

Aplicación de un programa multicomponente sobre un conjunto de conductas disruptivas en un caso de deficiencia mental

Juan Francisco RODRÍGUEZ TESTAL
Universidad de Sevilla

Miguel Ángel CARRASCO ORTIZ
UNED. Centro Asociado de Sevilla

María Dolores RODRÍGUEZ SANTOS
Gabinete Psicológico Intelén. Sevilla

Resumen

El presente trabajo analiza la aplicación de un tratamiento multimodal sobre un conjunto complejo de conductas disruptivas en un caso de deficiencia mental. Se trata de una mujer de 24 años de edad, con un nivel de deficiencia moderado y una larga historia de institucionalización. El tratamiento multimodal consistió en la combinación de la extinción con instrucciones, costo de respuesta, reforzamiento de otras conductas y sobrecorrección, aplicado por coterapeutas entrenados procedentes de los contextos (residencia y taller ocupacional) en los que se desatan las conductas problema. Los resultados mostraron la efectividad del tratamiento en ambos contextos. Se discute la implicación de los resultados, la importancia de cada una de las técnicas y la necesidad de un seguimiento prolongado en este tipo de intervenciones.

Palabras clave: problemas de conducta; retraso mental; modificación de conducta

Abstract

This paper analyzes the application of a multimodal treatment on a complex set of disruptive behaviours in a case of mental retardation. The subject was a twenty four-year-old woman, with a moderate level of deficiency and a long history of institutionalization. The multimodal treatment combined extinction with instructions, cost of response, reinforcement of other behaviours and overcorrection, all of which were applied by trained cotherapists coming from the contexts in which the behaviour problems first appeared (residence and occupational workshop). The findings prove the treatment effective in both contexts. The discussion includes the implication of the findings, the importance of each technique and the need for a prolonged follow-up in this type of intervention.

Key words: behaviour-problems, mental retardation, behaviour modification.

Dirección del primer autor: Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. Avda. San Fco. Javier, s/n. 41005 Sevilla.

La conducta disruptiva, especialmente aquella que implica altas cotas de agresividad, preocupa en gran medida en la práctica con deficientes mentales, dado que interfieren su adecuada adaptación al contexto en el que se desenvuelven y obstaculizan el proceso de desarrollo educativo (Carr y Durand, 1985; Haring y Kennedy, 1990).

Desde las ya históricas aportaciones de Watson y Rainer (1920) con el pequeño Alberto y los importantes trabajos de Skinner, las técnicas conductuales han supuesto una herramienta eficaz para el abordaje de los problemas de conducta. Posteriormente, otros autores han resaltado la importancia del análisis conductual en la búsqueda de los factores mantenedores de la conducta desadaptada (Desrochers, Hile y Williams-Moseley, 1997), tanto los elementos antecedentes y consecuentes de la misma (Haring y Kennedy, 1990; Repp, Felce y Barton, 1988), como los procedimientos de reforzamiento positivo o negativo que controlan la conducta (Carr y Durand, 1985), poniendo especial énfasis no tanto en el tipo de técnicas como en el desarrollo de programas según qué elementos mantienen la conducta desadaptada.

Entre las posibles técnicas conductuales que se han utilizado en el abordaje terapéutico de los problemas de conducta cabe destacar, aquellas encaminadas a la adquisición de conductas positivas y su mantenimiento, tales como el *reforzamiento positivo* (Herbert, 1987; Lovaas, 1990); *el moldeado*, basado en el uso programado de reforzamiento y extinción por aproximaciones sucesivas (Gelfand y Hartman, 1989; Reynolds, 1974) y *el encadenamiento*, dirigido a combinar conductas sencillas para establecer otras más complejas (Sulzer-Azaroff y Mayer, 1983). Para este tipo de manifestaciones conductuales, además de las técnicas aversivas, se ha

descrito un grupo de técnicas encaminadas a la reducción de conductas operantes: es el caso de *la extinción* (Sulzer-Azaroff y Mayer, 1983), consistente en la supresión de los reforzadores contingentes a la conducta problema, tales como la atención (Bregelman, 1975); el *costo de respuesta*, aplicado mediante la retirada de algún reforzador positivo de manera contingente a la emisión de una respuesta (Foxx, 1982; Sulzer-Azaroff y Mayer, 1983); *el tiempo fuera de reforzamiento*, caracterizado por la retirada de las condiciones ambientales en la que pueda obtenerse reforzamiento o bien apartando al sujeto de las condiciones reforzantes, siendo descrito como uno de los más efectivos sobre las rabietas y conductas altamente destructivas y agresivas (Graciano y Moonin, 1984; Matson, 1990); *el reforzamiento de otras conductas* (RDO), reforzando las conductas alternativas o incompatibles a la conducta problema (Luce, Delquadri y Hall, 1980); *el reforzamiento diferencial de conductas incompatibles* o alternativas (RDI) (Foxx, 1982) y la *sobrecorrección* (Foxx y Azrin, 1972) en sus componentes básicos de restitución y práctica positiva, la cual ha sido indicada en conductas autoestimulatorias y autolesivas (Del Barrio, 1986; Foxx y Azrin 1974; Matson, 1993; Rodríguez Testal, Rodríguez Santos y Moreno García, 1996), aunque en estas últimas su eficacia ha sido menor (Foxx, 1978; Gelfand y Hartman, 1989). Por último, se alude también a las técnicas aversivas como el *shock eléctrico* o el *castigo positivo* (Foxx, Bittle y Faw, 1989), generadoras de una enorme controversia por su implicación ética, pero que han demostrado su eficacia especialmente sobre las conductas autolesivas y disruptivas (Lovaas, 1990, pág. 49; Tarnowski, Mulick y Rasnake, 1990).

A pesar de que la relación de técnicas conductuales se presentan de forma independiente, en la mayoría de los estudios e igualmente en la práctica de la intervención, es de general consenso las preferencias hacia la combinación de técnicas (Foxx, 1982; Piazza, Moes y Fisher, 1996; Repp y Deitz, 1975) en lo que se han denominado los tratamientos multimodales o programas multicomponentes. La complementariedad de las distintas técnicas, traducida en el aumento de la eficacia de las mismas y en la compensación de los efectos colaterales, ha sido la razón de la aplicación conjunta de varias de estas técnicas. Es el caso de la combinación del reforzamiento diferencial de conductas alternativas con otros procedimientos de reducción de conductas como el tiempo fuera y el costo de respuesta el cual ha supuesto en algunos casos una reducción importante de la conducta inapropiada (Foxx, 1982; Fridman, 1990; Repp y Deitz, 1975). Piazza, Moes y Fisher (1996) combinaron el reforzamiento de conductas adecuadas y el desvanecimiento de peticiones con la extinción del escape de conductas destructivas en un niño autista, consiguiendo disminuir la conducta destructiva a niveles significativos. El entrenamiento de una conducta adaptativa con igual funcionalidad que la conducta problema, en combinación con otros procedimientos de reducción de conductas, parece ser la clave para el mantenimiento de los resultados (Durand y Carr, 1992).

Sin embargo, es en la combinación de las técnicas donde parece residir la efectividad del tratamiento; en este sentido, Fisher, Piazza y Cataldo (1993) encuentran mayor efectividad en la combinación del reforzamiento de una conducta de comunicación adaptativa y funcionalmente equivalente a la conducta disruptiva con el castigo, que en la aplicación aislada de la primera técnica. Si-

milares resultados obtuvieron Robinson y Owens (1995), combinando la conducta comunicativa con el reforzamiento. Otra combinación realizada con resultados positivos ha sido la aplicación del reforzamiento de conductas alternativas con la sobrecorrección (Sisson, Hersen y Van-Hasselt, 1993). Estos autores consiguieron controlar la conducta desadaptativa en dos jóvenes de 21 y 15 años de edad con retraso mental profundo, manteniendo los resultados durante seis meses. La combinación del reforzamiento positivo de otras conductas, con el reforzamiento negativo por la emisión de conductas adecuadas, ha sido otra combinación efectiva en tres sujetos de 19 (dos de ellos) y de 21 años, con autismo, retraso mental y síndrome de Down, respectivamente (Kennedy y Haring, 1993). Es, por lo tanto, la combinación de técnicas en programas multicomponentes una de las intervenciones preferidas por la efectividad de sus resultados.

La intervención aplicada en el caso que proponemos consiste en la selección de un conjunto de técnicas, organizadas en un programa multimodal, siguiendo una secuencia establecida y llevada a cabo por coterapeutas instruidos, sobre las múltiples conductas disruptivas de una mujer con retraso mental moderado, manifestadas en los contextos habituales donde desarrolla su vida.

Método

Sujeto

Se trata de una mujer de 24 años de edad, con retraso mental medio y antecedentes de internamiento desde edad muy temprana en una institución psiquiátrica, donde ya presentaba una larga historia de conductas desadaptativas. Con motivo de la instauración de un programa de desinstitutionali-

zación, es ingresada en una residencia hogar durante un tiempo para posteriormente ingresar en un Centro Especial de Empleo y ser incorporada en un taller ocupacional. Tras los seis meses de ingreso en este nuevo centro, período en el que tales conductas fueron inexistentes, surge la demanda de ayuda, dado el cúmulo de conductas disruptivas manifestadas que imposibilitaban la adaptación a la nueva situación y al trabajo educativo pretendido.

Situación

Las conductas problema se ponían de manifiesto en diversos momentos y en los que se involucraban distintas personas. Se consideraron dos situaciones en las que aparecieron las conductas problema: el taller ocupacional y la residencia. En sus antecedentes se hacía constar que, en presencia de determinadas personas que se mantenían inflexibles y rígidas ante sus llamadas de atención, las conductas problema disminuían y su conducta de obediencia y respeto aumentaba.

Instrumento

Se empleó un registro de frecuencias construido al efecto, que recogía las conductas problema y su definición operacional correspondiente. El registro fue empleado por los monitores responsables a través de una observación participante.

Conductas problema y su evaluación

Las conductas problema manifiestas eran numerosas y todas respondían a una misma clase de respuesta: conducta disruptiva. Las conductas problema y sus definiciones operacionales correspondientes fueron las siguientes:

- **Negativismo y desobediencia de órdenes (A).** Realización de verbalizaciones únicas o persistentes y explícitas, contrarias a una orden específica de norma habitual en el centro.
- **Insultos (B).** Mediante la emisión de palabras molestas u ofensivas como improperios, dentro de un contexto de discusión y pelea.
- **Amenazas físicas (C).** Intentos o movimientos similares a la agresión que constituyen sólo el inicio de la misma. Esta conducta se podría manifestar con distintas topografías tales como:

Topografía 1: Levantar una o ambas manos con la palma extendida o el puño cerrado y con gesto intimidatorio consistente en iniciar el movimiento de la agresión, deteniéndolo posteriormente, ante una persona u objeto.

Topografía 2: Levantar una o ambas manos con un objeto en ella/s y el movimiento característico, anteriormente descrito, de arrojarlo a una persona u objeto pero sin llevarlo a cabo.

Topografía 3: Mover una pierna hacia una persona u objeto para romper o dañar algo, deteniendo la extremidad antes de impactar, y volviendo a comenzar el gesto o reteniéndola en la posición inicial.

En general las amenazas físicas podían hacerse antes de una agresión, sin que ésta se produjera, o durante una o varias agresiones pudiendo, además, acompañarse de amenazas verbales.

- **Amenazas verbales (D).** Palabras verbalizadas una o reiteradas veces, manifestando un acto a realizar de carácter violento y/o peligroso, que podría ir acompañada de amenazas físicas.

- Arrojar objetos (E). Tirar o lanzar ropa, piedras o cualquier objeto al suelo, a las paredes, etc. o hacia alguien en un contexto de violencia o desordenar objetos pudiendo éstos romperse o permanecer intactos.
- Destrozar objetos (F). Romper objetos en contextos de agresión o violencia.
- Salidas de la casa (G). Abandonar la casa, tras amenazar con provocar jaleo. A veces con insistentes comentarios sobre lo que va a llevar a cabo, mediante amenazas, y golpes en puertas y/o ventanas.
- Salidas del taller (G). Abandonos de la mesa de trabajo con diferente tipo de excusas, retirándose de la misma y saliendo del taller.
- Desnudarse y/o tocarse los genitales. Desprenderse de la ropa que lleva puesta con objeto de molestar o crear conflicto entre sus compañeros o miembros del personal, a veces esto se acompaña de tocamientos en la región genital con una o ambas manos.
- Tirarse al suelo y patear (H). Arrojar-se al suelo con todo el cuerpo, permaneciendo sentada, o bien de rodillas, resistiéndose a ser levantada y golpeando, en ocasiones, objetos o personas; a veces esto se acompaña de movimientos bruscos con las piernas, golpeando el suelo o paredes, girando sobre sí misma, gritando o llorando, o bien acompañándolo con la introducción del pulgar en la boca y la succión del mismo.
- Quejas somáticas (I). A través de verbalizaciones sobre lesiones en distintas partes del cuerpo y requerimiento de atención médica o autoempleo de medicamentos.
- Violencia física (J). Contacto físico (empujones, golpes con o sin objetos) hacia otra persona (compañero o cuidador) en los que éstos manifiestan signos visibles de malestar, quejas, dolor o reproches a la infractora.
- Búsqueda inadecuada de afecto (K). Chantaje afectivo consistente en el requerimiento de aproximación y contacto físico (abrazo, apoyar la cabeza en el otro, besos insistentes) después de una situación conflictiva y para evitar reprimenda o como paso previo a obtener un beneficio próximo o que ha perdido; a veces este contacto resulta excesivamente intenso siendo molesto para el compañero o cuidador.
- Molestar insistentemente a los compañeros (L). Contacto físico reiterado con algún compañero o cuidador que no pueda calificarse de agresión, bien porque no pegue o empuje, (obteniendo quejas del afectado en el sentido de que le deje), ni tampoco en la categoría de afecto inadecuado porque los contactos no son de esa naturaleza.
- Gritos (M). Emisión de sonidos o palabras distintas a un insulto y en tono por encima de lo normal o impropio de una conversación. Se manifiestan en situaciones de tensión o agresividad, no en situaciones de fiesta o alegría.
- Escupir (N). Arrojar saliva hacia compañeros, personal, suelo u objetos.
- Amenazas o actos de autolesión (O). Conducta dañina, perjudicial o lesiva hacia sí misma o bien con amenazas de la misma. Esta conducta se podía manifestar a través de las siguientes topografías:
Topografía 1: Golpear la cabeza contra paredes o ventanas en un contexto de conflicto, emitiendo un sonido perfectamente audible, una o varias veces, pudiendo ir acompañada de insultos o amenazas.

Topografía 2: Arrancarse la piel de los dedos siempre que sea observado.
 Topografía 3: Intentar o hacer el gesto similar al de cortarse las venas con un cuchillo.

Topografía 4: hacer como que bebe detergente o algún líquido peligroso.

- Encerrarse en un contexto de discusión y/o violencia. Introducirse en una habitación para quedarse a solas. Para ello, bloquea la entrada a dicha habitación o lugar, impidiendo intencionadamente la entrada de otros.
- Llamadas telefónicas, con deseos insistentes de realizarlas un número de veces reiterados para hablar con la madre, otro familiar o persona.
- Llanto. Creciente conjunto de gemidos, inadecuados en su intensidad y desproporcionados en relación a los acontecimientos y cuyo cese se hace evidente al preguntarle por lo que hace o al concederle algo que demande.
- Hablar sola. Verbalizaciones explícitas y audibles sobre sí misma u otras personas de contenido deliriforme (fingido o no) o de características violentas.

La evaluación de estas conductas se hizo a través del registro mencionado, y siguiendo las definiciones operacionales expuestas, anotando la frecuencia en los dos contextos en los que se desenvolvía la paciente (residencia y taller).

Las definiciones operacionales sin letra entre paréntesis, muestran aquellas conductas que se habían recogido en los registros no sistemáticos (diario y parte de incidencias del centro) y que, al igual que las demás manifestaciones conductuales, formaban parte de la demanda de intervención. Se reproducen aunque no se observaron durante las fases de línea base ni de aplicación del

tratamiento ya que también constaron en los registros que manejaron los coterapeutas.

Diseño y variables de control

Se empleó un diseño intraserie de cambio de fase simple (AB) para comprobar la efectividad del tratamiento, descartándose los diseños de reversión, ante la peligrosidad de muchas de las conductas, y de base múltiple, ya que algunas de las emisiones conductuales se daban con una reducida frecuencia.

Se tuvo en cuenta el posible influjo de ciertas variables como las fechas relacionadas con la menstruación, las visitas familiares, las llamadas telefónicas e, igualmente, se registró la disminución de tranquilizantes a niveles mínimos (para poder aplicar el tratamiento), manteniendo constantes la dosis de neuroléptico administrado.

Procedimiento

Fase de línea base

La fase de línea base o de observación quedó constituida por un total de 44 días completos para el contexto residencial y 32 días para el taller (agrupados en 22 períodos de dos días cada uno para la residencia y 16 para el taller). Todas las observaciones se realizaron en el contexto natural de su vida cotidiana y en el marco de sus actividades. Los integrantes del grupo de coterapeutas que realizaron todo el procedimiento fueron quienes a diario y durante la semana atendieron y registraron la conducta de la paciente bajo la consigna de que no alteraran sus hábitos ni forma de dirigirse a ella.

Previamente al tratamiento y durante la duración de esta fase de línea base, se emprendió la formación de los coterapeutas del programa de intervención diseñado en los dos contextos. Se establecieron reuniones sema-

nales con el fin de aunar criterios, comprender la importancia de una fase de observación y analizar las posibles contrariedades que pudieran surgir una vez comenzado el tratamiento, ya que eran conocedores del comportamiento problemático y las consecuencias del mismo. Se dieron charlas acerca de las conductas que se iban a observar, material por escrito con las definiciones operacionales, los registros que se iban a manejar, cómo se debía hacer la observación (para no interferir pero sin cambiar el estilo habitual llevado hasta entonces) y los ensayos de cómo se debían aplicar las técnicas una vez finalizada la línea base (cómo dar las instrucciones, cómo aplicar la extinción, criterios para el costo de respuesta, etc.). También se elaboró en equipo un listado de reforzadores (objetos, comestibles, actividades...) de los que hubiera conocimiento que eran del agrado de la paciente y otra de elementos no agradables para ella. Finalmente, se realizó una entrevista con aquellos compañeros con los que presentaba mayores dificultades de relación y se les entrenó para que colaboraran en la terapia.

Fase de tratamiento

El análisis funcional de la conducta reveló que muchas de sus manifestaciones respondían a constantes llamadas de atención, a partir de las cuales buscaba lograr determinados objetivos, tales como afecto o control de otras personas, siendo por tanto mantenidas por reforzamiento positivo. Dada la variedad de conductas problemas presentadas y el carácter disruptor de las mismas, se diseñó un tratamiento multicomponente, constituido por un conjunto de técnicas, con una guía de instrucciones para que todo el personal que interviniera se rigiera por los mismos criterios.

La fase de tratamiento se dividió en dos partes bien diferenciadas: una parte estuvo

constituida por el empleo de la extinción y el reforzamiento diferencial de otras conductas (alternativas y/o incompatibles) y la otra por la aplicación de diversas técnicas como el costo de respuesta y la sobrecorrección. Estas últimas fueron aplicadas a determinadas conductas y se tomó cuando la explosión de respuestas consecuentes al empleo de la extinción era altamente disruptiva e incluso (basándonos en las observaciones no sistemáticas de los miembros del personal eran realmente peligrosas para ella y los demás). La aplicación de todas ellas era precedida por una serie de instrucciones previamente diseñadas.

La extinción (no dar un reforzador en general reforzador) consistió en no proporcionar específicamente atención (*ignoring*) (Marcos y Canal, 1985; Repp y Brulle, 1984) a las conductas señaladas como problema, bien no diciendo o haciendo nada, bien cambiando de actividad o dirigiendo la atención a otra persona, en definitiva no dar el reforzador que se presupone mantiene la conducta (atención). En los casos en los que su comportamiento ocasionaba un desperfecto (rompiera objetos, desordenaba, tiraba cosas...) se utilizó la sobrecorrección (Foxy, 1982). Tras su conducta se daba una instrucción clara y neutra para que reestableciera el desperfecto (restitución) y además que realizara una tarea complementaria relacionada con el desperfecto: ordenara, limpiara o recogiera otros objetos similares (práctica positiva).

El costo de respuesta, consistió en la pérdida de algún reforzador (actividad, objeto...) contingente al endurecimiento de sus conductas tras la extinción. Para ello se elaboró una relación de conductas y sus costes correspondientes. Dado que los costes podían acumularse según su comportamiento, se contempló la posibilidad de recuperarlos, reforzando las conductas incompatibles, de forma que el primer costo siempre lo cum-

pliría y, a partir del segundo, podría recuperarlo por buen comportamiento en un día completo. Si había varios acumulados tras un día, siempre perdía el primer reforzador, pero podía recuperar los acumulados desde el primer día a partir del tercer día de buen comportamiento. Si el número de días de acumulación de costos superaba los tres, cumpliría todos hasta llegar a los tres días mencionados. Si tenía lugar la aplicación de diez costos, se estableció que la paciente se reuniría con un miembro del personal con autoridad para ella quien le informaba de los costos y de su comportamiento.

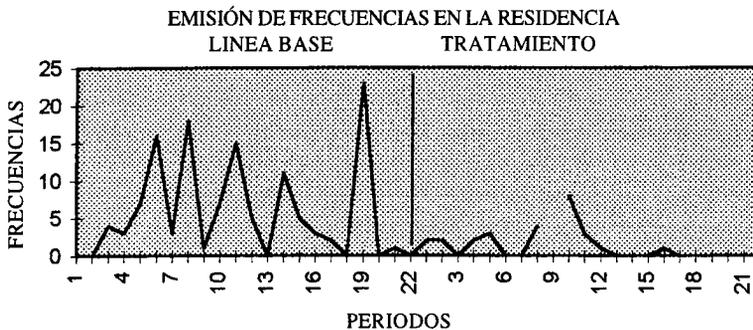
El reforzamiento diferencial de otras conductas (alternativas o incompatibles) consistió, en reforzar aquellas conductas aunque fueran insignificantes a través de felicitaciones y halagos (“muy bien”, “así me gusta”) u objetos deseados, especificando porqué conducta se le premiaba. Este reforzamiento, en un principio se aplicó de forma continua y frecuente a diversas conductas incompatibles con las conductas problema y, a medida que su conducta desadaptativa disminuía, se pasó a reforzar de forma intermitente. El reforzamiento se podía adquirir también por la recuperación de los costos aplicados, siempre que la paciente se comportara adecuadamente, como hemos señalado en la aplicación del costo de respuesta.

Ante una conducta problema, se iniciaba la extinción, si la conducta persistía de forma reiterada, se daban las instrucciones anunciando el costo de repuesta con aquellos reforzadores que perdería si su conducta no cesaba. Las instrucciones se transmitían en un tono neutro y firme (Foxx, 1982), sólo se emitían una vez y nunca en forma de amenaza. En los casos indicados se aplicaba la sobrecorrección y en todos los casos ante un comportamiento adecuado se procedía por reforzamiento positivo, según se ha señalado.

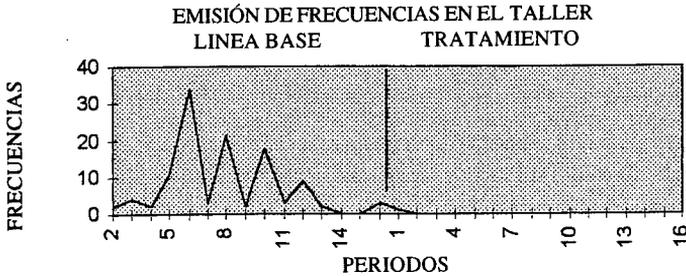
Resultados

Línea base y aplicación del tratamiento

Para comprobar la existencia de tendencias consistentes en los datos y en los distintos períodos de línea base y tratamiento se efectuó un análisis mediante el estadístico C de Tryon (1982; 1984) transformado en puntuaciones z. Los resultados obtenidos mostraron que en la residencia, durante la línea base, los datos no presentaron tendencia significativa, con $z = 0'78$ lo que revela que durante este período la frecuencia de la conducta problemática presentó grandes altibajos (gráfica 1). Al añadir los datos de la fase del tratamiento, se produce una tendencia estadísticamente



Gráfica 1. Emisión de frecuencias en la residencia durante la línea base y tras el tratamiento.



Gráfica 2. Emisión de frecuencias en el taller durante la línea base y tras el tratamiento.

significativa a la baja, con $z = 181,43$ ($p < 0,0001$), llegando a desaparecer dichas conductas. Igualmente sucedió en el contexto del taller pues la tendencia no resultó significativa en la línea base ($z = 0,16$), produciéndose grandes subidas y bajadas en sus manifestaciones (gráfica 2), sin embargo, al incluir la fase de tratamiento la tendencia resultó altamente significativa ($z = 8926,49$; $p < 0,0001$) ya que las conductas desaparecieron drásticamente.

Frecuencia de emisión de cada conducta y diferencias entre contextos

Si analizamos la frecuencia de emisión de cada una de las conductas (tabla 1), podemos observar que hubo un notable descenso

en todas las conductas en la residencia, excepto para las conductas de gritos y quejas somáticas. En el contexto del taller, el cese o la eliminación de las conductas problema fue prácticamente absoluto. Las conductas que mostraron mayor producción en ambos contextos fueron, desobedecer órdenes o negativismo (A) y arrojar objetos (E). En el contexto de la residencia además de éstas destacaron las amenazas verbales (D) y la búsqueda inadecuada de afecto (K); en el contexto del taller en cambio, destacaron insultos (B) y las salidas (G).

El empleo de cada uno de los elementos componentes del tratamiento multimodal para cada una de las conductas se puede observar en la tabla 2.

Tabla 1. Frecuencia de emisión de conductas problema en la fase de línea base y tras el tratamiento en cada uno de los contextos.

	CONDUCTAS	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
RESIDENC	LINEA BASE	28	7	5	13	14	4	7	1	1	7	31	5	0	0	1
	TRATAMIENT	15	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	4	0	0
TALLER	LINEA BASE	20	14	8	8	16	1	20	1	4	5	1	10	3	2	1
	TRATAMIENT	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 2. Aplicación de los elementos del tratamiento multimodal a cada una de las conductas.

CONDUCTAS	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
EXTINCIÓN	10	-	1	1	1	1	1	-	1	1	-	-	2	-	-
COSTO	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
SOBRECARR	10	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
INSTRUCCIO	10	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	1	-	-

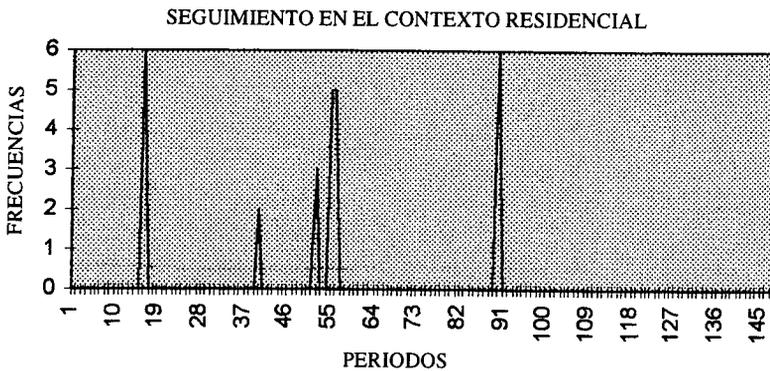
Fase de seguimiento

La fase de seguimiento formal se prolongó durante casi 10 meses en la residencia (296 días ó 148 periodos) y 66 días (33 periodos) en la situación del taller (ver gráficas 3 y 4). La diferencia en la duración del seguimiento entre los contextos vino marcada por la determinación situacional de la conducta. Así, cuando se superaron los tres meses de seguimiento en el taller sin que la conducta reapareciera de forma significativa se decidió cerrarlo en este contexto.

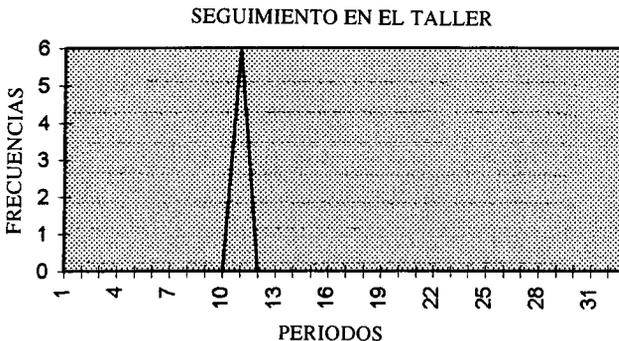
En la residencia, la conducta reapareció en seis momentos (ver gráfica 3). En los tres primeros, distantes entre sí, la conducta no fue especialmente problemática cediendo rápida-

mente al uso de las instrucciones (en el último debió usarse también la extinción). Las siguientes dos emisiones de la conducta se dieron de forma consecutiva (dos días de duración) y fueron las únicas que realmente llegaron a ser peligrosas en todo el proceso. Tuvieron que aplicarse dos costos de respuestas, uno de los cuales pudo canjearse. El último episodio tuvo lugar algo más de dos meses después, pero la conducta no llegó a ser de importancia y de nuevo cedió a las instrucciones.

En el taller, la situación se mostró menos problemática como ya se ha mencionado, tan sólo apareció un ligero incremento de las conductas pero bastó el empleo de las instrucciones para su desaparición y control (ver gráfica 4).



Gráfica 3. Emisión de frecuencias en el seguimiento en el contexto residencial.



Gráfica 4. Emisión de frecuencias en el seguimiento en el contexto del taller.

Tras el seguimiento descrito se hicieron 3 revisiones informales: dos en los primeros dos años desde que se dió por finalizado el seguimiento y uno más transcurridos dos años. Estas revisiones se basaban en el parte de incidencias o memoria del centro, a modo de registro no sistemático. Durante esos cuatro años no se dio episodio alguno ni incidente digno de mención, por lo que se dió por finalizada la intervención de forma definitiva.

Discusión

La aplicación conjunta de varias técnicas conductuales agrupadas y organizadas en un programa multimodal se ha mostrado efectiva para la reducción significativa de distintas conductas problema. Los resultados presentes han puesto de manifiesto esta disminución en los dos contextos considerados en períodos temporales equivalentes, tanto en el contexto residencial como en el prelaboral, aunque más especialmente en éste último. Igualmente estos resultados se han mantenido en el período de seguimiento considerado.

La efectividad del tratamiento multimodal sobre distintas conductas problema e incluso en algunos casos sobre la misma conducta con distintas topografías, nos lleva a confirmar el análisis funcional de partida, mostrando que la intervención efectiva depende más del tratamiento de la funcionalidad de la conducta que de la conducta en sí misma. En el caso que tratamos, la consideración aislada de la conducta no es motivo de conflicto, sino más bien es la producción encadenada de conductas diversas que responden a una misma clase de respuesta encauzada a la consecución de unas mismas consecuencias (conducta disruptiva dirigida a la obtención de sus deseos y a la demanda inadecuada de atención). Por tanto, el tratamiento multimodal parece una estructura

terapéutica indicada sobre un cúmulo de numerosas conductas que responden a una misma funcionalidad y, sobre la misma escalada de las conductas, se organizan las diversas técnicas diseñadas para su control.

En esta línea, Sprague y Horner (1992) mostraron que la disminución de la conducta disruptiva sólo era efectiva cuando se conseguía controlar todas las conductas que respondían a una misma clase de respuesta e igualmente esta conducta disminuía cuando una respuesta funcionalmente equivalente era enseñada. El control de una sola de estas conductas hacía aumentar el resto de conductas que eran funcionalmente equivalentes. Por esto es necesario resaltar, como en el tratamiento que se presenta, no sólo que la atención al conjunto de las conductas ha sido importante sino también el reforzamiento de conductas alternativas e incompatibles pero funcionalmente equivalentes (Fisher, Piazza y Cataldo, 1993).

En cuanto al análisis de cada una de las técnicas de forma aislada, la extinción se ha mostrado como una de las más relevantes, debido al componente de atención dispensado hacia esas conductas como mantenedor de su comportamiento a lo largo de su historia de reforzamiento (Repp y Brulle, 1984).

Igualmente el costo de respuesta en conjunción con el reforzamiento de otras conductas (RDO) ha sido una técnica fundamental para el control de las explosiones de conducta tras la aplicación de la extinción y para el mantenimiento de conductas adecuadas y funcionalmente equivalentes. La aplicación de la extinción siempre de forma previa al costo de respuesta y al RDO en la secuencia de intervención, facilitó que la extinción se convirtiera en un elemento discriminativo del costo de respuesta y del reforzamiento, contribuyendo al control de la conducta de la paciente ante la extinción.

Las instrucciones han sido también un elemento destacado (Repp y Deitz, 1975), sobre todo, como destaca Foxx, Bittle y Faw (1989), en conjunción con la pérdida de reforzadores y la posibilidad de recuperarlos con conductas socialmente aceptables. Walker (1993) en una revisión sobre las conductas problema en sujetos con retraso mental encuentra que éstas son más probables cuando las instrucciones que se emiten son vagas y se interrumpen unas con otras, de forma que demandan o atienden a varias peticiones a la vez.

La técnica de la sobrecorrección tan sólo fue aplicada una vez sobre la conducta de romper objetos, la cual disminuyó significativamente. La escasa participación de esta técnica no ha permitido saber cuál ha sido su verdadera relevancia frente a las otras. Por otra parte, no aparecieron conductas autolesivas, para las que esta técnica fue especialmente escogida, por lo que no es posible comentar la efectividad sobre dichas producciones conductuales.

A pesar de que a nivel descriptivo podemos ver el efecto de cada una de las técnicas sobre las conductas, no podemos delimitar con precisión qué elementos del programa terapéutico y en qué medida han sido responsables del cambio conductual. Como ya se ha sugerido, las técnicas se seleccionaron partiendo del análisis funcional y la peligrosidad de las conductas, por lo que se organizaron jerárquicamente dando un papel prevalente a la extinción y las instrucciones. Esta estructura responde a la *estrategia de construir el tratamiento* (Kazdin, 1982), pero no fue posible comprobar por separado la eficacia precisa de cada técnica ya que las emisiones conductuales cedieron con cierta celeridad. No obstante el análisis descriptivo del que hablamos nos permite destacar el siguiente orden de las técnicas en importan-

cia: la extinción, instrucciones y costo de respuesta junto con RDO.

En cuanto a la aparición de conductas problema en los dos contextos considerados, se han manifestado diferencias respecto a los resultados comportamentales, de manera que la frecuencia de emisión de las conductas observadas se mostró superior en el contexto del taller frente al de la residencia, si bien es necesario puntualizar que muchas de estas conductas eran más frecuentes que graves (por ejemplo diferencias entre las salidas del taller y las correspondientes a la residencia que habitualmente iban seguidas de más conductas agresivas). Tras el tratamiento, los cambios fueron muy patentes en ambos ambientes aunque se mostraron más resistentes en la residencia. La explicación de estas diferencias se ve dificultada por el conjunto de variables intervinientes en cada uno de los contextos, no obstante, entre las variables que pudieran afectar a estas diferencias podemos señalar el mayor grado de estructuración que implican las tareas del taller, el control de dichas tareas por coterapeutas varones y su realización al comienzo de la jornada, implicando una menor relación personal y directa con sus compañeros por el desempeño de las diferentes actividades.

Acerca del seguimiento, podemos poner de relieve la necesidad de que sea una de las fases más prolongadas en la intervención conductual, especialmente en este tipo de conductas (Foxx, Bittle y Faw, 1989). Ciertamente, creemos que la aplicación adecuada de la técnicas, el alto grado de estructuración del centro y los propios resultados positivos favorecieron la adaptación al centro con sus consecuentes beneficios. Las recuperaciones de la conducta se dieron en momentos muy puntuales pero la aplicación del programa por parte de los miembros del personal fue modélica a pesar de que, en una de

las ocasiones, la conducta fue realmente peligrosa, por encima incluso de lo registrado durante la fase de tratamiento.

Una vez finalizada la fase de seguimiento, se hicieron revisiones informales en los dos años siguientes (un seguimiento cada año) y, por último, una revisión más trascu- rridos cuatro años desde que se dió por aca- bado el seguimiento formal. En estos perío- dos mencionados, pudo observarse una adaptación segura tanto en sus labores en el taller como en la residencia. Anecdóti- camente puede señalarse que se le fueron pro- porcionando ciertas actividades de responsa- bilidad que permitieron una integración plea- na en el centro y con respecto a sus integra- tes. Sus graves problemas de conducta des- aparecieron y, como describieron los moni- tores, las dificultades cotidianas que surgían no eran diferentes de las presentadas por los demás deficientes del centro.

Al hilo de lo mencionado, debemos con- siderar la relevancia del papel de los coterapeu- tas y su coordinación. Esto permitió una intervención contextualizada, posibilitó el control de las contingencias en los espacios de su vida cotidiana y facilitó la generalización de los resultados. Creemos que las reuniones para aunar criterios, los sistemas manejables para el registro de las conductas, la encomiable labor del personal junto con su motivación e interés por contribuir a la adaptación de la paciente al centro, fueron ingredientes esen- ciales para el correcto desarrollo de la inter- vención conductual (Del Pino y Borges, 1985; Rodríguez Testal, Rodríguez Santos y Moreno García, 1996; Tamarit, 1983).

Referencias

- Brengelmann, J.C. (1975). Modificación de conducta en deficientes mentales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1, 7-18.

- Carr, E.G. y Durand, V.M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 111-126
- Desrochers, M., Hile, M. y Williams- Moseley, T. (1997). Survey of functional assessment procedures used with individuals who display mental retardation and severe problem behaviors. *American Journal on Mental Retarda- tion*, 101, 335-546.
- Del Barrio, V. y Mestre, V. (1986). Revi- sión del tema del castigo en el retraso mental. *Análisis y Modificación de Con- ducta*, 12, 549-562.
- Del Pino, A. y Borges, M. (1985). Entrena- miento conductual de padres. Un mode- lo de acción y evaluación. *Revista de Investigación Psicológica*, 3, 109-31.
- Durand, V. y Carr, E. (1992). An analysis of maintenance functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 777,794.
- Fisher, W., Piazza, C. y Cataldo, M. (1993). Functional communication training with and without extinction and punishment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 23-36.
- Foxx, R.M. (1978). An overview of over- correction. *Journal of Pediatric Psy- chology*, 3, 97-101.
- Foxx, R.M. (1982). *Decreasing behaviors of severely retarded and autistic persons*. Illinois: Research Press.
- Foxx, R.M. y Azrin, N.H. (1972). Restitu- tions: A method of eliminating aggres- sive-disruptive behavior of retarded and brain damaged patients. *Behavior Ressearch and Therapy*, 10, 15-72.
- Foxx, R.M. y Azrin, N.H. (1974). The elimination of autistic self-stimula- tory behavior by over correction.

- Annual Review of Behavior Therapy*, 2, 528-574.
- Fox, R.M., Bittle, R.G. y Faw, G.D. (1989). A maintenance strategy for discontinuing aversive procedures: a 52-month follow-up of the treatment of aggression. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 27-36.
- Fridman, P.C. (1990). Nonaversive treatment of high rate disruption: child and provider effects. *Exceptional Children*, 57, 64-69.
- Gelfand, D.M. y Hartman, D.P. (1989). *Análisis y terapia de la conducta infantil*. Madrid: Pirámide.
- Graciano, A.M. y Moonin, K.C. (1984). *Children and behavior therapy*. Chicago: Aldine.
- Haring, T.G. y Kennedy, C.H. (1990). Contextual control of problem behavior in students with severe disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 235-243.
- Herbert, M. (1987). *Behavioral treatment of children with problems*. Nueva York: Academic Press.
- Kazdin, A.E. (1982). *Single-Case Research Design*. Nueva York: Oxford University Press.
- Kennedy, C. y Haring, T. (1993). Combining reward and escape DRO to reduce the problem behavior of students with severe disabilities. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 18, 85-92.
- Lovaas, I.O. (1990). *Enseñanza de niños con trastornos del desarrollo*. Barcelona: Martínez Roca.
- Luce, S.C., Delquadri, J. y Hall R.V. (1980). Contingent exercise: a mild but powerful procedure for suppressing in appropriate verbal and aggressive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 583-594.
- Matson, J.L. (1990) (Ed.). *Handbook of behavior modification with the mentally retarded*. Nueva York: Plenum Press.
- Matson, J.L. (1993). Autolesiones y esterotipias. En T.H. Ollendick y M. Hersen, *Psicopatología Infantil* (pp.309-321). Barcelona: Martínez Roca, 1989.
- Piazza, C., Moes, D. y Fisher, W (1996). Differential reinforcement of alternative behavior and demand fading in the treatment of escape-maintained destructive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 569-572.
- Repp, A.C. y Brulle, A.R. (1984). Reducing aggressive behavior of mentally retarded persons. En: J.L. Matson y J.R. Mc Cartney (Eds.), *Handbook of behavior modification with the mentally retarded* (pp 177-210). Nueva York: Plenum Press.
- Repp, A.C., y Deitz, S.M. (1975). Reducing aggressive and self-injurious behavior of institutionalized retarded children through reinforcement of other behaviors. *Annual Review of Behavior Therapy*, 3, 498-516.
- Repp, A.C., Felce, D. y Barton, L.E. (1988). Basing the treatment of stereotypic and self-injurious behaviors on hypotheses of their causes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21, 281-289.
- Robinson, L. y Owens, R. (1995). Functional augmentative communication and positive behavior change. *AAC- Augmentative and Alternative Communication*, 11, 207-221.
- Rodríguez Testal, J.F., Rodríguez Santos, M. y Moreno García, I. (1996). Conductas autoestimulatorias: aplicación de sobrecorrección y reforzamiento en un

- caso de deficiencia mental. *Apuntes de Psicología*, 46, 55-69.
- Sisson, L., Hersen, M. y Van-Hasselt, V. (1993). Improving the performance of youth with dual sensory impairment: Analyses and social validation of procedures to reduce maladaptive responding in vocational and leisure settings. *Behavior Therapy*, 24, 553-571.
- Sprague, J. y Horner, R. (1992). Covariation within functional response classes: Implications for treatment of severe problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 735-745.
- Sulzer-Azaroff, B. y Mayer, G.R. (1983). *Procedimientos del análisis conductual aplicado en niños y jóvenes*. México: Trillas, 1978.
- Tarnowski, K.J., Mulick, J.A. y Rasnake, L.K. (1990). Acceptability of behavioral interventions for self-injurious behavior: replication and interinstitutional comparison. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 95, 182-187.
- Tamarit, C.J. (1983). Evaluación conductual y programas de entrenamiento a padres. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 0, 16-30.
- Tryon, W.W. (1982). A simplified time-series analysis for evaluating treatment interventions. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 423-429.
- Tryon, W.W. (1984). A simplified time-series analysis for evaluating treatment interventions: A rejoinder to Blumberg. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17, 543-544.
- Walker, G. (1993). Noncompliant behavior of people with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 14, 87-105.
- Watson, J. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reaction. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.