

La conducta problemática: un indicador de necesidad de cambio en los servicios residenciales

M^a Victoria Martín, Mónica Gutiérrez, Noelia Flores, Cristina Jenaro, Ricardo Canal, y Patricia García

INICO, Universidad de Salamanca



Introducción

A pesar de que la ciencia ha ido avanzando, de que el ámbito de la discapacidad ha pasado a abordarse desde un enfoque más social, mejorando en el reconocimiento de los derechos de la persona afectada, aún queda un largo camino por recorrer. Entre uno de los retos profesionales que aún nos encontramos está dar respuesta a quienes presentan conductas problemáticas.

Los diferentes estudios revelan que el comportamiento problemático supone un esfuerzo sobreañadido para los profesionales que proporcionan apoyo directo, o los cuidadores primarios. Frecuentemente causa reacciones emocionales de estrés en los cuidadores (Hastings y Brown, 2002), además de ser un peligro para la persona que la manifiesta y para quienes están a su alrededor. Las conductas problemáticas pueden interferir con el aprendizaje, el desarrollo y, dependiendo del contexto social y cultural, la participación social. Por otro lado, las autolesiones severas pueden ser altamente persistentes (Cooper y cols., 2009; Emerson y cols., 2001), aunque aún es necesario seguir investigando acerca de la cronicidad de las autolesiones (McClintock y cols., 2003). Todo esto explica por qué las personas con discapacidad y conducta problemática son un tipo de población sobremedicada (Matson y cols., 2000; Matson y Wilkin, 2008), que requiere a menudo un servicio altamente especializado para el control y tratamiento de dichas conductas (Emerson y cols., 2001).

Las diferentes investigaciones realizadas, entre ellas los estudios sobre la prevalencia, nos permiten avanzar, ya que arrojan luz sobre la validez general de las formulaciones teóricas diseñadas para explicar la aparición y mantenimiento de la conducta problemática, y sobre los factores a incluir para fortalecer la validez predictiva de las teorías (Emerson, 1995). Desde un punto de vista práctico, tienen implicaciones para planificar la formación de futuros profesionales, profesionales en ejercicio y padres, así como para la provisión de servicios, ya sea en los hogares familiares o donde quiera que ocurra dicha conducta con mayor probabilidad; a la vez que ayudar a los profesionales a entender las variables que predisponen, disparan o mantienen la conducta problemática (Crocker y cols., 2006; Qureshi, 1994). En definitiva, pueden ayudar a los profesionales a considerar la conducta problemática como un reto profesional en lugar de como un desafío personal.

Sin embargo, los estudios de prevalencia existentes se basan en muestras pequeñas, o bien los datos disponibles se limitan a un pequeño número de variables directamente relacionadas con la conducta problemática. Por ello, la información que proporcionan es escasa, tanto de las características de la persona con discapacidad como de la conducta problemática o de las variables ambientales. A nivel nacional los estudios son más bien escasos y en muchos de los estudios internacionales no es posible comparar los resultados dadas las diferencias metodológicas empleadas. El estudio, del cual se presentan parte de los resultados en este artículo, sigue la metodología diseñada por el Hester Adrian Research Centre (HARC), quienes utilizaron una muestra amplia en el Reino Unido. Esta metodología ha sido igualmente replicada en Hedmark con población noruega, por lo que esperamos que nuestros resultados contribuyan a aportar luz sobre la conducta problemática en nuestro contexto, una comunidad autónoma española.

Objetivos e hipótesis

Partiendo de un modelo cognitivo-conductual, que entiende la conducta como el resultado de la interacción de variables orgánicas y ambientales (antecedentes o consecuentes), creemos que para explicar el comportamiento problemático hemos de tener en cuenta no sólo cada variable por separado, sino también dicha interacción. Por ello, y desde una perspectiva biopsicosocial,

hemos analizado factores contextuales, físicos y psicológicos que pueden influir en la explicación de la conducta problemática.

El objetivo general del proyecto es avanzar en la investigación de los factores asociados a dicho comportamiento, al analizar desde una perspectiva multicausal, y utilizando instrumentos de evaluación validados en otras investigaciones, los posibles vínculos entre diferentes variables personales y ambientales. En este artículo, nos limitamos a exponer los resultados obtenidos en relación a las variables ambientales desde donde partíamos con las siguientes hipótesis: a) Esperamos encontrar un mayor porcentaje de personas con discapacidad que presentan conducta problemática en servicios menos integradores, mientras que en servicios más integradores (como centro ocupacional o viviendas tuteladas) habrá menos comportamiento problemático, b) Es probable que a mayor número de usuarios en un servicio (debido a tener que compartir más espacios, una atención de los profesionales más repartida o presencia de normas más estrictas) se produzca mayor presencia de comportamiento problemático.

Método

Participantes

El estudio se ha llevado a cabo gracias a la colaboración de los profesionales de centros de la red pública de Castilla-La Mancha adscritos a un convenio entre la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y la Universidad de Salamanca. Estos centros tienen en común ofrecer un servicio residencial que puede consistir en una vivienda tutelada, una residencia pequeña o un centro residencial. Alguno de ellos además dispone de servicio ocupacional, escolar o centro de día. La población tiene una edad mínima promedio de 22 años y máxima de 56. Para nuestro estudio contamos con una muestra amplia, 1.363 personas con discapacidad intelectual, a partir de la cual se ha realizado un cribado para identificar a aquellas que, de acuerdo a la información proporcionada por los profesionales de los servicios donde reciben apoyos, presentan un comportamiento problemático severo. El cuestionario utilizado para identificar a dichas personas indicó que 249 usuarios manifestaban dicho comportamiento. Sin embargo, por diferentes motivos como una consideración dudosa, traslado del usuario a otra comunidad, fallecimiento, o repetición de datos al compartir dos servicios, la muestra final de usuarios con conducta problemática quedó establecida en 224 personas. Todos los análisis relacionados con los factores asociados a la conducta problemática se han realizado con esta submuestra.

Resultados

De acuerdo con los datos obtenidos, los centros indican atender a un total de 1.363 personas, de los cuales 835 son hombres (61,26%) y 528 mujeres (38,74%). Del total de usuarios, un 47,54% (N=648) son atendidos en el servicio de día y un 22,08% (N=301), acuden a otro servicio. La mayoría de los centros se encuentran en el núcleo urbano o en los alrededores del mismo, si bien el 21,1% de los centros se encuentran alejados.

En la muestra seleccionada en los 11 centros públicos, se observa una prevalencia general del comportamiento problemático de 16,43%. En comparación con los dos estudios anteriormente mencionados que han utilizado la misma metodología, observamos que el porcentaje se encuentra cercano a los mismos (Emerson y cols., 2001, Holden y Gitlensen, 2006; Lowe y cols., 2007). Estos porcentajes varían sustancialmente de lo encontrado por otro estudio previo en otra comunidad autónoma española, como es Castilla y León, donde el porcentaje ascendía al 40% (Canal y Martín, 2002). Las diferencias son atribuibles a que tanto la definición de conducta problemática como los diferentes tipos de la misma han seguido criterios distintos. Más

concretamente, en este último estudio indicado se utilizó la definición más amplia de Kiernan y Quereshi (1993) y se analizó exclusivamente población institucionalizada.

En el estudio realizado en la comunidad de Castilla La Mancha, como se puede observar en la tabla 1, la prevalencia más alta se encuentra igualmente en los centros donde el servicio de vivienda consiste en un centro residencial denominado Centro de Atención a Personas con Discapacidad Psíquica (CADP), de características similares a los centros institucionales anteriormente mencionados, a excepción del Centro Guadiana que, aunque comparte las mismas características físicas que los CADP, cuenta con una baja prevalencia de conducta problemática. Los centros con prevalencia alrededor del 10% tienen un gran número de usuarios en centros ocupacionales, a excepción del centro anteriormente mencionado (Guadiana).

Tabla 1. Prevalencia de conducta problemática por Centro

Centro	Número total de usuarios	Usuarios con C.P.	Prevalencia (%)
AMAFI	106	15	14,15
CADP Toledo	40	11	27,5
ASPRONA	263	29	11,02
TERMINILLO-ASPADEC	145	14	9,6
APROMIPS	38	5	13,16
CADP Albacete	123	59	47,97
APANAS	124	10	8,06
GUADIANA	238	31	13,02
LAS ENCINAS	78	8	10,26
FUENTEAGRIA	51	22	43,14
AFAS	157	20	12,74
Total	1.363	224	16,43

De acuerdo con los datos obtenidos, el perfil del usuario con conducta problemática es una persona que no tiene problemas físicos, o éstos no son importantes, necesita supervisión para su cuidado personal (control esfínteres, alimentación, aseo, vestido), y apoyo más amplio para poner en práctica las habilidades de la vida cotidiana (tareas domésticas, manejo de dinero, uso del transporte público, lectura y escritura). En cuanto a sus habilidades de comunicación, tiene intención comunicativa, le gustan las interacciones sociales, no tiene problemas en la participación individual y comprende a los demás, pero tiene dificultades en la expresión.

En cuanto a la conducta problemática se han recodificado en ausencia o presencia, en función de las puntuaciones obtenidas por cada sujeto. Así encontramos que un 57,80% presenta conducta agresiva, un 37% autolesiva y un 30,20% conductas destructivas. Por otro lado, las conductas más

frecuentes son “otras conductas problemáticas” (72,40%). En esta última categoría se incluyen once conductas: disconformidad, rabietas, robo o hurto, desnudarse, fugarse, hiperactividad, acoso repetitivo, manipulación con heces, chillidos frecuentes y prolongados, berrinches y conductas sexuales inadecuadas socialmente.

En un intento por determinar la posible asociación entre variables contextuales y conducta problemática, procedimos a realizar análisis chi-cuadrado entre comportamientos problemáticos y las variables: tipo de residencia, tiempo vivido en el centro, número de cambios en centro residencial y número de lugares de servicios de día, tiempo máximo en servicios de día, educación formal e historia de ingreso en unidad de salud mental, prescripción de diferentes tipos de farmacología.

Los datos evidenciaron asociaciones significativas relacionando la ausencia o presencia de otras conductas problemáticas y la alternativa residencial ($\chi^2=9,487$, $gl=2$, $p<0,01$), así como con el tiempo máximo emplazado en servicios de día ($\chi^2=6,139$, $gl=2$, $p<0,05$). Respecto a la alternativa residencial, en los hogares tutelados o viviendas independientes la frecuencia de otros problemas de conducta fue muy baja, frente a la frecuencia existente en centros residenciales. Por otro lado, los análisis revelaron la existencia de una asociación entre la presencia de otros problemas de conducta y niveles medios de tiempo en servicios de día. Concretamente, un elevado número de horas en servicios de día estaba asociado a presencia de problemas de comportamiento, excepto cuando éste superaba las 14 horas, en cuyo caso los problemas de comportamiento eran menores.

En cuanto al análisis de las consecuencias que se derivan de la emisión de la conducta problemática, se partió de cinco opciones que se les presentaban a los profesionales como estrategias para ejercer un control inmediato de la conducta. Es decir, en este caso y teniendo en cuenta que los servicios suelen hacer uso de los métodos de intervención física (Deveau y McGill, 2009), hemos analizado si hay alguna relación entre el tipo de conducta y el grado de restricción. Así de entre las cinco opciones que se plantean a los profesionales (restricción física, aislamiento, sedación, distracción y otro tipo de intervención física) hemos encontrado que se suelen emplear estrategias restrictivas cuando la conducta problemática supone consecuencias negativas para otros. De este modo, encontramos una asociación entre aislamiento cuando la conducta es agresiva, lo que coincide con recientes estudios (Allen y cols., 2009) o restricción física cuando la agresión se produce con la mano o se traduce en intentos de morder. También hemos encontrado una asociación significativa entre la restricción y la conducta disruptiva y desnudarse, untar con heces o hiperactividad, en cuyo último caso suele recurrirse a la sedación. Cuando las conductas consisten en rabietas o berrinches, conductas donde no hay consecuencias físicas, se suele recurrir a distraer o redirigir a la persona. También se utiliza esta técnica cuando la persona pide continuamente ingerir líquido, sin tener quizá en cuenta que puede llegar a ser un efecto secundario de la medicación. En cuanto a la asociación entre medicamentos y conductas problemáticas, se encontraron asociaciones entre la toma de antipsicóticos y conductas autolesivas ($\chi^2=7,597$, $gl=1$, $p<0,01$) y destructivas ($\chi^2=6,098$, $gl=1$, $p<0,05$). Se obtienen también asociaciones significativas entre la prescripción de ansiolíticos y conducta agresiva ($\chi^2=5,862$ $gl=1$, $p<0,05$) y conductas autolesivas ($\chi^2=6,884$, $gl=1$, $p<0,01$). Concretamente, un mayor porcentaje de participantes con conductas autolesivas o con conductas destructivas toman medicación antipsicótica. Por su parte la ingesta de ansiolíticos es más frecuente en quienes manifiestan conducta agresiva o autolesiva.

Conclusiones

Como ya hemos comentado el comportamiento problemático está relacionado con el contexto y nos planteamos las hipótesis de que habrá un mayor porcentaje de personas con discapacidad que presentan conducta problemática en servicios más restrictivos, mientras que en servicios menos restrictivos el comportamiento será menor. En nuestro estudio hemos encontrado que la conducta problemática en general está asociada con los servicios residenciales, siendo menos frecuentes en las viviendas o pisos tutelados o en la familia. Estos resultados concuerdan con numerosos estudios previos (Clarke y cols., 1990; Emerson y cols., 2001; Harris, 1993; Kiernan y Kiernan, 1994; McClintock y cols., 2003; Meador y Osborn, 1992). Esta relación puede ser debida a que la conducta problemática suele ser la primera razón para requerir un tratamiento especializado o ingreso en institución, debido sobre todo al envejecimiento por parte de los cuidadores primarios y su cada vez mayor incapacidad física para controlar las situaciones donde la persona con discapacidad presenta problemas de conducta. Por otra parte aquellas personas que presentan menos conducta problemática suelen ser quienes reciben propuestas de desplazarse del centro residencial a un piso o vivienda tutelada. De hecho, como ya hemos comentado, un 74,3% de quienes presentan conducta problemática viven en un entorno restrictivo, con un promedio de 10 años en un mismo centro, y habiendo estado en un promedio de dos centros. Suelen estar en dos lugares de servicios de día donde pasan un total de 14,72 horas. Además el 84,44% no reciben formación educativa y están incapacitados para el trabajo. La carencia de formación es, a nuestro juicio, consecuencia de la edad de la muestra, superior a la de otros estudios (Emerson y cols., 2001; Fovel y cols., 1989; Holden y Gitlensen, 2006).

En nuestro estudio, y en contra de nuestras predicciones, no hemos encontrado una relación entre centros con un gran número de usuarios y mayor prevalencia. Concretamente, un centro con tan sólo 40 usuarios aglutina el 27,5% de usuarios con conducta problemática. Teniendo en cuenta las características de dicho centro, parece más bien que los mayores porcentajes de conducta problemática se encuentran en los centros más restrictivos que ofrecen servicios a personas con mayor afectación. Este dato viene a coincidir con los obtenidos por autores como Harris (1993), Sigafos y cols., (1994), Tyrer y cols., (2006). Igualmente en nuestro estudio hemos encontrado una asociación entre conducta problemática y tiempo que la persona pasa en un mismo servicio. Concretamente, a mayor tiempo mayor probabilidad de presentar conducta problemática. Ello puede estar relacionado con una falta de actividades o motivación por parte del usuario que se correspondería a un estilo de vida poco enriquecedor. Explicaciones similares se han ofrecido en otros estudios como el de Owen y cols. (2004), quienes indican como la desinstitutionalización no conlleva mejoras o reducción en el comportamiento problemático si ésta no supone un enriquecimiento en la calidad de vida, o Hasting y cols. (2004) que correlacionan el estilo de vida y acontecimientos vitales estresantes con la conducta problemática.

Aunque no se ha hecho explícito creemos que no existe una política de actuación para este tipo concreto de intervención, puesto que los datos indican que generalmente no existe un programa conductual escrito para las conductas problemáticas, siendo más probable que se disponga de él para el caso de la conducta agresiva. Este hecho no es único para nuestro estudio y coincide con lo manifestado por los profesionales en los estudios de Emerson y cols. (2001) y Holden y Gitlensen (2006). Pese a que los profesionales manifiestan que existe un proceder consistente para el manejo de estas conductas, el hecho de que todas las categorías de conducta problemática se mantengan igual que hace 6 meses, hace cuestionable dicha actuación.

De este trabajo se desprende que a nivel general es necesario ofrecer formación a los profesionales de cara a la intervención, ya que no disponer de un programa de apoyo conductual y la escasa mejoría que presentan las conductas problemáticas puede ser indicativa de que aún no disponen de las herramientas necesarias para llevar a cabo una intervención efectiva a largo plazo. La evaluación posterior permitirá determinar la eficacia de estas intervenciones en la reducción

del comportamiento problemático, de modo similar a lo obtenido en otros trabajos (Carr y cols, 2000; McClean y cols., 2007, Sanders, 2009, Singh y cols., 2009; Williams, 2009).

Debemos tener en cuenta ciertas limitaciones del estudio. Entre ellas que los análisis son correlacionales y por tanto, no es posible extraer relaciones causa-efecto. Por otro lado, la calidad de los datos depende por una parte del conocimiento que los profesionales tengan de los usuarios. En este sentido, uno de los criterios para formar parte del equipo que aportaba información era conocer y llevar tiempo con el usuario, y de hecho la antigüedad en la categoría del puesto era elevada para la muestra de profesionales empleada. Por otra parte, también es cierto que algunas preguntas que indagan sobre la reacción por parte de los profesionales o el tipo de actuación, entre otras, pueden haber llevado a ofrecer una información sesgada o socialmente deseable. No obstante, el hecho de que este estudio forme parte de un proyecto más amplio de trabajo conjunto con los profesionales y en el que la responsabilidad de la evaluación e intervención recaía en gran medida en ellos, nos permite aventurar que los sesgos debidos a la deseabilidad social hayan sido menores que en otros estudios.

Bibliografía

- Allen, D., Lowe, K., Brophy, S. y Moore, K. (2009). Predictors of Restrictive Reactive Strategy Use in People with Challenging Behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 159-168.
- Canal, R. y Martín, M.V. (2002). *Apoyo conductual Positivo*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Carr, E.G., Langdon, N.A. y Yarbrough, S.C. (2000). La intervención basada en hipótesis para tratar conductas problema severas. En A.C. Reep y R.H. Horner (Eds.), *Análisis funcional de Problemas de conducta* (pp. 9-29). Madrid: Paraninfo Thomson Learning.
- Clarke, D.J., Kelley, S., Thinn, K. y Corbett, J.A. (1990). Psychotropic drugs and mental retardation: Disabilities and the prescription of drugs for behaviour and for epilepsy in three residential settings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 34(5), 385-395.
- Cooper, S.A., Smiley, E., Allan, L.M., Jackson, A., Finlayson, J., Mantry, D. y Morrison J. (2009). Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of self-injurious behaviour, and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 200-216.
- Crocker, A.G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D. y Roy, M. E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 652-661.
- Deveau, R. y McGill, P. (2009). Physical Interventions for Adults with Intellectual Disabilities: Survey of Use, Policy, Training and Monitoring. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 145 -151.
- Emerson, E. (1995). *Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Learning Difficulties*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D. Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L. y Hatton, Ch (2001). Predicting the persistence of severe self-injurious behavior. *Research in Developmental Disabilities* 22, 67-75.
- Fovel, J.T., Lash, P.S., Barron, D.A. y Roberts, M.S. (1989). A survey of self-restraint, self-injury, and other maladaptive behaviors in an institutionalized retarded population. *Research in Developmental Disabilities* 10: 377-382.

- Harris, P. (1993). The nature and extent of aggressive behaviour amongst people with learning difficulties (mental handicap) in a single health district. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 221-242.
- Hastings, R.P. y Brown, T. (2002). Behavioural knowledge, causal beliefs, and self-efficacy as predictors of special educators emotional reactions to challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, (2), 144-150.
- Hastings, R. P., Hatton, C., Taylor J. L. y Maddison C. (2004). Life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 42-46.
- Holden, B. y Gitlesen, J.P. (2006). A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence and risk markers. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 456-465.
- Kiernan, C. y Kiernan, D. (1994). Challenging behaviour in schools for pupils with severe learning difficulties. *Mental Handicap Research*, 7, 177-201.
- Kiernan, C. y Qureshi, H. (1993). Challenging behaviour. En C. Kiernan (Ed.), *Research to Practice? Implications of Research on the Challenging Behaviour of People with Learning Disabilities* (pp. 53-87). British Institute of Learning Disabilities: Kidderminster
- Lowe, K., Allen, D., Jones, E., Brophy, S., Moore, K. y James, W. (2007). Challenging behaviours: prevalence and topographies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 625-636.
- Matson, J.L., Bamburg, J.W., Mayville, E.A., Pinkston, J., Bielecki, J., Kuhn, D. y cols. (2000). Psychopharmacology and mental retardation: A ten-year review (1990–1999). *Research in Developmental Disabilities*, 21, 263-296.
- Matson, J. L. y Wilkin, J. (2008). Antipsychotic drugs for aggression in intellectual disability. *Lancet*, 371, 9-10.
- McClellan, B., Grey, I.M. y McCracken, M. (2007). An evaluation of positive behavioural support for people with very severe challenging behaviours in community-based settings. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11(3), 281-301.
- McClintock, K., Hall, S. y Oliver, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviors in people with intellectual disabilities: A meta analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 405-416.
- O'Neill, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Storey, K., y Newton, J. S. (1997). *Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook (2nd ed.)*. Pacific Grove, CA, Brooks/Cole.
- Owen, D.M., Hastings, R.P., Noone, S.J., Chinn, J., Harman, K., Roberts, J. y Taylor, K. (2004). Life events as correlates of problem behavior and mental health in a residential population of adults with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 25(4), 309-320.
- Qureshi, H. (1994). The size of the problem. En E. Emerson, P. McGill y J. Mansell, (Eds.) *Severe learning disabilities and challenging behaviours. Designing high quality services* (pp. 17-36). London: Chapman & Hall
- Sanders, K. (2009). The Effects of an Action Plan, Staff Training, Management Support and Monitoring on Restraint Use and Costs of Work-Related Injuries. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 216-220.

- Sigafoos, J., Elkins, J., Kerr, M. y Attwood, T. (1994). A survey of aggressive behaviour among a population of persons with intellectual disability in Queensland. *Journal of Intellectual Disability Research*, 38, 369-381.
- Singh, N. N., Lancioni, G.E., Winton, A.S.W., Singh, A.N., Adkins, A.D. y Singh, J. (2009). Mindful Staff Can Reduce the Use of Physical Restraints When Providing Care to Individuals with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 194-202.
- Tyrer, F., McGrother, C. W., Thorp, C. F., Donaldson, M., Bhaumik, S., Watson, J. M. y Hollin, C. (2006). Physical aggression towards others in adults with learning disabilities: prevalence and associated factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 295-304.
- Williams, D. (2009). Restraint Safety: an Analysis of Injuries Related to Restraint of People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 135-139.