

TRATAMIENTO DE LAS AUTOAGRESIONES GRAVES, EN UN PERSONA CON RETRASO MENTAL, MEDIANTE INTERRUPCIÓN MÁS REFUERZO DIFERENCIAL DE CONDUCTAS COMUNICATIVAS

Sebastià Forteza Bauzá¹
Esperanza Morey Palmer

Residencia Son Tugores (Palma de Mallorca)

¹ Universitat Illes Balears

RESUMEN

Tras una breve revisión de las causas, valoración y tratamiento de las conductas autoagresivas, nos referimos a la intervención realizada en una persona con retraso mental profundo, que manifestaba, desde hacía unos quince años, graves e intensas conductas autoagresivas, a consecuencia de las cuales padece ceguera y un gran deterioro de las conductas adaptativas debido a las contenciones físicas impuestas para evitar daños mayores. Una vez realizado el análisis funcional, se diseñó un programa con dos componentes: interrupción y refuerzo diferencial de conductas comunicativas. Los resultados obtenidos han sido la eliminación total y absoluta de las respuestas objeto de este estudio. En la actualidad se ha iniciado una relativa recuperación de las conductas adaptativas, como andar, debido a la eliminación de las autoagresiones.

Palabras clave: AUTOAGRESIONES, CONDUCTA PROBLEMA, INTERRUPCIÓN, REFUERZO DIFERENCIAL DE CONDUCTAS COMUNICATIVAS, RETRASO MENTAL PROFUNDO

SUMMARY

Before a revision of the causes, the valoration and treatment of self-injury behaviour, we refer to the intervention of a person with deep mental retardation, who manifested grave and intense self-injuries; as a result of that, this person suffers from blindness and great deterioration of adaptative behaviour due to the physical contentions imposed to avoid major damages. Once the functional analysis is done, a programme with two components was designed: interruption and reinforcement diferencial of communication behavior. The results have been the total and absolute elimination of the behavior, aim of this program. Nowadays this has made possible a relative recovery of adaptative behaviour, such walking, thanks to the elimination of the self-injuries.

Key words: SELF-INJURIES, PROBLEM-BEHAVIOR, INTERRUPTION, REINFORCEMENT DIFERENTIAL OF COMMUNICATIVE BEHAVIORS, DEEP MENTAL RETARDATION.

1. INTRODUCCIÓN

La autoagresión es la conducta problema más grave que puede sufrir un sujeto con Retraso Mental (R.M.); las consecuencias de la misma pueden ser múltiples, tales como: ceguera, contusiones, daños cerebrales, etc. (King, 1993; Azrin y cols.1975). Es una de las causas más importantes de institucionalización y uno de los motivos de mayor estrés familiar (Emerson, 1992).

La prevalencia de las autoagresiones no es conocida. Williams y cols. (1993) consideran, no obstante, que entre un 8-14% de las personas con R.M. institucionalizadas presentan algún tipo de conducta autoagresiva; Emerson (1992) considera, por otra parte, que entre un 4-10% del total de personas con R.M. pueden manifestar este tipo de conducta.

La causas y mantenimiento de las autoagresiones y otros trastornos de conducta es un tema en constante investigación. Es imposible decantarse por una teoría u otra, siendo probable que una misma conducta problema pueda tener diversas causas. Siguiendo a King (1993) podemos citar las siguientes teorías explicativas:

A) Teorías Conductuales (fundamentadas en los principios del aprendizaje), básicamente con dos grandes hipótesis: 1ª) *Hipótesis del refuerzo positivo*: la autoagresión se mantendría debido al refuerzo contingente que obtienen los sujetos, gracias a la emisión de estas conductas, y 2ª) *Hipótesis del refuerzo negativo*: los sujetos manifiestan la conducta con el fin de evitar las demandas del medio (p.e. peticiones educativas).

B) Teorías psicológicas, cuya hipótesis principal es la comunicativa: la autoagresión es una forma de respuesta que adopta el sujeto para manifestar necesidades y estados corporales y/o psicológicos (dolor, tristeza, etc..), debiendo entender la conducta como una "intención comunicativa" (Emerson, 1992); dicha intención es la misma que podemos observar cuando un bebé llora y su madre, frente a ese llanto, comprende que manifiesta alguna necesidad y/o malestar (p.e. que lo cojan en brazos, llevar mojado el pañal, etc.).

C) Teorías fisiológicas: la conducta problema (sobre todo autoestimulación y autoagresión) viene a paliar la falta de estimulación del medio en el cual vive el sujeto; esta hipótesis se basa en la idea de que todos los organismos tienen un estado óptimo de *arousal*. Baumeister y Forehand (1973; citado por King, 1993) creen que esta hipótesis es plausible cuando la autoestimulación y autoagresión se producen de forma rítmica y repetitiva. *La hipótesis de los opiáceos endógenos*, manejada para explicar las autolesiones, puede incluirse también en la teoría fisiológica; en este caso los sujetos se autolesionarían para liberar endorfinas en sangre y así conseguir un estado de euforia similar al que pueden lograr las personas que se inyectan heroína. *Otra explicación a través de las endorfinas* es que éstas, al liberarse, actuarían de analgésico frente a las autolesiones, en cuyo caso las personas que presentan esta conducta no sentirían dolor.

D) Teoría neuroquímica: se basa en los conocimientos aportados por la manipulación de los neurotransmisores cerebrales mediante la medicación psicotrópica, las autopsias de personas que han sufrido autolesiones y la investigación con animales de laboratorio. Una revisión de la hipótesis farmacológica en cuanto a las conductas anormales ha sido descrita recientemente por el profesor Flórez (1994), que cita la hipótesis dopaminérgica, en autolesiones, como

una vía de investigación interesante, debido a que en investigaciones de laboratorio con animales y en los estudios del síndrome de Lesch Nyham (una de las características principales de este síndrome es la marcada tendencia de los sujetos a autolesionarse) se aprecia que la hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos, por un déficit de dopamina, produce la aparición de autolesiones.

E) Teoría Obsesivo-compulsiva: la idea de esta teoría, descrita recientemente, es que existe similitud entre las compulsiones y estas conductas. Bodfish y cols.(1995) relacionan positivamente la ocurrencia de compulsiones con la ocurrencia de estereotipias, autoagresiones y estereotipias más autoagresiones; en este sentido se podría hablar de un factor común de todas las conductas que sigan criterios como alta ocurrencia (en frecuencia e intensidad), cierta o total independencia del medio y ausencia de finalidad aparente.

En cuanto a la evaluación de las autolesiones, se han seguido básicamente tres líneas de análisis funcional (Arndorfer y Miltenberger, 1993): a) Evaluación informativa mediante cuestionarios, escalas etc., como por ejemplo el cuestionario de conductas problema del ICAP "Inventario para la planificación de servicios y programación individual" (Montero, 1993). b) Evaluación mediante observación directa, donde se utiliza una observación estilo A-B-C (antecedente-conducta-consecuente). Previamente podría usarse un *scatter-plott* (cuadro de doble entrada -horas x días-, anotándose la conducta problema en el cuadro que corresponde a la hora y día en que ha sucedido) mediante el cual reconducir la observación hacia las horas y contextos de mayor ocurrencia. c) Análisis experimental: se manipulan los antecedentes y/o los consecuentes de la autoagresión; p.e. Iwata y cols. (1982) recrean cuatro situaciones: 1ª desaprobación social cada vez que sucede la autoagresión, con lo que se quiere comprobar si la atención mantiene la conducta objeto de estudio; 2ª condición de demandas académicas, donde se desea comprobar si la conducta problema se mantiene a través de refuerzo negativo, es decir, evitar la situación "demanda"; 3ª condición de juego desestructurado con disponibilidad de material, condición control donde se da aprobación por la ausencia de conductas problema; y 4ª condición donde el sujeto está solo, y se pretende comprobar la hipótesis de activación sensorial (teoría fisiológica).

La primera forma de evaluar, mediante técnicas informativas, es rápida pero poco fiable. La segunda es más lenta, pero quizás más fiable. La tercera requiere un diseño experimental más amplio, lo que enlentece y complica la evaluación; no obstante, a su favor se debe destacar la manipulación directa de las variables que mantienen la autolesión. Se han realizado algunos estudios para comparar estos tres métodos, sobre todo la evaluación mediante cuestionarios y la observación directa, obteniéndose resultados diversos en cuanto a correlación (Lennox y Miltenberger, 1989; Arndorfer y Miltenberger, 1993).

Vale la pena citar el modelo de intra-sesión, descrito por Vollmer y cols. (1993), como una forma de analizar funcionalmente las conductas autoagresivas. Estos autores evalúan mediante el análisis experimental de Iwata (descrito anteriormente) a varios sujetos con autolesiones. Presentan los resultados de dos formas diferentes: primero, describiendo la media de los mismos para cada una de las sesiones (alrededor de 20), forma clásica de presentación de datos del análisis funcional experimental y segundo, los resultados minuto a minuto de las primeras sesiones (alrededor de 6). La ventaja de la segunda manera de mostrar los resultados, es evidente: permitiría realizar pocas sesiones y observar curvas de refuerzo y/o extinción dentro de una misma sesión.

Con respecto a los tratamientos se han utilizado varias estrategias, que van desde el shock eléctrico hasta el refuerzo diferencial de otras conductas. A pesar de que el shock eléctrico ha obtenido buenos resultados, parece ser que por causas éticas apenas se ha usado en los servicios (Azrin y cols. 1988) y, como reconocen Williams y cols. (1993) en un estudio que compara dos intensidades de shock eléctrico, no todos los sujetos generalizan los resultados. Como alternativa a este castigo se han utilizado otros estímulos aversivos menos dolorosos, como por ejemplo chorro de agua, pantalla visual, ruido, etc. (Azrin y cols. 1988).

En EE.UU. se vive un acalorado debate acerca del uso de las técnicas aversivas (Lovaas, 1990; Carr y cols. 1990; Jones y McCaughey, 1991; Emerson, 1992; Gozza y cols, 1993). Reproducir

los argumentos a favor o en contra excede nuestra intención; no obstante, creemos que se trata de una elección basada en criterios éticos y no técnicos. Nosotros apostamos por las denominadas "prácticas positivas", entre otros motivos porque creemos que la condición de persona con R.M. puede ser por sí misma propiciatoria de situaciones aversivas en su ámbito habitual.

Otras técnicas usadas, alternativas al castigo, han sido la extinción (Pace y cols. 1993), el refuerzo diferencial de otras conductas (Mazaleski y cols. 1993), el desarrollo de habilidades de autocuidado (Vollmer y cols. 1992), el uso de sobrecorrección y la práctica positiva (Azrin y cols. 1975; 1975a).

Con este abanico de técnicas y el acaloramiento de los debates, resulta difícil conocer el verdadero alcance de las intervenciones. A ello debemos añadir, como indican Carr y cols. (1990) y el profesor Flórez (1994), la falta de rigor de los diseños experimentales y la tendencia a publicar sólo resultados positivos.

Quizás la mejor revisión, en cuanto a los efectos del tratamiento, se debe a Carr y cols. (1990) y Azrin y cols. (1988). Gracias al primer trabajo, podemos conocer cuál es la situación de las intervenciones psicológicas (sólo con prácticas positivas); tras revisar un gran número de estudios sobre conductas problema, exponen los resultados obtenidos (ya sea en número de sujetos o número de estudios), a través de diversos criterios como nivel de R.M., edad, diagnóstico, lugar donde se realiza el programa, técnica usada, nivel de supresión, etc. Es imposible reproducir todos los resultados que aporta el estudio, pero merece la pena citar que la técnica con mayor éxito es el aprendizaje de habilidades, concretamente habilidades comunicativas, con un 59% de supresión, frente al refuerzo diferencial de otras conductas con un 28%. En cuanto al segundo trabajo (Azrin y cols., 1988) compara seis técnicas en nueve sujetos con autolesiones graves, siendo el uso de "*interrupción más refuerzo diferencial de conductas incompatibles*" la técnica con mayor éxito (reducción, en siete días de tratamiento, del 96%). La interrupción es un procedimiento descrito como alternativa a la sobrecorrección y práctica positiva de las conductas problema, ya que estas técnicas pueden generar altos componentes de excitación y agresividad.

El programa confeccionado por Azrín y cols. (1988), sobre el cual inspiramos parte de nuestro tratamiento, está compuesto de tres elementos: *a) interrupción*: bloqueo de la autoagresión, *b) corrección/relajación*: durante dos minutos el sujeto debe poner las manos sobre la mesa o el regazo, el terapeuta se sitúa detrás y sólo interviene para garantizar que adopta la postura correctiva; si durante el periodo de dos minutos se mueve o sigue agitado, vuelve a comenzar el tiempo, *c) refuerzo diferencial de conductas incompatibles*: transcurrido este periodo, el sujeto debe realizar alguna tarea de su agrado e incompatible con la conducta problema, en cuyo caso será reforzado mediante aprobación social, caricias y comida.

Según Azrin y cols.(1982) la interrupción es un componente necesario para tratar las conductas autolesivas, porque: 1) rompe la posible cadena autolesión-refuerzo, 2) evita que el sujeto se dañe y 3) introduce un estado de relajación.

Las técnicas de refuerzo diferencial son las más usadas en el tratamiento de las conductas problema, debido sobre todo a sus características no aversivas (Mazaleski y cols. 1993; Vollmer e Iwata. 1992 ; Lennox y cols. 1988). Se componen de una extinción, cuando ocurre la respuesta no deseada, y posterior refuerzo de la conducta deseada o diferencial (Carr y cols. 1990). Hay dos tipos principales de refuerzo diferencial, según sea la conducta que deseamos condicionar: en caso de que sea físicamente incompatible con la conducta problema (es decir, mientras el sujeto emite una no puede emitir la otra) hablamos de "refuerzo diferencial de conductas incompatibles" (RDI); en el supuesto de reforzar cualquier otra conducta, hablamos de "refuerzo diferencial de otras conductas (RDO)". Como hemos indicado anteriormente, el refuerzo diferencial de otras conductas es una técnica con una tasa baja de éxitos (Carr y cols. 1990); no obstante, como indican Mazaleski y cols. (1993) en su análisis de los componentes del RDO, se observa un aumento en la eficacia de esta técnica si se usa el mismo refuerzo que mantiene la conducta problema, en lugar de usar uno arbitrario.

En nuestro programa, después de aplicar el componente de "interrupción", añadimos un refuerzo diferencial de conductas comunicativas (véase Carr y cols.1990 y para una revisión de la hipótesis comunicativa Emerson, 1992).

2. MÉTODO

2.1. Sujeto

Luis es una persona institucionalizada desde los 11 años, y a principios del año 1992 pasa a vivir en nuestra residencia.

Al iniciar el programa el mes de Noviembre de 1992, tenía una edad de 27 años, presentaba un nivel de desarrollo de 1,7 años según ICAP (adaptación y validación de Montero, 1993) y un diagnóstico de retraso mental profundo de etiología desconocida (algunos informes tempranos hablan de posible autismo). Luis es usuario de silla de ruedas (no andaba debido a la aplicación, durante largos periodos de tiempo, de medidas restrictivas). Es ciego desde los 20 años, a consecuencia de cataratas en un ojo y desprendimiento de retina en el otro, en ambos casos de origen post-traumático debido a las autolesiones. Los signos de golpes también son evidentes en frente, pene y hombros (se observa en las cicatrices y marcas que presenta). Habilidades finas a nivel de agarrar objetos. Se comunica mediante gritos y saca la lengua como signo de aprobación. Su comunicación receptiva se sitúa en la comprensión de órdenes simples cotidianas como "quieres una galleta". No controla esfínteres, y es dependiente en el resto de actividades personales. Este deterioro se ha producido durante los últimos quince años (informes y entrevistas familiares indican que antes de los diez años caminaba, subía las escaleras de un tobogán y tenía conductas de autocuidado).

Las autoagresiones que presentaba eran: golpearse la cabeza contra el suelo y paredes, rozamientos violentos entre la barbilla y el hombro y tirarse del pelo (llegándose a arrancar). Estas conductas tenían una larga historia (aparecen documentadas en informes a la edad de 10 años).

2.2. Diseño

Análisis funcional: Mediante registros de ocurrencia se establecieron los antecedentes y/o consecuentes de la conducta autoagresiva; estos registros se llevaron a cabo durante un mes. Ello permitió conocer la topografía de las distintas conductas autolesivas (descritas en el apartado anterior) y decidir aquellas que serían objeto de intervención por frecuencia y/o gravedad.

Una vez revisados los registros de ocurrencia, se planteó la hipótesis comunicativa, debido a la siguiente acumulación de evidencias: 1) la conducta se mantenía por diversas contingencias, según los 80 registros analizados (p.e.: parecía desear que alguien estuviera junto a él, solicitar contención física, en un par de ocasiones podemos leer *"toda la tarde ha estado agitado y se autolesiona"* sin motivo aparente, en una ocasión no desea ponerse una camiseta, etc.). 2) No se pueden observar relaciones directas y unívocas entre conductas y contingencias (ciertos estímulos como el contacto físico, ofrecerle comida o cambiarle una prenda mojada, en ocasiones frenaba la conducta mientras que en otras no); esto es plausible con el concepto de *"rol-directivo"* de la hipótesis comunicativa. 3) En ocasiones hemos identificado *"el intento pragmático"* (Carr y cols. 1990) de la conducta problema (p.e. cuando no deseaba ser vestido con cierta prenda).

La hipótesis comunicativa, por otra parte, adquiere más verosimilitud al contrastarla con otras posibles alternativas: 1) las hipótesis neuroquímica y fisiológica no pueden explicar la conducta problema de Luis puesto que ésta se manifiesta, en gran medida, en un marco social, y además, según historial clínico, los controles a través de medicación no han ofrecido mejoras notorias. 2) La hipótesis basada en los principios del aprendizaje tampoco describe la funcionalidad de los problemas de Luis, debido a que la relación conducta/contingencia no explica la totalidad de acontecimientos y, en cualquier caso, deberíamos aceptar la "multiutilidad" de la conducta (ya sea para obtener refuerzo o para escapar de una situación aversiva) y la diversidad de estímulos (desear o evitar cualquier cosa). La hipótesis comunicativa, por otra parte, no niega que la posible causa original de las autolesiones sea debido al aprendizaje mediante refuerzo o evitación.

Medida y registro de la conducta: La conducta problema se registraba a lo largo de todo el día, desde las 8:00 hasta las 22:00 h., en intervalos de 1 hora; total de intervalos de registro/día 14. Cada uno se evaluaba mediante una escala ordinal de 0 a 3, con los siguientes valores: 0- no presenta conductas autolesivas; 1- presenta entre 1 y 10; 2- presenta entre 11 y 30; 3- presenta más de 30.

Para realizar este diseño Luis no debía permanecer atado, puesto que se podían enmascarar los resultados. Con el fin de garantizar el control de esta variable se registró, durante varios días y de forma dicotómica (atado/desatado), el cumplimiento de este requisito.

Línea Base: La línea base se realizó, sin permanecer atado, durante un periodo de 30 días (la gravedad de la conducta no aconsejaba dilatar esta fase).

Tratamiento: Las técnicas aplicadas fueron interrupción de la autoagresión más refuerzo diferencial de conductas comunicativas, mediante la utilización de una "bocina" de bicicleta.

Seguimiento: Se han realizado dos periodos de seguimiento, con una duración de 30 días cada uno, correspondiendo a los seis y doce meses posteriores a la finalización del programa. Independientemente de este seguimiento, el personal del centro debe complementar diariamente "hojas de información interna" donde figura un apartado de conductas problemas (nombre del sujeto, lugar, tipo de conducta, etc.), que permite obtener un seguimiento clínico de Luis.

Fiabilidad: Para conocer el índice de fiabilidad se ha usado el método de acuerdo (Anguera, 1983) entre dos observadores (n° de acuerdos dividido por n° de acuerdos más n° de desacuerdos $\times$ 100), durante cinco días elegidos al azar de la fase de línea base.

2.3. Procedimiento

En primer lugar, como se ha indicado anteriormente, se eliminaron las contenciones físicas de Luis, es decir, durante el programa debía permanecer desatado. El profesional de atención directa podía hacer uso de las contenciones en caso de que la agitación no pudiera ser interrumpida.

Gracias a los registros de observación, se establecieron los periodos de mayor probabilidad de aparición de la conducta autoagresiva; también se analizaron los motivos (antecedentes y/o consecuentes) de las autoagresiones, comprobando, como se ha indicado anteriormente, que las mismas respondían a diversas causas: peticiones (comida, ser atado, compañía de algún monitor, pasear, etc.), evitación de demandas (seguir ordenes, no cumplimentar las

tareas, etc.) y en otras ocasiones no pudimos observar motivos que justificarán la autoagresión.

Por ello, el programa que establecimos estaba compuesto de dos elementos: interrupción (Azrin y cols. 1982 y 1988) y refuerzo diferencial de conductas comunicativas (Carr y cols.1990). La elección de estos componentes se justifica ampliamente desde el punto de vista teórico (anteriormente hemos hablado de los resultados obtenidos mediante estas técnicas) y práctico (a partir de nuestros análisis establecimos la hipótesis comunicativa de la autoagresión).

Para la conducta comunicativa se eligió una "bocina" de bicicleta, que Luis llevaba sujeta a su cinturón. Durante las sesiones de comunicación se le enseñó a tocar la "bocina" para obtener refuerzo.

Cada vez que Luis manifestaba una conducta autoagresiva era interrumpido física (mediante el menor contacto posible) y verbalmente ("No, Luis no te pegues"); posteriormente se le inducía, durante un breve periodo de tiempo, a que permaneciera relajado (utilizando verbalizaciones "suaves" estilo: "bien Luis tranquilo, no pasa nada", mientras permanecía sentado y con las manos sobre la mesa); luego se le solicitaba que tocara la bocina, en caso contrario era dirigido mediante guía gradual (Azrin y cols.1975; Lovaas, 1981; Susan De Vore, 1982), para obtener refuerzo (alabanzas, comida y caricias).

Esta forma de realizar demandas se generalizaba a lo largo del día, en otras palabras, cualquier petición debía hacerla mediante la "bocina".

El aumento de ratios personal/usuarios durante la noche, impedía la continuación del programa, debiendo dormir atado de pies y manos.

3. RESULTADOS

3.1 Fiabilidad

El índice de fiabilidad entre dos observadores ha sido del 78 %, que puede considerarse alto, ya que las medidas reflejan la media durante 14 intervalos (horas) por día de registro.

3.2. Tratamiento

En el cuadro 1 se puede observar que el personal mantenía al usuario sin contención mecánica, lo que permitía realizar el programa sin interferencias que pudieran enmascarar los resultados del mismo.

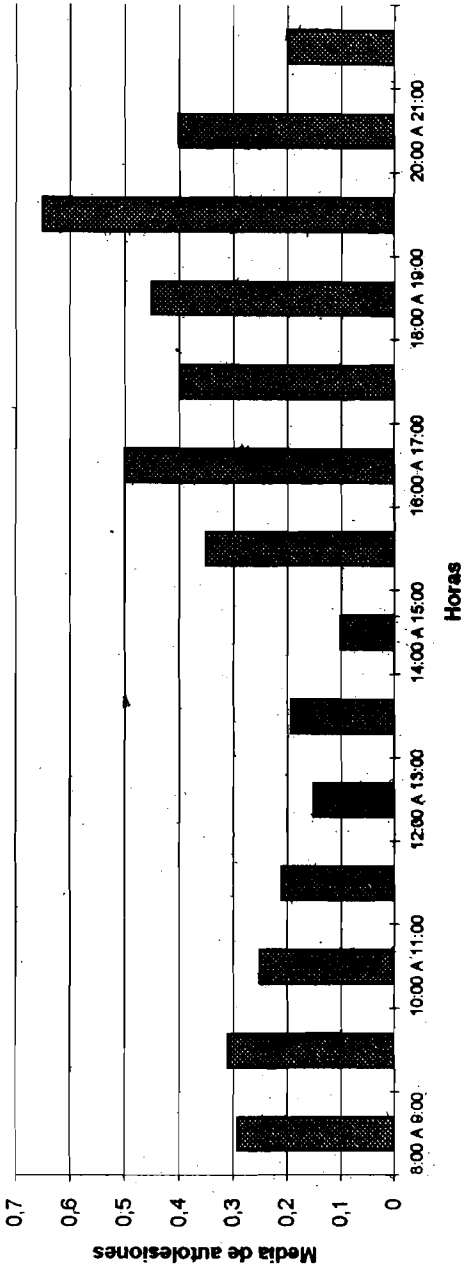
Cuadro 1.- Observación del uso de la contención

Día	Hora	Lugar	Contención
12/12/92	10:15	UNIDAD	NO
13/12/92	12:15	UNIDAD	NO
14/12/92	13:45	COMEDOR	NO
15/12/92	15:30	HOGAR	NO
16/12/92	10:00	UNIDAD	NO
17/12/92	11:30	PATIO	NO
18/12/92	13:00	COMEDOR	NO
19/12/92	15:00	UNIDAD	NO

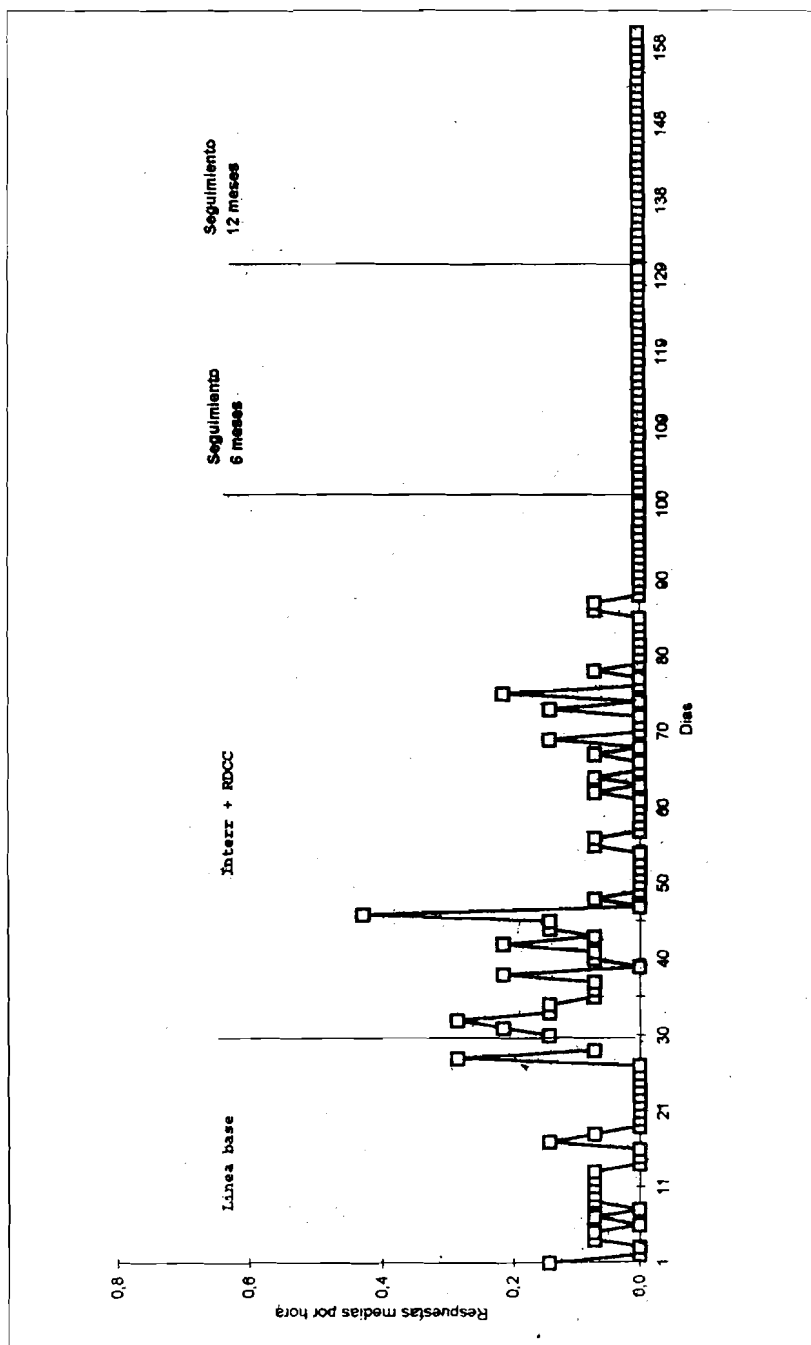
De la figura 1 se deduce que las autolesiones tenían mayor probabilidad de ocurrencia durante el periodo comprendido entre las 19 y las 20 horas, que correspondía a la situación de ducha (considerada, por el personal, una situación de alto estrés). A lo largo de la mañana se observa una tendencia decreciente en las conductas problema de Luis, con la tasa más baja entre las 14:00 y 15:00 horas, que correspondería a la situación de comida e inicio del descanso. Por las tardes, a partir de las 15:00 horas, se produce el cambio de turno de personal, coincidiendo con un incremento de las conductas problema (no obstante estamos hablando de medias y, como indica el eje de ordenadas, en ningún caso se llega a sobrepasar el 1 -menos de 10 autolesiones de media, según nuestra escala-). Por último, destacar que no existe ningún periodo libre de conductas autolesivas, lo que podría considerarse un indicador más de la gravedad de este trastorno.

Las gráficas 1, 2 y 3 nos permiten observar la evolución de la línea base, tratamiento y seguimiento en las conductas autolesivas. La conducta de golpearse la cabeza se manifiesta con menor fre-

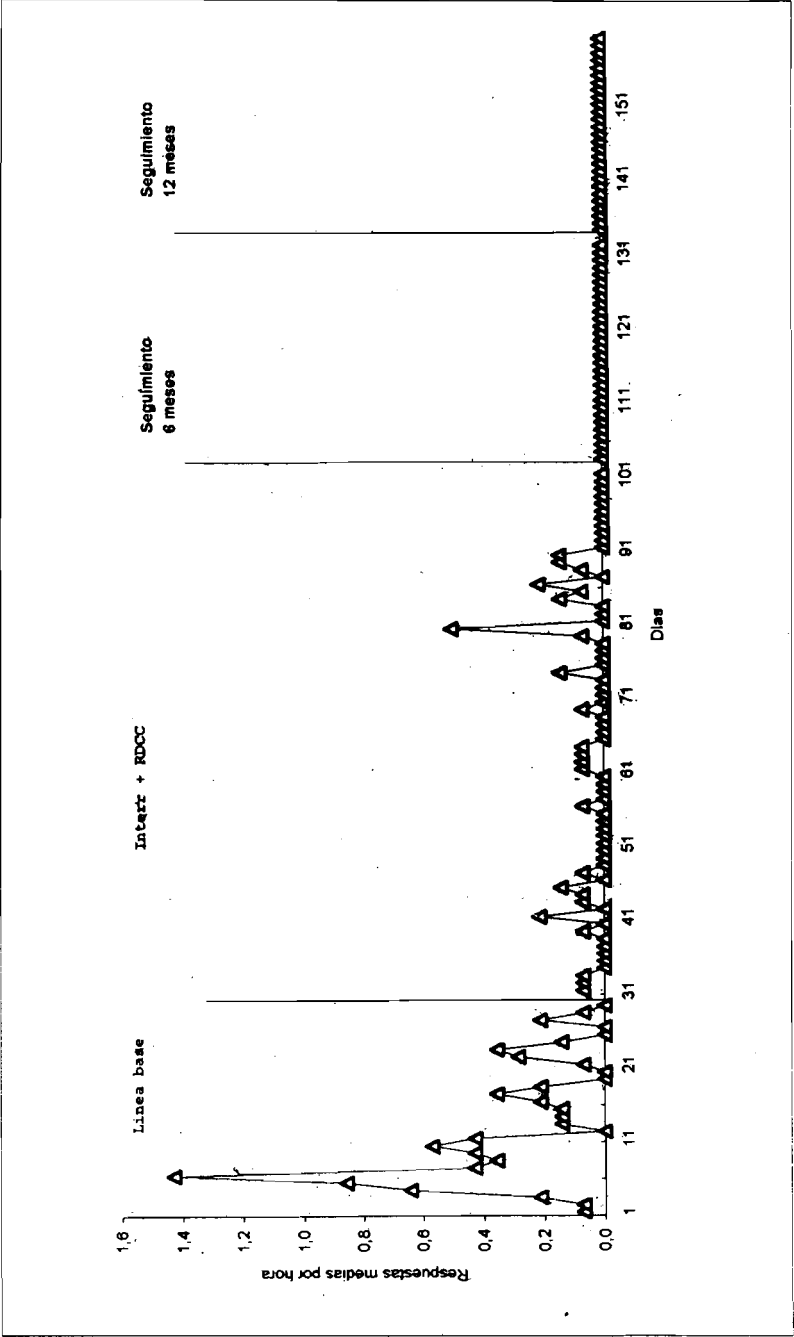
Figura 1.- Media de autoagresiones por hora



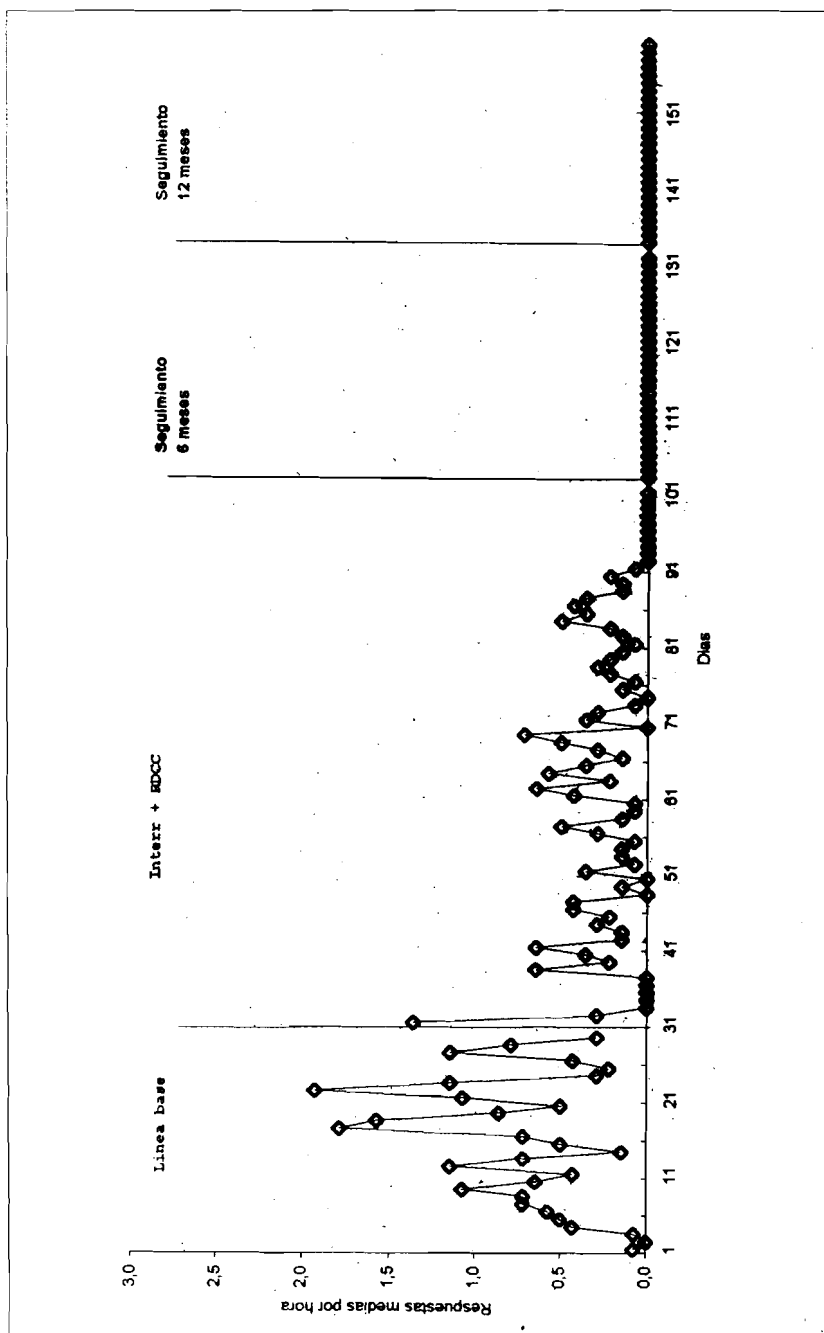
Gráfica 1- Golpearse la cabeza



Gráfica 2.- Autolesionarse barbilla



Gráfica 3.- Tirarse del cabello



cuencia durante la línea base que durante los primeros días de tratamiento; esto puede responder a la intervención del personal, en cuanto que no permitían que Luis pudiera producirse daños mayores.

Podemos comprobar una cierta irregularidad en todas las conductas, salvo a partir del día 90, donde se destaca una mejoría definitiva en las tres respuestas de tratamiento. A partir del día 100 nos planteamos, después de diez días consecutivos sin manifestar conductas autolesivas, dejar de registrar y considerar a Luis uno más de su unidad y hogar, con lo que dejó de tener un control permanente por parte del personal.

3.3. Seguimiento

El seguimiento se ha realizado al cabo de seis y doce meses de dar por finalizado el programa (aunque Luis sigue usando la bocina cuando desea algo, puesto que representa la mejor forma que hemos hallado para que se comunique, todo ello junto a otros signos del lenguaje, de la comunicación alternativa y aumentativa, que ha ido aprendiendo). Cada periodo de seguimiento dura 30 días consecutivos, durante los que podemos observar, a través de las gráficas 1, 2 y 3, que no se ha producido en ninguna ocasión la conducta problema de autolesionarse.

Repasando el apartado de conductas problema de las "hojas de información interna" mencionadas anteriormente, observamos que no figura ninguna anotación acerca de Luis durante todo el año posterior al programa.

El seguimiento clínico, a través de las manifestaciones de familiares y personal de atención directa, coincide con la anterior evaluación. Luis vive actualmente desatado y sin ningún control especial humano o físico. En este sentido no ha precisado de medidas especiales en ninguna ocasión.

4. CONCLUSIONES

Es indudable que las conductas autoagresivas son, en el apartado de trastornos del comportamiento, las que encierran mayor gravedad para el propio sujeto. Es probable que la lesión más

importante, para Luis, sea la ceguera por desprendimiento de retina, como consecuencia de las autolesiones.

También representa, tanto para Luis como para otras muchas personas con este problema, la contención física y el alejamiento social; en este caso es también la causa de invalidez motora.

En la introducción se han repasado las principales teorías para explicar el comportamiento aberrante de autoagredirse. La conclusión de diversos autores (King, 1993, Bodfish y cols.1995, Flórez, 1994) es la imposibilidad de decantarse por una teoría u otra, abriéndose, de esta manera, la hipótesis de que todas las explicaciones puedan ser válidas, preponderando una causa frente a otra según el sujeto.

En cualquier caso, es aceptada la correlación de que a menor nivel de inteligencia mayor probabilidad de observar conductas autolesivas, e incluso, según Chamberlain y cols. (1993), esta correlación puede verse con el nivel de comunicación: los sujetos con peor capacidad de comunicación son más proclives a la manifestación de autoagresiones.

La evaluación funcional de las conductas autoagresivas se centra, básicamente, en tres tipos de métodos (informativos, de observación directa y experimentales), cuyas características se han descrito brevemente con anterioridad. Quizás el método intra-sesiones, de Vollmer y cols.(1993), sea un interesante camino en la evaluación de las conductas autoagresivas, tanto por su economía como por su eficacia. En este centro se ha evaluado, con esta técnica, a un usuario que manifestaba estereotipias verbales y conducta de desnudarse, siendo satisfactorio el resultado de su aplicación.

Los tratamientos diseñados van desde los aversivos, como el uso de shock eléctrico contingente, hasta los menos aversivos como la interrupción. Pensamos que existen pocos estudios donde se ponga a prueba el verdadero "impacto" de las distintas técnicas usadas. En otro ámbito, Peterson y McConell (1993), consideran que el impacto de un tratamiento es igual a la "efectividad" x la "verosimilitud de la intervención". Extrapolando estos conceptos al mundo de las conductas problema, es factible pensar que la investigación se ha preocupado de la "efectividad" y en cambio se ha visto menos inclinada a investigar la "verosimilitud de la aplicación". Así sucede con el uso del castigo eléctrico, según Azrin y cols. (1988).

Todo ello enmascara, a nuestro entender, la comprensión del verdadero alcance o "impacto" de los tratamientos, por ejemplo llama la atención la falta de coincidencia de los estudios de Carr y cols. (1992) con los de Azrin y cols. (1988). Mientras que los primeros autores ofrecen datos, en general, poco optimistas (la técnica de mayor éxito en el tratamiento de autolesiones obtiene un 59% de mejora), los segundos presentan un tratamiento absolutamente óptimo "interrupción mas RDI" (96% de mejora, en siete días). Es probable que Carr y cols., en su retrospectiva, valoren el impacto de los tratamientos (ya que describen un amplio abanico de variables: lugar, edad, C.I., diagnóstico, etc.), mientras que en el caso de Azrin y cols. se valora sólo la efectividad del programa bajo unas circunstancias adecuadas (p.e. equipo de investigación/tratamiento propio).

Retomando el caso que nos ocupa, hemos de resaltar que la gravedad, frecuencia e intensidad de las conductas autoagresivas, le produjeron un deterioro personal y social evidente por los datos ofrecidos. Ello ha guiado la confección de un diseño de intervención simple (A-B), sin posibilidad para la reversión: pensando más en el alcance clínico y, en menor medida, en la investigación experimental. No obstante, ahí radica uno de los elementos claves del presente trabajo: a) está diseñado exclusivamente desde la óptica clínica, b) la aproximación al mismo es intensa (p.e. 14 horas de evaluación frente a las evaluaciones menos intensas que normalmente aparecen en la literatura), c) seguimiento muy próximo del sujeto, por ejemplo podemos afirmar que los resultados se mantienen hasta la fecha presente (independientemente de que para el diseño se consideraran sólo dos periodos de seguimiento: 6 y 12 meses).

De la intervención aplicada resulta difícil discernir qué componente del programa (interrupción y/o refuerzo diferencial de conductas comunicativas) ha pesado más en los resultados. En cualquier caso, ambos parecen relevantes e irrenunciables (interrumpir significa evitar daños mayores y la comunicación parece una alternativa fácil e inmediata) y, desde la óptica de su fácil manejo/aplicación, sumamente sencillos.

Luis actualmente camina sin ayuda (de forma atáxica), ha aprendido el uso de tres signos de comunicación, controla esfínteres y come solo. Pensamos que esta evolución, de haber persistido las conductas problema, no se hubiera producido.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Anguera, M.T. (1983): *Manual de prácticas de observación*. México. Trillas.
- Arndorfer, R.E. y Miltenberger, R.C. (1993). Functional assessment and treatment of challenging behavior: A review with implications for early childhood. *Topics in early childhood special education*. 13. 1. 82-105.
- Azrin, N.H., Gottlieb, L., Hughart, L., Wesolowski, M.D. y Rahn, T. (1975). Eliminating Self-Injurious behavior by educative procedures. *Behavior Research and Therapy*. 13. 101-111.
- Azrin, N.H. y Wesolowski, M.D. (1975a). The use of positive practice to eliminate persistent floor sprawling by profoundly retarded persons. *Behavior Therapy*. 6. 627-631.
- Azrin, N.H., Besalel, V.A. y Wisotzek, I.E. (1982). Treatment of self-injury by a reinforcement plus interruption procedure. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*. 2. 105-113.
- Azrin, N.H., Besalel, V.A., Jamner, J.P. y Caputo, J.N. (1988). Comparative study of behavioral methods of treating severe self-injury. *Behavioral Residential Treatment*. 3. 2. 119-152.
- Bodfish, J.W., Crawford, T.W., Powell, S.B., Golden R.N. y Lewis, M.H. (1995). Compulsion in adults with mental retardation: Prevalence, phenomenology, and comorbidity with stereotypy and self-injury. *American Journal on Mental Retardation*. 100. 2. 183-192.
- Carr, E.G. y otros (1990). 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 severe handicaps nr. 4*
- Chamberlain, L, Cheung, M. y Jenner, L. (1993). Preliminary findings on communication and challenging behaviour in learning difficulty. *The British of Developmental Disabilities*. 39. 77. 118-125.
- Emerson, E. (1992). Self-injurious behaviour: An overview of recent trends in epidemiological and behavioural Reserach. *Mental handicap research*. 5. 1. 49-81
- Flórez, J. (1994). La farmacología de las conductas anormales en la deficiencia mental. *Siglo Cero*. 25. 4. 5-25.

- Goza, A.B., Ricketts, R.W. y Perkins, T.S. (1993). The social validity of an argument supporting a ban on aversive procedures. *Journal of Intellectual Disability Research*. 37. 449-458.
- Iwata, B.A., Dorsey, M.F., Slifer, K.J., Bauman, K.E. y Richman, G.S. (1982). Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and intervention in developmental disabilities*. 2. 3-20.
- Jones, R.S.P. y McCaughey, R.E. (1992). Gentle teaching and applied behavior analysis: A critical Review. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 25. 853-867.
- King, B. (1993). Self-Injury by people with Mental Retardation: A compulsive Behavior hypothesis. *American journal on mental retardation*. 98. 1. 93-112.
- Lennox, D.B.; Miltenberger, R.G.; Spengler, P. y Erfanian, N. (1988). Decelerative Treatment practices with persons who have mental retardation: a review of five years of the literature. *American Journal on Mental Retardation*. 92. 6. 492-501.
- Lennox, D.B. y Miltenberger, R.G. (1989). Conducting a Functional Assessment of Problem Behavior in Applied Setting. *JASH*. 14. 4. 304-311.
- Lovaas, O.I. (1977). *The autistic Child*. Nueva York. Irvington Publisher, Inc. (Trad. Cast. 1981. *El niño autista*. Madrid. Debate).
- Lovaas, O.I. (1981). *Teaching developmentally disabled children*. PRO-ED, Inc. (Trad. Cast. 1990. *Enseñanza de niños con trastornos del desarrollo*. Barcelona. Martinez Roca).
- Mazaleski, J.L., Iwata, B.A., Vollmeier, T.R. , Zarcone, J.R., Smith, R.G. (1993). Analysis of the reinforcement and extinction components in DRO contingencies with self-injury. *Journal of Applied behavior analysis*. 26. 143-156.
- Montero, D. (1993). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidad. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao. Mensajero- ICE de la Universidad de Deusto.
- Pace, G.M., Iwata, B.A., Cowdery, G. E., Andree, P.J. y McIntyre, T. (1993). Stimulus (Instructional) fading during extinction of self-injurious escape behavior. *Journal of Applied behavior analysis*. 26. 205-212.
- Peterson, C.A. y McConell, S.R. (1993). Factors affecting the impact of social interaction skills interventions in early childhood special education. *Topics in Early Childhood special education*. 13. 1. 38-56.
- Vollmer, T.R., Iwata, B.A., Smith, R.G. y Rodgers, T.A. (1992). Reduction of multiple aberrant behaviors and concurrent development of self-care skills with differential reinforcement. *Research in Developmental Disabilities*. 13. 287-299.

- Vollmer, T.R. e Iwata, B.A. (1992). Differential reinforcement as treatment for behavior disorders: procedural and functional variations. *Research in Developmental Disabilities*. 13. 393-417.
- Vollmer, T.R., Iwata, B.A., Zarcone, J.R., Smith, R.G. y Mazaleski, J.L. (1993). Within-session patterns of self-injury as indicators of behavioral function. *Research in Developmental Disabilities*. 14. 479-492.
- Vore, M.S. De (1982). *Individualized learning program for the profoundly retarded*. Springfield, Illinois. Charles C. Thomas, Publisher (Trad. Cast. 1982. *Programación individualizada de aprendizajes para retrasados mentales profundos*. Alcoy. Marfil).
- Williams, D.E.; Kirkpatrick-Sanchez, S. y Iwata, B.A. (1993). A comparison of shock intensity in the treatment of longstanding and severe self-injurious behavior. *Research in developmental disabilities*. 14. 207-219.