

# Intervención conductual masiva en un caso de desorganización conductual grave

M.<sup>a</sup> H. Feliu, J. Toro, M.<sup>a</sup> J. Del Río, F. Salmurri, M.<sup>a</sup> T. Vicente

*Unidad Psiquiátrica Infantil y Juvenil. Departamento de Psiquiatría. Universidad Central de Barcelona*

Vamos a exponer aquí la posibilidad de abordar un cuadro múltiple de conductas perturbadoras, agresividad y negativismo, mediante un tratamiento no farmacológico.

El niño objeto de esta comunicación fue visto por el departamento de Psicometría de la Cátedra del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, cuando contaba cuatro años y dos meses de edad. El objetivo era administrar un test de Terman. El psicólogo encargado de ello se vio desbordado de inmediato, dado que el niño saltaba sin parar de una silla a otra o encima de la mesa, rompía los objetos a su alcance, sacaba los cajones, y desbarataba el material del test, etc. Asimismo suministró dos bofetadas al terapeuta y le arrebató las gafas de un manotazo. En el transcurso de 10 minutos, a pesar de todos los esfuerzos realizados, no se logró ni tan sólo que se sentara. Dicha conducta tuvo lugar en presencia de la madre, cuya ayuda fue recabada, y sin la presencia de la misma, y nadie fue capaz de frenar tan inusitado comportamiento.

Ante esta situación el niño fue remitido al Departamento de Psicopatología Infantil Experimental, para que se procediera a la observación del mismo.

Ante todo se procedió a realizar la oportuna historia clínica que resumiremos brevemente.

Hijo único, los padres contaban entonces 37 y 34 años. Sin antecedentes patológicos significativos. Pesó al nacer 3,400 kg, el parto fue provocado y muy lento. Cuando nació presentaba cianosis intensa. No se mantuvo sentado hasta los 10 meses y la deambulación tuvo lugar a los 18 meses. Dentición a los 6 meses. Locución, por aquel entonces no hablaba todavía, únicamente pronunciaba palabras sueltas. A los 8 días sufrió una diarrea acompañada de deshidratación.

Pérdida de conocimiento en dos ocasiones, después de una rabieta y después de haber sufrido una contusión en la cabeza.

Enuresis diurna y nocturna. Hasta los 3 años también encopresis. Sueño algo agitado, apetito normal.

En aquel momento lo habían visitado tres o cuatro especialistas distintos. Se había hablado de disfunción cerebral mínima, de encefalopatía connatal, etc. y se habían administrado fármacos encaminados a mejorar el cuadro. En el EEG no se apreciaban focalidades, únicamente signos de inmadurez bioeléctrica.

Antes de poner en marcha tratamiento alguno, decidimos observar el comportamiento del niño, no sólo en la consulta (figura 1) sino también en casa y en el trayecto de casa

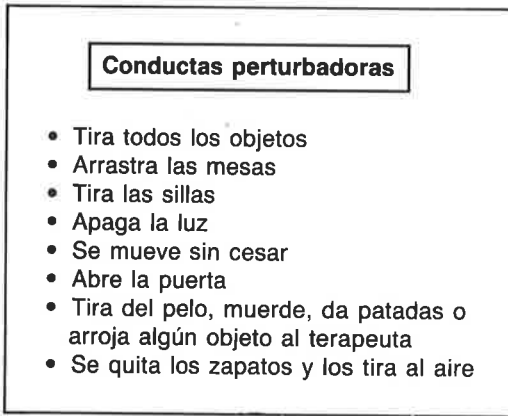


Fig. 1. Observación en la consulta.

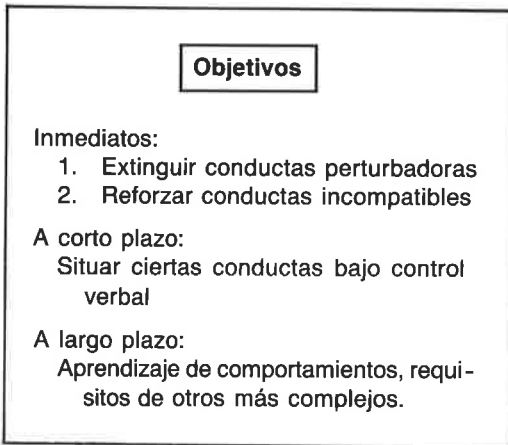


Fig. 2.

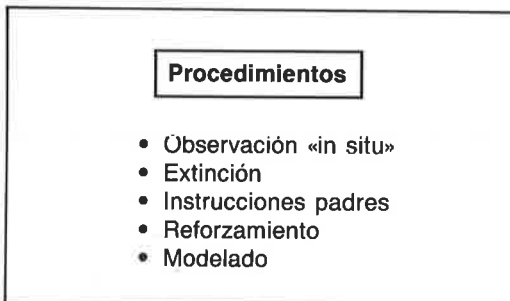


Fig. 3.

al hospital. Para ello se desplazaron dos colaboradores del departamento al domicilio en varias ocasiones.

Asimismo pudimos darnos cuenta de que siempre que tenían lugar las conductas perturbadoras la madre lo sujetaba de inmediato, le gritaba, le pegaba y todos cuantos se hallaban a su alrededor, acostumbraban a intervenir de una u otra forma, hablándole, amenazándole, etc. etc.

Después de dichas observaciones, decidimos partir de los siguientes presupuestos.

— Las conductas perturbadoras del niño eran comportamientos aprendidos.

— Que se incrementaban y mantenían, porque las consecuencias de las mismas eran reforzadoras de dichas conductas, dado que siempre que las llevaba a cabo recibía la atención de los adultos. Nuestra intervención debía, por tanto, basarse en estos presupuestos, y los objetivos a trazar debían comportar (figura 2), intervención inmediata, y a corto y largo plazo. Evidentemente la eficacia dependería de que dicha intervención fuera múltiple y paralela, es decir debíamos actuar simultáneamente en los diversos ambientes en que se movía el niño.

El procedimiento a seguir debía incluir (figura 3), además de observación, la extinción de las actuales conductas, las instrucciones adecuadas a familiares, y el modelado de los comportamientos deseados. Para ello se programaron una serie de sesiones en la consulta e intervención en el medio familiar así como la inserción del niño en la escuela. Antes de poner en marcha las sesiones de trabajo, se llevaron a cabo tres sesiones de extinción, con el niño y el terapeuta solos en una habitación. El terapeuta ni tan siquiera miraba al niño aun cuando éste le agrediera. Sólo se dirigía a él en los breves segundos en que permanecía quieto. Dichas sesiones confirmaron nuestra hipótesis y nos permitieron diseñar las de trabajo.

Las sesiones se organizaron de la siguiente forma y bajo las siguientes directrices.

— Supresión en las habitaciones donde éstas tuvieran lugar, del máximo de estímulos,

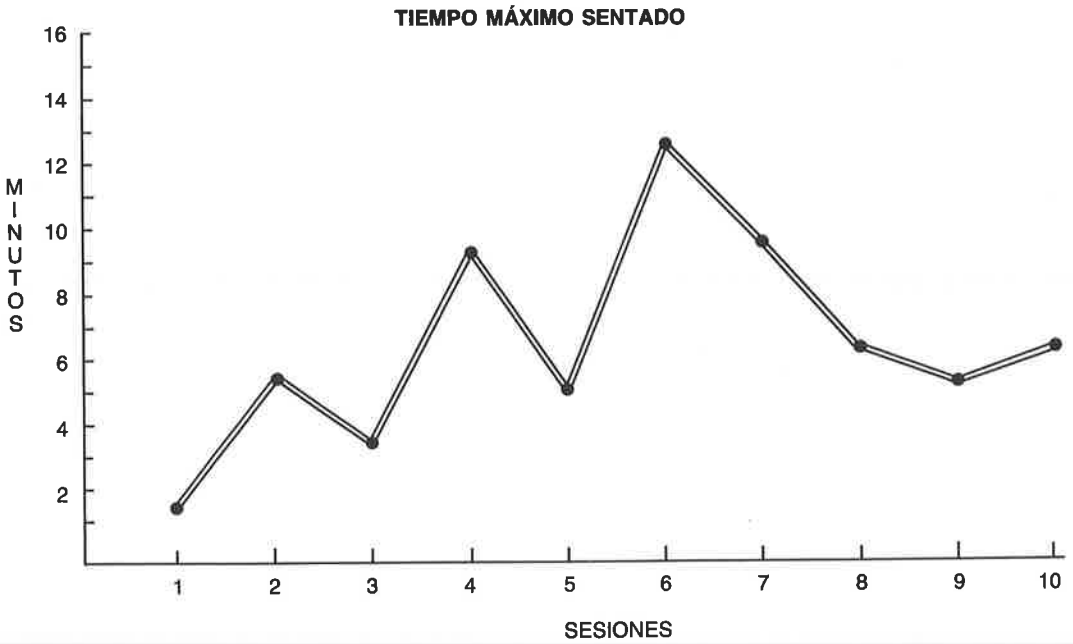


Fig. 4.

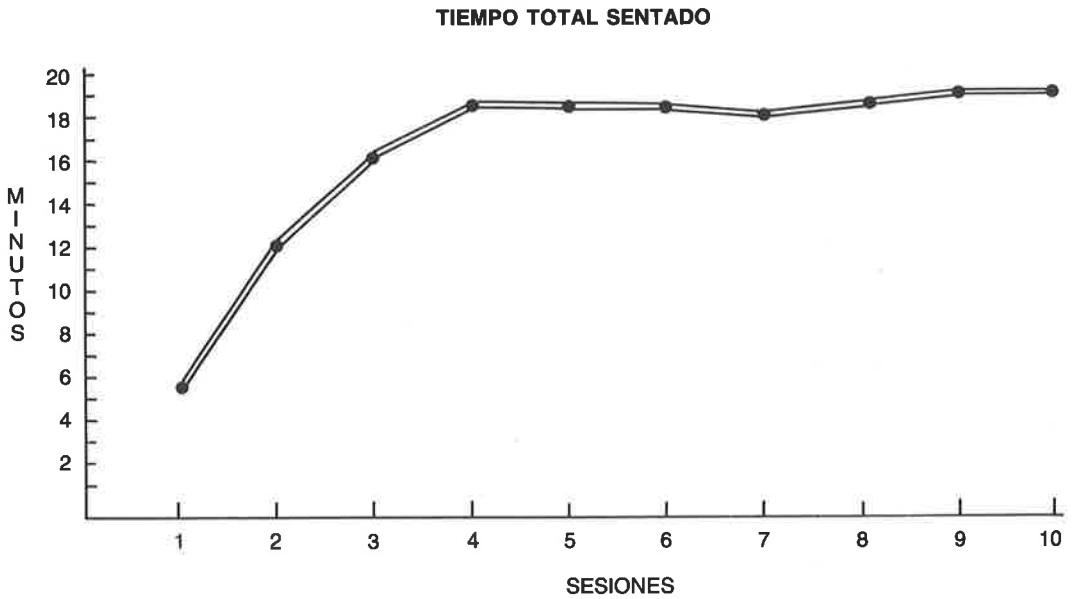


Fig. 5.

reduciendo éstos al iniciarse la primera a una mesa con dos sillas, una para el niño y otra para el terapeuta.

— Se consideraría conducta adaptada el hecho de sentarse y permanecer con las nalgas en la silla, las piernas rectas, quietas y los pies apoyados en el suelo, durante cinco segundos como mínimo.

— Se consideró comportamiento a extinguir todo el que no fuera sentarse.

— Cada vez que el niño llevara a cabo la conducta de sentarse, sería reforzado de forma inmediata y sistemática mediante el refuerzo primario establecido, más el reforzador social consistente en la mirada, la sonrisa y la aprobación verbal del terapeuta.

— Duración de las sesiones 20 minutos. Se realizaron 10. Las gráficas nos muestran (figuras 4 y 5) la evolución de las mismas, mediante la medición del tiempo máximo sentado y del tiempo total sentado.

— A medida que avanzaban las sesiones, se introdujeron nuevos estímulos, mesas, sillas, cojines, etc. Al llegar a la 7.ª sesión ya se hallaban presentes en la habitación todos los objetos habituales en la misma, se había desbloqueado el interruptor de la luz y no era ya necesario cerrar la puerta por el exterior. El tiempo que el niño pasaba levantado no podía ya definirse como conducta excesiva, da-

do que la mayoría de las veces se levantaba para coger lápices, acercar la silla, dar un breve paseo, etc.

Como se ha dicho, simultáneamente, y a fin de lograr la generalización adecuada del comportamiento del niño, se procedió al aconsejamiento y control de la familia mediante la observación «in situ» y la programación de las pautas a seguir (figura 6).

Si bien las conductas observadas eran las que más molestaban a la madre, ello no significaba que el resto del día transcurriera de forma normal. La jornada era una especie de batalla madre-hijo y si éste no llevaba a cabo más conductas perturbadoras es porque en la mayoría de las ocasiones, como en las horas de comer, la madre le sometía a una situación de control total, impidiéndole físicamente que se moviera.

Se dieron instrucciones a la madre a fin de que ignorara totalmente al niño cuando tuvieran lugar los comportamientos desadaptados. Cada vez que transcurrieran 5 minutos sin que hubiera realizado ninguno de ellos, debería por el contrario gratificarlo mediante su atención y el refuerzo primario establecido. La extinción se produjo en el transcurso de una semana (figura 7).

Paralelamente se había buscado una escuela donde integrar al chico, extremo este evidentemente necesario, a fin de cubrir varios objetivos:

1. Una mayor generalización de la conducta del niño.
2. Situar a éste en el ambiente adecuado facilitador del proceso de socialización.
3. Desangustiar a la madre, acortando las horas de convivencia mutua y mostrándole que la escolarización era posible.

Una persona de nuestro servicio, médico a su vez de la susodicha escuela, debía controlar las primeras actuaciones del niño en su nuevo ambiente (figura 8). Dicho control resultó altamente significativo, por los motivos que a continuación veremos.

La maestra encargada del niño no había sido todavía aconsejada por nosotros, pero actuó con él desde el principio como si así hu-

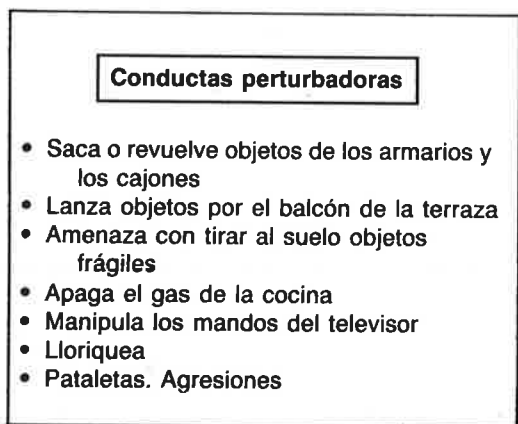


Fig. 6. Observación en casa.

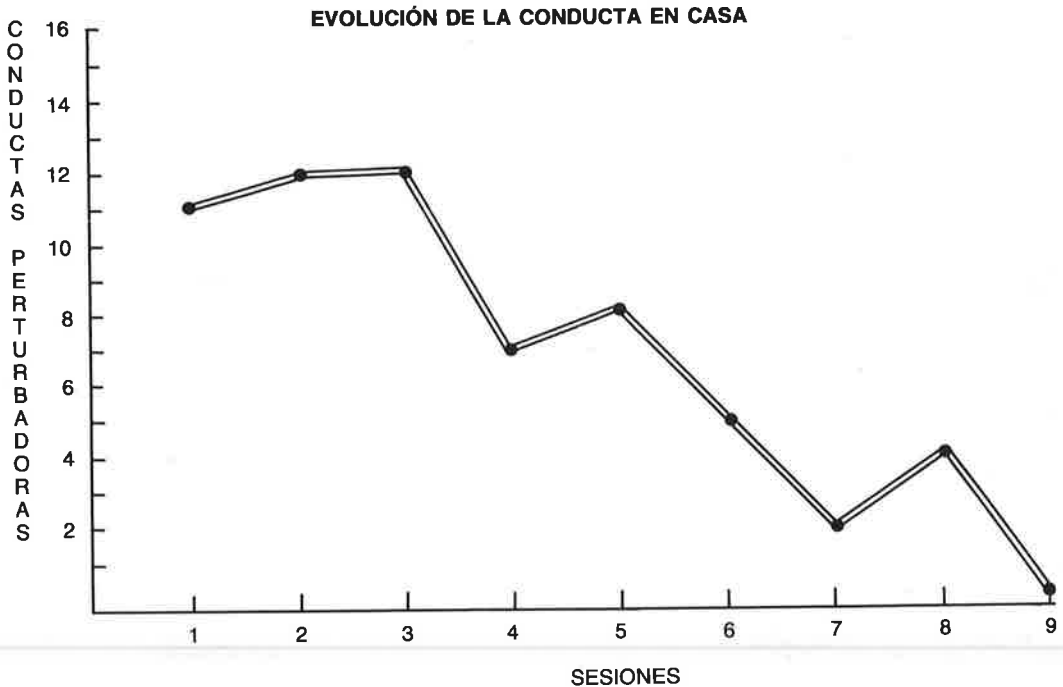


Fig. 7.

quiera sido. Es decir, atendiéndole y reforzándole cuando se comportaba adecuadamente e ignorando totalmente sus conductas desadaptadas. Ya el primer día el niño comió en el colegio, entre varios compañeros, sentado frente a una mesa normalmente dispuesta.

Por una causa fortuita, la maestra mencionada tuvo que ausentarse y quedó a cargo de la clase otra profesora, la cual actuó exactamente como lo había hecho la madre hasta entonces (figura 9).

En resumen, el cambio total de conducta a nivel escolar, familiar y social se produjo en el transcurso de un mes. Más adelante se hicieron nuevas sesiones, pero éstas iban encaminadas a la implantación de aprendizajes que coadyuvaran al trabajo en la escuela.

Aquel año, José Antonio, participó en las colonias infantiles de la escuela y no resultó más problemático que el resto de los niños.

Han transcurrido 13 años, se ha hecho un

#### Conductas perturbadoras

- Empuja las sillas
- Abre el armario del aula
- Deambula por el aula
- Tira del pelo a los compañeros
- Da empujones a los otros niños

Fig. 8. Observación en la escuela.

seguimiento del muchacho. Pese a la atención recibida, algunos aprendizajes han quedado limitados a niveles bastante bajos; éste ha sido el caso de la expresión verbal. Evidentemente el déficit mental se ha confirmado. No

## OBSERVACIÓN EN CLASE

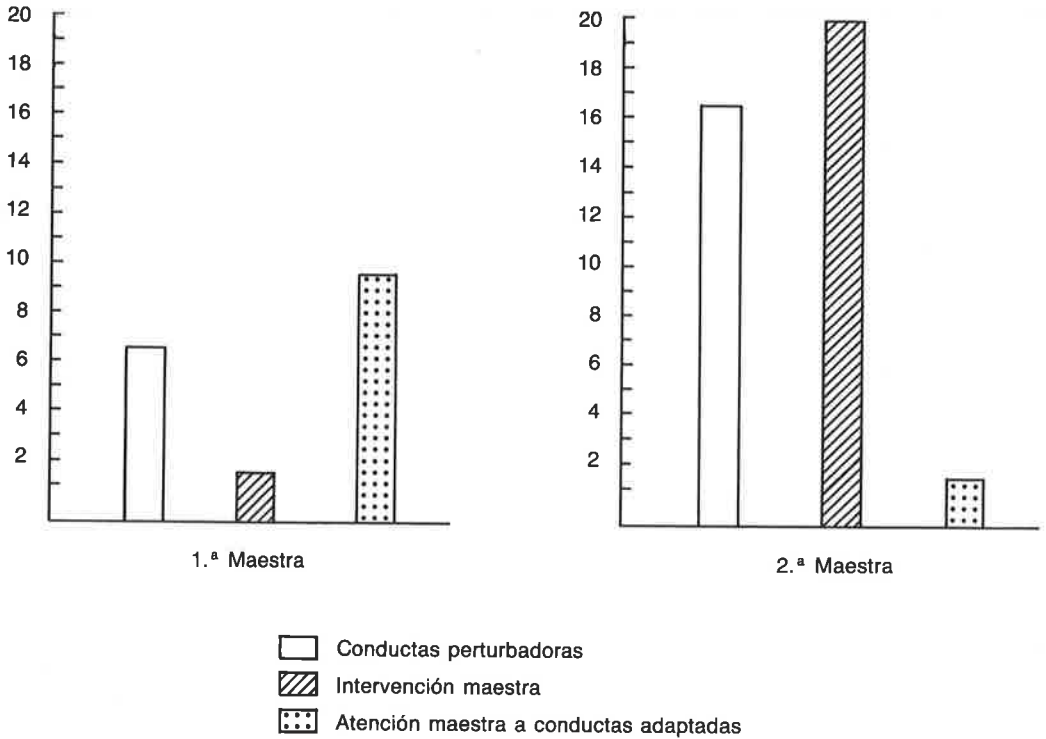


Fig. 9.

obstante, la conducta perturbadora del chico no ha vuelto a manifestarse jamás, al menos como un comportamiento inasequible, continuado e incompatible con todo aprendizaje y relación social. En la actualidad es alumno de un taller para deficientes leves. Va desde su casa a la escuela, comparte diversiones con sus compañeros, va de vacaciones con sus padres, etc.

Este caso no sólo confirmó nuestra hipótesis inicial, sino que ha resultado altamente ilustrativo para mostrar cómo una intervención masiva, simultánea y estructurada logró en muy poco tiempo efectos prácticamente definitivos, a pesar del diagnóstico inicial de organicidad invalidando la idea de tratamiento farmacológico como único medio de abordaje.