

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

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

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

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

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

*NORBERA ZAURITZEKO JOKABIDEAN IRAKASTE-LEUNAREN ETA IKUSMEN-ESTALKETAREN KON-
PARAZIOZKO ERAGINAK*
LJ. JONES, N.N. SINGH, K.A. KENDALL

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

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

DISMINUCIÓN DE CONDUCTAS EN PERSONAS CON RETRASO SEVERO Y AUTISTAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M.^a José Goñi Garrido

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M.^a José Goñi Garrido

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

ANÁLISIS FUNCIONAL DE PROBLEMAS DE CONDUCTA. GUIA PRACTICA DE EVALUACIÓN

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

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

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

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

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

Las tres estrategias de evaluación mediante análisis conductual son:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M^a José Goñi Garrido

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

ASPECTOS ESPECIALES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M.^a José Goñi Garrido

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Jordan et al.-ek (1989) irakaste-leunaren eta ikusmen-estalketaren konparaziozko eraginetan, estereotipiari dagokionez, diferentzia nabarmena antzeman zuela eta Jones et al.-ek (1990) norberaren zauritze tratamenduan ez zuela diferentzia hori antzeman ikusita, honako azterlan honek bi prozeduren konparaziozko eraginean ebaluaketa zabalagoa eskaitzea zuen helburutzat. Honako azterlan hau Jordan et al.-ek (1989) erabilitako metodologia kopiatzeko diseinatu zen, baina xede-jokabidea nor bere buaren zauritzea izanik.

METODOAK

Subjektua eta testuingurua

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

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

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

Terapigileen prestakuntza

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

Erantzunen definizioak

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

Datu bilketa eta zehaztasuna

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

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

Diseinu experimentalak

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

Azterlana ondorengo urratsek osatu zuten: 1

go *Urratsa: abiapuntua*

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

2. *Urratsa: eginkizunetarako prestakuntza.*

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

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

a) Irakaste-leuna

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

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

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

b) Ikusmen-estalketa

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

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

c) Tratamendurik gabeko kontrola

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

4. Urratsa: 2 aldizkako tratamenduak

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

5. Urratsa: Ikusmen-estalketa

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

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

EMAITZAK Buruan

zaplataidak

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

Lotura sortzea

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

Bere burua zauritzeko bestelako moduak

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

Eginkizunetarako prestakuntza

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

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

EZTABAIDA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Garbiñe Legorburu Auzmendi

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

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

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

ATZERATASUN LARRIA DITUZTEN PERTSONEN BIZIMODUAN AGERTZEN DIREN ZEN BAIT ARAZO KRITIKOAK

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

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

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

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

Atalak hauek dira:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Arantxa Etxeberria