

**INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN UN PACIENTE CON RETRASO MENTAL  
GRAVE Y PROBLEMAS DE CONDUCTA AGRESIVA**

**Ps. JUAN PABLO PIMIENTO VALENCIA**

**ASESORA:**

**Ps. Mg. AMPARO DURAN MOSQUERA**



**PROYECTO DE GRADO PRESENTADO PARA  
OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
BUCARAMANGA**

**2013**

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	5
REFERENTE CONCEPTUAL.....	6
DATOS DEMOGRÁFICOS.....	23
REMISIÓN.....	23
ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	23
DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	25
EXPECTATIVAS DE LA TERAPIA.....	25
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.....	26
EVALUACIÓN SINCRÓNICA.....	26
EVALUACIÓN DIACRÓNICA .....	28
EVALUACIÓN MULTIAXIAL.....	29
DIAGNOSTICO DESDE EL SISTEMA MULTIDIMENSIONAL.....	29
ANÁLISIS EXPLICATIVO.....	33
HIPÓTESIS EXPLICATIVAS.....	37
PLAN DE INTERVENCIÓN.....	39
RESULTADOS.....	47
DISCUSIÓN.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	55

## RESUMEN

**TITULO:** INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN UN PACIENTE CON RETRASO MENTAL GRAVE Y PROBLEMAS DE CONDUCTA AGRESIVA

**AUTOR(ES):** JUAN PABLO PIMIENTO VALENCIA

**FACULTAD:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** AMPARO DURAN MOSQUERA

## RESUMEN

Este artículo es un diseño de caso único en un paciente con retraso mental grave, de alta comorbilidad con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (tipo combinado) y Trastorno negativista desafiante. La intervención se llevó a cabo en una institución educativa especializada en el tratamiento de dificultades cognitivas, en la cual el paciente se encuentra semi-internado. La intervención incluyó la vinculación de los padres y su principal cuidador. La duración del tratamiento fue de seis meses, inicio el mes de agosto 2012 hasta el final de enero de 2013. Su fundamento teórico fue la teoría conductual (Análisis de la Conducta Aplicada). Las técnicas terapéuticas utilizadas en el paciente se enfocaron en: 1. Reforzar las conductas incompatibles; 2. Reducir los niveles de excitación fisiológica; 3. Extinguir reforzadores de la conducta agresiva; y 4. Castigar la conducta agresiva mediante castigos suaves. A su vez, las técnicas de entrenamiento aplicadas con los padres y su cuidador fueron: 1. El entrenamiento para reducir el comportamiento coercitivo y aumentar la frecuencia de refuerzos por comportamientos pro-sociales; y 2. El entrenamiento para el control de problemas de conducta del paciente y para motivar la conducta positiva. La intervención fue afectada por variables erróneamente estimadas y que afectaron los resultados, estas fueron: 1) la baja adherencia al tratamiento por parte de los padres y el abandono del puesto de trabajo de su principal cuidador durante la aplicación del diseño. Sin embargo, los hallazgos de la intervención sugieren un funcionamiento del análisis de la conducta aplicada para el tratamiento de personas con déficit cognitivo grave y problemas de conducta. Finalmente, este estudio de caso contribuye al cuerpo de información de intervenciones conductuales en retraso mental grave, especialmente en la identificación, control y manejo de variables desconocidas o variables erróneamente estimadas.

**PALABRAS CLAVE:** Intervención Conductual, Análisis de la Conducta Aplicado, Retraso Mental Grave, Conducta agresiva, Adherencia al Tratamiento.

## SUMMARY

**TITLE:** BEHAVIORAL INTERVENTION IN A PATIENT WITH SEVERE MENTAL RETARDATION AND AGGRESSIVE BEHAVIORS.

**AUTHOR(S):** JUAN PABLO PIMIENTO VALENCIA

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** AMPARO DURAN MOSQUERA

## ABSTRACT

This article is a unique case design about a patient with severe mental retardation, which has high comorbidity with attention deficit hyperactivity disorder (combined type) and oppositional defiant disorder. The intervention has been applied in an educative center specialized in cognitive deficit treatments, where the patient is semi-institutionalized. The intervention included also the participation from his parents and his main personal care attendant. The length of the treatment was six months; it started at the beginning of August 2012 until the end of January 2013. The theoretical foundations were the principals of behavioral theory (applied behavior analysis). The therapeutic techniques applied in the patient were focused on: 1. reinforcement of incompatible behavior; 2. Decrease physical arousal; 3. Extinction of aggressive behavior reinforcement; 4. Mild-punishment of aggressive behavior. With regard to the training techniques applied to the parents and his main personal attendant they were: 1. Training to reduce coercive behavior and increase the frequency of pro-social reinforcement; and 2. Training to control the patient behavior and to promote positive his positive behavior. The intervention has been affected by wrongly estimated variables, as well they interfere with the outcomes, and those were: 1) the low parents' treatment compliance and the abandonment of the job from his main personal care attendant during the process. However, the findings during this intervention suggest that the applied behavior analysis works with patients with severe mental retardation and behavior aggressive problems. Finally, this case study adds to previous evidence about behavioral interventions on severe mental retardation, particularly in the identification, control and handling of unknown variables or wrongly estimated variables.

**KEYWORDS:** Behavioral intervention, applied behavior analysis, severe mental retardation, aggressive behavior, treatment compliance.

## INTRODUCCIÓN

Este estudio corresponde a un diseño de caso único en un paciente con retraso mental grave, de alta comorbilidad con un trastorno por déficit de atención, con hiperactividad tipo combinado y Trastorno negativista desafiante. La intervención terapéutica se llevó a cabo con el paciente en una institución educativa especializada en el tratamiento de pacientes con dificultades cognitivas, en la cual es atendido bajo la modalidad de semi-internado. La intervención también incluyó la vinculación de los padres y su principal cuidador. Tuvo una duración de seis meses, desde el inicio del mes de agosto 2012 hasta finales del mes de enero de 2013. Su fundamento teórico se ubica en los principios de la teoría conductual de Análisis de la Conducta Aplicada (ABA).

Las técnicas terapéuticas utilizadas en el paciente se enfocaron en: 1. Reforzar las conductas incompatibles; 2. Reducir los niveles de excitación fisiológica; 3. Extinguir reforzadores de la conducta agresiva; y 4. Castigar la conducta agresiva mediante castigos suaves. A su vez, las técnicas de entrenamiento aplicadas con los padres y su cuidador fueron: 1. El entrenamiento para reducir el comportamiento coercitivo y aumentar la frecuencia de refuerzos por comportamientos prosociales; y 2. El entrenamiento para el control de problemas de conducta del paciente y para motivar la conducta positiva.

La intervención se vio afectada por variables que se estimaron erróneamente como controladas y que tuvieron alta incidencia en los resultados, estas fueron: 1) la baja adherencia al tratamiento por parte de los padres y el abandono del puesto de trabajo de su principal cuidador durante la aplicación del diseño, lo cual pudo afectar significativamente la variabilidad de la conducta del paciente y por tanto los resultados obtenidos. Sin embargo, los hallazgos de la intervención sugieren un funcionamiento del análisis de la conducta aplicada para la intervención en personas con déficit cognitivo grave y problemas de conducta. Finalmente, este estudio de caso contribuye

al cuerpo de información de intervenciones conductuales en personas con retraso mental grave, especialmente en la identificación, control y manejo de variables desconocidas o variables que se estimaban como controladas de manera errónea.

## REFERENTE CONCEPTUAL

### BREVE RESEÑA HISTÓRICA Y DEFINICIÓN DEL RETRASO MENTAL

El retraso mental como categoría diagnóstica tiene como fundamentos tres eventos históricos. El primero de ellos fue “The King’s Act” durante el siglo XIV, una ley planteada por la corona británica para proteger la propiedad donde los denominados “idiotas” debían cederle sus negocios a la corona por su incapacidad para manejarlos; el segundo es la consolidación del trabajo científico de Binet acerca de la medición de las habilidades cognitivas a comienzos del siglo XX; el tercero fue de origen médico, el cual consistió en los análisis del Retraso Mental a partir de sus etiologías realizados a partir del siglo XIX (Scheerenberger, 1983, citado por Verdugo, 1994). Gracias a estos eventos históricos, a lo largo del siglo XX se establecieron definiciones acerca del Retraso Mental centradas en la distribución estadística y en los problemas en la conducta adaptativa; concepciones que durante los años 70s, 80s y 90s evolucionaron hacia posturas multidimensionales guiadas por la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) (Verdugo, 1994).

Así, el Retraso Mental según Landesman y Ramey, 1989 & Luckasson, Coulter, Polloway, Reiss, Schalock, Snell, Spitalnik, y Stark, (1992; citados por Verdugo, 1994) corresponde a una categoría diagnóstica que ha cambiado su definición sustantivamente y frecuentemente a través de los años. Pasando de una postura inicialmente orgánico-biologicista a una centrada en la psicometría, hasta finalmente centrarse en una visión multidimensional. Esta última implica el reconocimiento de las diferencias entre los deficientes mentales, es decir, el Retraso Mental se refiere a una amplia categoría donde se encuentran personas que tienen en común una pobre

ejecución en test de inteligencia, una dificultad de aprendizaje, dificultades adaptativas en diferentes contextos y que tienen pobre independencia, pero que en el resto de sus rasgos o características pueden presentar condiciones muy variadas. Así, debido a la heterogeneidad de las personas con Retraso Mental se requirió el mencionado nuevo enfoque, basado en múltiples dimensiones y su necesidad de apoyo en lugar de centrarse exclusivamente en la “profundidad” (Verdugo, 1994).

Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría (A.P.A.) en su manual de diagnóstico DSM IV-TR (1995) realiza una definición de la categoría diagnóstica de Retraso Mental en la cual plantea características como: primero, una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio, es decir de un Coeficiente de Inteligencia total de 70 o inferior; segundo, que dicha dificultad esté además relacionada con al menos dos limitaciones significativas en los siguientes procesos adaptativos: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad; tercero, su inicio debe corresponder a una edad inferior a los 18 años de edad. La definición de la A.P.A. (DSM IV-TR, 1995) también divide el Retraso Mental en cinco grados de profundidad: 1. Retraso mental leve. 2. Retraso mental moderado. 3. Retraso mental grave. 4. Retraso mental profundo. 5. Retraso mental de gravedad no especificada.

## ETIOLOGÍAS RELACIONADAS

Según Martínez (1999), dentro de las etiologías del Retraso Mental se encuentran:

1. Factores prenatales: A) Factores hereditarios, como los trastornos cromosómicos (síndrome de Turner, síndrome de fragilidad del cromosoma X, síndrome de Down, entre otros...). B) Anomalías genéticas no asociadas a malformaciones cromosómicas, como trastornos metabólicos, faltas de proteínas o enzimas, entre otros. C) otras alteraciones de origen genético que favorecen enfermedades como epilepsia, afecciones tumorales y dérmicas (por ejemplo: facomatosis o síndromes neurocutáneos). D) Anomalías producidas por

mecanismos genéticos recesivos, como por ejemplo las malformaciones craneanas.

2. Principales factores que pueden influir durante el embarazo: Bajos aportes proteicos, radiaciones Gamma, infecciones sufridas por la madre durante el embarazo, estados anémicos severos, sífilis, consumo de ciertos medicamentos, el consumo de ciertos alucinógenos o drogas ilegales, alteraciones en la madre de tipo metabólico, diabetes e hipertiroidismo.

3. Factores perinatales: El principal factor asociado a los trastornos de anoxicos, los cuales se estiman en cerca del 19%, ya sea por hemorragia, traumatismos o depresión respiratoria.

4. Factores postnatales: A) Diversas infecciones como meningitis, meningoencefalitis o abscesos cerebrales. B) Tumores cerebrales. C) Traumatismos craneoencefálicos. D) Intoxicaciones generales, como las generadas por plomo, o monóxido de carbono, entre otros.

5. Otros factores postnatales de orden socio-cultural: A) El maltrato infantil, pues los golpes recibidos por el niño pueden generar importantes problemáticas neurológicas relacionadas. B) La desnutrición infantil puede limitar el desarrollo neuronal y predisponer el organismo al contagio de múltiples enfermedades neurodegenerativas. C) El consumo de alcohol y el abuso de drogas, puede llevar al niño a presentar problemas en el desarrollo. D) Dificultades en una adecuada estimulación sensorial y emocional, han demostrado estar altamente relacionadas con algunos casos de retraso mental leve.

## PREVALENCIA DEL RETRASO MENTAL Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Según Martínez (1999) las tasas de prevalencia del retraso mental suelen estar entre el 1% y el 3% del total de la población adulta, aunque esta podría ascender a cerca del 7% si se tomara el dato exclusivo de natalidad. Sin embargo, debido a problemas en el desarrollo y las circunstancias socioeconómicas, existe una alta mortalidad en esta población infantil. La misma autora nos señala una distribución de sus niveles de



profundidad en: 85% con retraso leve, un 10% con retraso moderado, un 4% con retraso grave y un 1% con retraso profundo. Otro factor a estimar en el Retraso Mental es la frecuencia con la que suele estar relacionado a otras problemáticas de salud mental, las cuales se estiman entre un 30% y un 50% de comorbilidad, que indica una alta incidencia, ya sea debido a la derivación de las dificultades propias del cuadro clínico o a factores independientes (Angel, Rodriguez-Blazquez & Salvador, n.d.).

## CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTALES

Debido a que el Retraso Mental es una categoría diagnóstica amplia, las características comportamentales también pueden variar significativamente de un sujeto a otro. Según la A.P.A. (DSM IV-TR, 1995) no existen características de personalidad y/o comportamentales unívocas, de tal manera que se pueden observar algunos individuos impulsivos y agresivos, mientras que otros pueden ser placidos y pasivos. Un intento de clasificación y aproximación descriptiva lo realizan Muntaner (1995, citado por Llamas, 2009) y Martínez (1999), el cual condensa los siguientes elementos:

- Una persona con deficiencia mental profunda presenta un grave deterioro motor, comunicativo y presentan comportamientos pueriles. Su dependencia y necesidad de cuidadores es total.
- Una persona con deficiencia mental grave presenta deterioro motor y comunicativo, aunque con entrenamiento puede llegar a manejar algunas palabras y lenguaje gestual para comunicarse especialmente con sus personas más cercanas. Respecto a su cuidado, puede llegar a apoyar a sus cuidadores de manera básica, sin desarrollar necesariamente hábitos de autocuidado.
- Una persona con deficiencia mental severa estará limitada a aprendizajes educativos del nivel infantil, podrá llegar a encargarse de sus necesidades corporales y es capaz de sostener comunicaciones con lenguaje sencillo.
- Una persona con deficiencia mental moderado es posible que llegue a tener autonomía personal y social. Presenta dificultades a nivel

expresivo, sin embargo es capaz de sostener comunicaciones verbales. Puede llegar a adquirir habilidades para desarrollar un trabajo sencillo, aunque difícilmente puede llegar a procesos de lectoescritura.

- Una persona con debilidad mental puede llegar a ser autónomo y tener un trabajo sin problema. Sus principales dificultades suelen relacionarse con actividades perceptivas y motoras. Su nivel de aprendizaje escolar puede llegar a niveles de segundo ciclo de primaria. Con una adecuada formación pueden llegar a adaptarse a la sociedad sin ninguna dificultad.

En cuanto a los problemas de conducta, Bouras, Holt, Day y Dosen (1999) definen como conductas desafiantes las combinaciones severas y ocasionalmente crónicas de búsqueda de atención, agresividad, auto-agresividad, ruidos, hiperactividad, conductas sociales inadecuadas y destrucción. Dentro de sus causas se plantean:

- A. Causas biológicas como los síndromes con manifestaciones conductuales (Lesch-Nyhan y autoagresión; Prader-Willi y atracarse de comida).
- B. Conductas desafiantes como contestación a un ambiente pobre.
- C. Conductas desafiantes como conductas aprendidas (por aprendizaje vicario o condicionamiento operante).
- D. Conducta desafiante como respuesta a un trauma mental o enfermedad mental (ansiedad, depresión, estrés post-traumático).
- E. Conductas desafiantes como acto comunicativo.

Bouras, Holt, Day y Dosen (1999) también plantean que dichas conductas pueden relacionarse con intenciones comunicativas como enojo, atraer la atención, tristeza, miedo, confusión o el intento por manifestar una enfermedad. Las cuales han mostrado estar relacionadas con variables como baja tolerancia a la frustración, deterioros en la capacidad comunicativa y deficientes habilidades sociales. Este planteamiento es apoyado por Bastos (2006), para quien los comportamientos de hetero-agresión y auto-agresión suelen presentarse cuando existen dificultades en el lenguaje comunicativo principalmente en los grados más profundos del Retraso Mental, de modo que los comportamientos perturbadores se convierten en un factor mediador en los intercambios con las otras personas. Dicho autor también sostiene que la

prevalencia de problemas de conducta en las personas con Retraso Mental se encuentra entre el 25% y 59%.

## PRONÓSTICO Y EVOLUCIÓN DEL RETRASO MENTAL

De acuerdo con Bouras, Holt, Day y Dosen (1999) las personas con Retraso Mental pueden llegar a mejorar en diferentes competencias de acuerdo al nivel de profundidad del trastorno, al grado de apoyo y estimulación que reciba, fortaleciendo la autonomía de acuerdo a las posibilidades de cada uno. A su vez, la A.P.A. (DSM IV-TR, 1995) plantea que el curso del Retraso Mental dependerá de la evolución de la enfermedad médica subyacente o de los factores ambientales intervinientes (pedagogía, estimulación ambiental, idoneidad del trato proporcionado); también expone la posibilidad de que los sujetos que presentan un retraso mental leve y de temprano diagnóstico pueden llegar a desarrollar habilidades adaptativas que modifiquen su diagnóstico.

## LA FAMILIA DEL ENFERMO MENTAL

En referencia a la familia de la persona con Retraso Mental se han encontrado múltiples hallazgos sobre las características socio-culturales que influyen en el cuidado, la influencia de los estilos parentales, el estado de la dinámica familiar, la carga que el cuidado genera (burden), las características que suelen dificultar el cuidado, los servicios que suelen ser más necesitados y la preparación hacia el futuro cuando en la familia se encuentra una persona con retraso mental.

Una de las principales características socio-culturales que favorece el bienestar familiar y permiten brindar un mejor cuidado, según Coronel (2012), es el nivel de educación alcanzado por el padre. El impacto positivo de este factor permite disponer de mayor cantidad de recursos para la resolución de problemas, enfrentar las exigencias cotidianas y asumir la crianza de los hijos; además de brindar un mejor capital simbólico en la interacción del hijo con el padre y un mejor repertorio. Así pues, la autora identifica una correlación entre el temprano abandono de la educación formal

por parte de los padres y su inserción laboral inestable, condición perjudicial del cuidado que los padres pueden brindar en tanto la atención dirigida al menor depende en gran medida de la formación del cuidador, de los recursos con que este cuenta y del acceso a los diferentes servicios sociales. Coronel (2012) también resalta la relación de la pobreza (asociada a la baja escolaridad de los padres) con el impacto de la deprivación ambiental, especialmente como desventaja psicosocial que limita los cuidados médicos, sanitarios, favorece desnutrición de la red familiar, la subocupación, la alfabetización incompleta y estimulación afectiva y cognitiva inadecuadas, que a su juicio terminan por cristalizar el cuadro de retraso mental (Bravo, 1990, 1993; citado por Coronel, 2012).

Para Darling y Steinberg (1993; citados por Iglesias y Romero, 2009) la influencia de los estilos parentales corresponde a: «una constelación de actitudes hacia el niño que le son comunicadas y que, tomadas conjuntamente, crean un clima emocional en el cual las conductas de los padres son expresadas. Estas conductas incluyen tanto las dirigidas a objetivos específicos a través de las cuales los padres ejecutan sus obligaciones parentales como las conductas parentales no dirigidas a objetivos concretos, tales como gestos, expresiones faciales, cambios en el tono de voz, o expresiones espontáneas de una emoción» (pág. 63). Al respecto Baumrind (1971; citados por Iglesias y Romero, 2009) estableció la siguiente tipología de estilos parentales: a) *padres democráticos*: aquellos que explican las razones para establecer normas y límites claros, enseñan a negociar mediante intercambios verbales, promueven en el niño la toma de decisiones y se comunican de manera abierta; b) *padres autoritarios*: se caracterizan por mantener un control severo y restrictivo, con tendencia al uso de castigo físico, intentando así modelar a sus hijos bajo criterios rígidos y absolutos; c) *padres permisivos*: que evitan hacer uso del control, no promueven castigos y le permiten al niño regular sus propias actividades; las familias con hijos con retraso mental presentan una fuerte tendencia a que los padres asuman labores que su ya hijo es capaz de hacer o que podría mediante entrenamiento y rehabilitación, lo que genera más limitaciones para la autonomía del hijo (Lozano y Pérez, 2000).

Algunos estudios en torno a estos planteamientos encontraron que el estilo democrático se relaciona con un funcionamiento más saludable, caracterizado por conductas más responsables y por una mayor orientación a la independencia, así como Gómez y Romero (2003; citados por Iglesias y Romero, 2009) hallaron una correlación positiva entre la conducta antisocial y el estilo permisivo de crianza en los padres. Aun así, una crítica a dicho modelo de estilos parentales realizada por Iglesias y Romero (2009) es la dificultad para establecer si estos estilos parentales son causa o consecuencia de las características del hijo y sus alteraciones, ante lo cual los autores parten de un modelo teórico integrativo y plantean una posible interacción entre ambos.

Acerca del impacto que genera en la familia el retraso mental de un hijo existen múltiples estudios con diferentes resultados. Algunos muestran resultados desfavorables, relacionando este evento con depresión, estrés parental y un deterioro de las relaciones familiares (Dyson Y Fewell, 1986; Mckinney Y Peterson, 1987; Gath, 1977; Fotheringham, Skelton Y Hoddinott, 1972; Friedrich Y Friedrich, 1981; citados por Orjales y Polaino-Llorente, 1993). Sin embargo, existen estudios que brindan otra perspectiva al sostener que no necesariamente en dichas familias existe un menor nivel de satisfacción marital, ni un nivel más alto de estrés en comparación con el de las familias “normales” (Darling, 1979; Kazak, 1987; Kazak Y Marvin, 1984; Frey, Oreenberg Y Fewell, 1989; Gowen, Johnson-Marrin, Goldman, Y Appelbaum, 1989; Harris Y Mehale, 1989; Salisbury, 1987; Citados Por Orjales Y Polaino-Llorente, 1993). Ante esta aparente contradicción, se plantea la diferenciación del estrés provocado por la aparición del Retraso Mental en el niño y el estrés que se genera en la familia por la interacción con otros factores, como es el caso de las familias de menores recursos económicos, en las cuales se manifiestan mayores índices de estrés exista o no un hijo con retraso; la relación entre las fuentes, los mediadores y los moderadores que dan como resultado la manifestaciones de estrés también resultan de intereses para estos análisis (Kazak Y Marvin, 1984; Dunst. Trivette Y Cross, 1986; Citados Por Orjales Y Polaino-Llorente, 1993).

Respecto de la sobrecarga del cuidador, Zarit, Reeve y Bach-Peterson (1980; citados por Seguí, Ortiz-tallo y De Diego, 2008) la definen como “el impacto que los cuidados tienen sobre la cuidadora principal, es decir, el grado en que la persona

encargada de cuidar percibe que las diferentes esferas de su vida se han visto afectadas por dicha labor”, mientras al conjunto de consecuencias negativas se le ha llamado “síndrome del cuidador” (Seguí, Ortiz-tallo y De Diego, 2008). Al respecto, Heller, Hsieh and Rowitz (1997) han encontrado que las madres de niños con retraso suelen dedicar más horas de ayuda en actividades como el cuidado y actividades domésticas; además, según Essex (2002) ellas suele estar más relacionadas con las instituciones, trabajar menos horas y tener una expectativa más positiva respecto a las capacidades de su hijo. El mismo autor también plantea que debido a esto las madres suelen reportar más sobrecarga que los padres excepto respecto a la carga económica (la cual suele centrarse más en el padre), esta sobrecarga portada por la madre aumenta si el hijopresenta problemas comportamentales y/o de salud.

Cuando estas cargas llegan a niveles altos el síndrome del cuidador puede tener consecuencias en la salud física y psicológica, como lo demostraron Piquart y Sorensen (2003; citados por Seguí, Ortiz-tallo y De Diego, 2008) en un meta-análisis de 48 estudios. Seguí, Ortiz-tallo y De Diego (2008) atribuyen dichas dificultades a la necesidad de apoyos diarios y de larga duración en niños con discapacidad severa, lo cual representa una amenaza para el bienestar del cuidador; algunas de las consecuencias evidenciadas en los padres son fatiga, depresión, baja autoestima e insatisfacción personal (Bristol, 1984; Belchic, 1996; Pisula, 2002; Shu, Lung y Chang, 2000; Weiss, 2002; citados por Seguí, Ortiz-tallo y De Diego, 2008). Otra consecuencia puede ser la renuncia al trabajo y a algunas de sus metas por parte de alguno de los padres para brindar más cuidado al hijo, lo cual tiene también tiene consecuencias económicas (Lozano y Pérez, 2000). Un factor mediador importante del estrés del cuidador, cuando esta función es asumida por la madre, es el apoyo de la pareja, el vínculo activo del padre en términos de tiempo de cuidado del hijo suele tener como consecuencia un menor reporte de sobrecarga de la madre, ratificando así la importancia de la distribución de la carga dentro de los roles para lograr una mejor dinámica familiar Essex (2002).

En cuanto al tiempo invertido por parte de los padres en la crianza de un hijo con retraso mental, de acuerdo con Essex (2002), las principales variables que lo favorecen son: (1) cuando hay menor nivel de retraso mental; (2) si este hijo reside en el hogar; y

(3) cuando no presenta serios problemas de conducta, que puede generar ocasionalmente algún tipo de peligro. Como lo plantean Haveman; van Berkum; Reijnders y Heller, (1997), no se trata solo de las dificultades cognitivas, pues entre más severo sea el retardo del niño se incrementa la comorbilidad con otros trastornos, más dificultades de funcionamiento adaptativo y comportamientos desafiantes, lo cual genera la necesidad de servicios especializados. Sin embargo, es importante destacar que aunque gran parte de la literatura muestra a los hijos con retraso como una carga o un estresor, en muchos casos también se ha reportado que pueden cumplir una función de soporte emocional para sus cuidadores (Essex, 2002).

Otro elemento importante de estudio ha sido la satisfacción marital, la cual los autores plantean como estrecha y fuerte cuando los padres de un hijo con retraso mental prefieren afrontar los desafíos que la discapacidad implica (Haynes et al., 1992; Levenson et al., 1993; citados por Essex, 2002). El vínculo marital es una variable que favorece la cercanía entre el padre y el hijo pues la madre tiende a establecer alianzas con su hijo, de manera que cuando existen dificultades en el matrimonio tienden a aparecer dificultades de acercamiento del padre hacia el hijo (Rossi & Rossi, 1990; citado por Essex, 2002). Estudios con niños pequeños de características normales han evidenciado que un matrimonio con pobres o deficientes vínculos incita a que el padre sea negativo frente a las interacciones con los hijos (Pleck, 1997; citado por Essex, 2002). Por lo tanto, una buena relación marital será un factor importante para mantener también buenas relaciones familiares y aún más en los casos de presencia de hijos con Retraso Mental. También se hace importante el contacto con las redes de apoyo familiar (si estas existen), especialmente con los hijos adultos que pueden convertirse en un recurso de apoyo para el cuidado, pueden proveer transporte e incluso residencia temporal para el hijo con condiciones especiales (Griffiths y Unger, 1994)

Ahora bien, para establecer los servicios requeridos resulta prudente hacer una diferenciación en los ciclos de las familias “normales” y las familias con hijos con condición de discapacidad cognitiva (la cual presenta un “evento no normativo”). Carter & McGoldrick (1988; citados por Haveman et al, 1997) definen 4 estadios “normales” de las familias posteriores al nacimiento de los hijos: (1) familia con niños jóvenes; (2) familia con hijos mayores; (3) salud de los hijos y estadio post-parental; y finalmente (4)

familias en el estadio final de vida dentro del ciclo. En contraste, los ciclos de las familias con hijos con retraso se ven regidos por un evento no normativo que repercutirá durante todos ellos (Haveman et al, 1997). De acuerdo con Farber (1975; citado por Haveman et al, 1997) mientras el hijo con discapacidad crece los cuidados son cada vez menos normativos y más agotadores, los cuales no terminan durante la adultez y pueden aumentar los niveles de agotamiento familiar de acuerdo a la dependencia de la persona con retraso, viéndose modificados así los ciclos familiares normativos.

Para explicar mejor la situación de estas familias Blacher (1984; citado por Haveman et al, 1997) plantea los siguientes estadios: (1) crisis inicial de respuesta (shock, negación); (2) desorganización emocional (sentimiento culpa, agresión, culpar al otro, depresión); y (3) reorganización emocional (redefinición de las expectativas, aceptación y ajuste). Estos estadios a su vez estarán altamente influenciados por el diagnóstico, favoreciendo el ajuste cuando el diagnóstico es temprano, lo cual lo convierte en un importante servicio para los padres (Haveman et al, 1997). Igualmente, otro factor importante para la adaptación de los padres es la presencia de servicios de apoyo, pues su ausencia entorpece la adaptación y el funcionamiento familiar Heller y Factor (1993; citados por Haveman et al, 1997).

Mientras estos servicios existan sus beneficios se pueden observar en experiencias como la de la Universidad de Washington, donde se aplicaron terapias de grupo a los padres de hijos con retraso mental las cuales redujeron significativamente los niveles de estrés y depresión, brindando una mejor satisfacción social por parte de los padres y madres, además de mayor cohesión familiar (Vadasy y col, 1986; citado por Orjales Y Polaino-Llorente, 1993). Por tal razón, Lozano y Pérez (2000) plantean que las necesidades de apoyo no son exclusivas del hijo, sino que los padres también requieren de apoyos relacionados con la problemática, incluso algunos de estos pueden requerirse la mayor parte del día. Estos servicios favorecen el enfrentamiento al estrés crónico que genera el problema del hijo, aún cuando este es adulto, pues generalmente las necesidades de apoyo generalizado en las personas con retraso mental suelen permanecer través del tiempo (Lozano y Pérez, 2000).



Por otra parte, los servicios más necesitados por las familias durante los primeros años (0 a 10 años) están relacionados con problemas de desarrollo y médicos, seguidos por nutrición, terapias de lenguaje y apoyo para descansar en casa; adicionalmente los padres suelen requerir de servicios relacionados con apoyo emocional. Durante las edades de 10 a 19 años los servicios de soporte se mantienen en cerca del 67% de las familias, dependiendo del problema de desarrollo del hijo, también durante esta edad se requiere de información acerca de futuros lugares de residencia para el hijo, pues las necesidades suelen ampliarse a escuelas, espacios de aprovechamiento del tiempo libre y descanso fuera del hogar. Finalmente, cuando el hijo se encuentra en edad adulta los servicios se mantienen respecto a la necesidad de información de residencias especializadas para su cuidado Haveman et al (1997). Además de estos servicios, Lozano y Pérez (2000) proponen como principales servicios de apoyo a las familias los siguientes:

- Servicios de Información: obtención de recursos y ayudas para satisfacer las necesidades utilitarias.
- Servicios de asesoramiento y orientación familiar: educación, técnicas adecuadas, generación de recursos internos para la familia cuidadora.
- Servicios de formación continua: acceso a información adecuada y actualizada acerca de la discapacidad, sus implicaciones, sus derechos y las responsabilidades de los padres.
- Servicios de alivio familiar: apoyo a las necesidades utilitarias y facilita de manera temporal la descarga del esfuerzo constante de la familia como cuidadores.

Finalmente, una adecuada planificación sobre el cuidado a futuro de los hijos con retraso mental puede evitar situaciones adversas. Las experiencias comprueban que muchas familias posponen dichas determinaciones hasta que las crisis ocurren (Turnbull, Brotherson y Summers, 1985; Citados por Griffiths y Unger, 1994), lo cual puede resultar en problemas aún más grandes como “traumas” al transferir a la persona de lugar de cuidado de manera forzada y de manera improvisada (Heller & Factor,

1988; Citados por Griffiths y Unger, 1994). Así, según Gordon, Seltzer, & Krauss (1997; citado por Essex, 2002) cuando una familia no cuenta con una adecuada planeación los hijos con dificultades especiales pueden quedar en crisis si uno de sus padres muere o no se encuentra en capacidad de proveer cuidado, por esto una planeación estructurada permitirá una mejor probabilidad de cumplimiento de los deseos familiares. Ahora bien, respecto al cuidado Griffiths y Unger (1994) encontraron que tanto los padres como los hermanos de las personas con retraso creen que son ellos mismos como familia quienes deben hacerse responsables a largo plazo del cuidado, sin embargo, existe una tendencia a encomendar esta tarea a las hijas mujeres. Un elemento importante acerca de la planificación familiar, según Griffiths y Unger (1994), es una buena comunicación, la cual debe estar basada especialmente en una planeación permanente que facilite la toma de decisiones futuras, la aceptación y el deseo de asumir las responsabilidades familiares venideras. Tampoco se puede desconocer la demanda de condiciones físicas especiales en el hijo con retraso, las cuales han sido asociadas con una menor disposición para mantener el cuidado dentro del círculo familiar (Griffiths y Unger, 1994).

## INTERVENCIÓNES Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Los principios fundamentales de una prevención primaria general del Retraso Mental según Martínez (1999) son:

- Educación de la comunidad.
- Mejorar los niveles socioeconómicos de la población.
- Acciones médicas preventivas dirigidas al embarazo, parto y a la niñez temprana.
- Asesoramiento genético.
- Identificación preventiva de niños con privaciones socio-culturales.

Respecto a la intervención psicológica, Bouras, Holt, Day y Dosen (1999) plantean la terapia conductista, la psicoterapia, y la terapia cognitiva como ejes principales así:

A. Terapia Conductista: se basa en remplazar o modificar conductas evaluadas como inadecuadas dentro del Análisis Funcional. Presenta la ventaja de ser aplicable aun a pacientes con dificultades comunicativas verbales.

B. Psicoterapia: Actualmente se debate la aplicación de terapias como el psicoanálisis y su efectividad en los individuos con limitantes cognitivas, pues en esta terapia el “pensamiento concreto” es una limitante. Por tanto no se recomienda su aplicación en casos de retraso mental grave o profundo.

C. Terapia Cognitiva: Al igual que la terapia psicoanalítica, la terapia cognitiva es recomendada en pacientes con retraso mental ligero; y en casos de depresión moderada, trastornos de ansiedad, trastornos de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo o dificultades de control de la ira.

Para Llamas (2009) uno de los principales objetivos terapéuticos de la intervención psicológica es el establecimiento adecuado de los apoyos necesarios en el paciente, todos aquellos recursos y estrategias que favorecen las metas personales, posibilitan acceso a recursos y que promueve la independencia, la integración y la satisfacción personal. Así, el objetivo de los apoyos es fomentar el éxito adaptativo y la integración. Como elemento complementario se encuentra la importancia de la normalización de la enfermedad, que se basa en los principios de desinstitucionalización y de llevar una “vida ordinaria” tanto como sea posible, promoviendo en este proceso la autonomía de la persona (Bouras, Holt, Day y Dosen, 1999).

## ANALISYS BEHAVIOR APLICATED

Según Sturmey (2008) dentro de las terapias conductuales se encuentra la Applied Behavior Analysis (ABA). Devenida de la investigación conductual iniciada en la década 1930 pero desarrollada sólo hasta 1950, sus fundamentos fueron los principios de la conducta respondiente planteados por Pavlov y la conducta operante planteados por Skinner. Inicialmente el ABA se centró en desordenes psiquiátricos (Ayllon y Michael, 1959; citados por Sturmey, 2008) y en niños con discapacidad intelectual (Orlando y Bijou, 1960; citados por Sturmey, 2008) debido a las pocas alternativas del

momento, aunque sus publicaciones y campos de aplicación desde 1968 han aumentado.

Algunos postulados centrales ABA según Baer et al (1968; citado por Sturmey, 2008) son:

- Debe ser aplicada, es decir, no basta con centrarse en las investigaciones descriptivas de la conducta, es necesario el desarrollo de técnicas que permitan generar cambios en la misma.
- Los investigadores de ABA se centran en comportamientos relevantes a nivel social, aún más que otros investigadores conductuales.
- ABA debe ser pragmática, con mediciones confiables y observaciones cuantificables, de manera que los auto-registros como única herramienta son inaceptables. Esto debido a que si la información cambia es difícil establecer si el comportamiento objeto cambio o si cambio el comportamiento verbal.
- ABA debe ser analítica, de manera que demuestre una relación confiable entre las variables independientes y dependientes.
- ABA debe ser tecnológica, de manera que operacionalice el tratamiento para que este pueda ser replicable.
- ABA debe ser sistemáticamente conceptual, es decir las definiciones de los tratamientos deben basarse en terminología Conductual.

## ENTRENAMIENTO A PADRES

Acerca del entrenamiento a los padres los datos recolectados por Patterson, Littman, y Bricker, (1967; citados por Moore y Patterson, 2009) sugieren que la agresión infantil suele contener un gran componente funcional. De igual manera, diferentes interacciones familiares en casa mostraron que el comportamiento coercitivo del niño suele ser efectivo en manipular intercambios aversivos alrededor de los miembros de la familia; también, se encontró un poco apoyo de las familias por promover comportamientos prosociales; así, se halló en los padres dificultades en la eficiencia en

prácticas como: disciplina (establecimiento de límites), apoyo (contingencias positivas), monitoreo, participación y resolución de conflictos familiares (Moore y Patterson, 2009).

Existen múltiples estudios que indican una fuerte relación entre las habilidades de crianza de los padres y el comportamiento antisocial en el hijo (Forgatch, Patterson, y Ray 1996; Patterson, Reid, y Dichion, 1992; citados por Moore y Patterson, 2009). Así, la teoría del aprendizaje social plantea que la prevención debe iniciar en las edades tempranas y debe envolver procedimientos que promuevan el mejoramiento de las habilidades de crianza de los padres, al igual que mejores prácticas (Moore y Patterson, 2009).

El procedimiento planteado por Moore y Patterson (2009) de entrenamiento a padres consiste en reducir el comportamiento coercitivo y aumentar la frecuencia de refuerzos por comportamientos prosociales. El diseño del tratamiento se organiza en los siguientes pasos:

1. Observar y definir el comportamiento.
2. Usar el refuerzo para promover los comportamientos prosociales, esto incluye el moldeamiento para enseñar nuevos comportamientos.
3. La utilización de castigos suaves.
4. Generalización de las habilidades para los comportamientos relacionados con la escuela y la anticipación de futuros problemas comportamentales o del desarrollo, incluyendo el ajuste de las prácticas de los padres y el entrenamiento en el manejo de contingencias. También a usar menos reprimendas y a usar directrices claras.

Así, los padres aprenden que ellos son la primera fuente de socialización del niño, que ellos son quienes tienen más oportunidad de cambiar la conducta de su hijo y que el niño aprende por estimulación y ajustes de los límites (Moore y Patterson, 2009).

Otra propuesta respecto del entrenamiento a padres, especialmente de niños pequeños, es la planteada por Ayala, Chaparro, Fulgencio, Pedroza, Morales, Pacheco, Mendoza, Ortiz, Vargas y Barragan (2001). Su “Programa para padres de niños pequeños (6 a 9 años)” se propone brindar a los padres estrategias adecuadas para el

control de problemas de conducta del niño y para motivar la conducta positiva, por lo tanto proponen 3 componentes de intervención:

1. Entrenamiento general a padres: se enseña a los padres los principios básicos de las conductas positivas y como promoverlas en su hijo, así como aprender a analizar los factores que pueden estar interviniendo (antecedente, conducta, consecuencia).
2. Interacción padre-hijo: se enseñan las diferentes conductas positivas que deben tener en cuenta para interactuar con sus hijos, como: en los padres el contacto visual, el uso adecuado de los premios, el contacto físico positivo, el provocar risa, reír y dialogar.
3. Seguimiento instruccional: este componente enseña a los padres a dar instrucciones adecuadas, así este entrenamiento comprende los siguientes elementos: 1) obtener la atención del niño; 2) dar instrucciones claras y específicas; 3) esperar el tiempo adecuado para que el niño realice la labor solicitada; y 4) premiar al niño si su conducta fue adecuada para incrementar la frecuencia de la conducta.

Por su parte, es de vital importancia el adecuado acercamiento a la familia de la persona con retraso mental. Los profesionales de servicios de asistencia en ocasiones pueden generar culpa y malestar mediante una comunicación errónea, lo cual aumenta los niveles de estrés y afecta la eficacia de los recursos familiares. Ante ello, el acercamiento comprensivo y paso a paso es la mejor estrategia (Lozano y Pérez, 2000).

## **DATOS DEMOGRÁFICOS**

Nombre y Apellidos del consultante: J.C.

Fecha de nacimiento: octubre de 1987

Edad: 25 años.

Género: Masculino.

Estado civil: Soltero.

Estrato socioeconómico de acudientes: Estrato 6.

Nivel educativo: Paciente que requiere educación especial por déficit cognitivo.

Institución educativa: Asociación Elogios.

Modalidad: semi- internado.

Acudientes:

Padre: padre de J.C.

Edad del padre: 61 años.

Madre: madre de JC

Edad de la madre: 57 años.

Hermanos: No reporta hermanos dentro del presente matrimonio, aunque tiene una medio hermana de un matrimonio anterior del padre.

## **REMISIÓN**

Remitido por La Asociación Elogios para el estudio de caso y diseño de intervención.

## **ANÁLISIS DESCRIPTIVO**

### **IMPRESIÓN:**

Paciente institucionalizado (modalidad semi- internado) en la Asociación Elogios la cual se dedica a brindar un apoyo integral personas con problemáticas de salud mental, especialmente relacionados con trastornos del aprendizaje y deterioro cognitivo.

En el paciente se observa un buen nivel de aseo personal (vestimenta institucional limpia, cabello lavado y peinado, no presenta halitosis), lo cual es debido al apoyo que recibe por parte de la institución; su postura corporal es inadecuada, caracterizada por tener su cabeza siempre inclinada hacia el frente formando un arco tensionando su cuello, también presenta le es difícil controlar su mandíbula inferior, lo cual le genera un frecuente babeo (sialorrea); su lenguaje se caracteriza por contenido telegráfico y ocasionalmente presenta problemas de pronunciación; presenta un problema visual caracterizado por la desviación de su ojo izquierdo; presenta dificultades en la marcha, caracterizadas por un apoyo constante en la parte superior del pie o arrastrar los pies y emprende carreras rápidas sin previo aviso a sus cuidadores; también presenta buena respuesta emocional a los estímulos que proveen los cuidadores durante las actividades con sonrisas y aplausos; sin embargo otras de sus respuestas de alto contenido emocional es la agresión por medio de golpes (con sus manos o pies), que suele presentarse en situaciones de frustración y principalmente con figuras de autoridad (ocasionalmente también a compañeros).

En ocasiones de corta duración durante el día (15 minutos máximo) y baja frecuencia en la semana (un par de días por semana), suele presentar una mejoría leve en algunos de sus síntomas, como mejorar la pronunciación de algunas palabras, mejorar su postura corporal y mejorar su marcha; estos eventos se presentan aleatoriamente, sin una causa hasta el momento establecida. Además sus intervalos de atención suelen ser bajos y suele abandonar las actividades rápidamente (su duración máxima en actividad puede llegar a cerca de 10 min con apoyo durante una hora).

Se destaca en el paciente el hecho de tener un cuidador personal la mayor parte del día, el cual es garantizado por su familia, pero manejado y direccionado desde la Asociación Elogios.



## DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

### **Motivo de Consulta:**

La familia y la Asociación Elogios se encuentran interesadas en el tratamiento de las conductas agresivas del paciente. Pues el nivel de agresión es de difícil control, impiden una evolución satisfactoria del paciente, afectan la armonía del hogar y de la institución educativa donde se encuentra.

## EXPECTATIVAS DE LA TERAPIA

1. Expectativas del proceso terapéutico de la **familia**:
  - El aumento en control de los impulsos en el paciente.
  - Adquirir herramientas que faciliten a sus cuidadores el manejo del paciente y favorezcan la mejoría en el control de impulsos de su hijo con retraso mental.
2. Expectativas del proceso terapéutico de la **Institución**:
  - El aumento en control de los impulsos agresivos en el paciente.
  - El mejoramiento los procesos institucionales mediante la capacitación del personal en técnicas conductuales, que permitan una mejor ejecución de las labores y que favorezca la evolución de los niños.

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

### ESTADO ACTUAL – EVALUACIÓN SINCRÓNICA:

DOMINIOS	DESCRIPCIÓN (SINCRÓNICO)
EMOCIONALIDAD/AFFECTIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta crisis de ira y dificultades para controlar los impulsos agresivos.</li> <li>• A su vez presenta poca tolerancia a la frustración frente a la negación de una de sus solicitudes.</li> </ul>
COGNOSCITIVO/VERBAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo a la aplicación el 11 de noviembre 2011 del WAIS III el paciente presenta un coeficiente Intelectual Total muy bajo (CIT= &lt;60, PE=25), correspondiente a un retraso mental grave (estos resultados de acuerdo al CIE10 corresponden a una edad mental de 6 a 9 años).</li> <li>• Sus fortalezas se encuentran relacionadas con la expresión y comprensión del lenguaje hablado limitado; frente a las habilidades visuoespaciales y perceptivas.</li> <li>• Su motricidad se encuentra finamente deteriorada, caracterizada por temblor de la mano durante ejecución de trabajos manuales simples y deficiente uso del lápices o colores.</li> </ul>
INTERACCIÓN SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su interacción social se ve limitada por su baja fluidez verbal y su pérdida ocasional de impulsos agresivos, llegando a golpear a sus cuidadores e incluso a sus pares.</li> <li>• Presenta dificultades para acatar órdenes, adherirse a normas y suele ser desafiante.</li> <li>• Con su red de apoyo primario (padres, cuidador y personal de la institución educativa) por momentos puede establecer una relación pacífica y afectuosa.</li> </ul>
REPERTORIOS RELACIONADOS CON SALUD ENFERMEDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente con apoyo de sus padres, cuidador y miembros de la institución educativa tiene una gama de herramientas e intervenciones integrales, que le garantizan una atención integral para mantener las mejores condiciones físicas posibles.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente antes del inicio de los problemas de agresión acompañó a su padre en caminatas que mantuvieron su buen estado físico anteriormente durante su adolescencia. Actualmente estas prácticas han sido difíciles de mantener por sus actuales problemas de control de impulsos.</li> </ul>
--	---

CONTEXTOS	
ACADÉMICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debido a sus dificultades cognitivas el paciente recibe educación especial.</li> </ul>
FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su principal círculo familiar se constituye por padre, madre y el paciente. Sus padres son colaboradores frente a los procesos del hijo, principalmente el padre.</li> <li>• Aunque la familia es colaborativa en gran parte del proceso, suele ser demasiado complaciente y no establece límites, lo cual afecta la evolución de las conductas agresivas y desafiantes.</li> </ul>
COMPORTAMIENTO SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En ocasiones suele desnudarse para atraer la atención de sus cuidadores y evitar las actividades programadas.</li> </ul>
CONDICIONES AMBIENTALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se encuentra en una institución con amplia zona verde, con suficientes espacios para realizar las labores educativas, con adecuados destinados al aseo personal (baños), con dormitorios debidamente adecuados.</li> <li>• Su casa es amplia y cuenta con espacio verde, cuenta con espacios destinados para el ocio del paciente y su aseo, sin embargo cuenta con varios niveles (escaleras), que representan un factor de riesgo de accidentes para el paciente y sus cuidadores durante una crisis.</li> </ul>

## HISTORIA – EVALUACIÓN DIACRÓNICA

El paciente fue adoptado a los 7 meses. Su familia reporta que la madre biológica tuvo historia de ingresos al Hospital Psiquiátrico San Camilo por consumo de sustancias psicoactivas. Además de esto, la familia afirma no haber profundizado acerca de la familia biológica del paciente.

A los 2 años de edad se identifica en el paciente formalmente un déficit cognitivo, que se evidenció en sus dificultades de lenguaje y de motricidad. Tras el diagnóstico los padres utilizaron la mayor cantidad de apoyos que pudieron para estimular el desarrollo de su hijo, como cuidadores privados y servicios especializados (servicios de medicina, fonoaudiología, terapia de lenguaje y psicología entre otros). Así, durante su niñez gracias a estos apoyos llegó a una evolución cognitiva que le permitió llegar a comunicarse verbalmente utilizando algunas palabras comunes, a leer contenidos de complejidad simple con palabras familiares para el paciente, a contar los números hasta nominaciones superiores a 100 y a recordar algunos números en inglés (esto durante su niñez y parte de su adolescencia).

El paciente estuvo en educación regular durante su niñez, lo cual funcionó aun con su deficiencia cognitiva y bajo rendimiento académico, hasta la edad de los 10 años, cuando se evidenciaron a nivel escolar las primeras crisis de conductas disruptivas y agresivas frente a figuras de autoridad en el colegio. Por lo cual fue des-escolarizado y a partir de ese momento la familia decidió tener cuidadores independientes.

Esto hasta la edad de 17 años cuando las conductas problema aumentan, es internado en varias ocasiones en ISNOR y recibe diferentes intervenciones (entre estas sedación y terapia electro-convulsiva); razón por la cual fue institucionalizado en la Fundación Iris que trabaja con personas con retraso mental, en la cual presento dificultades de adaptación como quejas constantes de sus compañeros y aumento de sus crisis agresivas, que llevaron a su familia a des-institucionalizarlo el mismo año.

Posteriormente, durante varias temporadas ingresó constantemente a ISNOR de: 3 meses interno y un par de semanas aproximadas en su casa, tras

las cuales presentaba de nuevo las crisis de alto contenido agresivo. En este momento su familia decide en el año de 2011 probar una nueva institución llamada Asociación Elogios, en la cual ha permanecido hasta este momento.

Es importante recalcar, que el control y manejo de sus impulsos agresivos se ha convertido en su mayor problemática desde una edad temprana, que ha perdurado hasta su edad actual.

## EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I: Alta de comorbilidad con: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]; y Trastorno negativista desafiante [313.81].

Eje II: Retraso mental grave [310.0].

Eje III: ninguno.

Eje IV: Problemas relativos al ambiente social: Dificultades adaptativas a nuevos entornos relacionadas con el retraso mental.

Eje V: EEAG= 20 Algún peligro de causar lesiones a otros o a si mismo, debido a su problemática en el control de los impulsos agresivos.

## DIAGNÓSTICO DESDE SISTEMA MULTIDIMENSIONAL

### DIAGNÓSTICO DEL RETRASO MENTAL

#### **Dimensión 1 (Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas):**

De acuerdo a la aplicación del WAIS III del 11 de noviembre de 2011 el paciente presenta un **Coefficiente Intelectual Total muy bajo** (Cociente

Intelectual Total= <60, Puntaje Estándar = 25), correspondiente a un retraso mental grave (estos resultados de acuerdo al CIE10 corresponden a una edad mental de 6 a 9 años).

### **Discapacidades significativas en las áreas adaptativas:**

1. **Comunicación:** presenta limitaciones en el lenguaje hablado caracterizadas por verbalización cortas y lenguaje telegráfico.
2. **Autocuidado:** presenta limitaciones generales en esta área requiriendo apoyo constante.
3. **Habilidades de vida en el hogar:** presenta limitaciones generales en esta área requiriendo apoyo constante para las labores del hogar.
4. **Habilidades sociales:** cuenta con estrategias de socialización básicas, limitadas por su lenguaje, además, esta área también se ve afectada por sus problemas de conducta.
5. **Utilización de la comunidad:** Su utilización de la comunidad se ve limitada por su necesidad de apoyo constante.
6. **Autodirección:** En esta área presenta una funcionalidad básica, reconociendo espacios y lugares, reconociendo días de la semana y del mes, sin embargo presenta dificultades de autonomía.
7. **Salud y seguridad:** En el contexto en el que se encuentra sus necesidades de salud y seguridad se encuentran salvaguardadas por la institución y sus padres.
8. **Académicas funcionales:** presenta dispositivos limitados de aprendizaje que le han permitido leer y memorizar contenidos educativos básicos.
9. **Ocio y tiempo libre:** cuenta con una amplia gama de actividades de estimulación en la institución educativa y en el hogar, sin embargo estas requieren del apoyo constante de sus cuidadores, debido a las dificultades de autonomía del paciente.
10. **Trabajo:** Debido a las condiciones del paciente, no es posible su inserción en el ámbito laboral.

## CLASIFICACIÓN Y DESCRIPCIONES

### **Dimensión 2 (Consideraciones psicológicas emocionales):**

- **Fortalezas:** El paciente se puede estabilizar emocionalmente con el apoyo brindado por sus padres y la Institución. Además presenta fuertes apegos a sus principales cuidadores, lo cual se plantea como fortaleza por la estabilidad emocional que le genera al paciente.

- **Debilidades:** El paciente presenta poca tolerancia a la frustración, que determina la aparición de conductas agresivas.

### **Dimensión 3 (Consideraciones físicas/salud/etiológicas):**

- **Fortalezas:** El paciente cuenta con un buen estado de salud general, se han descartado algunas enfermedades neurodegenerativas como epilepsia, entre otras; también se destaca como fortaleza la atención oportuna de su familia y la Institución cuando el paciente lo requiere.

- **Debilidades:** Su problemática de déficit cognitivo genera en el paciente dificultades para el autocuidado que pueden llegar afectar su salud a corto, mediano y largo plazo si no se encuentra con apoyo en esta área.

### **Dimensión 4 (Consideraciones ambientales):**

- **Fortalezas:** el paciente cuenta con espacios adecuados para el nivel de discapacidad que tiene, esto gracias a la logística institucional y al esfuerzo de sus padres por brindarle al paciente espacios en los que pueda desarrollarse.

- **Debilidades:** Aunque el paciente cuenta con los espacios adecuados para su funcionamiento, es necesario ampliar en el hogar la oferta de actividades lúdicas, educativas y motrices para apoyar la labor de la institución educativa del

paciente; al igual que fortalecer el manejo de normas para apoyar su dificultad comportamental.

## **PERFIL E INTENSIDAD DE LOS APOYOS NECESARIOS**

### **Dimensión 1(Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas):**

- **Apoyo extenso:** El paciente requiere regularmente apoyo de profesionales que estén manejando sus alteraciones comportamentales, pues impiden una adecuada adaptación a diferentes contextos (escolar y familiar por ejemplo); además requiere apoyo regular para su fortalecimiento cognitivo.

### **Dimensión 2 (Consideraciones psicológicas emocionales):**

- **Apoyo intermitente:** El paciente requiere apoyo emocional cuando presenta crisis de agresividad, sin embargo este apoyo no es generalizado.

### **Dimensión 3 (Consideraciones físicas/salud/etiológicas):**

- **Apoyo intermitente:** El paciente requiere apoyo para la toma de sus medicinas y ocasionalmente para la presentación a exámenes médicos; además de apoyo en las tareas de auto-cuidado que el paciente no ha consolidado.

### **Dimensión 4 (Consideraciones ambientales):**

- **Apoyo extenso:** el paciente requiere encontrarse en ambientes controlados como la institución o su hogar; de igual manera, cuando se encuentra en contextos diferentes a los mencionados, requiere de un mayor apoyo proporcionado generalmente por un cuidador del área de la salud.



## ANÁLISIS EXPLICATIVO

**a) Formulación del problema (establecimiento de conductas problema):** Para el establecimiento de las conductas problema, el proceso terapéutico se centraran en dos focos de intervención, el primero son las conductas propias del paciente, mientras que el otro foco será las conductas de la familia o cuidadores que intervienen en el comportamiento general del paciente.

- Conducta problema del paciente: Como queja se ha establecido que el paciente es agresivo, sin embargo en términos comportamentales se definió de la siguiente manera: En determinados contextos el paciente golpea a otros. (esta información se ampliara en el cuadro problema hipótesis validación).

- Conducta problema de los padres: a través del proceso se han hecho evidentes conductas que intervienen en la conducta problema del paciente. Así, en los padres las conductas relacionadas son aquellas permisivas en el establecimiento de límites, que se definieron como: ceder a cada demanda verbal y no verbal del paciente; y evitar la confrontación de las conductas del paciente, para evitar el malestar físico y emocional que esto les puede generar.

- Conducta problema de los cuidadores: la principal problemática de los cuidadores corresponde a una baja tolerancia a la frustración frente a las recaídas del paciente, esto se define como: la percepción de malestar emocional frente a los recurrentes comportamientos agresivos del paciente (si bien esta conducta no será el centro de la intervención, será igualmente importante su manejo para prevenir otras dificultades como el síndrome del cuidador).

## B. Formulación de hipótesis (funcionamiento de conductas objeto):

Problema	Hipótesis	Validación
<p>1. Conducta problema del paciente: en determinados contextos el paciente golpea a otros.</p>	<p>1.1. Conducta evitativa: El paciente suele golpear a otros cuando: a) se encuentra en una actividad dirigida que implica atención sostenida, con la cual presenta dificultades; y b) se le indica que debe mantener su atención en la actividad (especialmente si se le indica de manera directiva). Finalmente de esta manera evita realizar la actividad (refuerzo negativo).</p> <p>1.2. Demanda de atención de su cuidador principal y de otros cuidadores: El paciente suele golpear a otros cuando: el paciente nota que su cuidador principal y/o otros cuidadores dirigen su atención hacia otra persona, generalmente otro niño de la institución o visitas familiares. Finalmente el paciente recibe mayor atención de sus cuidadores que implica mayor acceso a reforzadores como la atención y la compañía de su cuidador.</p> <p>1.3. Intento por manifestar malestar: El paciente suele incrementar los golpes hacia otros cuando: presenta síntomas de alguna enfermedad o posteriormente se contrasta el padecimiento de algún síntoma (como por ejemplo fiebre y</p>	<p>1.1 Mediante la observación y los ensayos conductuales con el paciente en las actividades se puede evidenciar esta relación conducta consecuencia; en la historia clínica del paciente y los reportes de los padres también se evidencia este tipo de conducta, especialmente hacia quien indica o dirige la actividad (“figuras de autoridad”); autores como Bouras, Holt, Day y Dosen (1999) plantean que la agresión puede aparecer cuando hay baja tolerancia a la frustración, lo cual contrasta con este evento.</p> <p>1.2. Mediante la observación y los ensayos conductuales con el paciente en las actividades se puede evidenciar esta relación conducta consecuencia; en la historia clínica del paciente y los reportes de los padres también se evidencia este tipo de conducta; autores como Bouras, Holt, Day y Dosen (1999) plantean que la agresión puede aparecer como intento por atraer la atención.</p> <p>1.3. En la historia clínica del paciente y los reportes de los padres se evidencia este tipo de conducta en los momentos relacionados con enfermedades fisiológicas. Ante lo cual autores como Sturmey (2008), quien plantea que algunos eventos de</p>

<p>2. Conducta problema de los padres: los padres no suelen establecer los límites requeridos para apoyar el cambio de conducta del paciente.</p>	<p>estreñimiento). Eventos durante los cuales el paciente intenta manifestar su malestar, incluso puede asociar a las personas cercanas como estímulo condicionado de su malestar.</p> <p>2.1. Los padres ceden constantemente a las demandas verbales y no verbales del paciente: el paciente dentro de su repertorio enuncia ciertas palabras o realiza ciertos movimientos que para los padres representan un acto comunicativo de demanda (como por ejemplo solicitar un puesto, pedir que se desplacen a algún lugar, pedir ciertos alimentos específicos), al cual la familia suele ceder constantemente, pues en caso de no cumplirse la “demanda” el paciente puede iniciar a dar golpes.</p> <p>2.2. Los padres suelen evitar tomar acciones correctivas frente a algunos comportamientos del paciente como dar golpes, quitarse la ropa y tirarse al suelo; incluso existe dificultad en reconocer las acciones preventivo-correctivas que la institución aplica (como inmovilizar al paciente). Pues esto les genera malestar emocional a los padres y en ocasiones genera que el paciente inicie a golpear.</p>	<p>agresión pueden explicarse por condicionamiento respondiente frente a estímulos aversivos.</p> <p>2.1. Mediante la observación en contexto familiar del paciente se pudo evidenciar esta dificultad de los padres; se pudo evidenciar además en reportes de los cuidadores de fin de semana; también los padres en sus reportes verbales manifiestan tener esta dificultad. Ante los estilos permisivos de crianza autores como Gómez y Romero (2003; citados por Iglesias y Romero, 2009) hallaron una correlación positiva entre la conducta antisocial y este estilo de crianza (si bien en este caso no son comportamientos antisociales propiamente, los comportamientos agresivos pueden relacionarse con el mismo componente).</p> <p>2.2. Mediante la observación en contexto familiar del paciente se pudo evidenciar esta dificultad de los padres; se pudo evidenciar además en reportes de los cuidadores de fin de semana; también los padres en sus reportes verbales manifiestan tener esta dificultad. Al respecto los autores Moore y Patterson (2009), han encontrado en los niños con problemas comportamentales que las diferentes interacciones familiares en casa mostraron que el comportamiento coercitivo del niño suele ser efectivo en manipular intercambios aversivos alrededor de los miembros de la</p>
---	---	---

<p>3. Los cuidadores se frustran frente a las recaídas del paciente, lo cual influye en aspectos emocionales y físicos del cuidador; también, en la calidad de cuidado.</p>	<p>3.1. Los cuidadores perciben malestar emocional y físico frente a la recurrencia de la sintomatología agresiva del paciente. Esto afecta la capacidad del cuidador y el trato con el paciente.</p>	<p>familia; también, se encontró un poco apoyo de las familias por promover comportamientos prosociales; así, se halló en los padres dificultades en la eficiencia en prácticas como: disciplina (establecimiento de límites), apoyo (contingencias positivas), monitoreo, participación y resolución de conflictos familiares (Moore y Patterson, 2009).</p> <p>3.1. Mediante la observación y los ensayos conductuales con el paciente en las actividades educativas en la Asociación. En los reportes de los cuidadores también se evidencia este tipo de consecuencia sobre los cuidadores. Ante el síndrome del cuidador y la sobrecarga el autor Essex (2002), plantea que la sobrecarga de los cuidadores puede aumentar, si el niño presenta problemas comportamentales o de salud.</p>
---	---	---

## HIPÓTESIS EXPLICATIVAS

El problema de agresión del paciente no obedece a una única situación, por el contrario en circunstancias diferentes, suele comprender explicaciones distintas. Pues, como lo plantea Bastos (2006) puede verse comprendida en algunas circunstancias como un acto comunicativo especialmente cuando existen problemas de lenguaje; en otras circunstancias obedece a conductas evitativas de situaciones frustrantes o desagradables (Bouras, Holt, Day y Dosen, 1999); también se pueden observar estos comportamientos como conducta respondiente, en las cuales a quien se agrede se ha relacionado previamente con un evento desagradable, como lo ha evidenciado en sus estudios Sturmei (2008);

Finalmente según Muntaner (1995; citado por Llamas, 2009) y Martínez (1999) este conjunto de situaciones se ven agravadas por la condición de Retraso Mental Grave, dentro de la cual se encuentran características como: deterioro motriz y comunicativo; y por las características del estilo parental permisivo que pueden llevar al hijo a tener serios problemas comportamentales (Gómez y Romero, 2003; citado por Iglesias y Romero, 2009). A continuación se ampliara esta hipótesis.

Así, el paciente por las características de su enfermedad tiene problemas de auto-regulación de sus conductas agresivas y problemas comunicativos verbales, lo cual favorece que el paciente remplace por conductas agresivas lo que quiere comunicar, como por ejemplo: “la actividad no me agrada”, “quiero atención”, “quiero ir a X lugar”, “no quiero estar acá” y “me siento mal”. De esta manera, las conductas del paciente pueden cumplir un papel de conducta operante. Otras conductas cumplirán un papel de conductas respondientes.

Dentro de las conductas agresivas como operantes se pueden evidenciar:

- a. En el contexto escolar, cuando se le es dada una tarea que implica el sostenimiento de su atención suele evitarla de diferentes maneras, dentro de las cuales se encuentra dar golpes a su cuidador,

finalmente por motivos de seguridad de las demás personas, es retirado de la actividad. Así, como antecedente se presenta la actividad escolar, su conducta es dar golpes y como consecuencia evita realizar la actividad que le desagrada o le incomoda.

b. En el contexto familiar, cuando el paciente desea realizar una actividad (ver televisión, desplazarse a algún lugar, obtener la atención de algún cuidador) y esta es postergada, puede que el inicie a dar golpes, ante lo cual la familia suele ceder y permitirle realizar la actividad; de igual manera sucede si el paciente se encuentra en una actividad de agrado y esta le es retirada. Así, como antecedente están la negativa a una solicitud o la retirada de una actividad de agrado, su conducta es dar golpes y como consecuencia se le permite realizar la actividad que desea.

c. En el contexto escolar y en el hogar, cuando una persona se acerca a su cuidador, el paciente puede iniciar a golpearla, ante lo cual el cuidador suele retirar a la nueva persona y permanecer más tiempo con el paciente. Así, como antecedente se encuentra la aparición de un tercero y la una pérdida de proximidad con el cuidador, su conducta es dar golpes, y como consecuencia recupera la proximidad con su cuidador.

La principal conducta agresiva como respondiente es la siguiente:

a. El paciente cuando siente un malestar físico como dolor de estómago o dolor de cabeza puede establecer una relación entre su malestar y las personas que se encuentran cuidándolo (por la cercanía temporal de ambos estímulos), de manera que cuando el paciente se encuentra enfermo suele también dar golpes a otros. De esta manera como estímulo incondicionado se encuentra su enfermedad, que como respuesta incondicionada le genera malestar e incomodidad, al establecer la relación con el cuidador como estímulo condicionado, la presencia de este genera incomodidad y por tanto el paciente reacciona con golpes.

Por otra parte, la familia ha sido un factor importante de mantenimiento de los problemas de agresión del paciente a través de su crecimiento, pues la

familia ha establecido un pensamiento que funciona como una regla, la cual a partir de las verbalizaciones de la familia se puede plantear de la siguiente manera “mi hijo es especial, por lo tanto debo hacerlo tan feliz como sea posible; corregirlo es no permitirle ser feliz, por tanto es mejor dejarlo hacer lo que quiere”. Esto como consecuencia lleva a que los padres eviten corregir al hijo por las consecuencias emocionales que esto les genera, lo cual se ha remplazado por una complacencia constante. También, corregir a su hijo en algunos eventos les ha generado consecuencias físicas como recibir golpes de su hijo, lo cual ha generado miedo especialmente en la madre, lo cual favorece la evitación de los padres, hasta el punto que las demandas del paciente durante su crecimiento no pudieron ser resueltas mediante esta estrategia y se requirió de apoyo institucional durante las crisis agresivas del paciente, llegando incluso a la necesidad de internarlo en instituciones de salud mental.

Finalmente, no como factor de mantenimiento, pero si como factor de sobrecarga de los cuidadores, se encuentran las recaídas del paciente, frente a las cuales los cuidadores perciben un malestar emocional (frustración), que afecta directamente su capacidad de cuidado, desempeño y afrontamiento del problema.

### PLAN DE INTERVENCIÓN

Objetivos	Técnicas de intervención
<p>OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN CON EL PACIENTE:</p> <p>Intervención del mes de agosto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar las</li> </ul>	<p>TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN APLICADAS EN EL PACIENTE (la aplicación de estas técnicas correspondió a la guía y coordinación del tratamiento del paciente dentro de la Asociación Elogios):</p> <p>Intervención del mes de agosto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación de conductas, entrevistas y registros de conductuales.</li> <li>• Análisis de las conductas del paciente basado en los</li> </ul>

<p>conductas del paciente y establecer línea base.</p>	<p>reportes y registros del paciente (historia clínica, reportes de los docentes de la Asociación Elogios y reportes de los padres de familia).</p>
<p>Intervención del mes de septiembre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir las conductas agresivas del paciente: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforzar la realización de conductas incompatibles.</li> <li>2. Reducir los niveles de excitación fisiológica.</li> </ol> </li> </ul>	<p>Intervención del mes de septiembre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refuerzo de las conductas incompatibles con golpear como: mantener las actividades didácticas recortando, pegando papel, entre otros; saludar a los demás de manera afectiva, en lugar de golpear; cantar una canción y bailar.</li> <li>2. Entrenamiento en relajación: en respiración diafragmática para reducir los niveles de excitación fisiológica que favorecen la ira.</li> </ol>
<p>Intervención del mes de octubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir las conductas agresivas del paciente: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforzar la realización de conductas incompatibles.</li> <li>2. Reducir los niveles de excitación fisiológica.</li> <li>3. Extinguir reforzadores de la conducta agresiva.</li> </ol> </li> </ul>	<p>Intervención del mes de octubre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refuerzo de conductas incompatibles.</li> <li>2. Entrenamiento en relajación.</li> <li>3. Evitar reforzar la conducta agresiva del paciente: a) para el paciente se identificó el refuerzo social como una fuente importante de refuerzo, por lo cual el paciente tiene a utilizar diferentes estrategias para llamar la atención, por tanto fue necesario que solo una persona (o dos en el caso de que fuese una crisis fuerte) controlaran al paciente y que los demás cuidadores y personas de la institución ignorasen sus pataletas; B) Posterior a las pataletas, el paciente durante la etapa de agotamiento recibía mayor contacto físico por parte de sus cuidadores (acariciar la cabeza y recostarlo en las piernas), lo cual tendía a mantener las conductas del paciente.</li> </ol>
<p>Intervención del mes de</p>	<p>Intervención del mes de noviembre:</p>



<p>noviembre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir las conductas agresivas del paciente:       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforzar la realización de conductas incompatibles.</li> <li>3. Extinguir reforzadores de la conducta agresiva.</li> </ol> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refuerzo de las conductas incompatibles.</li> <li>2. Evitar reforzar la conducta agresiva del paciente.</li> </ol>
<p>Intervención del mes de diciembre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir las conductas agresivas del paciente:       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforzar la realización de conductas incompatibles.</li> <li>3. Extinguir reforzadores de la conducta agresiva.</li> <li>4. Castigar la conducta agresiva (mediante castigo suave).</li> </ol> </li> </ul>	<p>Intervención del mes de diciembre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refuerzo de las conductas incompatibles.</li> <li>2. Evitar reforzar la conducta agresiva del paciente.</li> <li>4. Utilizar castigos suaves (mildpunishment): a) existen conductas agresivas que se mantienen, para reducirlas como último recurso se suele recurrir al castigo preferiblemente el castigo suave (mildpunishment), por lo cual se aplica tiempo fuera durante las actividades y pérdida de privilegios como sus alimentos favoritos.</li> </ol>
<p>Intervención del mes de enero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir las conductas agresivas del</li> </ul>	<p>Intervención del mes de enero:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refuerzo de las conductas incompatibles.</li> <li>2. Evitar reforzar la conducta agresiva del paciente.</li> <li>4. Utilizar castigos suaves (mildpunishment).</li> <li>5. Cierre terapéutico: espaciar el acercamiento con el</li> </ol>

paciente.

1. Reforzar la realización de conductas incompatibles.
3. Extinguir reforzadores de la conducta agresiva.
4. Castigar la conducta agresiva (mediante castigo suave).
5. Cerrar gradualmente el proceso terapéutico.

**OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA Y EL PRINCIPAL CUIDADOR DEL PACIENTE:**

Sesión 1 del 26 de agosto:

- Evaluar el comportamiento del paciente en presencia de los padres.
- Definir la relación colaborativa y el compromiso de los padres en el desarrollo del tratamiento.
- Explicar los fundamentos del

paciente e informarle acerca de la finalización del proceso en reiteradas ocasiones, para reducir el duelo terapéutico.

**TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN APLICADAS EN LA FAMILIA DEL PACIENTE:** (la aplicación de dichas intervenciones se llevaron a cabo en el hogar de los padres durante el fin de semana que el paciente asistió).

Sesion1:

- Análisis de las conductas del paciente en su entorno familiar.
- Establecimiento de compromisos durante el tratamiento.
- Psi-coeducación acerca del modelo de intervención conductual.

<p>diseño terapéutico.</p> <p>Sesión 2 del 2 de septiembre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los pensamientos acerca del paciente y establecidos como reglas intervienen en el trato al paciente.</li> <li>• Identificar las relaciones el comportamiento agresivo del paciente y las consecuencias que lo mantienen.</li> <li>• Entrenar a la familia en una adecuada formulación de instrucciones.</li> </ul> <p>Sesión 3 del 23 de septiembre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenar a la familia y a su cuidador en formulación de instrucciones.</li> </ul> <p>Sesión 4 del 29 de septiembre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenar a la familia y a su cuidador en formulación de</li> </ul>	<p>Sesión 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de la conducta verbal de los padres en forma de pensamientos, que median sus conductas hacia el paciente.</li> <li>• Psi-coeducación acerca del establecimiento de contingencias, centrado en las relacionadas con el comportamiento agresivo del paciente y el manejo de estas contingencias.</li> <li>• Entrenamiento general a padres centrado en la formulación y seguimiento de instrucciones.</li> </ul> <p>Sesión 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento general a padres centrado en la formulación y seguimiento de instrucciones.</li> </ul> <p>Sesión 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento general a padres centrado en la formulación y seguimiento de instrucciones con ensayos conductuales en vivo con el paciente.</li> </ul>
--	--

instrucciones.

Sesión 5 del 28 de agosto:

- Entrenar a la familia y a su cuidador en formulación de instrucciones.

Sesión 6 del 5 de noviembre:

- Psico-educar en adherencia al tratamiento y la importancia de la farmacoterapia
- Reevaluar el proceso y la evolución del paciente.
- Tomar determinaciones acerca de abandono del último cuidador.

Sesión 7 del 25 de noviembre:

- Restablecer compromisos de los padres en tratamiento.
- Fortalecer el establecimiento de límites hacia el paciente.
- Establecer los compromisos y directrices a los

Sesión 5:

- Entrenamiento general a padres centrado en la formulación y seguimiento de instrucciones con ensayos conductuales en vivo con el paciente.

Sesión 6:

- Psi-coeducación a la familia en adherencia al tratamiento farmacológico.
- Revaluación de proceso y evolución del paciente con la familia y establecimiento de nuevos objetivos teniendo en cuenta la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Entrenamiento en resolución de problemas y toma de decisiones para superar abandono del cargo del principal cuidador.

Sesión 7:

- Restablecimiento de compromisos de los padres frente al tratamiento psicológico y farmacológico.
- Entrenamiento en establecimiento de límites con el paciente.
- Entrenamiento en el modelo de intervención conductual y el manejo de contingencias a los nuevos cuidadores del paciente.

<p>nuevos cuidadores respecto al manejo del paciente.</p> <p>Sesión 8 del 7 de febrero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierre y retroalimentación del proceso terapéutico.</li> </ul> <p>OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN CON LOS CUIDADORES INSTITUCIONALES:</p> <p>Sesión 1 de 24 de septiembre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indagar las problemáticas y estrategias presentes en la labor de los cuidadores.</li> </ul> <p>Sesión 2 de 11 de octubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar a los cuidadores sobre la relevancia de su labor en relación con los jóvenes.</li> </ul> <p>Sesión 3 de 13 de</p>	<p>Sesión 8:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retroalimentación del proceso terapéutico, recomendaciones y cierre terapéutico.</li> </ul> <p>TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN APLICADAS A LOS CUIDADORES INSTITUCIONALES:</p> <p>Sesión 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialización de estrategias utilizadas por los cuidadores. A partir de esto, se aplican principios de análisis de la conducta para evaluar las diferentes problemáticas.</li> </ul> <p>Sesión 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de relajación dirigida con exposición a eventos emocionales relacionados con el cuidado de los pacientes de la institución.</li> <li>• Aplicación del Maslach Burnout Inventory (MBI).</li> </ul> <p>Sesión 3:</p>
---	---

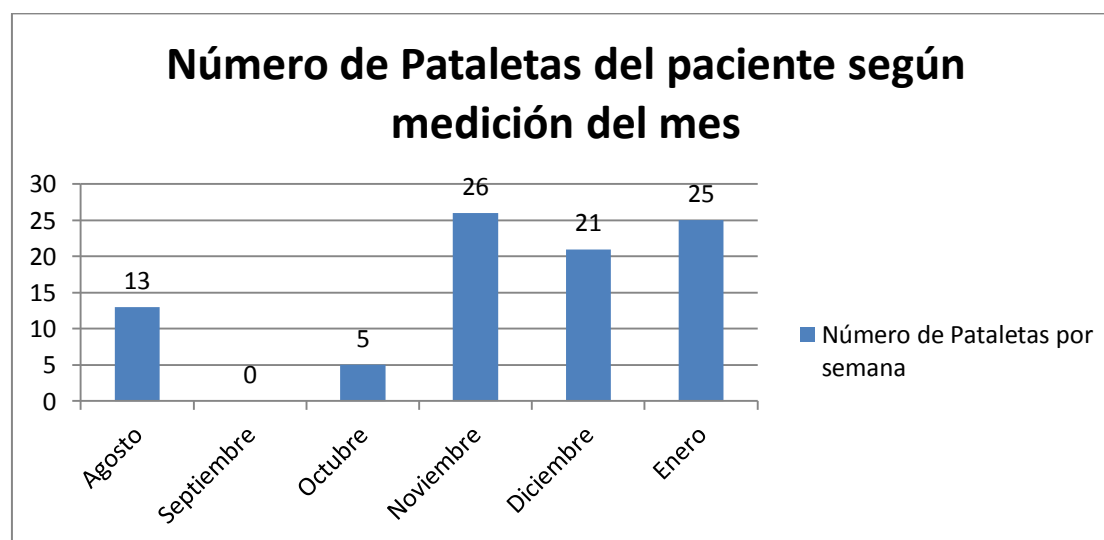
<p>noviembre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Socializar técnicas de control conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retroalimentación de los resultados del Maslach Burnout Inventory (MBI)</li> </ul>
<p>Sesión 4 de 19 de noviembre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Socializar el Análisis Aplicado de la Conducta (ABA).</li> </ul>	<p>Sesión 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en interacción general y seguimiento de instrucciones.</li> <li>• Psi-coeducación en intervención terapéuticas para reducir la ira.</li> <li>• Psi-coeducación en ABC (Antecedent, Behavior, Consequence).</li> <li>• Aplicación de estrategias de entrenamiento a padres en los cuidadores institucionales: Refuerzo de conductas positivas, Uso del castigo suave y Anticipar futuros problemas.</li> </ul>
<p>Sesión 5 de 26 de noviembre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Socializar técnicas de intervención en jóvenes con dificultades cognitivas.</li> </ul>	<p>Sesión 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psi-coeducación en el manejo de pacientes con déficit cognitivo y problemas de adaptación basado en técnicas conductuales de intervención: Modelamiento, Encadenamiento, Orientación física directa, Juego de roles, Estructuración y Refuerzo positivo.</li> </ul>

## RESULTADOS

A través de la intervención terapéutica se mostraron diferentes cambios en la conducta del paciente, por lo cual es conveniente observar el registro de los eventos agresivos (pataletas) en el paciente durante las diferentes semanas de medición y los eventos que influyeron de manera significativa en su comportamiento.

Así, El levantamiento de línea base se realizó durante una semana del mes de agosto donde se midieron los eventos agresivos del paciente, posteriormente se realizó una medición durante una semana de cada mes hasta el mes de enero, exceptuando el mes de septiembre por inconvenientes de seguimiento del registro de su principal cuidador. Estos resultados se exponen en la siguiente gráfica.

Grafica 1.



Como se puede observar en la gráfica, durante el mes de Agosto se registraron 13 eventos agresivos durante la semana de medición, momento a partir del cual se dio inicio a la intervención. Comenzando así, con el refuerzo de las conductas incompatibles, frente a lo cuales el paciente tuvo una buena respuesta, en especial cuando la consecuencia natural era obtener atención de sus cuidadores; junto a esta técnica se introdujeron técnicas de respiración, frente a la cual tuvo una respuesta moderada, funcionando no como relajante sino como distractor durante el evento

agresivo. Además, en esta intervención se intentó incluir técnicas de terapia cognitiva, que contaron con pobre respuesta, estas fueron: detención de pensamiento, entrenamiento en control de impulsos y entrenamiento en resolución de problemas, pues se estimó en el paciente un mejor repertorio cognitivo que el de sus compañeros (es decir, puede leer palabras y textos cortos, cuenta los números hasta 100 y es propositivo en su comunicación en contextos limitados con frases cortas y saludos), sin embargo, la poca eficacia de estas aplicaciones pudo deberse a una sobrevaloración del terapeuta de las capacidades hasta el momento evidenciadas.

De manera paralela se trabajó con la familia del paciente durante el mes de agosto en psico-educación acerca del diagnóstico del paciente, del modelo terapéutico Conductual y del Análisis de la Conducta Aplicado; también se establecieron los compromisos de apoyo por parte de la familia incluyendo un mayor acercamiento a la institución. Como resultado la familia presentó una mejor aceptación del diagnóstico y redujo significativamente sus expectativas, las cuales inicialmente se centraban en una “recuperación total de la discapacidad” y que posteriormente se redujeron a “reducir su problema de conducta y en lo posible apoyar mínimamente a sus cuidadores en lo que se requiera en la asociación”, las cuales para el proceso se consideran expectativas más cercanas al problema del paciente, aunque en el momento actual el paciente debido a sus problemas de conducta es difícil que apoye a sus cuidadores en las labores de la institución.

Durante el mes de septiembre se intentó modificar los pensamientos de los padres que limitaban el tratamiento del paciente, como: “el niño es especial y por eso solo puede ser tratado con cariño”, “eso de inmovilizarlo es inhumano” y “la medicación lo mantiene muy dopadito”. Así, el primer pensamiento para los padres evitaba que se le establecieran límites y normas al paciente; el segundo limitaba algunas técnicas preventivo-correctivas de hetero y auto lesión, y la utilización de la inmovilización como castigo de las conductas agresivas; finalmente la tercera idea influyó directamente en la adherencia al tratamiento farmacológico. También, hacia los últimos días del mes se entrenó a los padres en formulación de instrucciones, en lo cual su respuesta frente al proceso consideró moderada-baja, pues dificultades en estos elementos influyeron



significativamente en el proceso terapéutico en los meses posteriores (ver resultados del mes de noviembre).

Llegado el mes de octubre se puede observar una disminución en los eventos agresivos, registrándose tan solo 5 durante la semana de medición, indicando un posible funcionamiento de la intervención hasta ese momento.

Sin embargo, existió un cambio comportamental significativo entre las conductas del mes de octubre y las del mes de noviembre, mes en el cual se incrementó la conducta agresiva del paciente a 26 eventos. Al indagarse con detenimiento se evidenció una variable que interfirió de manera significativa el proceso terapéutico: el cambio de la medicación guiado por el deseo de los padres de reducir la carga de medicamentos, esto sin previo informe a la Asociación (ver graficas 2 y 3).

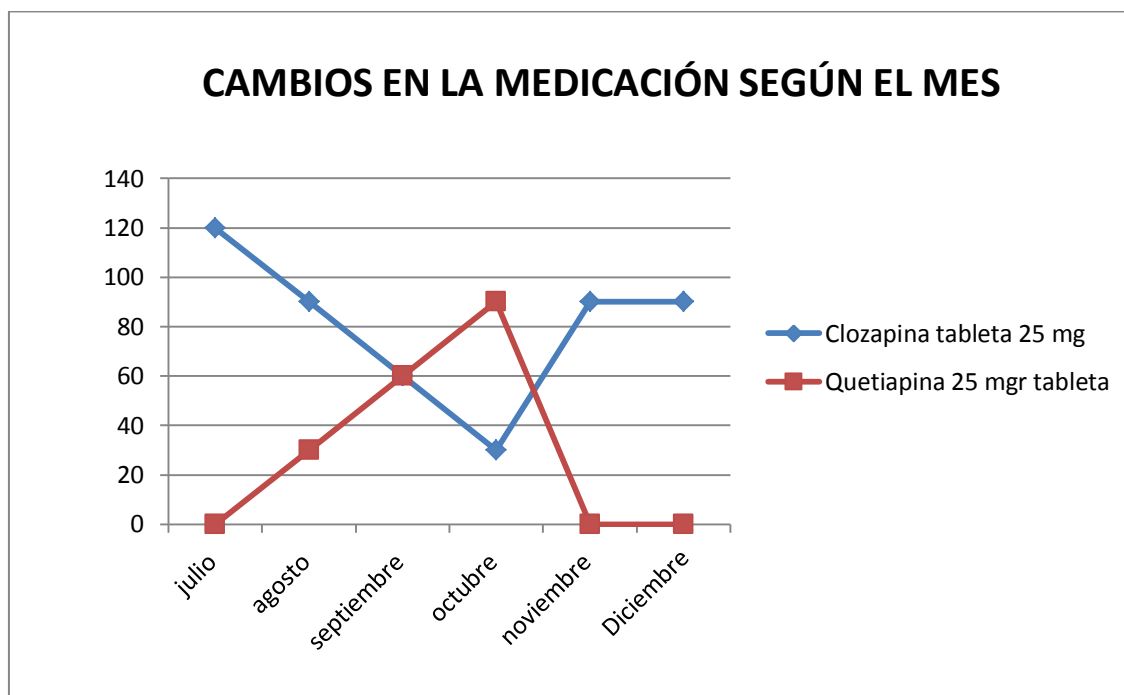
Lo cual para la intervención implicó un cambio conductual inesperado en el paciente. Además de representar un problema de adherencia al tratamiento por parte de los padres, que requirió de una reformulación del proceso con la familia en la sesión 6, a partir de la cual los objetivos se centraron en el restablecimiento de compromisos con el tratamiento, como: hacer partícipe activa a la Asociación en el caso de los cambios de medicación, la aceptación por parte de los padres por los diferentes procedimientos (entre ellos inmovilizar al paciente en medio de sus crisis agresivas para evitar el riesgo de hetero y auto agresión), una mayor participación en el establecimiento de límites hacia el paciente y tener en cuenta las prescripciones de la Asociación al momento de realizar cualquier cambio en el tratamiento.

Otra variable que tuvo incidencia en el tratamiento, fue el abandono del principal cuidador contratado por la familia durante el inicio del mes de noviembre, lo cual implicó movilizar recursos logísticos y adaptativos familiares e institucionales, de manera que el nuevo cuidador mantuviera un vínculo más estrecho con la Asociación y un mayor compromiso con el tratamiento. Frente a esta intervención terapéutica, se dio como resultado una mayor flexibilidad de los padres frente al proceso, mejor reconocimiento del problema que implica el retraso mental grave y los problemas de conducta en su hijo, así como la importancia de tener en cuenta las prescripciones e informes de la asociación al momento del control de psiquiatría.

Grafica 2.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO REGULAR				
	Medicamento	Dosis	Vía de aplicación	Cantidad
1	Clonazepam 2 mg tableta	0,5 - 0,5 - 1	vía oral	60
2	Clozapina tableta 25 mg	1 - 1 - 2	vía oral	120
3	ÁcidoValproico Tableta o Capsula 250 mg	2 - 0 - 2	vía oral	120
4	Olanzapina x 10gm tableta	1 - 0 - 1	vía oral	60
5	Quetiapina 25 mg tableta		vía oral	0

Grafica 3.

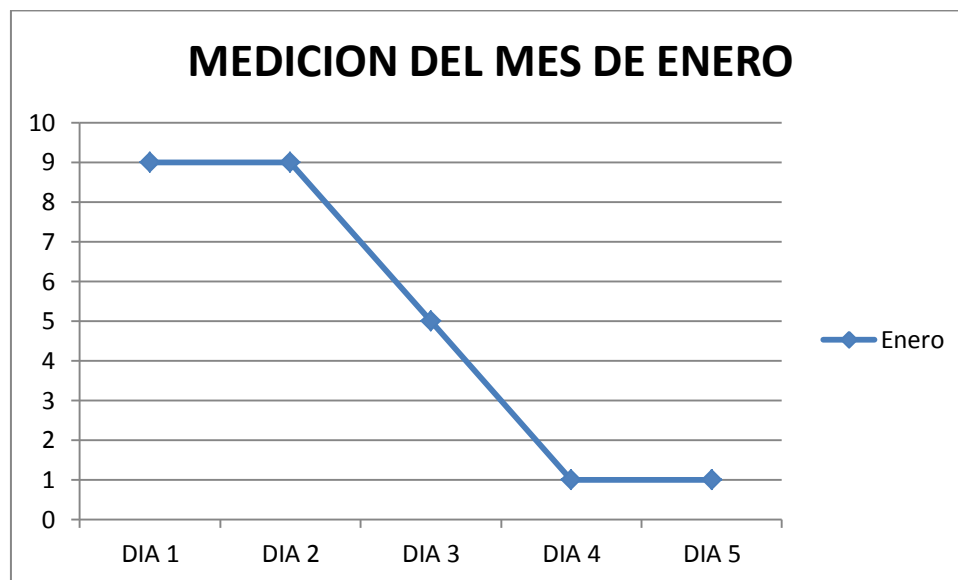


Durante el mes de diciembre el paciente presentó 21 eventos agresivos durante la semana de medición, los cuales se relacionan con su adaptación a su nuevo cuidador y a un proceso de readaptación a su antigua formulación médica.

Llegado el mes de enero la semana de medición correspondió a la semana que el paciente reingresó a la institución educativa tras sus vacaciones con la familia, como

resultado presentó 25 eventos agresivos. Ahora bien, es importante destacar detalladamente la distribución de las pataletas, concentradas durante los días 1 y 2, seguidos de una disminución gradual de pataletas llegando a presentarse solo una en los días 4 y 5. Como resultado esto se relaciona con un proceso de readaptación del paciente a su entorno escolar y al tratamiento.

Grafica 4.



Finalmente, se realizó un cierre terapéutico con la familia escuchando su percepción acerca del proceso, señalando los resultados obtenidos durante la intervención y planteando la importancia de seguir las prescripciones establecidas desde la Asociación (en especial frente al compromiso con el tratamiento). A su vez, se sugirió planificar decisiones sobre el cuidado del paciente a futuro, teniendo en cuenta que él es un adulto joven y sus padres son ya adultos mayores. Frente al cierre terapéutico la familia presentó una importante respuesta, reportando verbalmente una reducción de la dificultad en el manejo del paciente frente a los dos años anteriores y de la ansiedad producida por los problemas de conducta en él. Valga destacar que a través del proceso se evidenció un mayor acercamiento de los padres a la institución, especialmente por parte del padre, lo cual permite establecer alianzas terapéuticas con la Asociación.

## DISCUSIÓN

El estudio es una experiencia de aplicación de técnicas conductuales y entrenamiento a padres de un paciente con retraso mental grave y conductas agresivas, un diseño de caso único del cual se pueden exponer los siguientes hallazgos:

En el tratamiento de los pacientes con retraso mental grave, la baja adherencia a las intervenciones comportamentales y farmacológicas por parte de los padres puede limitar ampliamente los procesos y generar retrocesos en la evolución. Por lo tanto, el terapeuta debe evaluar permanentemente el estado de adherencia de los padres en el tratamiento de su hijo y hacer un seguimiento de las prescripciones establecidas por los profesionales de la salud, incorporando integralmente tales actividades a los programas de intervención correspondientes.

Igual importancia requiere la relación entre la adherencia al tratamiento y el estilo parental permisivo (Lozano y Pérez, 2000). Determinaciones de los padres como: evitar hacer uso del control, evadir el uso de castigos, permitirle al paciente regular sus propias actividades e intentar reducir la carga de la medicación van en contra de las prescripciones de muchos tratamientos para esta población, pueden generar más limitaciones y agravar los problemas comportamentales ya presentes. En el presente caso esto insidioso directamente en la intensificación de la conducta agresiva del paciente.

De este modo, las evidencias confirmarían los postulados de Moore y Patterson (2009) sobre la relación entre los problemas de agresión y las dificultades de crianza en: disciplina (establecimiento de límites), apoyo (contingencias positivas), monitoreo, participación y resolución de conflictos familiares. Ahora bien, la conducta agresiva en los pacientes con retraso mental grave puede verse como una conducta funcional, que responde en algunos casos a principios de conducta respondiente (relacionar personas u objetos con el malestar físico en caso de enfermedad) o en otros a principios de conducta operante (demanda para satisfacción de algún deseo o necesidad). Esto apoya el planteamiento de Patterson, Littman y Bricker, (1967; citados por Moore y Patterson, 2009), quienes sugieren que la agresión infantil suele contener un gran

componente funcional y que el comportamiento coercitivo del niño suele ser efectivo en manipular intercambios alrededor de los miembros de la familia. Se muestra viable entonces la aplicación del modelo conductual de intervención a este tipo de problemáticas.

Respecto al diseño y los resultados del caso, su validez se vio claramente afectada por la interferencia de variables extrañas como la alteración en la medicación y el abandono del principal cuidador. Sin embargo, algunos datos del mismo pueden respaldar a los planteamientos de Bouras, Holt, Day y Dosen (1999) y Orlando y Bijou, (1960; citados por Sturmey, 2008) acerca de la aplicación de intervenciones conductuales en el tratamiento del retraso mental (aun cuando existen dificultades comunicativas verbales). Así mismo, los resultados respaldan la postura de estos autores frente a la poca efectividad en este tipo de casos de las aplicaciones de terapias cognitivas para controlar la agresión: detección de pensamiento (Tyson, 1998; citado por Donohue, Tracy y Gorney, 2009), entrenamiento en resolución de problemas (Donohue, Tracy y Gorney, 2009) y las técnicas de control de impulsos (Azrin, McMahon, et al, 1994; citados por Donohue, Tracy y Gorney, 2009).

El presente caso también aporta evidencias a los planteamientos de Llamas (2009) respecto a la importancia de los apoyos en la intervención terapéutica de población con retraso mental, pues representan herramientas fundamentales para fomentar el éxito adaptativo y la integración. No se trata solo de las dificultades cognitivas, pues la severidad del retardo de un paciente es directamente proporcional a su comorbilidad con otros trastornos, las dificultades de funcionamiento adaptativo y la manifestación de comportamientos desafiantes, lo cual genera necesidades especiales (Haveman; van Berkum; Reijnders y Heller, (1997). Así pues, en este estudio se aplicaron dos de los apoyos planteados por Lozano y Pérez (2000): 1) asesoramiento y orientación familiar; y 2) alivio familiar. Los cuales contribuyeron en los procesos de aceptación del diagnóstico, establecimiento de expectativas terapéuticas ajustadas a la condición del paciente, aceptación de las prescripciones terapéuticas, una mejor planificación a futuro y una reducción de estrés crónico en la familia mediante la descarga parcial del esfuerzo que el cuidado implica. De esta manera, diseños de intervención con elementos comunes al presente pueden ayudar a prevenir las graves

consecuencias del síndrome del cuidador: fatiga, depresión, baja autoestima e insatisfacción personal (Bristol , 1984; Belchic, 1996; Pisula, 2002; Shu, Lung y Chang, 2000; Weiss, 2002; citados por Seguí, Ortiz-tallo y De Diego, 2008).

Finalmente, la formulación del presente caso contribuye al cuerpo de información de intervenciones conductuales en personas con retraso mental grave, especialmente en la identificación, control y manejo de variables desconocidas o variables que inicialmente se estimaban controladas, como son: la adherencia al tratamiento y el abandono de los cuidadores. Además, ilustra cómo un diseño de intervención clínico debe modificarse, adaptarse y ajustarse de acuerdo a diferentes situaciones que aparecen en el trascurso del proceso terapéutico.

## BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición, texto revisado.* (DSM IV-TR), Washington. DC.

Stutmey, P (2008). *Behavioral case formulation and intervention A functional analytic approach.* New York: Jhon Wiley y sons Ltd.

Donohue, B; Tracy, K y Gorney, S (2009). *Anger (negative Impulse) control.* O'Donoue, W y Fisher, J (Comps). *General principles and empirical supported techniques of cognitive behavior therapy* (pag. 115-123). New Jersey: Jhon Wiley & -Sons, Inc.

Moore, K y Patterson, G(2009). *Parent training.* O'Donoue, W y Fisher, J (Comps). *General principles and empirical supported techniques of cognitive behavior therapy* (pag. 481-487). New Jersey: Jhon Wiley & -Sons, Inc.

Lozano, M y Perez, I (2000). *Necesidades de la familia de las personas con retraso mental y necesidades de apoyo generalizado.* Verdugo, M (comps). *Familias y discapacidad intelectual.* Capítulo 6. Madrid: FEAPS.

Verdugo, M (1994). *El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: La nueva definición de la AAMR.* Siglo Cero, 25(3), 5-24.

Martinez, J (1999). *Breve guía diagnóstica y pronóstico de los retrasos mentales.* Buenos Aires. Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 8, N° 2, págs. 157 a 173.

Llamas, A (2009). *Intervención en el retraso mental para su integración social.* Granada. Revista digital innovación y experiencias educativas. N° 22

Bastos, H (2006). *Psicopatología y retraso mental.* Buenos aires. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 13, N° 2, septiembre de 2006, págs. 55 a 63.

- Coronel, C (2012). *Análisis del contexto socioeconómico de niños con retraso mental*. Veracruz. Universidad Veracruzana. *Psicología y Salud*, Vol. 22, Núm. 1: pp 37-48.
- Iglesias, B y Romero, E (2009). *Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 14, Nº 2 (pp. 63-77).
- Orjales, I y Polaino-Llorente, A (1993). *Impacto y consecuencias psicopatológicas del retraso mental en la familia*. Madrid. *Revista computense de educación*. vol. 4(2) (pp 67-95).
- Seguí, J; Ortiz-tallo, M y De Diego, Y (2008). *Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud*. Murcia. *Anales de psicología*. vol. 24, nº 1. (pp 100-105).
- Heller, T; Hsieh, K y Rowitz, L (1997). *Maternal and Paternal Caregiving of Persons with Mental Retardation across the Lifespan*. Source: *Family Relations*. Vol. 46, No. 4, *Family Caregiving for Persons with Disabilities* (pp. 407-415).
- Essex, E (2002). *Mothers and Fathers of Adults with Mental Retardation: Feelings of Intergenerational Closeness*. Source: *Family Relations*, Vol. 51, No. 2 (pp. 156-165).
- Haveman, M; Van Berkum, G; Reijnders, R y Heller, T (1997). *Differences in Service Needs, Time Demands, and Caregiving Burden among Parents of Persons with Mental Retardation across the Life Cycle*. Source: *Family Relations*, Vol. 46, No. 4, *Family Caregiving for Persons with Disabilities* (pp. 417-425).
- Griffiths, D y Unger, D (1994). *Views about Planning for the Future among Parents and Siblings of Adults with Mental Retardation*. Source: *Family Relations*, Vol. 43, No. 2 (pp. 221-227).



Ayala, H; Chaparro, A; Fulgencio, M; Pedroza, F; Morales, S; Pacheco, A; Mendoza, B; Ortiz, A; Vargas, E & Barragan, N (2001). *Tratamiento de agresión infantil: desarrollo y evaluación de programas de intervención conductual multi-age*. México. Revista mexicana de análisis de la conducta. núm. 27, (pp. 1-118).

Bouras, N; Holt, G; Day, K y Dosen, A (1999). *Salud mental en el retraso mental el ABC para la salud mental, la asistencia primaria y otros profesionales*. London, UK 1999. Asociación Mundial de Psiquiatría, Sección de Retraso Mental Centro de Salud Mental en Discapacidades de Aprendizaje. Traducción: Equipo Sanatori Villablanca (Reus) 2002.

Angel, A; Rodriguez-Blazquez, M y Salvador, L (n.d.). *Nuevos aspectos de la epidemiología psiquiátrica del retraso mental*. Obtenida el 12 de octubre de 2012. En: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/simpos/s4.html>