

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.. (Gadowy 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 multicomponente, realmente comprensivo, 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 psicóticos.

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 (Campbel 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 estereotáxica, 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 autocontrol.
- 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 a 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 Academic 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.