

**I. Moreno García**

Dpto. Psiquiatría, Personalidad, Evaluación  
y Tratamientos Psicológicos.  
Facultad de Psicología.  
Universidad de Sevilla

**Correspondencia:**

Dpto. Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos  
Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla  
Avda. San Francisco Javier, s/n.  
41005 Sevilla

Aplicación de reforzamiento  
diferencial y tiempo fuera para  
eliminar conductas autolesivas en  
una niña con deficiencias  
sensoriales

*Use of differential reinforcement  
and time-out to eliminate self-  
injurious behavior in a girl with  
sensorial deficiency*

**RESUMEN**

En este trabajo se describe un programa de intervención conductual aplicado a una niña institucionalizada de nueve años y que presentaba múltiples conductas autolesivas. El tratamiento de naturaleza multimodal, se desarrolló durante once semanas y mediante dos fases diferenciadas según las técnicas que se administraron. En la primera fase, se aplicó reforzamiento diferencial de conductas alternativas e interrupción de la conducta autolesiva en situaciones de espera y en la segunda, se empleó tiempo fuera. Los resultados obtenidos muestran cambios favorables en la conducta tratada así como otros efectos conductuales no programados. Aumentaron los comportamientos de autonomía e independencia y los contactos sociales con adultos. Los datos recogidos durante el período de seguimiento indican que los beneficios del tratamiento se mantenían.

**PALABRAS CLAVE**

Conductas autolesivas; Niños; Tiempo fuera; Reforzamiento diferencial.

**ABSTRACT**

*This work describes a program of behavioral intervention used with an institutionalised girl of nine years of age who showed multiple self-injurious behaviours. The multimodal treatment was developed during eleven weeks and through two different stages according to the techniques used. In the first stage, differential reinforcement of alternative behaviors and interruption of self-injurious behaviour was used, and in the second stage, time-out was used. The results show optimistic changes in the treated behavior as well as other non-programmed behavioral effects. The behaviors of autonomy and independence and the social contacts with adults increased. The results obtained during the follow-up period show that the benefits of the treatment are maintained.*

**KEY WORDS**

*Self-injurious behaviour; Children; Time-out; Differential reinforcement.*

## INTRODUCCIÓN

Numerosos niños psicóticos, con retraso mental, daño cerebral, etc., muestran comportamientos motores autodestructivos muy delimitados y perfectamente definidos como por ejemplo, golpearse la cabeza, cara, arañarse la piel, tirarse del cabello, morderse las manos, etc. Se trata de conductas que además de representar un serio peligro para la integridad física y biológica de quienes las manifiestan, constituyen una amenaza para su adaptación social, de ahí que requieran una actuación terapéutica rápida y eficaz.

Desde los primeros trabajos publicados en los años 60 sobre la aplicación de los métodos operantes en niños retrasados con este tipo de conductas, su tratamiento se basa en la administración de técnicas aversivas, especialmente castigo positivo a través de pequeñas descargas eléctricas, reprimendas verbales, etc., y en tiempo fuera. Estos métodos se acompañan de extinción, reforzamiento diferencial de conductas alternativas e incompatibles y control de estímulos<sup>(1)</sup>.

Existen abundantes referencias en la bibliografía acerca del éxito obtenido mediante la aplicación de castigo positivo en niños que se autoagreden. Sobre todo cuando estos procedimientos se comparan con métodos menos aversivos en lo que respecta a la reducción inmediata de la conducta autolesiva<sup>(2)</sup>. No obstante, las reservas y dudas que los adultos mantienen sobre la aplicación de este tipo de técnicas especialmente en niños, unido a la necesidad de garantizar el mantenimiento y generalización de los cambios conductuales, ha llevado a los expertos a plantear estrategias terapéuticas de naturaleza multimodal y a ser posible mínimamente aversivas<sup>(3)</sup>.

En consonancia con esta línea de actuación se han desarrollado tratamientos basados en la administración de reforzamiento diferencial de conductas incompatibles combinado en algunos casos, con interrupción de los comportamientos autolesivos<sup>(4)</sup> en otros, con terapia farmacológica<sup>(5)</sup> y con entrenamiento a padres<sup>(6)</sup>.

No obstante, en determinadas ocasiones los métodos conductuales menos intrusivos no han logrado reducir y controlar las conductas de automutilación de algunos niños y adolescentes retrasados. Ante estos resultados, los autores de los trabajos han aconsejado administrar estimulación aversiva contingente con la aparición de estos comportamientos, que por contra sí ha resultado eficaz<sup>(6)</sup>.

En un intento por resolver esta aparente contradicción y conciliar las consecuencias no deseadas de los métodos aversivos, con su eficacia demostrada en el control de este tipo de comportamientos, Cáceres<sup>(4)</sup> propone las siguientes razones de tipo clínico y ético para aconsejar la aplicación de estas terapias:

- a) Cuando el comportamiento anómalo y desadaptado del sujeto sea tan grave que si no se impide pueda llegar a provocar daños físicos notables a sí mismo o a terceras personas.
- b) En aquellos casos en los que la naturaleza e historia de mantenimiento de estos comportamientos sea amplia, manteniéndose durante años y no eliminándose mediante métodos e intervenciones menos intrusivas.
- c) Cuando exista el peligro de que los individuos que presentan comportamientos autodestructivos no reciban la atención necesaria por parte del medio social para desarrollar conductas adaptadas debido al nivel de alteración de sus conductas habituales.

## MÉTODO

### Sujeto

El caso que a continuación describimos reúne estas circunstancias. Por un lado, la niña mostraba comportamientos autolesivos diversos como tirarse del pelo, autogolpearse, morderse las manos, que ponían en peligro su propia integridad física y originaban enormes problemas en el medio natural debido a las dificultades para controlarla.

En segundo lugar, estos problemas tenían una amplia historia de mantenimiento. El tratamiento se desarrolló tras dos años de institucionalización y durante ese tiempo las conductas autolesivas que ya presentaba la niña en el momento de su ingreso, no habían remitido por otros procedimientos informales promovidos a iniciativa del propio centro.

Asimismo, observamos que el medio social, sobre todo los adultos que convivían con la niña, apenas interactuaban positivamente con ella. Prácticamente los contactos con los cuidadores se reducían a intentos de éstos por controlar la frecuencia de las conductas lesivas.

Se trata de una niña de 9 años, la mayor de dos hermanas de una familia integrada además de por los

112 padres, por un abuelo que convive en el domicilio familiar. Fue diagnosticada al nacer de rubeola congénita e hipoacusia bilateral. Detectada a través del INSERSO cuando tenía cuatro años, fue escolarizada en un aula de preescolar con un profesor de apoyo hasta los siete años. A partir de esa edad ingresó en un colegio específico para niños sordos donde se encuentra en la actualidad.

En el momento de su ingreso en esta institución, la niña mostraba serias deficiencias en el desarrollo motor, lenguaje, capacidades perceptivas y en el ámbito social. Aunque permanecía de pie por sí sola, tenía dificultades para mantener el equilibrio y caminar sin necesidad de ayuda. No reaccionaba a los sonidos y apenas lo hacía a la estimulación visual, tampoco daba muestras de percibir la presencia de otros niños. Se alimentaba mediante biberones y no había adquirido el control de esfínteres. Apenas manifestaba comportamientos sociales apropiados y habitualmente respondía en caso de malestar a través de gritos y llantos. Presentaba conductas autolesivas muy llamativas tales como tirarse del pelo, morderse las manos, autogolpearse bien mediante contactos mano/cabeza o mano/cuello o bien, produciéndose daño en alguna parte del cuerpo con objetos contundentes.

Cuando se inició el tratamiento que exponemos, dos años después de su ingreso en el centro, la situación de R había mejorado en ciertos aspectos. Caminaba sola con independencia por lugares conocidos, reconocía espacios físicos concretos (clase, comedor, baño, etc.). Reaccionaba a estímulos vibratorios y superficies de diferente textura y colaboraba con los cuidadores en su aseo e higiene personal. Sin embargo, se alimentaba tan solo de alimentos semitriturados y aún presentaba con bastante frecuencia, las conductas autolesivas anteriormente mencionadas.

Así pues, teniendo en cuenta la gravedad de los comportamientos autodestructivos, su repercusión negativa a corto plazo sobre la adaptación e integración de la niña con los adultos y compañeros del centro, así como las escasas posibilidades de resolver satisfactoriamente los problemas con los métodos dispuestos hasta el momento, decidimos poner en práctica una estrategia terapéutica basada en técnicas conductuales y apoyada en los datos existentes en la bibliografía sobre el tema.

El tratamiento administrado contó con la aprobación y el estímulo de los padres, muy motivados por el

desarrollo y evolución de su hija, la autorización de la dirección del colegio y de su equipo responsable de deficientes auditivos. Su aplicación fue precedida por la explicación del procedimiento a los padres y educadores, quienes a su vez recibieron entrenamiento específico en técnicas de registro conductuales.

### Procedimiento

#### *Período de Línea Base*

En primer lugar se realizaron observaciones previas para la confección de la línea base que se prolongaron durante dos semanas a lo largo del mes de noviembre de 1993 y permitieron registrar la frecuencia de aparición de todas las conductas anómalas ya mencionadas.

A tal efecto se elaboraron hojas específicas para el registro diario e independiente de cada comportamiento que se le entregaron a los cuidadores habituales de la niña en horario de mañana y tarde. Se dividió el día en cuatro períodos de observación, dos durante la mañana (8-11,30 h y 11,30-15 h) y dos en la tarde (15-18 h y 18-21 h). Durante este tiempo los observadores debían anotar cada ocurrencia de las distintas conductas con una marca en la hoja de registro previamente facilitada.

En enero de 1994 tras el paréntesis de las vacaciones navideñas se reiniciaron los registros conductuales que continuaron durante diez días. Aunque el procedimiento seguido fue idéntico al de las observaciones anteriores, cabe señalar como única diferencia el haber dispuesto un espacio específico en la hoja de registro diario, para que los observadores reflejaran tanto las situaciones o estímulos ambientales que pudieran estar asociados con el inicio de los comportamientos autolesivos como sus efectos y consecuencias. Todo ello con el objetivo de establecer hipótesis explicativas y analizar funcionalmente el problema.

Los resultados obtenidos tras este período de observación revelaban que algunas conductas como tirarse al suelo apenas se emitían y que el comportamiento más disruptivo, frecuente y con mayor estabilidad en su emisión era morderse las manos (Fig. 1), conducta que podía aparecer en cualquier momento a lo largo del día, no obstante su mayor incidencia se alcanzaba en situaciones de espera, cuando la niña debía esperar para entrar en el comedor o en clase.

Este comportamiento que consistía en introducir una o ambas manos en la boca hasta los nudillos, apretando la mandíbula, dejando atrapada la mano hasta provocar

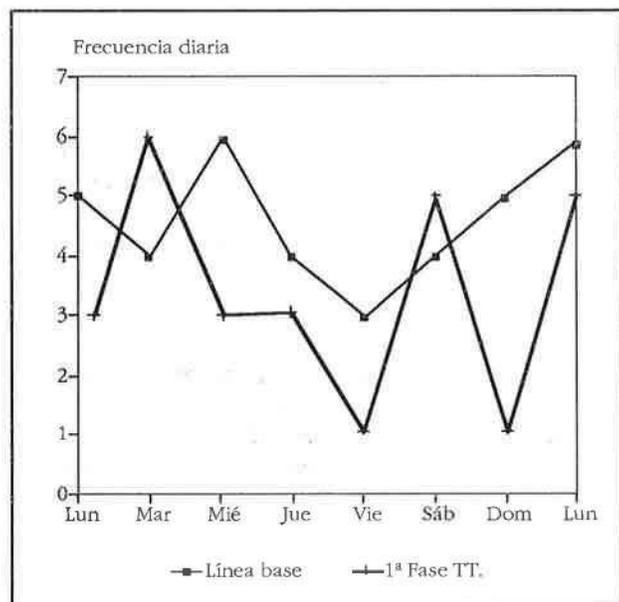


Figura 1. Resultados tras la primera fase del tratamiento.

daño y heridas visibles, era muy similar al que describían Bailey y Meyerson<sup>(2)</sup>, si bien, en este trabajo, el niño retrasado que recibió tratamiento mediante reforzamiento diferencial de conductas incompatibles, cuando introducía la mano en la boca era posible observar movimientos laterales de la mandíbula. En el caso de R. la mano quedaba atrapada sin moverla.

La intensidad y frecuencia con la que aparecía la conducta lesiva afectó negativamente al estado físico de las manos. Estaban permanentemente enrojecidas, presentaban un aspecto rugoso y seco, con cicatrices y a veces con heridas abiertas en la palma de la mano y a la altura de la tercera falange. Desprendían un olor fuerte y desagradable que contribuían al olor molesto que habitualmente acompañaba a la niña.

Por otro lado, observamos que las acciones emprendidas en el medio para controlar este comportamiento dependían del cuidador bajo cuya responsabilidad estuviera R. en ese momento. Estas actuaciones consistían en pegarle en las manos, proporcionarle restricción física como retirarle la mano y mantenerla sujeta durante algunos minutos, ponerla delante de un espejo, facilitarle los alimentos que le gustaban como por ejemplo, yogur o incluso cambiarle de comida. También se le permitía entrar antes que los demás niños en el comedor.

Así pues, los datos recogidos durante este período nos llevaron a tomar varias decisiones. Por un lado, el tratamiento debía desarrollarse en situaciones de espera, antes de entrar en el comedor y los privilegios que la niña obtenía con su conducta debían ser eliminados.

### Tratamiento

La decisión sobre las técnicas terapéuticas más apropiadas en este caso se basó en los resultados proporcionados por la bibliografía sobre la eficacia de métodos conductuales aplicados en el tratamiento de comportamientos autolesivos de niños y adolescentes. Siguiendo estos criterios y para evitar en principio procedimientos más intrusivos, comenzamos la intervención administrando reforzamiento diferencial de las conductas alternativas e interrupción del comportamiento autolesivo. El tratamiento se desarrolló en situación de espera y en concreto, en horario de comida.

Existen otros precedentes en la bibliografía de casos similares en los que la terapia se desarrollaba durante la comida. Por ejemplo, en el trabajo de Peterson y Peterson<sup>(9)</sup>, en el que se controlaron las conductas autodestructivas que presentaba un niño de ocho años, las sesiones de tratamiento coincidían con el horario del almuerzo y cena.

En cuanto a los reforzadores empleados, se administró como en el trabajo de Bailey y Meyerson<sup>(2)</sup>, estimulación vibratoria contingente con la emisión de conductas alternativas a morderse las manos. Previamente comprobamos que las vibraciones resultaban muy estimulantes para la niña. En concreto, se empleó un cepillo de dientes y una batidora de juguete que funcionaban con pilas y eran totalmente inofensivos. Además se utilizaron reforzadores sociales especialmente caricias y sonrisas.

El tratamiento fue administrado por un terapeuta y un coterapeuta que lo aplicó en el medio natural. Ambos mantenían reuniones semanales en las que tras visualizar las grabaciones de vídeo realizadas en la semana anterior, discutían la evolución de la niña, los efectos conductuales obtenidos con el procedimiento empleado y los posibles cambios a introducir.

### Primera fase

En esta fase se diferencian a su vez dos partes, atendiendo al momento de aplicación de las técnicas seleccionadas y su duración temporal.

114

**Tabla 1** Características generales del programa de tratamiento*A. Estructura del tratamiento**I Fase**1ª parte:*

## Técnicas:

Reforzamiento diferencial de conductas alternativas  
Interrupción de la conducta autolesiva

## Reforzadores empleados:

Estimulación vibratoria y social.

Aplicación en situación de espera (almuerzo)

Duración de las sesiones diarias: 5 minutos

*2ª parte*

## Técnicas:

Reforzamiento diferencial de conductas alternativas  
Interrupción de la conducta autolesiva

## Reforzadores empleados:

Estimulación vibratoria y social.

Aplicación en situación de espera (almuerzo y cena)

Duración de las sesiones diarias: 10 minutos

*II Fase*

## Técnicas:

Tiempo fuera aplicado en contingencia con la emisión  
de la conducta autolesiva

*B. Participantes:*

\* 1 terapeuta y 1 coterapeuta

*C. Duración total:*

\*11 semanas

Se caracteriza por la administración de reforzamiento diferencial de conductas alternativas con morderse las manos y por interrupción de la conducta autolesiva (Tabla 1). El procedimiento empleado es similar al propuesto por Luiselli, Evans y Baoyce<sup>(6)</sup> y Underwood, Figueroa, Thyer y Nzeocha<sup>(13)</sup>.

La primera parte de esta fase, se prolongó durante 20 días y se desarrolló en los cinco minutos previos al almuerzo, mientras la niña esperaba para entrar en el comedor. En el segundo período, el tratamiento tuvo una duración de diez minutos diarios, cinco antes del almuerzo y de la cena, y se alargó durante 23 días.

El procedimiento seguido fue el siguiente: situamos a la niña en el ambiente habitual, en la habituación contigua al comedor donde se encontraban otros niños y adultos conocidos que esperaban para entrar. Se colocaron en lugares muy visibles juguetes y objetos

que llamaban normalmente la atención de R. por su color rojo.

Cuando la niña jugaba con estos objetos o interactuaba con los compañeros y adultos, se le ofrecía el cepillo o la batidora activada durante 20 segundos aproximadamente. Transcurrido este tiempo se le instaba a continuar con la conducta adaptada, cuya ejecución era a su vez, apoyada por caricias, alabanzas, muestras de afecto, etc.

Si en esta situación de espera R. comenzaba a morderse las manos se llevaban a cabo de forma contingente, actividades motoras que le imposibilitaban continuar con su emisión. En concreto, se le instaba a caminar y moverse por la habitación cogida de la mano del cuidador impidiéndole que persistiera la autolesión. Este método es similar al descrito por Peterson y Peterson<sup>(9)</sup> quienes informaban que un niño con conductas autolesivas debía caminar de un lado a otro cuando éstas aparecían y finalmente sentarse en una silla.

En la segunda parte, el procedimiento se mantuvo idéntico con la salvedad de que se desarrollaba diariamente en dos momentos distintos aunque con duración temporal idéntica.

Transcurrido este tiempo, se evaluó el comportamiento de la niña y los resultados obtenidos indicaban que si bien el reforzamiento diferencial originó un descenso en la emisión de la conducta tratada, ésta se resistía a desaparecer y además ahora, concluida la segunda parte de esta intervención, tenía un marcado carácter intencional. Comprobamos que R. comenzaba a morderse la mano tras haber intentado sin éxito conseguir algún juguete o participar en determinadas actividades. Cuando esto sucedía R. indicaba claramente cuales eran sus deseos llamando expresamente la atención del cuidador y procurando que los adultos se fijaran en ella. No se observó que se mordiese las manos cuando se encontraba sola y lejos de los educadores.

Así por ejemplo, cuando tenía hambre, tiraba de la bata del cuidador, lo conducía hasta la puerta del comedor y comenzaba a morderse la mano asegurándose que el adulto la observaba. En otras ocasiones, cuando la comida no le gustaba se levantaba de su silla y se dirigía hacia la mesa donde había alimentos más apetecibles para ella, como por ejemplo, tomate. Permanecía en esa situación mientras se mordía la mano y buscaba la atención del cuidador. Finalmente, cuando estaba en el columpio y algún niño la bajaba sin su

consentimiento, se dirigía gritando al cuidador y acercándose al columpio empezaba a emitir la conducta. Así pues, parecía claro que al practicar esta conducta, R. ejercía un importante control sobre su entorno.

### **Segunda fase**

Una vez comprobado que el reforzamiento diferencial no bastaba por sí solo para eliminar el comportamiento de autolesión y que se había ampliado el abanico de situaciones ambientales en las que la niña comenzaba a morderse las manos, se decidió de acuerdo con los resultados de investigaciones similares aparecidas en la bibliografía, administrar tiempo fuera aplicado de modo contingente con la aparición de la conducta en cualquier lugar o situación.

El procedimiento adoptado fue el siguiente: si la niña comenzaba a morderse las manos mientras se encontraba en el comedor, inmediatamente y sin mediar comentario verbal alguno, era conducida al baño y ante el espejo se le quitaba la mano de la boca. Permanecía en este lugar y no se le permitía reincorporarse a la actividad normal hasta que habían transcurrido 5 minutos.

Después de este lapso de tiempo, volvía a la situación ambiental que marcó el punto de partida. En caso de que la salida del tiempo-fuera se viera acompañada de nuevas emisiones de la conducta autolesiva, entraba de nuevo en el baño y permanecía allí otros 5 minutos.

El tratamiento que se dio por finalizado en los primeros quince días del mes de mayo de 1994, se prolongó en su totalidad durante 11 semanas.

Siguiendo los planteamientos de Gelfand y Hartmann<sup>(7)</sup>, se consideraron dos criterios para determinar la interrupción de la intervención terapéutica: uno referido a la evaluación de los efectos del tratamiento a través de los cambios observados en el comportamiento diario de la niña, y otro criterio de importancia o validez social

En relación al primero, hemos de indicar que la conducta tratada había desaparecido completamente en situaciones de espera, al tiempo que se había reducido significativamente su emisión a lo largo del día. En base a estos resultados, el tratamiento se dio por finalizado cuando habían transcurrido al menos dos días consecutivos sin ninguna emisión.

Además, consultamos al personal del centro, a los cuidadores de la niña y a otros alumnos, así como a los padres, quienes coincidían en señalar que la conducta había descendido considerablemente hasta el extremo de

considerar satisfactoria la intervención, debido a que la niña prácticamente había dejado de morderse las manos.

115

### **Seguimiento**

En la primera semana del mes de junio de 1994 se desarrolló la fase de seguimiento de los resultados. Su amplitud se vio condicionada por las limitaciones que imponía en esas fechas la próxima finalización del curso escolar. Además, la niña se marchaba con más frecuencia a su casa y no era posible prolongar la evaluación.

El procedimiento adoptado fue el siguiente: durante ocho días los observadores que habían registrado la conducta al inicio del tratamiento anotaron la frecuencia de aparición del problema, es decir, si a lo largo del día la niña se mordía la mano y su posible causa. Para facilitar la tarea, se les proporcionó una hoja de registro similar a la utilizada en el período de línea base.

### **RESULTADOS**

Una vez aplicado el tratamiento hemos observado efectos no sólo sobre la conducta específicamente tratada, sino también otros beneficios en el comportamiento general de la niña no programados.

1. Efectos sobre la conducta de autolesión.
2. Otros cambios no programados y asociados.

#### **Efectos sobre la conducta de autolesión.**

La evaluación de los progresos terapéuticos se llevó a cabo mediante la realización de registros conductuales una vez concluida la primera fase del tratamiento. En un primer momento, se registró la incidencia de la conducta lesiva en situaciones de espera y durante los diez minutos de tratamiento diario. A continuación, y con el objetivo de comprobar la posible generalización de los cambios conductuales, se recogieron datos correspondientes a la frecuencia de emisión de dicha conducta durante todo el día.

La aplicación de reforzamiento diferencial de otras conductas adaptadas conjuntamente con interrupción del comportamiento autodestructivo, redujo la frecuencia de aparición de esta conducta en la situación en la que se aplicaba el tratamiento.

Sin embargo, como podemos observar, los datos relativos a la frecuencia diaria (Fig. 1) planteaban nume-

116

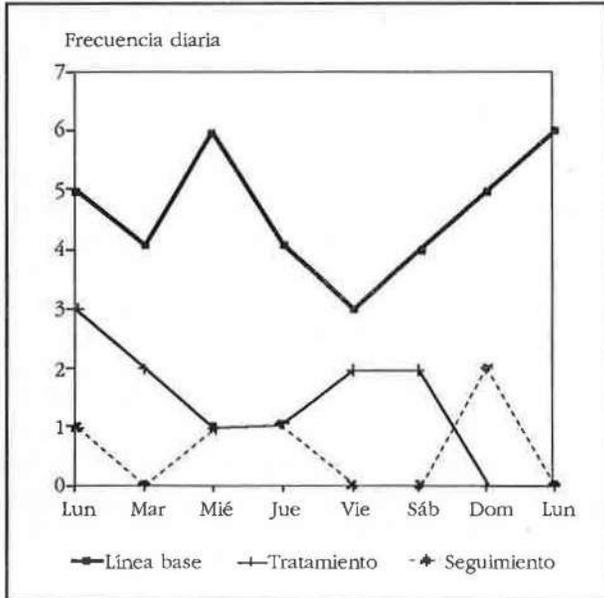


Figura 2. Evolución del comportamiento autolesivo.

rosas dudas acerca de la efectividad de la intervención realizada hasta ese momento. Aunque considerados globalmente, estos resultados reflejan una ligera disminución respecto a las observaciones iniciales, la conducta de autolesión aún es muy frecuente y oscila notablemente de un día a otro.

La aplicación del tiempo-fuera, en la segunda fase de la intervención, originó efectos reductivos inmediatos sobre la conducta autolesiva. En situaciones de espera no se registró emisión alguna.

Como podemos apreciar en los datos correspondientes al registro diario (Fig. 2) el tratamiento provocó una reducción significativa de la conducta tratada que pasó de una frecuencia media diaria en período de línea base de 4,6 episodios a 1,3 episodios al finalizar la intervención.

Lógicamente los beneficios conductuales obtenidos con la terapia han repercutido favorablemente en el estado de las manos, aunque conservan señales de heridas anteriores no tienen el aspecto del comienzo. No permanecen enrojecidas y el olor desagradable que desprendían ha desaparecido.

Podemos comprobar según los datos obtenidos en el período de seguimiento (Fig. 2), que la tendencia descendente de la conducta tratada se mantiene e incluso,

su incidencia es menor que en la fase de tratamiento. A excepción del único día en el que se registraron dos emisiones, la frecuencia del comportamiento autodestructivo osciló entre cero y una sola emisión.

### Otros cambios no programados y observados como consecuencia de la aplicación del tratamiento

La aplicación del tratamiento ha originado una mejora en el comportamiento general de la niña también constatada por otros autores<sup>(12)</sup>. En especial, han aumentado las conductas prosociales, los comportamientos de autonomía e independencia y la imitación de las conductas que manifiestan los cuidadores.

A partir de la intervención se ha observado que la propia niña solicita ayuda a los educadores para resolver algún conflicto o enfrentarse a aquellas situaciones que desconoce, teme o desagradan. Además, las solicitudes de ayuda incluyen indicaciones al adulto de los medios que ha de disponer o manejar para lograr el fin que ella misma pretende.

Así por ejemplo, R. se dirige al cuidador y llama su atención tirándole de la bata para que le ayude a localizar su pijama que se lo ha quitado mientras dormía. Además, insiste que lleve la linterna porque sabe que la necesita para localizar el pijama en la oscuridad.

También es habitual que participe en las actividades de grupo y respete las normas colectivas. Así por ejemplo, es normal que espere pacientemente la cola como todos sus compañeros para recoger el postre. Comportamiento que antes de iniciar la intervención era imposible, entre otras razones, porque uno de los privilegios que tenía concedido la niña como consecuencia del nivel de alteración de sus conductas era no aguardar su turno en las actividades grupales.

### DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo coinciden con otras investigaciones acerca de las limitaciones del reforzamiento diferencial como método único y eficaz para controlar este tipo de conductas. La evolución del comportamiento de la niña tras la primera fase de la intervención, dejaba claro que este procedimiento resultaba insuficiente para resolver el problema, de ahí que el paso siguiente consistiera en administrar una

técnica más intrusiva pero al mismo tiempo más eficaz para controlar y reducir comportamientos similares.

No obstante, los altos niveles de incidencia de la conducta, así como sus oscilaciones diarias tras la primera fase de tratamiento, pudieran ser explicados además de por este motivo, por el carácter claramente intencional que adquirió el comportamiento. Si al principio la niña se mordía la mano sin una causa o motivo aparente que lo provocara, a partir de los primeros días de intervención empleaba dicha conducta para lograr o acceder a aquello que deseaba.

Una vez concluida la intervención, es posible afirmar que los métodos conductuales aplicados han logrado reducir y controlar el comportamiento tratado, si bien éste no ha desaparecido completamente. Aunque al comienzo del tratamiento insistimos en la necesidad de retirar los reforzadores que estaban manteniendo la autolesión, lo cierto es que algunos adultos, cuidadores de la niña, no parecían convencidos de la utilidad y eficacia de la terapia y se mostraban reacios a admitir que el cambio era favorable para ella. Como consecuencia de esta actitud continuaron concediéndole algunos de los privilegios que eran habituales. Es obvio señalar que iniciativas de este tipo ponen en peligro los progresos terapéuticos pues refuerzan el problema y contribuyen a mantenerlo. De ahí que, a nuestro juicio, esta pudiera ser alguna de las razones por las que la conducta autodestructiva no haya remitido definitivamente.

Desde una perspectiva a más largo plazo, el tratamiento ha logrado evitar lo que en principio parecía probable. Al tratarse de conductas muy alteradas, el medio social estaba en el camino de «dejar de lado» a la niña debido a que se suponía que todo intento por resolver su situación necesariamente terminaba en fracaso. De este modo, en caso de no emprender actuación terapéutica alguna, en poco tiempo la relación de R. en el centro habría quedado limitada a su acogimiento. Una vez finalizada la terapia, es posible señalar que los cambios conductuales logrados han

repercutido favorablemente más allá de la propia niña, pues han logrado modificar las expectativas adversas que los cuidadores y educadores mantenían sobre su progreso y evolución.

En cuanto a los resultados extraídos en la fase de seguimiento, cabe añadir que la mejoría conductual lograda con el tratamiento se mantiene a pesar de la aparente recuperación registrada uno de los días y que en nuestra opinión, puede ser explicada por el comportamiento (manifiestamente contrario a las recomendaciones terapéuticas) que adoptó la persona concreta bajo cuya responsabilidad estuvo la niña. En todo caso, cualquier conclusión definitiva requiere a nuestro juicio llevar a cabo un período de seguimiento más amplio que por las limitaciones comentadas anteriormente no fue posible en este trabajo. No obstante, a través de los contactos personales que hemos mantenido una vez finalizada la intervención, los cuidadores de la niña nos han informado que apenas se produce la conducta tratada y que R. se encuentra cada vez más integrada en el centro.

Para finalizar, de los resultados obtenidos se desprenden varias cuestiones de interés para trabajos futuros sobre el tema. Por un lado, los tratamientos multimodales son más efectivos que la aplicación de un solo procedimiento terapéutico cuando se trata de controlar comportamientos autolesivos. En segundo lugar, la combinación de reforzamiento diferencial, interrupción de la conducta autodestructiva y tiempo fuera, permite conciliar dos aspectos siempre presentes en todas las intervenciones con niños y adolescentes. Esto es, la necesidad de administrar tratamientos eficaces y a su vez, escasamente aversivos. Además, de acuerdo con Sandler<sup>(1)</sup>, la aplicación conjunta de este tipo de técnicas contribuye a disminuir el número de experiencias aversivas necesarias para modificar los comportamientos desadaptados, al tiempo que facilita el mantenimiento y generalización de los cambios conductuales logrados con la terapia.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Barret RP, Payton JB, Burkhart JE. Treatment of self-injury and disruptive behavior with carbamazepine and behavior therapy. *Journal of the Multihandicapped Person* 1988;1:79-91.
- 2 Bailey J, Meyerson L. Efectos de la estimulación vibratoria sobre la conducta de autolesión de un niño retrasado. En: Ashem BA, Poser EG, eds. *Modificación de conducta en la infancia: Autismo, Esquizofrenia y Retraso Mental*. Barcelona: Fontanella, 1979:272-280.
- 3 Blair A. Working with people with learning difficulties who self-injure: A review of the literature. *Behavioural Psychotherapy* 1992;20:1-23.

- 118 4 Cáceres J. Procedimientos aversivos. En: Caballo VE, comp. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, 2ª ed. Madrid, Siglo XXI, 1993:275-296.
- 5 Carr GE, Newsom DC, Binkoff AJ. Stimulus control of self-destructive behavior in a psychotic child. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1976;4:290-306.
- 6 Corte HE, Wolf MM, Locke BJ. A comparison of procedures for eliminating self-injurious behavior of retarded adolescents. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1971;4:201-205.
- 7 Gelfand DM, Hartmann DP. *Análisis y Terapia de la conducta infantil*. Madrid: Pirámide, 1989.
- 8 Luiselli JK, Evans TP, Boyce DA. Pharmacological assessment and comprehensive behavioral intervention in a case of pediatric self-injury. *Journal of Clinical Child Psychology* 1986;15:323-326.
- 9 Peterson FR, Peterson RL. Uso del reforzamiento positivo en el control de la conducta autolesiva de un niño retrasado. En: Ashem BA, Poser E, eds. *Modificación de conducta en la infancia. Autismo, Esquizofrenia y Retraso Mental*. Barcelona: Fontanella, 1979:257-271.
- 10 Risley TR. The effects and side effects of punishing the autistic behavior of a deviant child. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1968;1:21-34.
- 11 Sandler J. Métodos aversivos. En: Kanfer HF, Goldstein PA, eds. *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1992:365-410.
- 12 Tate BG, Baroff GS. Aversive control of self-injurious behavior in a psychotic boy. *Behavior Therapy* 1966;4:281-287.
- 13 Underwood LA, Figueroa RG, Thyer BA, Nzeocha A. Interruption and DRI in the treatment of self-injurious behavior among mentally retarded and autistic self-restrainers. Special issue: Empirical research in behavioral social work. *Behavior Modification* 1989;13:471-481.