatra eta psikologo- en aldetik, prestakuntza zabalagoa izateko. Dituzten beharrei erantzungo dieten neurri eta baliabideen eskakizun handiagoa ere antzematen da.

Langile teknikariekin etengabe harremanetan izatea beharrezkoa bada ere, atentzio zuzeneko langileak euren artean noiz behinka bilerak antolatu eta ahalbidetzea kontuan hartu beharreko gauza da.

Oinarri ez-abertsiboen ildotik, egokitze, behaketa, erregistro eta tratamenduko aurreneko urrats horren ondoren, harremanetarako trebatze lanari, pertsonen arteko harremanei, eta etxeari eta komunitateari begira partaidetza handiagoari eman beharko litzaieke zor zaien garrantzia.

Atendituak unitatean behin betirako iraun ez izatearen inguruko erizpidea maizago hartu beharko litzateke kontuan. Mugikortasunaren erizpide hori funtsezkoa da, bai planteatutako helburuei eta bai Fundazioaren filosofiari dagokienean, baita bertan lan egiten duten pertsonentzat eragin- garri izan dadin ere.

Lehen aipatu dugun bezala, unitatean langileek irautea eta finkatzea funtsezkoa izan arren, langileari ziurtatu egin behar zaio, estresagatik edo beste edozein arrazogatik, hala eskatu ezker, zerbitzuaren barruko beste situazioen batetara lekuz aldatu ahal izango zaiola.

Unitate hau experimentaltzat hartzen dugu, eta une honetan, zerbitzuaren behar batzuei erantzuten diela pentsatzen dugu; horregatik, hain zuzen, ez da pertsonentzako behin betirako zerbait balitz bezala edo Fundazio Uliazpin aurki daitezkeen jokabideko problema latzak eta adimenatzeratasun larria duten pertsonentzako etorkizuneko alternatibak lortzeko e ragozpide bat bailitzan hartu behar.

Pere Rueda Quíltet
Garbiñe Legorburuk euskaratua

ICAD INVENTARIO PARA LA PLANIFICACIÓN DEL CUENTE Y DE LA AGENCIA ⁽¹⁾

El Inventario ICAD, traducido y adaptado, en su versión castellana, por la Asociación Vizcaína Pro-Subnormales como Inventario de Conducta Adaptativa (I.C.A.D.) es un instrumento global y estructurado, diseñado para ser utilizado con cualquier tipología de personas minusválidas (niños, adolescentes y adultos), con un amplio espectro de niveles de capacidad, como una herramienta general para manejar información que resulte útil para evaluar su estatus de funcionamiento adaptativo (1), para determinar las necesidades de servicios de los diversos clientes, para verificar, periódicamente los cambios conductuales, así como para suministrar datos resumen de grandes grupos de clientes.

Sus características técnicas y su facilidad de cumplimentación hacen del ICAD un instrumento particularmente válido para su uso en centros pequeños y grandes, así como en sistemas de registro automático de gran número de datos.

MATERIALES

La información del ICAD se registra en un folleto de varias hojas, y debe ser proporcionada por un interlocutor que conozca bien al cliente en sus actividades cotidianas, al menos, durante los tres últimos meses.

El ICAD es sencillo de cumplimentar, en la mayor parte de los casos basta cruzar los diversos ítems, permitiendo una administración exacta y eficaz.

CONTENIDO

El ICAD proporciona información a través de un número de secciones esenciales para la evaluación de clientes y servicios. Consta de dos partes:

- La primera es una Escala de Conducta Adaptativa que contiene 77 ítems agrupados en cuatro áreas.
- La segunda está pensada para proporcionar un instrumento de medida de la Conducta Desadaptativa.

SECCIÓN A: CONDUCTA ADAPTATIVA

Esta sección del ICAD consta de 77 ítems agrupados en cuatro áreas. Habilidades Motoras, Habilidades Sociales y de Comunicación, Habilidades para la Vida Personal, Habilidades para la Vida en Comunidad. Está diseñada para cubrir un amplio campo, tanto de habilidades de conducta adaptativa como de edad, con normas obtenidas desde el nivel de primera infancia, hasta el nivel de adulto maduro. Puesto que esta escala se ha construido, deliberadamente, breve. Hay varias habilidades de conducta adaptativa que han sido específicamente consignadas. Los 77 ítems han sido elegidos porque representan un completo espectro de tipos de habilidades adaptativas, son fiables, y, aproximadamente, están igualmente espaciados de acuerdo con la dificultad.

(1) BRUININKS, R.H., HILL, B.K., WOODCOCK, R.W., WEATHERMAN, R.F.: "Inventory for Client and Agency Planning-ICAP", DLM Teaching Resources, Texas, 1986, 155 págs.

Por razones del contenido de esta monografía no describiremos con más detalle esta sección, sino que pasamos a describir la sección referente a las conductas problemáticas.

SECCIÓN B: PROBLEMAS DE CONDUCTA

Esta sección del ICAD valora los problemas de conducta que, a menudo, limitan el ajuste personal y social, clasificándolos en ocho categorías:

- Autoagresiones.
- Agresiones a los demás.
- Destrucción de las cosas.
- Conducta disruptiva.
- Hábitos inusuales o repetitivos.
- Conducta socialmente ofensiva.
- Conducta introvertida, retraída o distraída.
- Conducta no cooperativa.

Problema principal

Cada categoría incluye de 6 a 12 ejemplos de conductas específicas. Si el cliente no manifiesta esas o similares conductas, escribir "ninguna" y marcar (0) Nunca para la frecuencia, y (0) No Serio para la severidad, y seguir con la siguiente categoría de problemas de conducta.

Si el cliente manifiesta alguna conducta similar a la de los problemas descritos, anotar aquella conducta específica que causa el mayor conflicto. Algunos clientes pueden tener varios problemas conductuales en una misma categoría; en este caso identificar el problema principal.

Frecuencia

Marcar una respuesta que indique con qué frecuencia ocurre el problema principal. Para problemas que ocurren esporádicamente estimar con qué frecuencia tiene lugar el episodio. Por ejemplo, si una vez al mes el cliente grita varias veces al día, puntuar la frecuencia como (2) De una a tres veces al mes.

Severidad

Marcar una respuesta que indique cómo es de importante el problema de conducta cuando éste ocurre. Si el problema sucede en varios entornos, registrar cómo es de importante en el entorno que se observa con más frecuencia.

Respuesta a los problemas de conducta.

Al final de esta sección, marcar una respuesta que mejor describa la forma como, usualmente, usted u otras personas (en el entorno en el que tiene lugar la interacción con el cliente) responden cuando el problema ocurre. Si varias personas responden de manera diferente, seleccionar la respuesta de la persona que está presente más a menudo cuando el problema se manifiesta.

En el anexo 1 encontrarán los ítems referidos a esta sección.

Una de las novedades que nos pareció interesante de esta escala comparada con otras que teníamos hasta este momento a disposición como la parte referida a los problemas de comportamiento de la Escala de Conducta Adaptativa de la A.A.M.D, o bien la Escala de Conductas Aberrantes de Sing, era que no sólo tenía en cuenta si una persona presentaba o no una conducta y su frecuencia, sino que también tenía en cuenta la severidad o gravedad de la misma.

No obstante, en la aplicación práctica de la misma llegamos a la determinación de que este criterio de severidad o gravedad debía operativizarse un poco más, puesto que se observaba que este criterio estaba en función de si la situación era residencial o de centro de día, o incluso de si en el lugar se daban graves problemas de comportamiento, con lo que una conducta estereotipada era calificada de poco grave. Por ejemplo, en una situación residencial para personas con retraso mental profundo en la que se dan conductas agresivas y heteroagresivas importantes, los actos repetitivos muy frecuentes eran considerados como de poca gravedad.

Como consecuencia de ello el personal psicopedagógico del Servicio a Profundos tanto de la Asociación Vizcaína como Guipuzcoana hicieron un esfuerzo para opera-

tivizar la gravedad de las conductas, en primer lugar general y luego para cada tipo de conducta o ítem del Inventario. Así se consideró:

0. No es serio; no es un problema.

Conductas que no interfieren en los procesos educativos ni en el seguimiento de la rutina diaria por parte del sujeto.

No producen daño físico o moral a sí mismo o a los demás.

No producen daños materiales.

1. Ligeramente serio; un problema moderado.

Conductas que se dan en situaciones no estructuradas del día.

Están controladas cuando el sujeto está ocupado en una actividad dirigida o estructurada.

Pueden producir un ligero daño físico a sí mismo o a los demás.

Pueden producir un ligero daño material.

2. Moderadamente serio; un problema moderado.

Conductas que se dan en cualquier momento o situación del día aunque su frecuencia no es diaria.

Interfieren de forma negativa en las situaciones estructuradas y/o actividades programadas en las que interviene el sujeto.

Comporta daño físico o lesión a sí mismo o a otros.

Se puede controlar con una supervisión continuada a lo largo del día o con inmobilizaciones o restricciones físicas contingentes.

Produce daños materiales.

3. Muy serio; un problema grave.

Conductas que, aunque no impiden al individuo participar de una rutina diaria, sí está limitado en algunas actividades.

Produce daño físico a sí mismo o a otros.

Se puede controlar mediante inmobilizaciones parciales del cuerpo.

Produce daños materiales.

Resultan socialmente ofensivas.

4. Extremadamente serio; un problema crítico.

Conductas que impiden al sujeto participar de una rutina diaria.

Comportan un grave daño físico a sí mismo o a otros.

Para su control precisa de una inmobilización total del cuerpo o aislamiento.

Producen graves daños materiales.

Son gravemente ofensivas.

Una vez administrada la Escala, las puntuaciones directas obtenidas del cuestionario dentro de cada una de las categorías conductuales, se cuantifican mediante un proceso de estandarización, obteniéndose un perfil gráfico sobre la severidad o gravedad de las conductas evaluadas en categorías que van desde: Normal, Ligeramente serio; Moderadamente serio; Serio y Muy serio. También se obtienen datos sobre si estas conductas van dirigidas hacia el medio ambiente o externas; si van hacia el propio individuo o internas, así como si son asociales. Finalmente se obtiene una puntuación general que sería una media ponderada de las tendencias anteriormente señaladas.

Uno de los aspectos a resaltar de la aplicación de este Inventario es que la información que se obtiene de la sección adaptativa, cruzándola con la información obtenida en la sección desadaptativa, sirve para determinar el nivel de servicio necesitado para esta persona en particular; dándose una graduación de nivel de servicio que va desde: Cuidado personal total y supervisión intensiva, en un extremo; hasta No necesita ayuda para la Vida Cotidiana.

Pere Rueda Quitllet

PROBLEMAS DE CONDUCTA

INSTRUCCIONES: En cada categoría, indique si el cliente exhibe problemas de conducta. Si la respuesta es sí, describa el problema primario del cliente e indique la frecuencia y la gravedad.

CATEGORÍAS DE PROBLEMAS DE CONDUCTA

- Autoagresividad
- Heteroagresividad
- Destrucción de Objetos
- Conducta Perturbadora
- Hábitos Atípicos
- Conducta Social Ofensiva
- Retraimiento
- Conducta No Cooperativa

1. AUTOAGRESIVIDAD O DAÑO A SI MISMO

Daña su propio cuerpo —por ejemplo: golpeándose, golpeándose la cabeza, arañándose, cortándose o pinchándose, mordiéndose, frotándose la piel, tirándose del cabello, pellizcándose o mordiéndose las uñas.

a) Si la respuesta es "sí", describa el PROBLEMA PRIMARIO:

Si la respuesta es "no", marque nunca (0) para frecuencia y no es serio (0) para gravedad.

b) FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque uno)

- ☐ 0. Nunca
- ☐ 1. Menos de una vez al mes
- ☐ 2. De una a tres veces al mes
- ☐ 3. De una a seis veces por semana
- ☐ 4. De una a diez veces al día
- ☐ 5. Una o más veces en una hora

c) GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque uno)

- ☐ 0. No es serio; no es un problema
- ☐ 1. Un poco serio; es un problema leve
- ☐ 2. Medianamente serio; es un problema moderado
- ☐ 3. Muy serio; es un problema grave
- ☐ 4. Extremadamente serio; es un problema crítico

2. HETEROAGRESIVIDAD O DAÑO A OTROS

Causa dolor físico a otras personas o a animales —por ejemplo: golpeando, pateando, pegando, pinchando, arañando, tirando el pelo, golpeando con un palo u otro objeto.

a) Si la respuesta es "sí", describa el PROBLEMA PRIMARIO:

Si la respuesta es "no", marque nunca (0) para frecuencia y no es serio (0) para gravedad.

b) FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque uno)

- ☐ 0. Nunca
- ☐ 1. Menos de una vez al mes
- ☐ 2. De una a tres veces al mes
- ☐ 3. De una a seis veces por semana
- ☐ 4. De una a diez veces al día
- ☐ 5. Una o más veces en una hora

c) GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque uno)

- ☐ 0. No es serio; no es un problema
- ☐ 1. Un poco serio; es un problema leve
- ☐ 2. Medianamente serio; es un problema moderado
- ☐ 3. Muy serio; es un problema grave
- ☐ 4. Extremadamente serio; es un problema crítico

3. DESTRUCCIÓN DE OBJETOS (VANDALISMO)

Deliberadamente rompe, desfigura o destruye cosas —por ejemplo: golpeando, rompiendo, cortando, tirando, quemando, estropeando o rayando.

- a) Si la respuesta es "sí", describa el PROBLEMA PRIMARIO:
-

Si la respuesta es "no", marque nunca (0) para frecuencia y no es serio (0) para gravedad.

- b) FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque uno)

- ☐ 0. Nunca
- ☐ 1. Menos de una vez al mes
- ☐ 2. De una a tres veces al mes
- ☐ 3. De una a seis veces por semana
- ☐ 4. De una a diez veces al día
- ☐ 5. Una o más veces en una hora

- c) GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque uno)

- ☐ 0. No es serio; no es un problema
- ☐ 1. Un poco serio; es un problema leve
- ☐ 2. Medianamente serio; es un problema moderado
- ☐ 3. Muy serio; es un problema grave
- ☐ 4. Extremadamente serio; es un problema crítico

4. CONDUCTA PERTURBADORA

Interfiere con las actividades de otros —por ejemplo: acercándose demasiado físicamente, molestando, quejándose, discutiendo, riéndose o llorando sin motivo, interrumpiendo o gritando.

- a) Si la respuesta es "sí", describa el PROBLEMA PRIMARIO:
-

Si la respuesta es "no", marque nunca (0) para frecuencia y no es serio (0) para gravedad.

- b) FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque uno)

- ☐ 0. Nunca
- ☐ 1. Menos de una vez al mes
- ☐ 2. De una a tres veces al mes
- ☐ 3. De una a seis veces por semana
- ☐ 4. De una a diez veces al día
- ☐ 5. Una o más veces en una hora

- c) GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque uno)

- ☐ 0. No es serio; no es un problema
- ☐ 1. Un poco serio; es un problema leve
- ☐ 2. Medianamente serio; es un problema moderado
- ☐ 3. Muy serio; es un problema grave
- ☐ 4. Extremadamente serio; es un problema crítico

5. HÁBITOS ATÍPICOS Y REPETITIVOS

Conductas poco usuales, extrañas que se repite una y otra vez —por ejemplo: paseándose, hama-cándose, torciéndose los dedos, chupando sus manos u objetos, tics nerviosos, hablando a sí mismo, rechinando los dientes, comiendo tierra u otros objetos, comiendo muy poco o demasiado, mirando fijo a un objeto o con la mirada perdida en un lugar, haciendo muecas o ruidos extraños.

- a) Si la respuesta es "sí", describa el PROBLEMA PRIMARIO:
-

Si la respuesta es "no", marque nunca (0) para frecuencia y no es serio (0) para gravedad.

- b) FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque uno)

- ☐ 0. Nunca
- ☐ 1. Menos de una vez al mes
- ☐ 2. De una a tres veces al mes
- ☐ 3. De una a seis veces por semana
- ☐ 4. De una a diez veces al día
- ☐ 5. Una o más veces en una hora

GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque uno)

- ☐ 0. No es serio; no es un problema
- ☐ 1. Un poco serio; es un problema leve
- ☐ 2. Medianamente serio; es un problema moderado
- ☐ 3. Muy serio; es un problema grave
- ☐ 4. Extremadamente serio; es un problema crítico

6. CONDUCTA SOCIAL OFENSIVA

Conducta que ofende a otros —por ejemplo: hablando en voz muy alta, blasfemando o empleando un lenguaje vulgar, mintiendo, acercándose demasiado o tocando en exceso a las personas, amenazando, hablando tonterías, escupiendo, metiéndose el dedo en la nariz, eructando, expulsando gases, tocándose los genitales, orinando en lugares no apropiados.

- a) Si la respuesta es "sí", describa el PROBLEMA PRIMARIO:
-

Si la respuesta es "no", marque nunca (0) para frecuencia y no es serio (0) para gravedad.

b) FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque uno)

- ☐ 0. Nunca
- ☐ 1. Menos de una vez al mes
- ☐ 2. De una a tres veces al mes
- ☐ 3. De una a seis veces por semana
- ☐ 4. De una a diez veces al día
- ☐ 5. Una o más veces en una hora

c) GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque uno)

- ☐ 0. No es serio; no es un problema
- ☐ 1. Un poco serio; es un problema leve
- ☐ 2. Medianamente serio; es un problema moderado
- ☐ 3. Muy serio; es un problema grave
- ☐ 4. Extremadamente serio; es un problema crítico

7. RETRAIMIENTO O FALTA DE ATENCIÓN

Problemas de relación o en prestar atención —por ejemplo: manteniéndose alejado de la gente, expresando temores poco corrientes, mostrando poco interés en actividades, mostrándose triste o preocupado, mostrando muy poca concentración en una tarea, durmiendo excesivamente, hablando negativamente de sí mismo.

a) Si la respuesta es "sí", describa el PROBLEMA PRIMARIO:

Si la respuesta es "no", marque nunca (0) para frecuencia y no es serio (0) para gravedad.

b) FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque uno)

- ☐ 0. Nunca
- ☐ 1. Menos de una vez al mes
- ☐ 2. De una a tres veces al mes
- ☐ 3. De una a seis veces por semana
- ☐ 4. De una a diez veces al día
- ☐ 5. Una o más veces en una hora

c) GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque uno)

- ☐ 0. No es serio; no es un problema
- ☐ 1. Un poco serio; es un problema leve
- ☐ 2. Medianamente serio; es un problema moderado
- ☐ 3. Muy serio; es un problema grave
- ☐ 4. Extremadamente serio; es un problema crítico

8. CONDUCTA NO COOPERATIVA

Conducta no cooperativa —por ejemplo: rehusando obedecer, hacer sus tareas o respetar las reglas, actuando desafiante o poniendo mala cara, rehusando asistir a la escuela o al trabajo, llegando tarde a la escuela o al trabajo, rehusando compartir o esperar su turno, engañando, robando o no respetando las leyes.

a) Si la respuesta es "sí", describa el PROBLEMA PRIMARIO:

Si la respuesta es "no", marque nunca (0) para frecuencia y no es serio (0) para gravedad.

b) FRECUENCIA: ¿Cuántas veces ocurre esto? (Marque uno)

- ☐ 0. Nunca
- ☐ 1. Menos de una vez al mes
- ☐ 2. De una a tres veces al mes
- ☐ 3. De una a seis veces por semana
- ☐ 4. De una a diez veces al día
- ☐ 5. Una o más veces en una hora

c) GRAVEDAD: ¿Cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta? (Marque uno)

- ☐ 0. No es serio; no es un problema
- ☐ 1. Un poco serio; es un problema leve
- ☐ 2. Medianamente serio; es un problema moderado
- ☐ 3. Muy serio; es un problema grave
- ☐ 4. Extremadamente serio; es un problema crítico

9. REACCIÓN A LA CONDUCTA PROBLEMA EN CUALQUIER CATEGORÍA

¿Cómo responde usted u otras personas cuando exhibe el cliente problemas de conducta? (Marque uno).

- ☐ 0. No hay problemas de conducta en ninguna categoría.
- ☐ 1. No hacen nada, u ofrecen comodidad.
- ☐ 2. Piden al cliente que abandone la conducta, le hacen razonar.
- ☐ 3. Deliberadamente no hacen caso al cliente, recompensan otras conductas.
- ☐ 4. Piden al cliente que corrija la situación.
- ☐ 5. Reestructuran el ambiente, cambian material.
- ☐ 6. Piden que el cliente salga del cuarto o se siente en otro lugar.
- ☐ 7. Retiran privilegios al cliente.
- ☐ 8. Físicamente dirigen, controlan y limitan.
- ☐ 9. Obtienen ayuda (dos o más personas son necesarias para controlar al cliente).
- ☐ 10. Otro:

ASOCIACIÓN CANADIENSE PARA LA VIDA EN COMUNIDAD: DECLARACIÓN DE OPINIÓN SOBRE TERAPIA AVERSIVA

1. CACL cree que el uso de técnicas aversivas constituyen abuso.
2. CACL cree que el uso de técnicas aversivas es deshumanizante.
3. CACL cree que el uso de técnicas aversivas debe terminar.
4. CACL cree además que existen técnicas alternativas apropiadas y que se pueden desarrollar otras más.
5. CACL cree que los apoyos positivos, no-intrusivos para las personas que tienen dificultades de conductas severas son los únicos apoyos apropiados para ser usados en cualquier ambiente.
6. CACL cree que el condicionamiento aversivo incluye aunque no se limita a cualquiera o a todo lo que se expone a continuación:
 - a) Inflicción sistemática de daño físico, trauma físico y/o emocional.
 - b) Técnicas y prácticas inapropiadas para la edad del individuo.
 - c) Tratamiento desproporcionado a la conducta problemática.
 - d) Procedimientos que son normalmente inaceptables para los individuos no retrasados y en particular, aunque no limitado a:
 - degradación social.
 - aislamiento social.
 - abuso verbal.
 - shock eléctrico.
 - restricciones mecánicas.
 - spray de zumo de limón o agua.
 - estimulación nociva (sabor, olor o ruido).
 - fármacos usados como una forma de restricción.
 - mecanismos, técnicas, prácticas autoactivantes.
 - mecanismos, técnicas o prácticas activadas por control remoto.

ASOCIACIÓN AMERICANA DEL RETRASO MENTAL: DECLARACIÓN DE OPINIÓN SOBRE LA TERAPIA AVERSIVA ⁽¹⁾

Algunas personas que sufren retraso mental y discapacidades de desarrollo siguen estando sujetas a formas inhumanas de procedimientos aversivos como medio de modificar el comportamiento. La Asociación Americana del Retraso Mental (AAMR) condena dichas prácticas y anima a su urgente e inmediata eliminación. Los procedimientos aversivos que deberían ser eliminados tienen alguna o todas las siguientes características:

1. Signos obvios de dolor físico experimentado por el individuo.
2. Efectos secundarios físicos potenciales o reales, incluyendo daños al tejido, enfermedad física, estrés agudo, y/o muerte.
3. Deshumanización del individuo, a través de medios tales como la degradación social, el aislamiento social, el abuso verbal, técnicas inadecuadas para la edad del individuo y tratamiento no proporcional al comportamiento meta. Tal deshumanización es igualmente inaceptable tenga o no tenga el individuo una discapacidad.

Esta declaración pretende articular valores importantes y principios para retar al campo de las discapacidades del desarrollo a promover la investigación, prueba, puesta en práctica y diseminación de alter-

nativas no aversivas dirigidas a enfrentarse a los graves desórdenes del comportamiento. Las normativas específicas sobre la investigación, la práctica clínica o los individuos a la hora de emitir juicios profesionales son jurisdicción de las agencias reguladoras, fundadores y cuerpos certificados.

El eliminar los inhumanos procedimientos aversivos es un reflejo de una creciente preocupación por reducir el número de acciones por los profesionales y otros que comprometen las vidas de personas que sufren retraso mental y otras discapacidades del desarrollo y de sus familias. Las relaciones entre los proveedores y los consumidores deberían aportar un mayor poder al consumidor, dar mayor importancia a la elección e integración de las personas que sufren retraso mental u otras discapacidades del desarrollo en situaciones comunitarias.

El AAMR urge a continuar con la investigación de métodos humanos del comportamiento y apoya a los programas existentes y a los entornos que, con éxito, habilitan a los individuos con comportamientos complejos.

(1) Inicialmente redactada por el Comité de Temas Sociales y Legislativos (LASI) y adoptada por el Comité de Dirección del AAMR en Diciembre de 1986. Revisada por una comisión ad hoc para Procedimientos Aversivos y adoptada por el Comité de Dirección en enero de 1990.

DIRECCIONES

ALVAREZ, Norberto
DONNELLAN, Ann
Waisman Center
University of Wisconsin-Madison
1500 Highland Avenue
Madison, WI 53705-2280
USA

FOXX, R.M.
Department of Treatment Development
Anna Mental Health and Developmental Center
1000 North Main Street
Anna, IL 62906
USA

HESTER ADRIÁN CENTRE
Chris Kierman BA, Ph.D.
Eric Emerson
The University
Manchester
M1 3 9PL
Reino Unido

HORNER, Robert H., Ph. D.
Research and Training Center on Community. Referenced,
Nonaversive Behavior Management
135 Education Building
University of Oregon
Eugene, OR 97403
USA

JONES, Malcolm C.
Beech Tree School
Preston, Lancashire
Reino Unido

LAVIGNA, Gary, Ph. D.
Institute for Applied Behavior Analysis
5777 W. Century Blvd., Suite 590
Los Angeles, CA 90045 USA

MANSELL, Jim
Centre for Applied Psychology of Social Care
Institute of Social and Applied Psychology
The University
Canterbury
Kent CT2 7LZ
Reino Unido

McGEE, John J., Ph. D.
Frank J. Menolascino
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
Creighton University
2205 South 10 Street
Omaha, NE 68108
USA

REPP Alan C., Ph. D.
Department of Educational Psychology
Counseling and Special Education
Northern Illinois University Dekalb,
ILLINOIS 60115 USA

SINGH, Nirbhay, M., Ph. D.
Department of Psychiatry Medical College of Virginia
Virginia P.O. Box 489
Richmond, VA 23298
USA

TAME SIDE ASSOCIATION FOR COMMUNITY LIVING (TRUST FUND)
The Willows, 19 Lumb Lañe, Littlemoss, Droylsden
Manchester M35 JBV Reino Unido

BIBLIO- GRAFIA

- ALLISON, D. B. et al.:** "Brief Report: Comparative effects of Antecedent Exercise and Lorazepam on the Agressive Behavior of an Autistic Man". *Journal of Atism and Developmental Disorders*, 21, 1, 1991, págs. 89-94.
- BARRET, R. P.; FEINSTEIN, C; y HOLE, W. T.** (1989): "Effects of Naloxona and Naltrexona on Self-Injury: A double, placebo-controlled analysis". *American Journal on Mental Retardation*, 93, 644-651.
- BAUMISTER, A. A.** (1989): *Etiologies of Self-Injurious and Destructive Behavior. Proceedings of the Consensus Conference on the Treatment of Severe Behavior Problems and Developmental Disabilities*. Bethesda, MD: National Institute of Health.
- BEGAB, M. J., Series Editor:** *The Treatment of Severe Behavior Disorders. Behavior Analysis Approaches*. Monographs of the American Association on Mental Retardation, 12, 1989.
- BIKLEN, D.** (1987): "In pursuit of integration". En M. S. Beres y P. Koblack (Eds), *Programs mode/s for mainstreaming: Integrating students with moderate to severe disabilities* (págs. 1 9-39). Rockville, MD: Aspen.
- BIRD, F. et al.:** "Reducing severe agressive and self-injurious behaviors with functional communication training". *American Journal on Mental Retardation*, 94, 1, 1989, págs. 37-48.
- BROCKLEHURST-WOODS, J.:** "The use of tactile and vestibular stimulation to reduce stereotypic behaviors in two adults with mental retardation". *American Journal of Occupational Therapy*, 44, 6, 1990, págs. 536-541.
- BRUININKS, R. H.; HILL, B. K.; WOODCOCK, R. W.; WEATHERMAN, R. F.:** *Inventor/ for Client and Agency Planning - I.C.A.P., DLM Teaching Ressources*, Texas, 1986, 155 págs.
- CAMPBELL, M. et al.:** "Naltrexone in autistic children: an acute open dose range tolerance trial". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 2, 1 989, págs. 200-206.
- CAMPBELL, M. y SPENCER, E. K.** (1988): "Psychopharmacology in Child and Adolescent Psychiatry: A Review of the Past Five Years". *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 26, 3:296-302.
- CARR, E. G.; ROBINSON, S.; TAYLOR, J. C; CARLSON, J. I.:** *Positive Approaches to the Treatment of Severe Behavior Problems in Persons with Developmental Disabilities: A Review and Analysis of Reinforcement and Stimulus-Based Procedures*. Monograph of the Association for Persons with Severé* Handicaps. Monograph n.º. 4, 1990.
- CARR, E. G. y DURAND, V. M.** (1985): "The Social-Communicative Basis of Severe Behavior Problems Children". En (Reiss, S. y Bootzin, R. R., Eds) *In Theoretical Issues in Behavior Therapy*. Academy Press: New York.
- CATALDO, M. F.:** "Analysis and Modification of Disruptive Behavior" En: *Understanding Mental Retardation*, Londres, Paul H. Brookes, 1988, 267-276 págs.
- DEVON COUNTY COUNCIL SOCIAL SERVICES DEPARTMENT** (West Area), Plymouth Health Authority, (1987). *Challenging Behaviours and Comprehensive Service*.
- DÍAZ PÉREZ, G.; CHIORINO, R.; DONOSO, P.; ARANDA, L; ASENJO, A.:** "Hipotalamotomía posterior, por método estereotáxico, en el tratamiento del ertismo y la agresividad". *Neurocirugía*, 1968, 26, págs. 12-17.
- EMERSON, E.** (1989): *The Challenge of Severe Self-Injurious Behavior. 2º European Conference of the International League of Societies for Persons with Mental Handicap (ILSMH)*. Brussels.
- EMERSON, E.; TOOGOOD, A.; MANSELL, J., y cois.** (1987): "Challenging Behavior and Community Services: A Introduction and overview". *Mental Handicap*, 15, 166-168.
- FARBER, J. M.** (1987): "Psychopharmacology of Self-Injurious Behavior in the Mentally Retarded". *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 26,3:296-306.
- FELCE, D.; SAXBY, H.; DE KOCK, U.; REPP, A.; AGER, A., y BLUNDEN, R.** (1987): "To what Behavior do attending Adults Respond? A Replication". *American Journal of Mental Deficiency* 91, 496-504.
- FOVEL, J. T. et al.:** "A survey of self-restraint, self-injury and other maladaptive behaviors in an institutionalized retarded population". *Research in Developmental Disabilities*, 10, 4, 1989, págs. 377-382.

- FOXX R. M. et al.: "A maintenance Strategy for Discontinuing Aversive Procedures: A 52 month follow-up of the treatment of aggression". *American Journal on Mental Retardation*, 94, 1, 1989, págs. 27-36.
- FOXX, R. M.: " "Harry": A Ten year follow-up of the successful treatment of a self-injurious man". *Research in Developmental Disabilities*, 11,1, 1990, págs. 67-76.
- FOXX, R. M.: *Decreasing Behaviors of Severely Retarded and Autistic Persons*, 1 982, Research Press, Champaign, Illinois.
- FOXX, R. M.; DUFRENSE, D.: " "Harry": the use of physical restraint as a reinforcer, timeout from restraint and fading restraint in treating a self-injurious man". *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, vol 4, n.º 1, 1984, págs. 1-14.
- GADOW, K. D. y POLING, A. G. (1988): *Pharmacotherapy and Mental Retardation*. Little, Brown and Co.: Boston.
- GARDNER, W. I. y COLÉ, C. L. (1987): "Behavior Treatment, Behavior Management and Control: Need Distinctions". *Behavioral Residential Treatment*, 2-1, 37-53.
- GEDYE, A. (1989): "Extreme Self-Injury Attributed to Frontal Lobe Seizures". *American Journal on Mental Retardation*, 94, 20-26.
- HARPER, M. y REÍD, A. H. (1987): "Use of a Restricted Protein Diet in the Treatment of Behaviour Disorder in a Severely Mentally Retarded Adult Female Phenylketonuric Patient". *Journal of Mental Deficiency Research*, 31, 209-212.
- HOEFKENS, A.; ALLEN, D.: "Evaluation of a special behaviour unit for people with mental handicaps and challenging behaviour". *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 3, 1990, págs. 213-228.
- HORNER, R. H.; DUNLAP, G.; KOEGEL, R. L.; CARR, E. G.; SAILOR, W.; ANDERSON, J.; ALBIN, R. W.; O'NEILL, R. E.: "Toward a technology of "Non-aversive" Behavioral Support". *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, vol. 15, n.º 3, 1990, págs. 125-132.
- ISLEY, E. M. et al.: "Self-Restraint: A review of etiology and applications in mentally retarded adults with self-injury". *Research in Developmental Disabilities*, 12, 1, 1991, págs. 87-95.
- JONES, L. J. et al.: "Comparative effects of visual screening on self-injurious Behaviour". *Journal of Mental Deficiency Research*, 35, 1, 1991, págs. 37-47.
- KARAN, O. C. y GARDNER, I. (1983): *Habilitation Practices with the Developmentally Disabled who Present Behavioral and Emotional Disorders*. Harry A. Waisman Center on Mental Retardation and Human Development, University of Wisconsin: Madison.
- KARAN, O. C. (1983): "Desinstitutionalization in The 80's-When the Bucks are Thin, Cooperation ins" In. En O. C. Karan y I. Gardner Eds. *Habilitation Practices with the Developmentally Disabled who Present Behavioral and Emotional Disorders*. Harry A. Waisman Center on Mental Retardation and Human Development, University of Wisconsin: Madison.
- KIERNAN, C. (1987): *Dilemmas Services for Mentally Handicapped People with Challenging Behaviours*. Paper Presented at BIMM Conference, Wales.
- LANCIONI, G. E.; HOOGEVEN, F. R.: "Non-aversive and mildly aversive procedures for reducing problem behaviours in people with developmental disorders: a review". *Mental Handicap Research*, 3, 2, 1990, págs. 137-160.
- LAVIGNA, G. W. y DONNELLAN A. M. (1986): *Alternatives to Punishment: Solving Behavior Problems with Non-Aversive Strategies*. New York: Irvington.
- LINDSAY, W. R. et al.: "Short-term generalised effects of relaxation training on adults with moderate and severe mental handicaps". *Mental Handicap Research*, 2, 2, 1 989, págs. 197-206.
- LOFTS, R. H.: "Effects of serum zinc supplementation on pica behavior of persons with mental retardation". *American Journal on Mental Retardation*, 95, 1, 1990, págs. 103-109.
- MACE, F. C.: "Analysis of environmental determinants of aggression and disruption in mentally retarded children". *Applied Research in Mental Retardation*, 7, 2, 1 986, págs. 203-221.
- MANSELI, J.; FELCE, D.; JENKINS, J. y cois., (1 987): *Developing Staffed Housing for People with Mental Handicaps*. Costello: Tumbridge Wells.
- MASÓN, S. A.; NEWSON, C. D.: "The application of sensory change to reduce stereotyped behavior". *Research in Developmental Disabilities*, 11, 3, 1990, págs. 257-271.
- MATSON, J. L.; KEYES, J. B.: "A comparison of DRO to movement suppression time-out and DRO with two self-injurious and aggressive mentally retarded adults". *Research in Developmental Disabilities*, 11,1, 1990, págs. 111-120.
- MAURICE, P., y TRUDEL, G. (1982): *Self-injurious Behavior: Prevalence and Relations to Environmental Events*. En Hollis, J. H. y Meyers C. E. Eds.). American Association on Mental Deficiency: Washington, DC.
- MCPHAIL, C. H.; CHAMOVE, A. S.: "Relaxation reduces disruption in mentally handicapped adults". *Journal of Mental Deficiency Research*, 33, 5, 1989, págs. 399-406.
- MENOLASCINO, F. J.; STARK, J. A.: *Preventive and curative intervention in mental retardation*. Baltimore (USA), Paul H. Brookes, 1988, 391 págs.
- MEYER, L. H.; PECK, C. A.; BROWN, L.: *Critical issues in the Uves of People with Severe Disabilities*. Baltimore, Paul H. Brooks, 1991.
- MULLICK, J. A.: "The ideology and Science of Punishment in Mental Retardation". *American Journal on Mental Retardation*, 1990, vol. 95, n.º 2, págs. 142-156.
- MULLICK, J. A.; KEDESKY, J. H.: "Self-injurious behavior, its treatment and normalization". *Mental Retardation*, 26, 4, 1 988, págs. 223-229.
- MURPHY, G. (1985): "Self-injurious Behavior in the Mentally Handicapped: An Update". *Newsletter of Association of Child Psychology and Psychiatry*, 7, 2-11.

- NEEL, R. S.; BILLINGSLEY, F. F.: "Behavior Problems. A special form of communication". En *IMPACT*. Londres, Paul H. Brookes, 1989, págs. 105-109.
- NEEL, R. S.; BILLINGSLEY, F. F.: "Building alternative responses to behavior problems". En *IMPACT*. Londres, Paul H. Brookes, 1989, págs. 111-117.
- NEWMAN, I.; EMERSON, E. (1991): "Specialist Treatment Units for People with Challenging Behaviour". *Mental Handicap*, 19,
- O'NEILL, R. E.; HORNER, R. H.; ALBÍN, R. W.; STOREY, K. y SPRAGUE, J. R., (1990): *Functional Analysis of Problem Behavior: A Practical Assessment Guide*. Sycamore Publishing Company, Sycamore, IL.
- OLIVER, C.; MURPHY, G. H. and CORBERTT, J. A. (1987): "Self-Injurious Behaviour in People with Mental Handicap: A Total Population Survey". *Journal of Mental Deficiency Research*, 31, 147-162.
- REED, J.: "Identification and description of adults with mental handicaps showing physically aggressive behaviours". *Mental Handicap research* 3, 2, 1990, págs. 126-136.
- REPP, A. y KARSH, K. G. (1990): "A Taxonomic Approach to the Nonaversive Treatment of Maladaptive Behavior of Persons with Developmental Disabilities". En A. C. Repp y N. N. Singh (Eds.), *Perspectives on the Use of Nonaversive Interventions for Persons with Developmental Disabilities* (págs. 331-348). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- REPP, A. C.: "Observational studies of staff working with mentally retarded persons: a review". *Research in developmental disabilities*, 8, 2, 1987, págs. 331-350.
- REPP, A. C. y FELCE, D.: "A microcomputer system used for evaluative and experimental behavioural research in mental handicap". *Mental Handicap Research*, 3, 1, 1990, págs. 21-32.
- REPP A. C. y otros.: "The use of functional analyses to test causes of self-injurious behaviour: rationale, current status and future directions". *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 2, 1990, págs. 95-105.
- RICHMOND, G.; SCHROEDER, S. R. y BICKEL, W. (1986): "Tertiary Prevention of Attrition Related to Self-Injurious Behaviors. In Advances". En K. D. Gadow, ed. *Learning and Behavioral Disabilities*, vol. 5. JAI Press: London.
- RINCK, C. y otros.: "Review of states' practices on the use of psychotropic medication". *American Journal on Mental Retardation*, 93, 6, 1989, págs. 657-668.
- ROJAHN, J.; HELSEL, W. J.: "The aberrant behavior checklist with children and adolescents with dual diagnosis". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 1, 1991, págs. 17-28.
- RUEDRICH, S. L. y otros.: "Beta adrenergic blocking medications for aggressive or self-injurious mentally retarded persons". *American Journal on Mental Retardation*, 95, 1, 1990, págs. 110-119.
- SANDMAN, C. A. y otros.: "An orally administered opiate blocker, naltrexone, attenuates self-injurious behavior". *American Journal on Mental Retardation*, 95, 1, 1990, págs. 93-102.
- SCHEERENBERGER, R. C. (1981): *Desinstitutionalization: Trends and Difficulties*. En R. H. Bruininks, C. E. Meyers, K. C. Sigford, y K. C. Lakin Eds. American Association on Mental Deficiency: Washington, DC.
- SCHRADER, C. y GAYLORD-ROSS, R. (1990): "The Eclipse of Aversive Technology: A Triadic Approach to Assessment and Treatment". En A. C. Repp y N. N. Singh (Eds.), *Perspective on the Use of Nonaversive Interventions for Persons with Developmental Disabilities* (págs. 331-348). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- SCHROEDER, S. R.; OLDENQUIS, A.; ROJAHN, J. (1990): "A Conceptual Framework for Judging the Humaneness and Effectiveness of Behavioral Treatment". En A. C. Repp y N. N. Singh (Eds.), *Perspective on the Use of Nonaversive Interventions for Persons with Developmental Disabilities* (págs. 331-348). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- SINGER, G. S.; IRVIN, L. K.: "Human rights review of intrusive behavioral treatments for students with severe handicaps". *Exceptional Children*, 54, 1, 1987, págs. 46-52.
- SINGH, N. N. y MILLICHAMP, C. J. (1985): "Pharmacological Treatment of Self-Injurious Behavior in Mentally Retarded Persons". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 257-267.
- SPECIAL ISSUE ON DRUG TREATMENT: *American Journal of Mental Retardation*, 1989, vol. 93, n.º 6.
- STURMEY, P.: "A functional analysis of multiple aberrant responses: a refinement and extension of iwata et al.'s (1982) methodology". *Journal of Mental Deficiency Research*, 32, 1, 1988, págs. 31-46.
- TARNOWSKI, K. J. y otros.: "Acceptability of behavioral interventions for self-injurious behavior". *American Journal on Mental Retardation*, 93, 5, 1989, págs. 575-580.
- TAYLOR, C. R.; CHAMOVE, A. S.: "Vibratory or visual stimulation reduces self-injury". *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 12, 4, 1986, págs. 243-248.
- TOOGOOD, A.; EMERSON, E.; HUGHES, H.; CUNNING, R.; BENET, S. y MCCOOL, C. (1988): "Challenging Behaviours and Community Services; Planning Individualised Services". *Mental Handicap*, 16, 70-74.
- TUTTON, C. y otros.: "Rating management difficulty: a study into the prevalence and severity of difficult behaviour displayed by residents in a large residential hospital for the mentally handicapped". *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 4, 1990, págs. 325-339.
- TYRER, S. P.; SHAKOOR, Y.: "Efecto del litio sobre la periodicidad de los episodios agresivos". En: *Temas clave en investigación del retraso mental*. Madrid, SMS, 1990, 132-139 págs.

WALTERS, A. S. y otros.: "A case report of naltrexone treatment of self-injury and social withdrawal in autism". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 2, 1 990, págs. 169-176.

WATSON, J.: "Suppressive effects of visual and facial screening on self-injurious finger-sucking". *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 5, 1986, págs. 526-534.

WOLFENBERGER, W.: "Self-injurious behavior, behavioristic responses, and social role valorization-: a reply Xo mulick and kededy". *Mental Retardation*, 27, 3, 1989, págs. 181-184.

WOLFENBERGER, W. (1972): *The Principle of Normalization in Human Services*. Toronto, Canadá: National Institute on Mental Retardation.

ZERBITZUAN

Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente de ZERBITZUAN

Publicación Trimestral

DIRECTOR: R. Saizarbitoria

S.I.I.S. Reina Regente, 5 - 20003 DONOSTIA-SAN SEBASTIAN

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Comisión Permanente del Consejo
Vasco de Bienestar Social

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Félix M.a Moratalla
Luis Sanzo
Patxi López Cabello
Juan Carlos Ansotegi
Manuel Vigo
Rafael Mendiá
José Antonio Agirre Elustondo
Elena Martín Zurimendi
Rosalía Miranda Barandalla

EDITA: Servicio Central de Publicaciones
del Gobierno Vasco
C/ Duque de Wellington, 2-01011 Vitoria-Gasteiz

FOTOCOMPOSICION: RALI, S.A. Particular de Costa, 12-14, 3.º izda. - BILBAO

IMPRIME: Gráficas Santamaría, S.A. Bekolarra, 4 - VITORIA-GASTEIZ

Depósito Legal: VI-17/91