



**Manuales de Trabajo
en Centros de Atención
a Personas con Discapacidad
de la Junta de Castilla y León**



Apoyo Conductual Positivo

**Manuales de Trabajo
en Centros de Atención
a Personas con Discapacidad
de la Junta de Castilla y León**

Apoyo Conductual Positivo

**Coordinadores:
Ricardo Canal Bedia
M.^a Victoria Martín Cilleros**

Consejería de Sanidad y Bienestar Social

ÍNDICE

EQUIPO DE TRABAJO	11
PRESENTACIÓN	13
LAS CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS EN LOS SERVICIOS RESIDENCIALES: CONCEPTO, CONSECUENCIAS Y RECURSOS	
INTRODUCCIÓN	17
DEFINICIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS	19
LAS CONSECUENCIAS DEL COMPORTAMIENTO PROBLEMÁTICO PARA LA PERSONA Y SU REPERCUSIÓN EN EL ENTORNO	23
RECURSOS APROPIADOS PARA ATENDER LA CONDUCTA PROBLEMÁTICA	27
1. <i>El grupo Regional de Trabajo para el Apoyo Conductual Positivo</i>	
2. <i>La organización del Grupo Regional de Trabajo</i>	
OBJETIVOS DE ESTE MANUAL	33
LAS CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS EN LOS SERVICIOS RESIDENCIALES: ESTUDIO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	
INTRODUCCIÓN	37
QUIÉNES PRESENTAN CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS	39
CUÁNTAS PERSONAS DE NUESTROS CENTROS PRESENTAN CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS	41
1. <i>Población</i>	
2. <i>Resultados</i>	
RESUMEN	57

EL APOYO CONDUCTUAL POSITIVO

INTRODUCCIÓN	61
ORÍGENES Y DEFINICIÓN DEL APOYO CONDUCTUAL POSITIVO	63
1. <i>El concepto de apoyo</i>	
2. <i>Definición de apoyo conductual positivo</i>	
CARACTERÍSTICAS DEL APOYO CONDUCTUAL POSITIVO	69
1. <i>Está basado en la evaluación funcional</i>	
2. <i>Es global e incluye intervenciones múltiples</i>	
3. <i>Enseña habilidades alternativas y adapta el ambiente</i>	
4. <i>Refleja los valores de la persona, su dignidad y sus preferencias y trata de mejorar su estilo de vida</i>	
5. <i>Se diseña para ser aplicado en contextos de la vida diaria</i>	
6. <i>Mide el éxito de los programas evaluando aprendizajes de la persona y mejoras en su calidad de vida</i>	
PRINCIPIOS DEL APOYO CONDUCTUAL POSITIVO	75
RESUMEN	77

EL PROCESO EN EL APOYO CONDUCTUAL POSITIVO

INTRODUCCIÓN	81
EL PROTOCOLO GENERAL	83
1. <i>Las fases</i>	
2. <i>Los acuerdos necesarios</i>	
3. <i>Los objetivos y tareas</i>	
4. <i>Los niveles de intervención</i>	
ACUERDOS, OBJETIVOS, TAREAS Y NIVELES DE INTERVENCIÓN EN CADA FASE	89
1. <i>La identificación y clasificación de la conducta problemática</i>	
2. <i>Principios y valores</i>	
3. <i>Evaluación funcional</i>	
4. <i>La elaboración del Plan de Apoyo Conductual</i>	
5. <i>La ejecución del Plan de Apoyo Conductual</i>	
6. <i>El seguimiento del Plan de Apoyo</i>	
RESUMEN	97

LA EVALUACIÓN FUNCIONAL

INTRODUCCIÓN	101
RAZONES PARA REALIZAR UNA EVALUACIÓN FUNCIONAL	103
EL PROCESO DE EVALUACIÓN FUNCIONAL	105
PROCEDIMIENTOS PARA RECOGER INFORMACIÓN	107
1. Entrevistas y discusiones en grupo	
2. Observación directa	
3. El análisis funcional	
RESUMEN	113

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN FUNCIONAL

INTRODUCCIÓN	117
ESTABLECER LA LÍNEA BASE	119
LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA PERSONA	121
LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE LA CONDUCTA	125
1. Aplicación del cuestionario de Evaluación Funcional	
2. La observación directa	
-Criterios para la observación	
-Las fichas de observación	
LA ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS	145
1. Hipótesis funcionales	
2. Establecimiento de hipótesis generales	
EL ANÁLISIS FUNCIONAL	151
1. Procedimientos básicos del análisis funcional	
2. Estrategias de diseño de análisis funcionales	
RESUMEN	159

EL PLAN DE APOYO CONDUCTUAL

INTRODUCCIÓN	163
CARACTERÍSTICAS DE UN PLAN DE APOYO CONDUCTUAL POSITIVO	165
EL DOCUMENTO DEL PLAN DE APOYO CONDUCTUAL POSITIVO	167
EL DESARROLLO DE UN PLAN DE APOYO CONDUCTUAL	169
RESUMEN	171

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DEL PLAN DE APOYO CONDUCTUAL

INTRODUCCIÓN .....	.175
INTERVENCIONES SOBRE EL ESTILO DE VIDA DE LA PERSONA .....	.177
1. <i>Generar una percepción positiva de la propia vida</i>	
2. <i>Establecer apoyos y adaptaciones a largo plazo</i>	
3. <i>Establecer una relación positiva</i>	
INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LAS HIPÓTESIS ESPECÍFICAS .....	.181
1. <i>Modificación de los antecedentes y sucesos contextuales</i>	
2. <i>Enseñar habilidades alternativas</i>	
2.1. La enseñanza de conductas alternativas	
2.2. La enseñanza de habilidades generales	
2.3. Enseñar habilidades de afrontamiento	
3. <i>Intervenciones sobre las consecuencias</i>	
3.1. Una estrategia de refuerzo coherente	
3.2. El control de las crisis	
RESUMEN .....	.193

LA PSIQUIATRÍA EN LA CONDUCTA PROBLEMÁTICA

DIAGNÓSTICO DUAL .....	.197
TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO .....	.201
1. <i>Uso de psicofármacos</i>	
2. <i>Clasificación de los psicofármacos</i>	
2.1. Neurolépticos	
2.2. Antidepresivos	
2.3. Benzodiacepinas	
2.4. Buspirona	
2.5. Estabilizadores del ánimo	
2.6. Otros psicofármacos	
CONCLUSIONES .....	.209

EL SEGUIMIENTO

INTRODUCCIÓN .....	.213
IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE APOYO .....	.215
1. <i>Qué evaluar</i>	
2. <i>Cómo evaluar</i>	
EVALUACIÓN DE LOS PROGRESOS .....	.219
RESUMEN .....	.223

EXPERIENCIAS DE APOYO CONDUCTUAL POSITIVO

INTRODUCCIÓN	227
PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN	229

ACTUACIÓN EN UN CENTRO RESIDENCIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA GRAVEMENTE AFECTADAS

PRESENTACIÓN DEL USUARIO	233
PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN	235
RESULTADOS	243

ACTUACIÓN EN UN CENTRO RESIDENCIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA MODERADAMENTE AFECTADAS

PRESENTACIÓN DEL USUARIO	247
PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN	249

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

259

APÉNDICES

265

- ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL DEL COMPORTAMIENTO PROBLEMÁTICO
- CUESTIONARIO GENERAL DE EVALUACIÓN (CGE)
- CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN FUNCIONAL (CEF)
- ESCALA SUBJETIVA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA
- ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA MOTIVACIÓN
- EVALUACIÓN DE PREFERENCIAS
- CUESTIONARIO MODALIDAD DE RESPUESTA COMUNICATIVA
- CUESTIONARIO DE "FORMA" DE RESPUESTA COMUNICATIVA

EQUIPO DE TRABAJO

Gloria Bueno Carrera

Psiquiatra. Personal docente responsable de la acción formativa "Apoyo Conductual Positivo" incluida dentro del programa de "Asistencia técnica", miembro perteneciente a la Universidad de Salamanca

Ricardo Canal Bedia

Doctor en Psicología. Coordinador del programa de "Asistencia técnica" y "Formación continuada", personal docente de la acción formativa "Apoyo Conductual Positivo", miembro perteneciente a la Universidad de Salamanca

Carlos Castaño López

Psicólogo del centro de atención a personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas "Virgen del Yermo" (Zamora)

Lorenzo Gómez Reveriego

Educador del centro de atención a personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas "La Salle" (Salamanca)

Mónica Gutiérrez Ortega

Pedagoga. Coordinadora del programa formativo de "Asistencia Técnica", miembro perteneciente a la Universidad de Salamanca

M^a Victoria Martín Cilleros

Psicóloga. Coordinadora de las acciones realizadas por el programa formativo de "Asistencia técnica" y de la acción formativa "Apoyo Conductual Positivo", miembro perteneciente a la Universidad de Salamanca

Javier Mayorga García

Psicólogo del centro de atención a personas con discapacidad psíquica moderadamente afectadas "El Cid" (Burgos)

Juan Antonio Ramos Sánchez

Psicólogo del centro de atención a personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas "La Salle" (Salamanca)

Paz Rodríguez-Belvis Sánchez

Psicóloga del centro de atención a personas con discapacidad psíquica grave y moderadamente afectadas "Monte Mario" (Béjar, Salamanca)

Luis Rodríguez Martín

Médico del centro de atención a personas con discapacidad psíquica grave y moderadamente afectadas "Monte Mario" (Béjar, Salamanca)

Teófilo Rodríguez Cembrero

Médico del centro de atención a personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas "Nuestra Señora de la Calle" (Palencia)

Estrella San José Benavente

Psicóloga del centro de atención a personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas "Los Pajarillos" (Valladolid)

Esther Uriel Sánchez

Psicóloga del centro de atención a personas con discapacidad psíquica grave y moderadamente afectadas "Ángel de la Guarda" (Soria)

Nieves Viena Oltra

Psicóloga del centro de atención a personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas "Fuentes Blancas" (Burgos)

Fernando Viguria Padilla

Médico del centro de atención a personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas "Fuentes Blancas" (Burgos)

PRESENTACIÓN

A lo largo del tiempo, el trabajo en los centros residenciales y ocupacionales para personas con discapacidad psíquica ha mantenido una directriz basada en los procesos asociados a la evolución en la concepción de las personas con discapacidad. En los últimos 20 años estos centros pasaron de pertenecer de una institución nacional a una autonómica, y con las transferencias se renovaron los ánimos de querer seguir superándose en este trabajo tan gratificante pero difícil a la vez.

Haciendo un pequeño recorrido, en el ámbito de la discapacidad psíquica, nos encontramos que en los 70 y 80 nuestro trabajo se fundamentaba principalmente en los conceptos de integración y normalización, lo cual implicaba una mayor participación y esfuerzo de la sociedad por conseguir que la persona con discapacidad formara parte de la misma. Atrás quedaba la primacía de los términos "capacidades, aprendizaje, etc." que sobre todo han servido para etiquetar y limitar, hasta cierto punto, el abanico de oportunidades a las personas con discapacidad intelectual.

En la década de los 90 y comienzos de este siglo, toma un mayor vigor una actitud diferente frente a la discapacidad que ya se venía gestando, trascendiendo en nuestro trabajo. La actuación en los centros se enmarca en una filosofía basada en los principios de normalización, autodeterminación y calidad de vida. La discapacidad de una persona comienza a definirse en relación con el contexto, ya no cuenta tanto una categoría diagnóstica como las conductas funcionales y las necesidades de apoyo que necesita la persona. Ante esto, mejorar la calidad de vida es el objetivo presente en la actuación profesional, tomando relevancia términos como desarrollo personal, bienestar físico, bienestar emocional, derechos, etc.

Para conseguir dicho objetivo, la mayor parte de nuestro trabajo diario se dirige hacia otros retos muy importantes como son las alteraciones de conducta y enfermedad mental, que a veces se encuentra asociada en algunos usuarios. Desde los últimos 20 años de experiencia en los distintos centros dirigidos a personas con discapacidad, hemos podido constatar fehacientemente una generalizada y compartida preocupación de todos los profesionales, por intentar paliar, mejorar o controlar dichas conductas problemáticas.

Estas conductas afectan a la dinámica diaria, generando a veces dificultades de convivencia, satisfacción y autorrealización personal, tanto para el usuario que las manifiesta como para el resto de usuarios o profesionales.

El abordaje de los problemas de conducta en los centros residenciales ha sido y es complejo. Los profesionales que actualmente llevan, y quienes continuarán llevando a cabo esta misión, nunca escatiman esfuerzos a lo largo de su trayectoria laboral. Realizan una labor callada, tratando de hacer lo mejor que saben su trabajo profesional, que algunas veces se ve afectado tanto por factores extrínsecos como por factores intrínsecos a la propia persona.

Con el fin de facilitar dicha labor la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, se preocupa por reciclar y optimizar la capacitación de los profesionales involucrados en este ámbito, repercutiendo a su vez en una mejora de la calidad de vida de los usuarios de sus centros. Para ello se está llevando a cabo una formación continuada. Parte de esta formación, que cuenta ya con cuatro años de existencia, se centra en cuatro áreas específicas: habilidades sociales, habilidades manipulativas y laborales, ocio y tiempo libre y apoyo conductual positivo en centros de atención a personas con discapacidad psíquica grave o moderadamente afectadas. Este último área, cuya experiencia se desarrolla en este manual, va dirigida a capacitar a los profesionales a la hora de abordar conductas problemáticas, comprendiendo a la persona que las presenta, el por qué las realiza, y dando soluciones consensuadas a partir de un trabajo en equipo formado por todos los profesionales que se puedan ver implicados.

Este tipo de formación también ha permitido y potenciado la comunicación entre los profesionales de los diferentes centros pertenecientes a la Gerencia de Servicios Sociales, a través de la creación de Grupos de Trabajo Regional, cuyos miembros han tenido encuentros periódicos e instructivos, donde se observa que la problemática es común en todos los centros.

Como vemos las cosas van cambiando, pero aún queda mucho camino por recorrer y experiencias de las que aprender. Además, en estos centros hay un gran entramado de relaciones sociales, laborales, organizativas, etc y no es fácil ajustar todos los engranajes a la vez. Para conseguirlo es necesario la colaboración de todos los profesionales implicados.

**Las conductas
problemáticas en los
servicios residenciales:
concepto, consecuencias
y recursos**

INTRODUCCIÓN

Las personas con discapacidad psíquica, ya sean niños o adultos, pueden presentar a lo largo de su ciclo vital gran diversidad de retos y situaciones difíciles para los profesionales que han de proporcionarles los cuidados y los servicios de apoyo que precisan. Uno de los retos más importantes tiene lugar cuando la persona con discapacidad presenta problemas de conducta graves.

Cuando hablamos de problemas de conducta nos estamos refiriendo a todo un abanico de comportamientos problemáticos que pueden variar en forma e intensidad, como es el caso de las auto-agresiones, las agresiones, la destrucción de objetos, las autoestimulaciones, etc. Estas conductas aunque en ocasiones no sean muy graves, ni amenacen la vida de nadie, llevan a la persona a emplazamientos educativos y residenciales muy restringidos, e interfieren en la calidad de vida del individuo y de quienes conviven con él o ella, ya que impiden o dificultan su integración en contextos comunitarios (Jacobson, 1982), afectan a la vida cotidiana dentro de la familia (Cole y Meyer, 1989), al acceso al empleo (Hayes, 1987) y a la integración en programas educativos (Kerr y Nelson, 1989).

En este capítulo vamos a explicar qué entendemos por conductas problemáticas, exponer brevemente qué implicaciones tiene, para la persona, la presencia de este tipo de comportamientos y el tipo de servicios que se precisan para atender adecuadamente los casos con esta problemática. Finalizaremos el capítulo con una exposición de los objetivos de este manual.

DEFINICIÓN DE CONDUCTA PROBLEMÁTICA

Actualmente la expresión "conducta problemática" ha reemplazado a otros términos y expresiones que se han venido utilizando en décadas pasadas. Hoy no es del todo apropiado para los profesionales hablar de conductas disruptivas, conductas desajustadas, conductas inadecuadas, perturbadoras, etc. aunque, de alguna manera, el comportamiento problemático nos sugiera todas esas expresiones. Las razones que sustentan este cambio de denominación no son casuales, ni el simple resultado de una moda, son el resultado de largos años de investigación y trabajo de muchos profesionales en todo el mundo, que han optado por buscar un término más descriptivo y menos descalificador de la persona.

Podemos enumerar, al menos, dos razones fundamentales que apoyan el uso de la expresión conductas problemáticas. La primera razón es que las conductas problemáticas generalmente son adaptativas, suelen servir a una función para la persona que las desempeña, y por eso son tan estables y frecuentes. Por ejemplo, si una persona se golpea o grita y con eso consigue sistemáticamente salir de la sala en la que realiza actividades ocupacionales, la conducta de golpearse o de gritar no es una conducta desajustada, o inadecuada, es una conducta funcional, que le sirve a la persona para salir de un lugar que, por alguna razón, le desagrada. Por lo tanto expresiones como conductas inaceptables, conductas desajustadas, conductas inadecuadas, etc. no reflejan este aspecto fundamental de la mayor parte de los problemas de comportamiento: su carácter funcional (Carr et al., 1996). Este aspecto funcional de la mayor parte de las conductas problemáticas será tratado en el capítulo 5, la evaluación funcional.

En segundo lugar, esta clase de comportamientos los denominamos problemáticos en cuanto que suponen un problema que los profesionales deben resolver, un problema entre un contexto y la forma que un sujeto responde a él. Estos comportamientos son un reto añadido para los profesionales en sus actividades cotidianas de apoyo, un esfuerzo especial de los profesionales, para lograr que la persona alcance una vida satisfactoria en la comunidad. Si ya por el hecho de su discapacidad psíquica, por sus graves limitaciones para una vida más independiente, las personas atendidas en nuestros centros requieren gran cantidad de apoyos instrumentales (para comer, vestirse, des-

plazarse, etc.) y de apoyos para organizar su vida (su ocio, su trabajo, sus relaciones sociales, etc.), si por eso han de vivir en un contexto residencial, que cubra todas sus necesidades como personas, el servicio residencial tiene una enorme tarea que desempeñar, una tarea que es inherente a las necesidades y aspiraciones de estas personas y sus familias. Pero si además la persona presenta problemas de conducta, la tarea de proporcionar los apoyos necesarios se convierte en un reto mucho mayor, el trabajo cotidiano de los profesionales de apoyo se carga de tensión y de estrés, debido a los repetidos episodios de comportamiento problemático, y el esfuerzo que los profesionales han de hacer para lograr los objetivos básicos de bienestar para esas personas es mucho más grande y continuado. Esta cuestión del "sobreesfuerzo" del sistema de apoyos será abordado más detenidamente en el capítulo siguiente.

Tabla 1. Conducta problemática (Emerson, 1995)

Aquellas conductas que por su intensidad, duración o frecuencia afectan negativamente el desarrollo personal del individuo, así como a sus oportunidades de participación en la comunidad

La expresión "conducta problemática" la utilizaremos de ahora en adelante para referirnos a aquellas conductas que por su intensidad, duración o frecuencia afectan negativamente el desarrollo personal del individuo, así como a sus oportunidades de participación en la comunidad. Estas conductas a) generalmente *tienen una función* para la persona que las desempeña; y b) *exigen un sobreesfuerzo* del sistema de apoyos para atender adecuadamente las necesidades del individuo.

La utilización del concepto de conducta problemática ha sido importado del ámbito anglosajón por los profesionales y especialistas en modificación de conducta españoles. Algunas veces, en vez de conducta problemática, se utiliza la expresión "conducta desafiante" (del inglés *challenging behaviour*). Esta expresión no es que sea inapropiada, pero exige siempre una explicación para ser entendida en sus justos términos, por eso no la utilizamos. Si usted, por ejemplo, pregunta a alguien no profesional de nuestro campo qué es una conducta desafiante, probablemente le diría que se trata de una conducta por medio de la cual alguien trata de desafiar a otros, lo que llevaría a pensar que el problema es del individuo ("una persona desafía a los demás con su conducta"), el problema es la persona (que desafía) no su conducta. Pero el concepto de conducta problemática trata de evitar que nosotros, como profesionales, centremos el problema en la persona. Por eso optamos por modificar el punto de vista, tratando de dejar claro que el problema no es en exclusiva de la persona que se comporta de una determinada manera, sino que también tiene que ver con cómo los demás perciben, toleran o tratan dicha conducta y, por tanto, el cambio no ha de ser solo de la persona, sino también del sistema de prestación de apoyos.

La expresión "conducta problemática" identifica un comportamiento que supone un reto para los servicios de apoyo y destaca la necesidad de un cambio de perspectiva en el modo de prestar los apoyos para superar esa dificultad comportamental. Así, deseamos la idea de que el comportamiento problemático es algo exclusivo de las personas con discapacidad psíquica y asumimos la necesidad de que nuestro trabajo responda específicamente a aquella conducta que implica un esfuerzo especial de los profesionales, para lograr que el usuario con comportamiento problemático alcance una vida satisfactoria en la comunidad.

Hemos asumido que la conducta problemática puede variar tanto en su forma o topografía como en su intensidad. Cuando hablamos de conducta problemática podemos referirnos a autoagresiones, a agresiones, a destrucción de objetos, a autoestimulaciones, al negativismo, etc. y podemos estar

hablando de comportamientos enormemente frecuentes, que pueden hacer mucho o poco daño a la persona o a otros, o de comportamientos menos frecuentes. Recordemos que, con independencia de su gravedad, la característica común a todos ellos es que impiden o dificultan el desarrollo personal y el acceso a la comunidad. Así que, en el fondo, hablamos de una conducta problemática cuando se aprecia un riesgo físico o social para el individuo. Recordemos también que ese comportamiento (problemático) es estable en el tiempo, porque suele tener una función y su control requiere un esfuerzo añadido por parte de quienes proporcionan los apoyos.

Valorando en su conjunto todos los aspectos incluidos en el concepto, podemos obtener una serie de conclusiones sobre las características de estas conductas, enumeradas por Emerson (1998). La primera conclusión importante es que *la conducta problemática se define por el impacto que ésta tiene en la persona o en su entorno*. Ya puede variar esa conducta en frecuencia, intensidad, gravedad, etc, la decisión de si es o no una conducta problemática viene dada por sus consecuencias negativas para la persona y para quienes viven con él o ella.

La segunda característica importante que se deriva del concepto de conducta problemática es su construcción social. Es decir, la conducta problemática se define socialmente, es una conducta que transgrede las normas sociales. El hecho de definir una conducta como problemática está basado en constatar las interacciones complejas entre lo que la persona hace, el contexto en el que lo hace y en cómo los demás interpretan o dan significado a esa conducta. Por ejemplo, una conducta como la de descalzarse puede considerarse problemática si la persona la realiza en plena calle y el cuidador interpreta esa conducta como un intento por parte de la persona para interrumpir un paseo, lo que perjudicaría la actividad de otros usuarios que les acompañan y entorpecería el trabajo del profesional. También, por ejemplo, la conducta violenta se considera problemática si el profesional la entiende como una acción premeditada e intencional y no se vería tan problemática si el personal de apoyo pensara que esa conducta es una respuesta impulsiva a una agresión previa.

Finalmente, el concepto de conducta problemática implica que de ella se derivan unas consecuencias personales y sociales. Estas conductas pueden ser tan graves como para dañar la salud y la calidad de vida de la persona, de quienes le prestan los apoyos, o de quienes conviven o trabajan con la persona. Pero además de estas consecuencias inmediatas, hay otras consecuencias para la persona a más largo plazo, como por ejemplo el abuso, el abandono, un tratamiento inapropiado, la exclusión o la deprivación social. Un tratamiento adecuado del comportamiento problemático debe tener en cuenta esas consecuencias personales y sociales, por lo que no debe detenerse en el objetivo, siempre importante, de reducir la frecuencia y duración de los episodios de conducta inapropiada, el tratamiento debe incluir esfuerzos para mejorar las oportunidades de la persona y su entorno para una vida más digna e integrada en la sociedad. En la tabla 2 se presentan las tres características de la conducta problemática.

Tabla 2. Características de la conducta problemática (Emerson, 1998)

- La conducta problemática se define por el impacto que ésta tiene en la persona o en su entorno
- La conducta problemática se define socialmente
- De la conducta problemática se derivan unas consecuencias personales y sociales que pueden ser tanto inmediatas como a largo plazo

LAS CONSECUENCIAS DEL COMPORTAMIENTO PROBLEMÁTICO PARA LA PERSONA Y SU REPERCUSIÓN EN EL ENTORNO

Como acabamos de decir, la conducta problemática, por definición, tiene unas consecuencias personales y sociales. Estas consecuencias han sido estudiadas o analizadas aisladamente por distintos investigadores y enumeradas sólo en algunos trabajos relativamente recientes. Recordemos antes de nada un aspecto importante de la definición de conducta problemática expuesta en el apartado anterior, que nos remite directamente a estas consecuencias de las que vamos a hablar: las conductas problemáticas "...por su intensidad, duración o frecuencia afectan negativamente el desarrollo personal del individuo, así como a sus oportunidades de participación en la comunidad" (Emerson, 1998). Trataremos de explicar este aspecto de la definición teniendo en cuenta que las consecuencias personales pueden ser inmediatas o a largo plazo.

Hay, como es evidente en muchos comportamientos problemáticos, unas consecuencias personales inmediatas o directas, que han sido enumeradas por Emerson, Felce, McGill y Mansell (1995). Por ejemplo, el caso de las autoagresiones. La conducta autolesiva es por naturaleza un comportamiento dañino para el individuo, que afecta a su salud física y que si se mantiene durante un tiempo excesivo, se incrementa el riesgo de daños permanentes. Un comportamiento autolesivo continuado incrementa el riesgo de infecciones, de heridas que no cicatrizan, de malformaciones por hematomas que se calcifican, de pérdida de la visión o de la audición y de daños neurológicos (Mikkelsen, 1986). Otra consecuencia que se deriva de una reacción natural de la sociedad frente a este tipo de comportamientos agresivos, es el aumento de la probabilidad de hospitalización de las personas que presentan dicho comportamiento, el ingreso en instituciones residenciales cerradas, el verse sometido a programas fuertemente aversivos de tratamiento y de sufrir situaciones prolongadas de aislamiento y de inmovilización física o contención farmacológica.

Aquí no se está valorando si los riesgos físicos y sociales que son consecuencia del comportamiento problemático tienen su origen en una mala práctica profesional. Nos podemos encontrar con casos tan graves y dañinos para la persona y su entorno que se hace necesario poner en marcha procedimientos extremos con tal de que la persona reduzca, aunque sea temporalmente, la frecuencia de su conducta cuando ésta es gravemente perjudicial. Pero también los profesionales hemos de ser conscientes de las implicaciones que tienen esas intervenciones para la persona. Algunas intervenciones, especialmente las no planificadas, podrían llevar a riesgo de abuso físico y de malos tratos. Por ejemplo, en un trabajo realizado por Verdugo, Gutiérrez, Fuertes y Elices (1993) se constató que la presencia de conductas problemáticas (conductas difíciles en su terminología) predice el riesgo de maltrato, y se ha sugerido también que el comportamiento gravemente problemático es uno de los mejores predictores de qué personas están en riesgo de sufrir malos tratos o abusos físicos en contextos institucionales (Rusch et al., 1986).

Hay casos en los que por presiones del contexto, el alto grado de agresión o autoagresión que manifiesta la persona con discapacidad, o circunstancias especiales, se hace una demanda excesiva de la medicación pudiendo ser una forma directa de abuso. Nos encontramos con estudios donde entre el 40% y el 50% de las personas que presentan autoagresiones o agresiones a otros reciben medicación psicotrópica (Emerson, Felce, McGill y Mansell (1995) y más de un 50% de estas personas pueden haber recibido durante años un exceso de medicación (Schroeder et al 1995). Además, hay algunos trabajos, como los de Sprague y Werry (1971) y Chadsey-Rusch y Sprague (1989), que cuestionan seriamente el uso de medicación psicotrópica masiva para el tratamiento de la conducta problemática, fundamentalmente porque hasta hace muy poco tiempo no ha habido un soporte científico consistente que justifique el uso masivo, o incluso selectivo, de determinado tipo de medicamentos psicotrópicos para el tratamiento del comportamiento gravemente disruptivo (Schroeder et al., 1995). Volvemos a insistir, que no se está diciendo que los profesionales especialistas en el uso de medicación psicotrópica prescriben fármacos alegremente sin tener en cuenta si son adecuados o no. La ausencia de una justificación científica clara para usar psicofármacos no nos tiene que sorprender. Para comprender este hecho sólo tenemos que pensar en que estas conductas presentan una enorme variabilidad en su aparición, evolución, causas biológicas, efectos múltiples, factores de riesgo y topografía y, además, son conductas tan problemáticas que el sistema de apoyos, las familias y la sociedad en general exigen una respuesta para detener el sufrimiento de la persona y de quienes viven con él o ella, y a veces la psicofarmacología es la única alternativa que se les ofrece. Por eso se recurre a probar con distintos psicofármacos en la medida en que los esfuerzos previos son infructuosos, llegando en el caso de algunos usuarios a que se prueben prácticamente todas las familias de psicofármacos existentes en el mercado en un periodo relativamente corto de tiempo.

Como veremos en el capítulo 9, la utilización de psicofármacos no es una estrategia equivocada. Es insuficiente en la mayoría de los casos si se utiliza como tratamiento exclusivo, pudiendo convertirse en una forma de abuso si no se llevan a cabo los controles adecuados y si no se tienen en cuenta los efectos secundarios que para la salud y el bienestar de la persona, suelen tener esta clase de medicamentos.

Otro riesgo importante al que están sometidas las personas con comportamiento problemático es el de la utilización incontrolada, incorrecta o abusiva de sistemas de sujeción personal o mecánica. En principio, el uso de los sistemas de sujeción tiene por finalidad proteger a la persona y a los demás del daño que puede ocasionar el comportamiento problemático. La sujeción puede ser tan sutil, como por ejemplo, el uso de férulas para impedir que la persona flexione un brazo o la muñeca, o el uso de casco protector para que la persona no se golpee, y puede ser tan masiva como el uso de correas con cierres magnéticos que impidan ciertos movimientos, el uso de ropas confeccionadas a

medida para que el usuario tenga los brazos cruzados, etc. Cuando hablamos aquí del uso abusivo de sistemas de sujeción no estamos hablando de una utilización autorizada, técnicamente justificada, planificada, con controles adecuados y limitada en el tiempo, es decir protocolizada. Nos referimos a un uso conflictivo de procedimientos que restringen los movimientos de la persona mediante la fuerza de unas correas, de otros procedimientos mecánicos, o mediante fornidos profesionales dispuestos a asumir un riesgo real de recibir daños o de hacer daño sin querer. El uso de estos sistemas es conflictivo, en primer lugar, porque se pueden considerar contrarios a los valores y planteamientos éticos de la mayoría de las personas, en segundo lugar, porque pueden ser ilegales si no hay una justificación técnica clara y una prescripción escrita del procedimiento de restricción (indicando momentos, duración de la restricción, aprobación de los familiares, etc.) y, finalmente, porque no se conocen todos los efectos reales a largo plazo para la persona sometida a este tipo de procedimientos. Sí se sabe, sin embargo, que un uso inapropiado, excesivamente prolongado y no combinado de estos sistemas con otros procedimientos de intervención, puede dar lugar a consecuencias penosas para el individuo (Harris, 1996), como son algunas secuelas físicas, por ejemplo la desmineralización de los huesos, atrofia muscular, acortamiento de los tendones y daños que se produzcan en el momento de intentar la inmovilización. También, especialmente a largo plazo, se produce una pérdida de oportunidades para explorar y manipular el entorno (Rojahn et al., 1980) y una reducción de las oportunidades para interactuar con otras personas y con los profesionales de apoyo (Luiselli, 1986).

Como posiblemente habrá constatado el lector, la aparición de conductas problemáticas en un contexto determinado, es un problema que generalmente tiene una solución compleja, difícil y exige mucho esfuerzo de los profesionales que atienden a estas personas. La existencia prolongada de conductas problemáticas en un contexto determinado, hace que puedan aparecer riesgos de secuelas de tipo físico y secuelas de tipo psicológico o social, como efectos secundarios a los tratamientos que se llevan a cabo. Es tan compleja la intervención sobre estas conductas, que al aplicar un tratamiento que les intente controlar, se puede provocar en consecuencia y de forma indirecta, efectos como la privación, la no participación en otras actividades, trato poco respetuoso hacia la dignidad de la persona, etc.

En cuanto al riesgo de privación social es consecuencia de que las personas con conductas problemáticas pueden verse excluidas de las actividades cotidianas de la vida diaria, así como de los contextos habituales donde tiene lugar las actividades, lo que puede dar lugar a que se ignoren sus necesidades básicas de relación social y de apoyos de otros. No es extraño, por ejemplo, conocer casos de personas usuarias de servicios residenciales que llevan años sin salir del centro, sin asistir a actividades ocupacionales y sin apenas participar en actividades de ocio debido a su grave comportamiento problemático. Esta "reclusión" con componentes de aislamiento es perfectamente comprensible desde el punto de vista de las personas que han de compartir espacios y actividades con quien presenta una alteración grave del comportamiento. Se sabe, por ejemplo, que el comportamiento gravemente alterado (especialmente si es agresivo) es la principal causa de estrés y de ansiedad de los profesionales de apoyo (Quine y Pahl, 1985) y que es la razón principal por la que los padres o familiares buscan un servicio residencial para su hijo o hermano (Tausing, 1985).

La experiencia de este grupo regional en aquellos casos más problemáticos que ha ido siguiendo es que estas personas suelen ser consideradas por algunos profesionales como inapropiadas para el servicio residencial donde viven, y que su atención se llevaría a cabo de una forma más controlada y eficaz en otra institución más especializada. El ingreso en este tipo de instituciones, generalmente más cerrada, se justifica porque "alteran gravemente la vida cotidiana del centro", su conducta produce un "enorme malestar entre usuarios y profesionales", son personas "incapaces de adaptarse a las exigencias mínimas para las actividades que se programan" o porque el "centro carece

de los recursos necesarios” para atender las muy especiales características que presenta el usuario. Probablemente estas ideas y razones son válidas. El problema está en el equilibrio entre estas razones y el hecho de aceptar que las personas con comportamiento problemático puedan beneficiarse de establecimientos menos segregados y que puedan ser apoyadas desde los servicios residenciales en los que viven.

La apatía en el trato de las personas con comportamiento problemático no sólo es consecuencia del estrés y malestar que proviene del hecho, siempre grave y penoso, de tener que convivir con alguien que se comporta causándose daño a sí mismo o a otros. Sospechamos que el desánimo también puede ser consecuencia de una sensación de fracaso reiterado en el intento de controlar o eliminar de modo permanente esos comportamientos. Además del estrés excesivo, se han argumentado diversas razones o factores relacionados con la falta de eficacia de los programas tradicionales de intervención. Maguire y Piersel (1992) recogen los siguientes: a) exceso de trabajo y de responsabilidades por parte del personal de atención directa que impide dedicar tiempo suficiente a la atención adecuada de los problemas de conducta; b) conocimientos escasos por parte del personal sobre los procedimientos eficaces de modificación de conducta; c) ausencia de criterios y recursos necesarios para mejorar el contexto y hacer que soporte un cambio conductual estable; y d) confianza en análisis y estrategias de intervención demasiado simplistas. Además se podría añadir que el riesgo de un tratamiento no adecuado se incrementa cuando e) la estructura funcional de los recursos humanos no favorece un trabajo en equipo; g) los procedimientos de comunicación interna entre profesionales son impersonales y, aunque demanden un compromiso de actuación conjunta, no incluyen mecanismos para que ésta tenga lugar y h) la motivación y capacidad para poder llevar a cabo un trabajo comprometido y continuado se ve afectada por cuestiones de tipo laboral (turnos, horarios, permisos, funciones, etc.).

Debemos aceptar que el riesgo de exclusión y del trato inadecuado puede aparecer en cualquier momento, porque ello nos ayudará a impedirlo, por el bien de la persona y de quienes han de compartir espacios y actividades con él o ella. El problema es de la institución, pero cada uno de nosotros formamos parte de ella y hemos de organizarnos para responder al compromiso de proporcionar los apoyos necesarios para satisfacer las necesidades afectivas, sociales, personales y materiales de las personas con discapacidad, y el de proporcionar oportunidades y apoyos para que la persona adquiera habilidades que faciliten su integración y participación en la comunidad.

RECURSOS APROPIADOS PARA ATENDER LA CONDUCTA PROBLEMÁTICA

Una lectura detenida del último párrafo del apartado anterior deja claro que nuestra misión va más allá de proporcionar cuidados para mantener la salud y para que la persona que está atendida en nuestros centros no pase ni hambre ni frío. Además de cuidados hay que proporcionar apoyos. Apoyos para lograr la integración y normalización de la persona.

Los valores que sustentan nuestras actividades de apoyo ya han sido formulados y se reflejan en la tabla 3.

Tabla 3. Nuestro trabajo como profesionales adquiere valor cuando:

- Proporcionamos apoyos dirigidos a que las personas con discapacidad logren satisfacción y bienestar.
- Asumimos que estas personas, como cualquier otra persona, pueden participar y aportar cosas valiosas a la comunidad, desarrollar sus capacidades y tener aspiraciones, deseos y necesidades de relaciones interpersonales comparables a las del resto de los ciudadanos.
- Facilitamos y promovemos la participación de las personas atendidas y de sus familias en los procesos de toma de decisiones que afectan a los servicios que se les prestan.
- Reconocemos que el éxito en los programas de atención depende necesariamente de la participación de todos mediante el trabajo en equipo.

En estas afirmaciones se expone, en primer lugar, que la calidad de nuestro trabajo, la causa por la que nuestro trabajo es valioso, está en proporcionar apoyos para que las personas con discapacidad logren satisfacción y bienestar. En segundo lugar, nuestro trabajo tiene valor si partimos de que los usuarios de nuestros centros, como cualquier otra persona, pueden participar y aportar cosas valiosas a la comunidad, desarrollar sus capacidades y tener aspiraciones, deseos y necesidades de relaciones interpersonales comparables a las del resto de los ciudadanos. En tercer lugar, nuestro trabajo adquiere valor cuando facilitamos y promovemos la participación de las personas atendidas y de sus familias en los procesos de toma de decisiones que afectan a los servicios que se les prestan y, finalmente, debemos asumir que nuestro trabajo tiene más valor y, en definitiva, es más eficaz cuando reconocemos que el éxito en los programas de atención a las personas atendidas depende necesariamente de la participación de todos mediante el trabajo en equipo.

A veces el trabajo en equipo se ve afectado por problemas de motivación de algunos de los profesionales, que pueden considerar carente de valor el trabajo que se realiza con personas con una gran discapacidad, o pueden tener expectativas falsas de progreso de los usuarios con necesidades de apoyos generalizados; expectativas que la realidad ha frustrado cuando se ha hecho patente que estos progresos son mínimos y se logran en períodos de años, no de meses o días. En realidad el fracaso no es de los trabajadores, sino de un modelo basado en la rehabilitación como fin. Hoy en día el modelo es el de participación en la comunidad, basada en la prestación de apoyos como se puede deducir de lo expuesto en este manual. El desconocimiento o no querer asumir esta realidad ha podido llevar a la desmotivación y apatía por parte de algunos trabajadores, cuando en realidad debería considerarse un reto a superar.

La realidad actual es bien distinta. Hoy nadie es ajeno al hecho evidente de que nuestros centros están evolucionando. Estamos cambiando de un modelo centrado en el sistema donde los programas se imponían sobre las personas y se atendía a las personas que encajaban en los programas (o en el sistema), a un modelo centrado en la persona, donde los objetivos vienen del individuo, del conocimiento de sus capacidades, necesidades y deseos, y donde los programas implican una alianza entre el personal de apoyo y la propia persona que precisa apoyos. En este nuevo enfoque ¿cómo han de ser los servicios para atender a las personas con conductas problemáticas?. Para responder a esta pregunta debemos recordar, antes de nada, que la atención eficaz para personas con discapacidad psíquica y problemas de comportamiento requiere un alto nivel de sofisticación, que no es fácil solucionar problemas complejos.

A lo largo de la literatura especializada, y partiendo del hecho de la gran complejidad de los problemas de comportamiento, se informa de varias estrategias para superar dichos problemas: estrategias planteadas por los equipos multiprofesionales de los servicios, basadas en programas de modificación de conducta; en la farmacología, o en procedimientos combinados a través de programas sistemáticos, etc. Cuando estas estrategias no dan los resultados deseados por los equipos de las instituciones, y solo en determinados casos muy graves se plantean otras estrategias como son: enviar a la persona con comportamiento problemático a una unidad especializada para que durante una estancia temporal se lleven a cabo los programas especializados necesarios; enviar a la persona a residir de modo permanente a un centro especializado. Estas dos últimas opciones tienen sus puntos fuertes y débiles. En el estudio de Maguire y Piersel (1992) se constata que de las 147 instituciones residenciales a las que consultaron ninguna consideró la derivación permanente a un centro especializado como la opción más eficaz, no era más que una manera de quitarse el problema de encima sin llegar a solucionarlo. Sobre la alternativa de la estancia temporal, la conclusión es que plantea problemas de generalización de los aprendizajes que eventualmente se produzcan en la unidad especializada a la residencia habitual, la necesidad de una programación adicional de

la generalización tan especializada como la de eliminación de los comportamientos problemáticos y la dificultad de llevar a cabo un seguimiento desde la unidad especializada que puede encontrarse muy distante de la residencia habitual de la persona con conducta problemática. Una tercera estrategia consiste en crear un equipo, formado por varios profesionales además del equipo multiprofesional, para el tratamiento intensivo en el propio centro. Por su parte, la dificultad que ha de superar el equipo de tratamiento intensivo es lograr un buen ajuste contextual (Albin et al., 1996) o compatibilidad entre el programa de intervención y las características relevantes del medio en que ha de implementarse, especialmente las variables relativas a las personas que han de aplicar el programa y las características del sistema dentro del que se debe aplicar el plan de apoyo conductual, es decir, en nuestro caso, del Centro Residencial.

1. El grupo regional de trabajo para el apoyo conductual positivo

Desde nuestra institución se valoró que una de las necesidades prioritarias era aumentar los esfuerzos para dar respuesta eficaz a las personas con discapacidad que además mostraban comportamientos problemáticos. Esto se justifica sobre el hecho de que a) las conductas problemáticas son un problema grave tanto para el sujeto como para quienes comparten el contexto donde tienen lugar, b) los tratamientos que hasta el momento se estaban y están llevando a cabo, obtienen resultados parciales, en algunos casos exitosos aunque a veces sólo a corto plazo y en otros sin conseguir resultados y c) se necesitaba aportar nuevas formas de abordaje de estos problemas, para enriquecer las prácticas profesionales anteriores.

Hasta hace unos años nuestra institución disponía únicamente del recurso de las estancias temporales. Desde que se constituyó el Grupo Regional de Apoyo Conductual Positivo se dispone del recurso de un equipo especializado para el tratamiento intensivo en el propio centro, este equipo está formado por profesionales del mismo pudiendo recurrir como apoyo a profesionales de otros centros de la misma institución, aquellos que forman el Grupo de Trabajo Regional en Apoyo Conductual Positivo. Veamos ahora en qué consiste y qué objetivos persigue este Grupo de Trabajo.

Este grupo está formado en la actualidad por profesionales de los diferentes centros de atención a personas con discapacidad psíquica grave o moderadamente afectadas, pertenecientes a la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, y por especialistas en técnicas de modificación de conducta para personas con discapacidad, miembros de la Universidad de Salamanca, que actúan como consultores. El objetivo general de este Grupo de Trabajo es *consolidarse y evolucionar como grupo de asesoramiento interno especializado y de referencia*, para los profesionales que trabajan en los Centros de atención a personas con discapacidad psíquica grave o moderadamente afectadas, pertenecientes a la Gerencia de Servicios Sociales, ayudando y enseñando a resolver del modo más eficaz posible los comportamientos problemáticos.

La existencia de este grupo de trabajo supone una oportunidad que proporciona la Institución para dar formación continua al personal de los centros a lo largo de un periodo extenso de tiempo, incorporando oportunidades repetidas de aplicación, revisión, clarificación y expansión de los conocimientos y del material durante todo el proceso de formación. Se trata, con este grupo de trabajo, de proporcionar un modelo de formación, centrado en las necesidades reales de los usuarios de los centros y del personal de apoyo.

Para lograr los objetivos que tiene encomendados este grupo se establecieron varias tareas, que pueden verse en la tabla 4, cuyo contenido también tuvo en cuenta como punto de partida la realidad de los centros en cuanto a tipo de usuarios, personal y medios materiales para el control y seguimiento del comportamiento problemático.

Tabla 4. Tareas encomendadas al grupo regional de trabajo

- Estudiar la incidencia y los factores de predisposición de comportamientos problemáticos en nuestros centros.
- Proporcionar asistencia técnica a los centros y servicios en el apoyo conductual positivo.
- Difusión en centros y servicios de los métodos de intervención en conductas problemáticas.
- Elaborar un manual de referencia sobre las prácticas eficaces en modificación de conductas problemáticas.
- Elaborar y desarrollar protocolos de actuación.

El Grupo de Trabajo debe actuar como un servicio de apoyo para los centros de atención a personas con discapacidad psíquica en lo que se refiere a la forma de atender y solucionar los problemas de comportamiento, proponiendo estrategias de intervención basadas en el concepto de apoyo conductual positivo. Actúa también como grupo de consulta para los responsables de la planificación en la toma de decisiones respecto a la prevención de los comportamientos problemáticos y a la organización de dichos centros de atención, basándose en los conceptos de calidad de vida y gestión de apoyos para la vida independiente de los usuarios.

Actualmente, el Grupo Regional de Trabajo es un servicio especializado para proporcionar apoyos a los adultos con discapacidad que presentan problemas graves de conducta y residen en alguno de los centros de la Gerencia de Servicios Sociales. Este equipo asume la filosofía y planteamientos que promueve la institución, así como la concepción expuesta anteriormente de conducta problemática. En relación a la conducta problemática el objetivo es reducirla al tiempo que se incrementa la calidad de vida de la persona, y el medio elegido es proporcionar sugerencias y procedimientos de trabajo a los profesionales de los centros tomando como base los principios y métodos del Apoyo Conductual Positivo.

Se adopta un enfoque conductual porque la evidencia científica actual sugiere que este tipo de intervenciones son eficaces en la reducción del comportamiento problemático y la enseñanza de conductas alternativas funcionalmente equivalentes (para un análisis detallado se puede consultar Repp y Singh, 1990), y porque pueden combinarse con otros procedimientos como la terapia farmacológica, potenciando dicha combinación los efectos y eficacia de los tratamientos.

Este Grupo de Trabajo tiene un carácter ambulante, pudiendo actuar en cualquier centro de la Gerencia y no sustituye a los equipos multiprofesionales adscritos a cada Centro, ni a los servicios generales de salud mental propios de la zona donde está ubicado el Centro, sino que se propone trabajar al servicio de esos equipos y de otros profesionales o especialistas que puedan estar implicados en cada caso, así como de las familias de las personas con comportamiento problemático.

El Grupo de Trabajo se adhiere a la misión, valores y principios establecidos por la Gerencia para los Centros de atención a personas con discapacidad psíquica y trata de proporcionar un servicio de calidad, utilizando los métodos menos restrictivos posibles, que sean compatibles con la reducción de la conducta problemática, respetando la dignidad, aspiraciones y deseos de las personas usuarias de nuestros Centros.

2. La organización del grupo regional de trabajo

Este grupo de trabajo surgió como una continuación del curso de formación en conductas disruptivas realizado por la Gerencia de Servicios Sociales en el año 1997 en Ávila, al que asistieron trabajadores de todos los niveles profesionales adscritos a los servicios residenciales públicos.

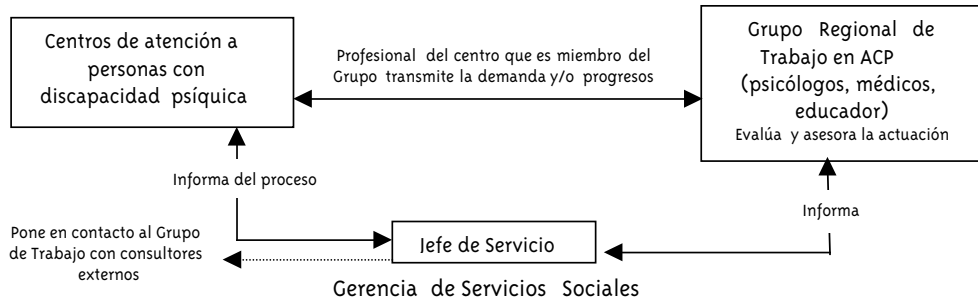
Como ya se ha dicho está compuesto por profesionales de los Centros, (psicólogos, médicos y un educador) y dispone de un grupo de consultores que actualmente pertenecen a la Universidad de Salamanca. Todos sus componentes tienen experiencia en el tratamiento de personas adultas con discapacidad psíquica y/o en el uso de técnicas de intervención sobre el comportamiento problemático. El criterio inicial para incorporarse a este equipo fue haber realizado el curso de formación o tener experiencia previa en técnicas de modificación de conducta para personas con discapacidad. Pero no fue una exigencia inicial que todos sus miembros dominaran los principios y técnicas fundamentales de la intervención conductual, ya que se estableció que el éxito en los planteamientos de intervención debía basarse en la búsqueda de acuerdos desde diferentes puntos de vista profesionales. Así, se asumió que, con independencia de la preparación técnica de cada miembro del grupo y de su nivel profesional, todas las opiniones y puntos de vista son válidos y pueden discutirse en un marco de respeto y de esfuerzo por lograr los objetivos asignados a este grupo.

Igualmente, como consecuencia de estos planteamientos de partida, el Grupo Regional asume que todos los trabajadores de la Gerencia de Servicios Sociales se esfuerzan por alcanzar los más altos niveles de integración y satisfacción de necesidades de las personas atendidas en los Centros, y que su práctica profesional está inspirada en los principios de respeto de los derechos y la dignidad de las personas.

En cuanto al procedimiento de intervención, es el expuesto en la Figura 1, de este modo el grupo recibe por vía de sus componentes las demandas de intervención sobre casos específicos en los Centros y discute las posibilidades de intervención (urgencia, grado de implicación del grupo, técnicas, necesidades, etc.) y toma un acuerdo que es comunicado al jefe de servicio, quien informa al Centro del proceso que se va a seguir. A partir de ese momento el procedimiento de trabajo que se sigue es el descrito a partir del tercer capítulo de este manual y que se resume en a) una fase inicial de formación de un grupo de apoyo conductual en el Centro; b) el desarrollo de una evaluación funcional; y c) la aplicación de un programa de apoyo conductual con sus sistemas de seguimiento y de valoración de los resultados alcanzados.

Es muy importante dejar claros los objetivos de este grupo cuando se desplaza a los Centros para realizar una intervención. En el momento en que el Grupo Regional de Trabajo se incorpora al Centro para llevar a cabo la intervención el objetivo es doble: a) por un lado se trata de resolver con eficacia y prontitud el problema o problemas de comportamiento que presenta el usuario y b) por otro se trata de enseñar a los profesionales del Centro los procedimientos de intervención, de resolver sus dudas, de ayudarles a preparar material y de hacerles partícipes de los resultados de la intervención.

Figura 1. Proceso de actuación del grupo regional de trabajo en ACP



OBJETIVOS DE ESTE MANUAL

Como se puede deducir después de haber leído este capítulo inicial, este manual es un intento de difundir los principios y métodos del Apoyo Conductual Positivo, tomando como base la experiencia de los propios profesionales de los centros en combinación con la experiencia científica existente hoy en día.

Queremos con este manual que los trabajadores de los Centros conozcan, en primer lugar, la dimensión del problema que estamos abordando, cuántas personas usuarias de nuestros servicios presentan conductas problemáticas, qué características tienen y cómo ha evolucionado el problema con los años. En segundo lugar tenemos el propósito de informar a los trabajadores de los Centros de la importancia que tiene un trabajo basado en los principios de respeto a la persona y a sus aspiraciones, así como de mostrarles que hay técnicas y procedimientos, todos ellos basados en el trabajo en equipo, que pueden ayudarnos a hacer frente a un comportamiento que nos desestabiliza, que perjudica a quienes lo muestran y a quienes conviven con esas personas, de afrontar el gran reto que supone proporcionar apoyo a quienes presentan conductas gravemente problemáticas.

Además de estos objetivos, tenemos el propósito de mostrar cómo podemos comprender e intervenir sobre ese comportamiento, enseñando los pasos a dar en cada momento del proceso y ejemplificando el mismo con materiales obtenidos de nuestra propia experiencia.

Aunque parezca presuntuoso plantearse todos estos objetivos, porque pueden verse demasiado ambiciosos, asumimos este desafío porque los autores de este manual reconocen que el gran desafío, el reto de verdad es cuidar y dar apoyos a personas que, en su mayoría, no han elegido vivir en nuestras residencias, pero que, si no ellos, sus familias han depositado en nosotros la confianza de que estas personas recibirán el trato y los apoyos que precisen.

**Las conductas
problemáticas en los
servicios residenciales:
estudio de la población
atendida**

INTRODUCCIÓN

Nos hemos preguntado alguna vez cuántas personas usuarias de nuestros Centros presentan conductas problemáticas y qué características tienen esas personas. La respuesta que se obtenga puede ser de gran utilidad a la hora de planificar acciones continuadas de apoyo conductual en nuestros Centros y proporcionar los servicios de apoyo.

Para responder de forma adecuada debemos establecer un acuerdo sobre lo que entendemos por problemas de comportamiento y por conducta problemática.

Desde el Grupo Regional de trabajo en ACP se ha optado por una concepción de los problemas del comportamiento que refleje que el problema no es en exclusiva de la persona que se comporta de una determinada manera, sino que surge de cómo se percibe, tolera o trata dicha conducta por parte de otras personas.

La expresión "conducta problemática" nos permite delimitar el problema, ya que con la definición que presentamos no todas las personas con "problemas de comportamiento" presentarían "conductas problemáticas". La última expresión se aplicará a un grupo más reducido de personas, cuyo comportamiento supone un reto para los servicios de apoyo y trata de destacar la necesidad de un cambio de perspectiva en los profesionales de los servicios.

Con esta expresión se trata igualmente de desterrar la idea de que el comportamiento problemático sea algo inherente al individuo y asume la necesidad de que los servicios, y el modo en que éstos se prestan, deben responder a aquella conducta que implica un esfuerzo especial de los profesionales, para lograr que la persona alcance una vida satisfactoria en la comunidad.

En los distintos estudios de prevalencia sobre las conductas problemáticas que podemos encontrar se observa una gran diferencia de datos, lo cual indica la necesidad de utilizar algún criterio para valorar la severidad de los problemas y para poder seleccionar a los usuarios que verdaderamente presentan dichas conductas.

En un estudio realizado en Estados Unidos por Jacobson (1982) se utilizó una lista de 29 conductas que debían puntuarse de acuerdo a la frecuencia. Jacobson encontró que el 73% de los usuarios de residencias, del tipo de las gestionadas por nuestra Institución, tenían problemas de comporta-

miento y que el 62% de los usuarios de viviendas y el 52% de las personas que viven con sus familias presentan problemas de conducta.

Sin embargo, en un estudio realizado por Clarke, Kelley, Thinn y Corbert (1990) los datos obtenidos fueron notablemente diferentes. Clarke y sus colaboradores hicieron una lista de problemas de conducta y pidieron a los profesionales que las puntuaran para cada persona a la que atendían de acuerdo a si esas conductas suponían un problema grave o moderado para el ejercicio de su trabajo, y si ocurrían ocasionalmente o con mucha frecuencia. Encontraron que sólo el 42% de los usuarios de residencias presentaban al menos un problema grave, valor que se reducía al 36% para los usuarios de viviendas y al 41% para quienes vivían con sus familias.

Lo que tienen en común todas las listas de conductas que se utilizan en los diferentes estudios, es que presentan dificultades para decidir cómo incorporar información sobre diferentes formas de conducta para decidir cuál es el grupo reducido de personas que realmente presentan un reto a los servicios y también presentan problemas de fiabilidad entre distintos observadores (Qureshi, 1995; Revuelta et al., 1994), ya que el criterio de gravedad cambia entre distintos profesionales que atienden a la misma persona.

QUIÉNES PRESENTAN CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS

Por lo que hemos dicho hasta ahora, no todos los que tienen problemas de comportamiento presentan conductas problemáticas, y se ha sugerido que para valorar la gravedad de la conducta podría ser útil el nivel de respuesta que han de dar los profesionales de apoyo.

Analizando la definición, ya expuesta en el capítulo anterior, consideramos una conducta como problemática:

- a. Cuando su presencia en el repertorio de la persona influye negativamente en su desarrollo personal y en sus oportunidades de participación en la comunidad: Entendemos que la conducta afecta al desarrollo personal del individuo cuando por su intensidad, duración o frecuencia se pone en peligro la seguridad física de la persona o la de otros, lo que le limita su participación en la comunidad y el desarrollo de sus habilidades personales
- b. Exige un sobreesfuerzo del sistema social para atender adecuadamente las necesidades de esta persona:

El concepto de "sobreesfuerzo" es algo más controvertido, porque su definición no sólo es cuestión de número de personas que han de atender al individuo y tiene más que ver con el tipo de respuesta que los profesionales (ya sea uno, dos, o tres) deben dar. Por ejemplo, se estima que una tercera parte de los incidentes de problemas de conducta requieren algo más que una respuesta verbal por parte de los profesionales (Hill y Bruininks, 1984). Una respuesta verbal no supone un "sobreesfuerzo". Pero, si esa respuesta verbal ha de darse cada cinco minutos, el profesional puede encontrarse en una situación de "sobreesfuerzo" que afectará a su rendimiento y a la calidad y cantidad de apoyos que ha de proporcionar durante su actividad laboral. Nosotros entendemos que el sistema social ha de realizar un sobreesfuerzo cuando los recursos personales del profesional de apoyo, o los medios habituales puestos a disposición de

la persona son insuficientes para dar solución estable al (mal) comportamiento del individuo.

La definición de conducta problemática que estamos asumiendo combina a) un criterio de gravedad, basado en el impacto que la conducta tiene en la persona o en otros, con independencia de si la conducta es muy frecuente o es ocasional, es larga o breve, es intensa o leve; y b) un criterio de impacto sobre el sistema de prestación de los apoyos, con independencia de si los apoyos que la persona necesita para su vida cotidiana si no tuviera conductas problemáticas, sean leves, intermitentes, intensos o generalizados.

Teniendo en cuenta la definición y combinando estos dos criterios este Grupo Regional de Trabajo estableció para el estudio de prevalencia los siguientes grupos de conducta problemática que se presentan en la Figura 1:

Figura 1. Grupos de conducta problemática

- Grupo 1** La persona alguna vez:
- causa daños a sí mismo (aunque estos sean pequeños).
 - causa daños a otros.
 - rompe objetos de su medio ambiente inmediato.
- (Se incluye en este nivel los hábitos tóxicos, trastorno de pica, regurgitación, etc.).
- Grupo 2** Muestra al menos semanalmente conductas que:
- requieren a más de un miembro del personal de atención directa para ser controlada.
 - sitúa al personal de atención directa en situación de riesgo físico.
 - causa daño que no se puede remediar por una intervención inmediata del personal de atención directa.
 - causa al menos una hora diaria de disrupción.
- Grupo 3** Causa más de unos minutos de disrupción diariamente.
- Grupo 4** Presenta conductas que no siendo ni agresivas, ni autolesivas, afectan negativamente a las posibilidades del usuario para participar en las actividades cotidianas del Centro y comunidad (rituales, autoestimulaciones, etc.).

Las conductas pertenecientes a los Grupos 1 y 2 requerirían un esfuerzo orientado fundamentalmente al control del comportamiento violento y al desarrollo de programas de apoyo conductual que enseñen conductas alternativas a la agresión, la autoagresión y la destrucción de objetos. Por su parte, las conductas pertenecientes a los Grupos 3 y 4 precisarían el desarrollo de programas para la adquisición y/o mantenimiento de habilidades de interacción y participación en grupos de trabajo, ocio, etc. incompatibles con las conductas de autoestimulación e incluyéndose el aprendizaje de reglas para espacios, materiales y tiempos con otras personas.

CUÁNTAS PERSONAS DE NUESTROS CENTROS PRESENTAN CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS

I. Población

La encuesta se pasó en mayo de 1999 a todos los Centros de atención a personas con discapacidad psíquica grave o moderadamente afectadas, dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales en aquel momento, por esa razón no está incluido el Centro de Valladolid (que fue transferido unos meses más tarde). El número de usuarios estudiados, clasificados por Centros en los que residían cuando se hizo el estudio es el que aparece en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de usuarios por centros. (Entre paréntesis aparece el porcentaje respecto del total)

<i>Centro</i>	<i>Nº</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Béjar	77 (8,63%)	47 (9,6%)	30 (7,5%)
Burgos (CO)	150 (16,82%)	101 (20,57%)	49 (12,22%)
Burgos (CAMP)	124 (13,90%)	76 (15,48%)	48 (11,97%)
Palencia	118 (13,23%)	56 (11,41%)	62 (15,46%)
Salamanca	91 (10,20%)	41 (8,35%)	50 (12,47%)
Soria	164 (18,39%)	82 (16,70%)	82 (20,45%)
Valladolid	118 (13,29%)	62 (12,63%)	56 (13,97%)
Zamora	50 (5,61%)	26 (5,29%)	24 (5,99%)
Total	892	491	401

La distribución de los usuarios por grupos de edad y por tiempo viviendo en una institución residencial aparece en los gráficos 1 y 2. Aunque las diferencias no son estadísticamente significativas, se puede observar que hay más hombres que mujeres residiendo en los Centros y que la pirámide de edad indica mayor número de usuarios entre 20 y 40 años tanto para el caso de los hombres como el de la mujeres. Se observa también que, en cuanto al tiempo residiendo en una institución (Gráfico 2), hay un alto número de usuarios (68 hombres y 62 mujeres) que se encuentra dentro del grupo de más de 20 años institucionalizado. También es este grupo la mayoría son personas que se encuentran entre los 20 y 40 años de edad. Lo cual significa que en los Centros hay algunas personas que llevan prácticamente toda su vida institucionalizadas.

Gráfico 1. Distribución de los usuarios por grupos de edad

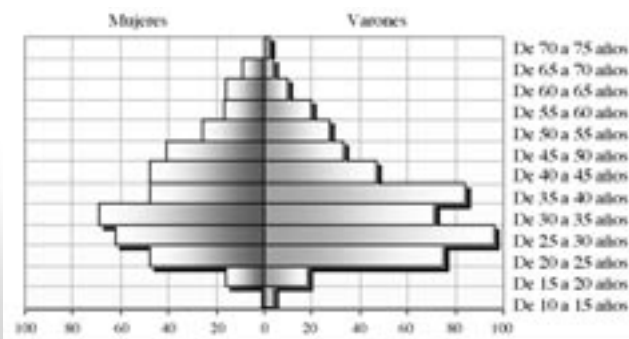
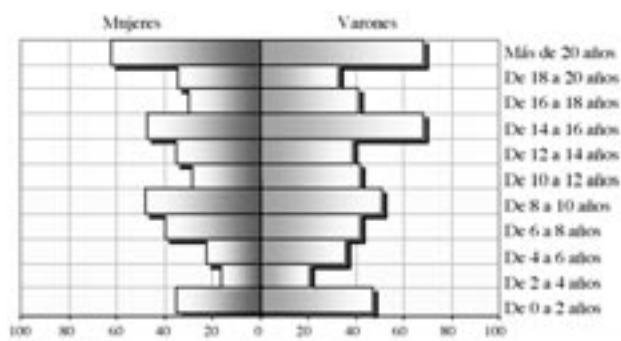


Gráfico 2. Distribución de los usuarios por tiempo viviendo en una institución



2. Resultados

2.1. Prevalencia de la conducta problemática

Los datos recogidos indican que de los 892 usuarios estudiados, el 41,48% muestran algún tipo de conducta problemática (ver tabla 2). En ese porcentaje están incluidos los 4 grupos de conducta problemática que habíamos definido.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de conducta problemática

	Número de casos	Porcentaje
Sin C. Problemática	522	58,52%
Con C. Problemática	370	41,48%
Total	892	100%

La tabla 3 presenta la distribución de los usuarios de acuerdo a la clasificación de conducta problemática que se ha realizado, el 15,81% de los usuarios alguna vez se causa daños a sí mismo o a otros, o rompe objetos de su medio ambiente inmediato (conductas del Grupo 1); el 4,04% muestra al menos semanalmente conductas que requieren a más de un miembro del personal de atención directa para ser controladas, o sitúa al personal de atención directa en situación de riesgo físico, o causa daño que no se puede remediar por una intervención inmediata del personal de atención directa, o causa al menos una hora diaria de disrupción (conductas del Grupo 2); el 7,51% causa más de unos minutos de disrupción diariamente (Grupo 3) y el 14,13% presenta conductas que afectan negativamente a sus posibilidades para participar en las actividades cotidianas del Centro y comunidad (Grupo 4).

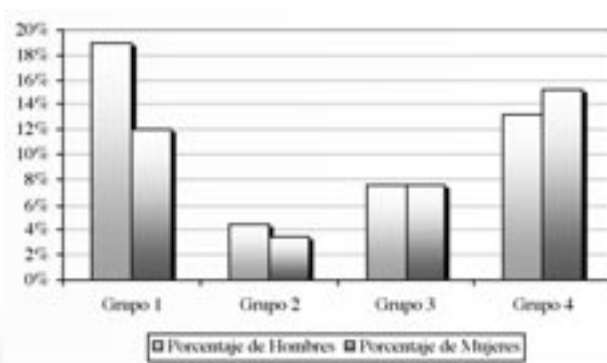
Tabla 3. Distribución de usuarios por tipo de conducta problemática

	Porcentaje de hombres	Porcentaje de mujeres	Porcentaje respecto del total
Grupo 1	18,94%	11,97%	15,81%
Grupo 2	4,48%	3,49%	4,04%
Grupo 3	7,54%	7,48%	7,51%
Grupo 4	13,24%	15,21%	14,13%
Sin C. problemática	55,80%	61,85%	58,52%
	n = 491	n = 401	n = 892

Las conductas problemáticas más frecuentes son las pertenecientes a los Grupos 1 y 4, que corresponden respectivamente a conductas agresivas autolesivas y destrucción de objetos (Grupo 1) y conductas que dificultan la participación de las personas en actividades comunitarias y del Centro (Grupo 4). El gráfico 3 pone de manifiesto más claramente el hecho singular de que son los hombres quienes presentan conductas problemáticas más graves y las mujeres quienes presentan las menos graves. En otras palabras, los hombres presentan con más frecuencia que las mujeres conductas agresivas, autoagresivas y destructivas y las mujeres presentan con más frecuencia que los hombres conductas de tipo disruptivo o de autoaislamiento.

Aunque no son estadísticamente significativas, estas distribuciones de frecuencias pueden tener implicaciones para el servicio residencial, en tanto que implican diferencias en el esfuerzo que ha de hacer el sistema de prestación de apoyos a cada usuario.

Gráfico 3. Distribución de usuarios por tipo de conducta problemática

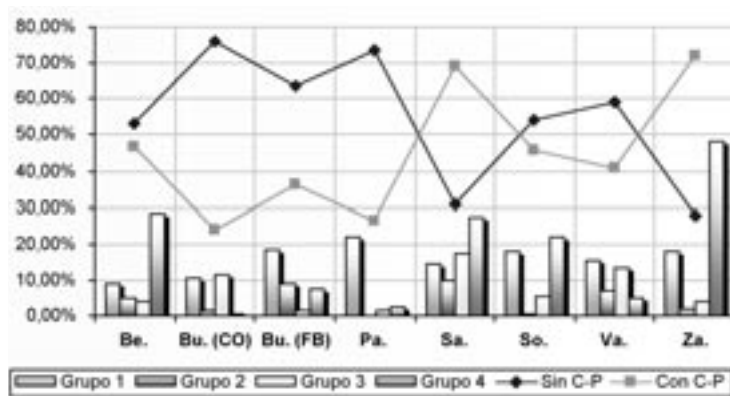


La distribución de casos de conducta problemática por Centros está representada en la tabla 4 y el gráfico 4. Los Centros con mayor número de casos con comportamiento problemático son Zamora y Salamanca. En un análisis considerando el tipo de comportamiento problemático, se observa que ambos Centros, junto al de Bejar, el tipo de conducta problemática más frecuente es la perteneciente al Grupo 4 (conductas que afectan negativamente a la participación en actividades del Centro y la comunidad). Los Centros que atienden a un mayor número de casos con conductas problemáticas graves son por orden de más casos los de Palencia, Burgos (Fuentes Blancas) y Soria. El Centro de Palencia tiene la peculiaridad de que ha categorizado todos sus casos de comportamiento agresivo y/o destructivo dentro del grupo de los más graves (Grupo 1). Algo similar ocurre con los datos aportados por el Centro de Soria. Por lo que esta distribución debe ser contrastada con los datos relativos a la recodificación del comportamiento problemático desde el punto de vista del esfuerzo del sistema.

Tabla 4. Porcentaje de usuarios con conducta problemática por centros

Centro	%		%			
	Total		Por tipo de C. problemática			
	Sin C. Problemática	Con C. Problemática	Grupo1	Grupo2	Grupo3	Grupo4
Béjar	53,25%	46,75%	9,09%	5,20%	3,90%	28,57%
Burgos (CO)	76%	24,00%	10,67%	1,33%	11,33%	0,67%
Burgos (FB)	63,71%	36,29%	18,55%	8,87%	1,61%	7,26%
Palencia	73,73%	26,27%	22,03%	0%	1,70%	2,54%
Salamanca	30,77%	69,23%	14,29%	9,89%	17,58%	27,47%
Soria	54,27%	45,73%	17,68%	0,61%	5,49%	21,95%
Valladolid	59,32%	40,68%	15,25%	6,78%	13,56%	5,09%
Zamora	28%	72%	18%	2%	4%	48%

Gráfico 4. Distribución de usuarios con conducta problemática por centros



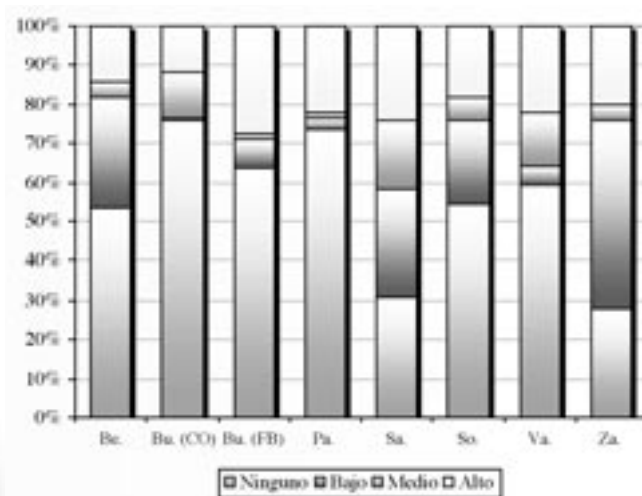
La variable esfuerzo del sistema fue el resultado de recodificar el tipo de conducta problemática, entendiendo que cada Grupo de conducta problemática podría requerir, al menos teóricamente, de distintos niveles de esfuerzo en el momento de ejercer control de la conducta por parte del personal de apoyo. El grupo de trabajo estableció la siguiente recodificación:

Tabla 5. Distribución de usuarios según el esfuerzo del sistema

Alto	Grupos 1 y 2	19,84%
Medio	Grupo 3	7,51%
Bajo	Grupo 4	14,13%
Ninguno	Sin C. Problemática	58,52%

El análisis por Centros indica que el esfuerzo no se distribuye por igual en todos ellos (significativo para $p < 0.0001$). En el Gráfico 5 se representa en colores el porcentaje de esfuerzo de cada Centro. Cada columna representa el 100% de los usuarios del Centro y cada color, el porcentaje de cada nivel de esfuerzo. Se puede observar que los Centros que soportan un mayor esfuerzo son el de Fuentes Blancas de Burgos y el de Salamanca. Después están los de Valladolid y de Palencia. El Centro que menos esfuerzo del sistema parece soportar en el momento en que se realizó el estudio es el Centro "El Cid" de Burgos.

Gráfico 5. Distribución del esfuerzo del sistema por centros



En la tabla siguiente (tabla 6) se muestran los porcentajes de usuarios con conducta problemática y sin conducta problemática distribuidos por sexo. Como se puede ver, son más frecuentes los casos de hombres con comportamiento problemático (44,2%) que de mujeres (38,1).

Tabla 6. Distribución de usuarios por sexo

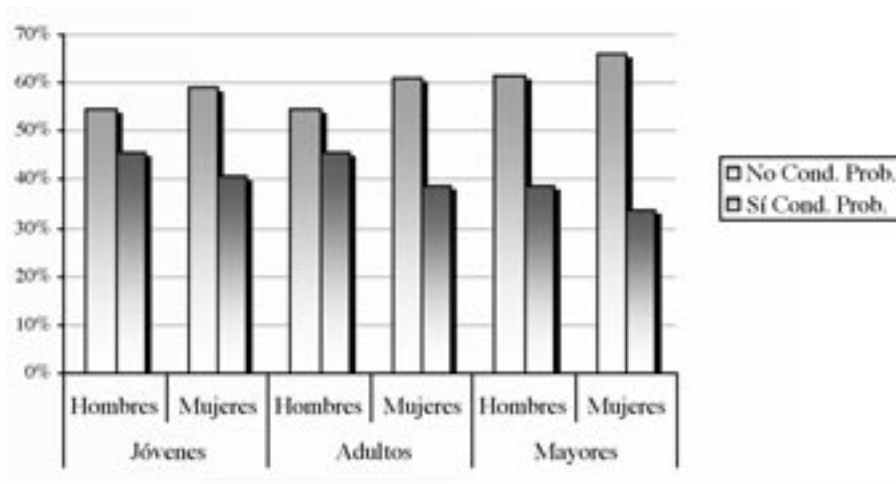
	Porcentaje de hombres	Porcentaje de mujeres	Porcentaje respecto del total
Sin C. problemática	55,8%	61,8%	58,52%
Con C. problemática	44,2%	38,1%	41,48%
	n = 491	n = 401	n = 892

Dado que la mayoría de los usuarios de nuestros Centros son hombres, era previsible observar que también la mayoría de los usuarios con conducta problemática fueran hombres. Además, se puede ver en la tabla que el porcentaje de hombres con conducta problemática respecto al número total de hombres es mayor que el porcentaje de mujeres respecto al grupo total de mujeres. Hemos comprobado si esas diferencias de porcentaje entre hombres y mujeres son significativas y el resultado es que las diferencias en conducta problemática entre hombres y mujeres no son estadísticamente significativas.

Tabla 7. Distribución de usuarios por grupos de edad

	Sin conducta problemática	Con conducta problemática
Jóvenes (Menores de 30 años)		
Hombres	54,4% (n = 105)	45,6% (n = 88)
Mujeres	40,95% (n = 75)	59,0% (n = 52)
Adultos (Entre 30 y 45 años)		
Hombres	54,46% (n = 110)	45,55% (n = 92)
Mujeres	61,21% (n = 101)	38,79% (n = 64)
Mayores (Mayores de 45 años)		
Hombres	61,46% (n = 59)	38,54% (n = 37)
Mujeres	66,06% (n = 72)	33,95% (n = 37)

Gráfico 6. Distribución de usuarios por grupos de edad



En relación al régimen de atención, hay 707 internos y 185 mediopensionistas, que representan el 79,26% y el 20,74% de la muestra respectivamente. De acuerdo a este criterio de clasificación, de los 370 usuarios con conducta problemática, un 88,1% son internos y un 11,9% son mediopensionistas (tabla 8).

Dado que la proporción entre internos y mediopensionistas es casi de 4 a 1 (cuatro internos por cada mediopensionista), es de esperar también que el número de personas con conducta problemática sea mayor en el grupo de internos. Sin embargo, es necesario aclarar si esa proporción es equivalente a la existente de acuerdo al criterio de régimen de atención.

Vemos que del total de internos, el 46,11% presentan conducta problemática mientras que en este grupo sólo se encuentra el 23,78% de los mediopensionistas. La prueba de significación de esta distribución de frecuencias nos aporta un valor Chi cuadrado de 30,111 significativo para $p < 0,0001$. Por tanto podemos concluir que la presencia de conducta problemática no se distribuye por igual en los dos grupos y que es significativamente más frecuente en el grupo de los usuarios internos.

Tabla 8. Distribución de usuarios por régimen y conducta problemática

	Internos	Mediopensionistas	Porcentaje respecto del total
Sin conducta problemática	53,89% (n = 381)	76,22% (n = 141)	58,52% (n = 522)
Con conducta problemática	46,11% (n = 326)	23,78% (n = 44)	41,48% (n = 370)

Se pueden plantear diferentes argumentos para explicar la razón de esta distribución de conducta problemática, algunos de los cuales pueden ser abordados en el presente trabajo y otros no. Por ejemplo, desde distintos estudios se ha argumentado que una de las razones de ingreso en los servicios residenciales es la presencia de comportamiento problemático. Nuestro estudio no puede analizar este aspecto, puesto que carecemos de datos suficientes para saber si las personas que actualmente residen en nuestros Centros mostraban conducta problemática cuando ingresaron. Sin embargo, podemos comprobar si la institucionalización es un factor facilitador del comportamiento problemático. Diversos estudios han propuesto también otros factores que pueden influir en la presencia de comportamiento problemático, como por ejemplo, la edad, la ausencia o dificultades graves en habilidades comunicativas y sociales y la presencia de afectaciones neurológicas, dolor crónico o deficiencias sensoriales.

2.2. Características de las personas con comportamiento problemático

Edad

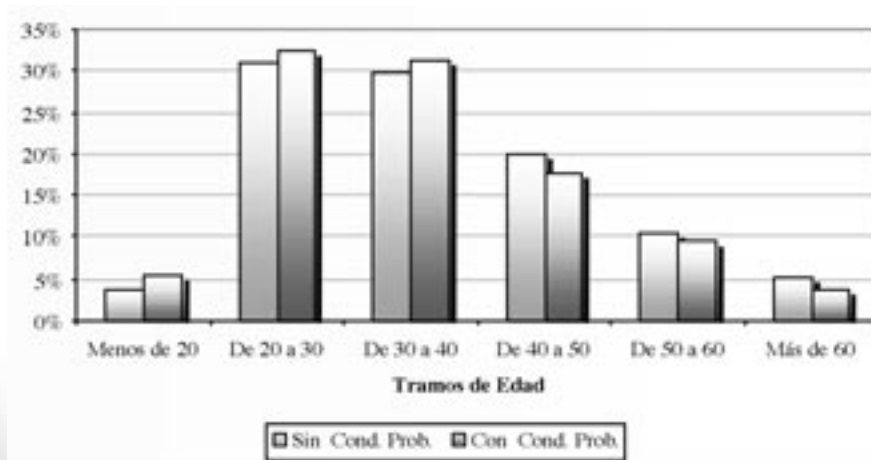
Se ha comprobado la distribución de los casos de conducta problemática de acuerdo a distintos tramos de edad y sólo se ha encontrado mayor número de casos, como se puede ver 20 frente a 19, de la conducta problemática en el tramo "Menores de 20 años", aunque no es significativo. En la tabla 9 y el gráfico 7 se expone la distribución por tramos de 10 años. En esa tabla se indica qué porcentaje de casos con o sin conducta problemática hay en cada tramo de edad. Así, por ejemplo, del total de usuarios con conducta problemática, un 32,43% tienen una edad entre 20 y 30 años. Como se puede ver la mayoría de los usuarios (un 66%) están en los tres primeros tramos de edad (es decir tienen menos de 40 años) y en esos tres primeros tramos se agrupa el 69% de los casos con conducta problemática. En los otros tres tramos la agrupación es a la inversa, siendo menor el porcentaje de usuarios con conducta problemática.

El análisis estadístico indica que estos datos no son significativos, por lo que podemos sugerir que la edad no es un factor de riesgo para la presencia de conducta problemática.

Tabla 9. Distribución de la conducta problemática por tramos de edad

Tramos de edad	Sin c. problemática	Con c. problemática	% de usuarios por grupos de edad
Menos de 20 años	3,64% (n = 19)	5,41% (n = 20)	4,37% (n = 39)
De 20 a 30 años	30,84% (n = 161)	32,43% (n = 120)	31,50% (n = 281)
De 30 a 40 años	29,89% (n = 156)	31,35% (n = 116)	30,49% (n = 272)
De 40 a 50 años	19,92% (n = 104)	17,57% (n = 65)	18,95% (n = 169)
De 50 a 60 años	10,54% (n = 55)	9,46% (n = 35)	10,09% (n = 90)
Más de 60 años	5,17% (n = 27)	3,78% (n = 14)	4,60% (n = 41)
Totales	58,52% (n = 522)	41,48% (n = 370)	100% (n = 892)

Gráfico 7. Porcentaje de usuarios con y sin conducta problemática por tramos de edad



Institucionalización y ambiente familiar

Para el estudio de la influencia del tiempo de institucionalización se descartaron tres usuarios por desconocerse si antes habían residido en otras instituciones. El resto de los usuarios se distribuyen según se indica en la tabla 10 y el gráfico 8. Los tramos de institucionalización en los que hay más usuarios con conducta problemática que usuarios sin comportamiento problemático son el de 2-4 años; 10-12 años; 12-14 años; y "Más de 20 años". Estos cuatro tramos agrupan a más del 45% de los casos de conducta problemática, destacando especialmente el tramo de más de 20 años de institucionalización que solo en él está casi el 22% de los casos con comportamiento problemático.

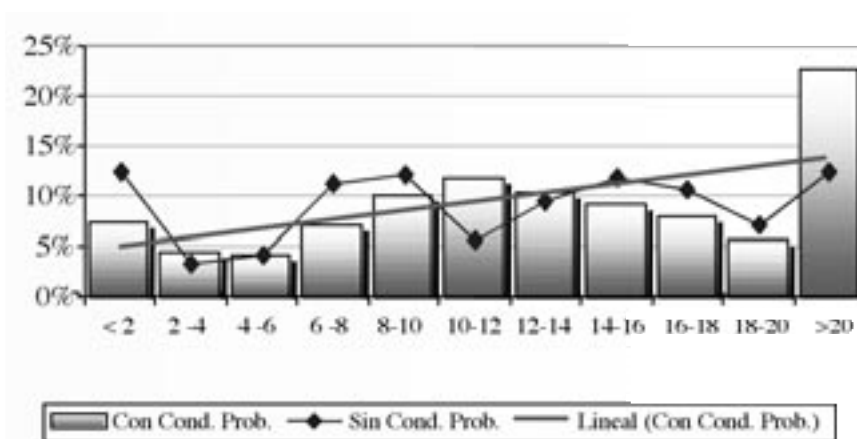
El análisis estadístico de estos datos indica que las diferencias en la distribución de casos de conducta problemática por años de institucionalización no es homogénea agrupándose un número estadísticamente significativo ($p < 0,001$) de casos en los tramos citados, lo que puede ser relevante a efectos de planificar un sistema de prevención de la conducta problemática

Tabla 10. Distribución de la conducta problemática por años de institucionalización

Tramos de Institucionalización	Sin c. problemática	Con c. problemática	% de usuarios en cada tramo
Entre 0 y 2 años	12,47% (n = 47)	7,43% (n = 24)	10,14% (n = 71)
Entre 2 y 4 años	3,18% (n = 12)	4,33% (n = 14)	3,71% (n = 26)
Entre 4 y 6 años	4,24% (n = 16)	4,03% (n = 13)	4,14% (n = 29)
Entre 6 y 8 años	11,14% (n = 42)	7,12% (n = 23)	9,29% (n = 65)
Entre 8 y 10 años	12,20% (n = 46)	9,91% (n = 32)	11,14% (n = 78)
Entre 10 y 12 años	5,57% (n = 21)	11,77% (n = 38)	8,43% (n = 59)
Entre 12 y 14 años	9,28% (n = 35)	10,22% (n = 33)	9,71% (n = 68)
Entre 14 a 16 años	11,67% (n = 44)	8,98% (n = 29)	10,43% (n = 73)
Entre 16 y 18 años	10,61% (n = 40)	8,05% (n = 26)	9,43% (n = 66)
Entre 18 y 20 años	7,16% (n = 27)	5,57% (n = 18)	6,43% (n = 45)
Más de 20 años	12,47% (n = 47)	22,60% (n = 73)	17,14% (n = 120)

El estudio de la relación entre años institucionalizado y presencia de conducta problemática indica asimismo una tendencia ascendente en la frecuencia de casos a medida que se incrementan los años de institucionalización. Esta tendencia creciente no es atribuible, como hemos comprobado, a factores de edad. El gráfico 8 ilustra claramente esta tendencia ascendente y los tramos en los que es más probable que aparezcan casos de comportamiento problemático.

Gráfico 8. Porcentaje de usuarios con y sin conducta problemática por años de institucionalización



Ambiente familiar

En el momento en que se recogieron los datos de este estudio había 185 usuarios mediopensionistas, que representan el 20,74% de la población de usuarios, fue exclusivamente con esos usuarios con los que se estudió la influencia del medio familiar, el cual fue categorizado de la siguiente forma:

- *Favorable*: Cuando según el criterio del Centro, la familia facilita la estabilidad, da oportunidades y fomenta el bienestar del usuario.
- *Desfavorable*: Cuando según el criterio del Centro, la familia influye negativamente en el bienestar.

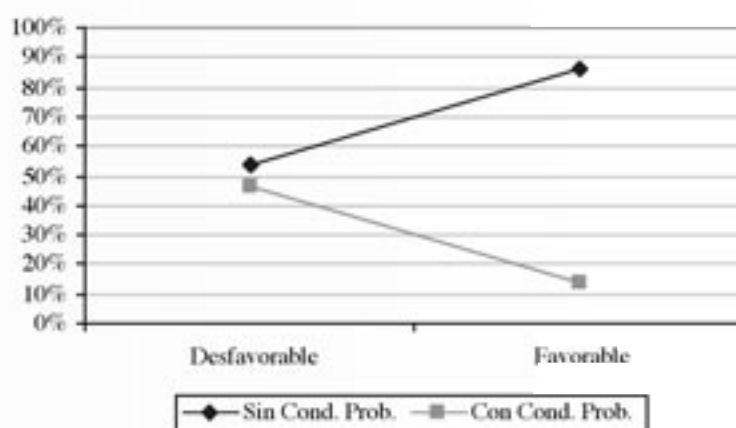
De los 185 usuario mediopensionistas, el 23,78% presenta algún tipo de conducta problemática, porcentaje sensiblemente inferior al del grupo de usuarios internos, en el que un 46,11% presenta alguna conducta problemática. En cuanto al contexto familiar, en el 69,7% de los casos se informa de ambiente familiar favorable frente al 30,3% de casos en los que el ambiente familiar influye negativamente en el bienestar del usuario.

El estudio de la relación entre presencia de conducta problemática y ambiente familiar indica una relación significativa ($p < 0.0001$), en el sentido de que el ambiente desfavorable predice la presencia de conducta problemática. Ver Tabla 11 y Gráfico 9.

Tabla II. Relación entre ambiente familiar y conducta problemática

	Desfavorable	Favorable	% total de usuarios
Sin c. problemática	53,57% (n = 30)	86,05% (n = 111)	76,22% (n = 141)
Con c. problemática	46,43% (n = 26)	13,95% (n = 18)	23,78% (n = 44)
Totales	100% (n = 56)	100% (n = 129)	100% (n = 185)

Gráfico 9. Relación entre conducta problemática y ambiente familiar



Trastornos asociados

Para el estudio de la influencia de los trastornos asociados, éstos se clasificaron de acuerdo a las siguientes categorías no excluyentes:

1. *Afecciones neurológicas*: se considera como tal aquella que afecta a las funciones motrices o sensoriales.
2. *Epilepsia*: si tiene episodios epilépticos
3. *Déficit sensorial*: se considera como deficiente sensorial al usuario que padeciendo una anomalía auditiva o visual (o ambas) necesita el apoyo de otra persona para poder realizar las actividades cotidianas de la vida diaria.
4. *Dolor crónico o recurrente*: si el usuario presenta alguna enfermedad que cursa con dolor crónico

En la tabla 12 se recoge la distribución de usuarios con y sin conducta problemática de acuerdo al tipo de trastorno asociado. Un 46,49% de los usuarios con conducta problemática tienen una afectación neurológica que limita su movilidad o su capacidad perceptiva, frente al 53,51% de usuarios que presentando conducta problemática no tienen afectación neurológica.

Como se puede ver, los casos con y sin conducta problemática se distribuyen por igual entre los que tienen y no tienen afectación neurológica. Esto mismo ocurre en el caso de la deficiencia sensorial.

Los datos más relevantes están en las variables epilepsia y dolor crónico. En cuanto a la epilepsia, se observa que un 34,32% de los usuarios con conducta problemática presentan o han presentado (estando actualmente en tratamiento) ataques epilépticos, frente al 28,92% que representa el porcentaje respecto del total de usuarios. Esta mayor presencia de comportamiento problemático en el grupo de usuarios con epilepsia es estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

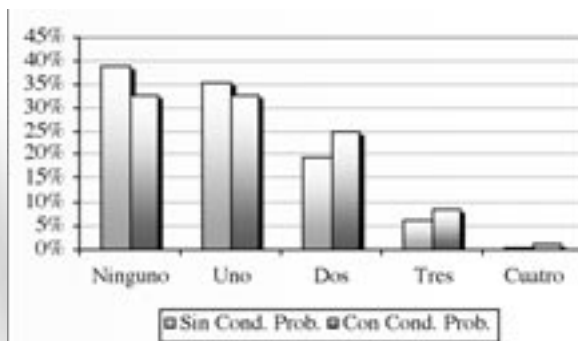
Finalmente, en cuanto al dolor crónico, un porcentaje significativo ($p < 0.001$) de usuarios con conducta problemática sufre alguna enfermedad que cursa con dolor crónico. Así, mientras sólo el 4,98% de las personas que no tienen conducta problemática sufren de dolor crónico, casi el 12% de los que tienen conducta problemática puede que padezcan dolores habitualmente.

Tabla 12. Distribución de la conducta problemática según el trastorno asociado

		% Total de usuarios	Sin c. problemática	Con c. problemática
Afectación neurológica	Sin Af. Neu.	53,59%	53,64%	53,51%
	Con Af. Neu.	46,41%	46,36%	46,49%
Epilepsia	Sin Epil.	71,08%	74,90%	65,68%
	Con Epil.	28,92%	25,10%	34,32%
Deficiencia sensorial	Sin Def. Sen.	81,05%	82,57%	78,92%
	Con Def. Sen.	18,95%	17,43%	21,08%
Dolor crónico	Sin Dol. Cro.	92,15%	95,02%	88,11%
	Con Dol. Cro.	7,85%	4,98%	11,89%

Por último, se ha comprobado una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre número de trastornos asociados y conducta problemática, en el sentido de que cuanto mayor es el número de trastornos más probable es la presencia de comportamiento problemático, ver gráfico 10.

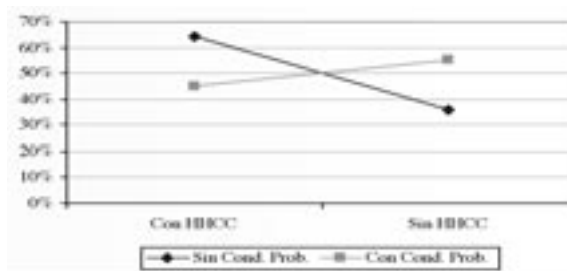
Gráfico 10: Asociación entre número de trastornos asociados y conducta problemática



Habilidades comunicativas y sociales

La relación inversa entre habilidades comunicativas y comportamiento problemático ha sido constatada en muchos estudios (Carr, 1996). Nosotros también hemos comprobado esa relación entre habilidades comunicativas y conducta problemática, ya que la mayoría, un 55,14%, de los usuarios con conducta problemática carecen de habilidades comunicativas funcionales, y la mayoría de los usuarios que no tienen conducta problemática están en el grupo de los que disponen de habilidades comunicativas funcionales (64%), ver gráfico II.

Gráfico II. Relación entre conducta problemática y habilidades comunicativas



Uso de psicofármacos y conducta problemática

Para el estudio de la relación entre tipo de psicofármaco y conducta problemática, se incorporó a la matriz de datos una tabla en la que los médicos de los Centros debían indicar qué psicofármaco(s) estaba tomando cada usuario. Los tipos de psicofármacos se han clasificado en los siguientes grupos:

- Neurolépticos (tanto típicos como atípicos)
- Antidepresivos
- Benzodiacepinas
- Anticomociales
- Otros: (litio, psicoestimulantes...)

El estudio estadístico indica que los fármacos de la familia de los neurolépticos son uno de los grupos más utilizados en nuestros Centros, ya que el 80,35% de los usuarios, con independencia de si tienen o no conducta problemática, toma este tipo de medicación. Sin embargo, es más frecuente para el grupo de los que presentan conducta problemática, ya que se administra al 89,73% de estos usuarios. Se ha comprobado que esta tendencia a administrar neurolépticos a los usuarios con conducta problemática es estadísticamente significativa (ver tabla 13).

Tabla 13. Uso de psicofármacos

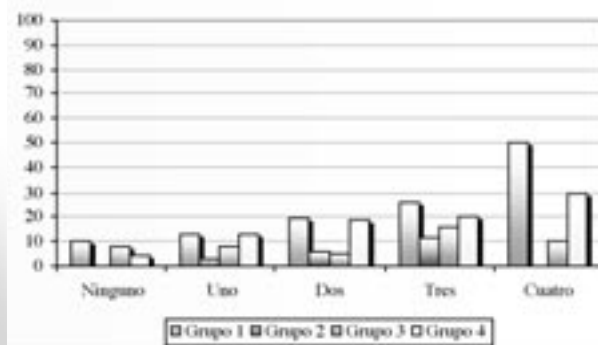
		Sin c. problemática	Con c. problemática	% respecto del total de usuarios
Neurólépticos	No	26,30%	10,27%	19,64%
	Si	73,70%	89,73%	80,36%
Anticomociales	No	75,82%	63,51%	70,71%
	Si	24,18%	36,49%	29,29%
Antidepresivos	No	97,31%	92,16%	95,17%
	Si	2,69%	7,84%	4,83%
Benzodiacepinas	No	94,24%	81,35%	88,89%
	Si	5,76%	18,65%	11,11%
Otros psicofármacos	No	96,74%	91,35%	94,50%
	Si	3,26%	8,65%	5,50%

El resto de los psicofármacos se aplica a un porcentaje relativamente pequeño de usuarios, aunque, como era de esperar, todos los grupos se utilizan con una frecuencia significativamente mayor en el colectivo de los usuarios con comportamiento problemático.

También hemos analizado si la gravedad del problema de comportamiento puede influir o determinar el que se administre uno u otro tipo de psicofármaco. Para lo cual hemos comparado la distribución de psicofármacos sólo en el grupo de los que tienen conducta problemática. Los resultados indican que no hay una asociación específica entre tipo de conducta problemática y grupo de psicofármacos.

Finalmente se ha estudiado si hay una asociación entre la gravedad de la conducta problemática y el número de fármacos que se administran al usuario. Esta asociación se constata para todos los tipos de conducta problemática, en especial para las del Grupo 1, que son las más graves, ya que es el tipo de comportamiento problemático que con más frecuencia es tratado combinándose tres o cuatro fármacos, ver gráfico 12.

Gráfico 12. Tipo de conducta problemática y cantidad de psicofármacos



RESUMEN

El estudio realizado ha partido de la concepción de la conducta problemática ya discutida en el capítulo anterior y basado en el impacto que la conducta tiene en la persona, en otros y en el sistema de prestación de servicios de apoyo en el contexto residencial.

De acuerdo a la concepción de conducta problemática hemos encontrado que el 41,48% de los usuarios de nuestros Centros presentan comportamiento problemático, aunque tan solo el 15,81% presenta un comportamiento extremadamente grave. Los datos obtenidos sobre prevalencia en nuestros Centros son comparables a los obtenidos en otros estudios con poblaciones de similares características o en condiciones similares de estatus residencial (ver para una revisión Emerson et al., 1995).

Nuestro estudio pone de manifiesto hechos que por conocidos no dejan de tener valor para la programación de estrategias de apoyo conductual. Por ejemplo, es más frecuente el comportamiento problemático en hombres que en mujeres, pero además en los hombres es más grave y requiere un mayor esfuerzo por parte del sistema de prestación de apoyos que para el caso de las mujeres.

También hemos comprobado que los años de institucionalización, y no la edad, son un factor que favorece la presencia de comportamiento problemático, especialmente en los tramos de 2 a 4; 10 a 14; y más de 20 años de institucionalización. Estos tramos de "experiencia institucional" deberían ser tenidos en cuenta para el desarrollo posterior de programas de prevención. En relación a las personas que viven con sus familias y sólo hacen uso de los servicios de Centro de día, el factor de institucionalización ha sido cambiado por la consideración del ambiente familiar. Se ha comprobado una relación significativa entre ambiente familiar favorable (que proporciona oportunidades y/o fomenta el bienestar) y ausencia de conducta problemática.

Otros factores de riesgo analizados son la presencia de alteraciones asociadas y la carencia de habilidades comunicativas y sociales. Respecto al primer aspecto, aunque en algunos casos se observa una asociación significativa entre conducta problemática y epilepsia o dolor crónico, el factor de mayor peso es la suma de alteraciones asociadas. En otras palabras, a mayor número de alteraciones más probable es la presencia de comportamiento problemático. En cuanto a las habilidades comunicativas, ha quedado constatada la necesidad de llevar a cabo programas preventivos orientados a desarrollar habilidades de comunicación, y por extensión habilidades de interacción social,

puesto que la carencia de este tipo de habilidades es un factor de riesgo para la presencia de conducta problemática.

Finalmente se ha realizado un análisis de la administración de psicofármacos a los usuarios de nuestros Centros. Este estudio nos indica que la administración de psicofármacos es relativamente poco frecuente en relación al número de casos que presentan problemas de conducta. Todos los grupos de psicofármacos se utilizan con una frecuencia significativamente mayor en el colectivo de los usuarios con comportamiento problemático. El dato más relevante, sin embargo, tiene que ver con el riesgo de polifarmacia en algunos usuarios. Si bien son relativamente pocos los usuarios que toman dos o más psicofármacos, se ha constatado una tendencia al incremento del número de psicofármacos en la medida en que la conducta problemática es más grave.



**El apoyo
conductual
positivo**

INTRODUCCIÓN

Las personas con problemas graves de conducta nos plantean retos tan importantes que los procedimientos tradicionales de intervención conductual no son, por lo general, capaces de resolver. Las razones de la ineficacia de los métodos tradicionales son variadas, pero la causa fundamental del fracaso de algunos métodos de modificación de conducta tradicional es, no tener en cuenta una comprensión de quién es la persona, de cuál es el contexto social donde tiene lugar el problema de conducta y cuál es la función o propósito de la conducta problemática. Los procedimientos tradicionales también fracasan cuando ponen mayor énfasis en sistemas basados en la manipulación de las consecuencias, utilizando contingencias aversivas para suprimir o controlar la conducta del individuo, y cuando dan menos importancia a la enseñanza y el refuerzo de conductas socialmente apropiadas e ignoran el control de aspectos ambientales.

Desde mediados de los años 80 estamos asistiendo a una nueva era de la modificación de conducta, basada en más de tres décadas de tecnología conductual rigurosa y orientada a resolver las demandas reales de familias y profesionales que atienden a personas con discapacidad psíquica. El planteamiento al que nos referimos es el Apoyo Conductual Positivo

ORÍGENES Y DEFINICIÓN DEL APOYO CONDUCTUAL POSITIVO

El Apoyo Conductual Positivo surge como una bifurcación del análisis conductual aplicado. El análisis conductual aplicado tradicional tiene interés especial en la validez interna y en el control experimental de los cambios que produce, realiza sus intervenciones en contextos de laboratorio y en sesiones cortas (de 10-15 minutos). Las intervenciones experimentales se basan en un planteamiento "microanalítico" de causa-efecto y destacan la pureza conceptual por encima de los resultados clínicos. Dentro de los psicólogos que realizan en los años setenta análisis conductual aplicado, surge un grupo que comienza a interesarse más por la validez externa (social) de las intervenciones, que pone énfasis en la relevancia ecológica, haciendo que quienes apliquen las intervenciones sean las personas habituales del contexto (por ejemplo, la madre de la persona con discapacidad, el profesional de apoyo, etc.), en contextos habituales (un restaurante, un parque, un supermercado), y con una duración que se corresponde con la duración de la actividad en la comunidad. Este nuevo planteamiento, que considera la relevancia de los resultados en tanto sean significativos para mejorar la calidad de vida de la persona, se ha desarrollado hasta el punto de adquirir entidad y nombre propio: Apoyo Conductual Positivo (Koegel, Koegel & Durand, 1996). Aunque hoy en día el Apoyo Conductual Positivo tiene un desarrollo independiente del análisis conductual aplicado, esto no quiere decir que rechace o "reniegue" de sus orígenes y no podemos pensar en el apoyo conductual positivo, ni desarrollar modelos de evaluación funcional y planes de apoyo conductual sin tener en cuenta los más de 30 años de investigación llevados a cabo por el análisis conductual aplicado tradicional. En la Tabla 1 se exponen las diferencias fundamentales entre las dos vertientes actuales de intervención conductual.

Tabla 1. Diferencias del análisis conductual aplicado y apoyo conductual positivo

<i>Análisis conductual aplicado</i>	<i>Apoyo conductual positivo</i>
Planteamiento microanalítico de la causa efecto	Planteamiento macroanalítico
Riguroso control experimental	Énfasis en la relevancia ecológica
Preocupación por validez interna	Preocupación por validez social

Hagamos un poco de historia. Los primeros intentos de aplicar los principios del apoyo conductual positivo, tuvieron lugar cuando se intentó mejorar la calidad de vida de niños que presentaban problemas de conducta graves (Bijou y Baer, 1961; Bijou, Peterson y Ault, 1968; Browning y Stover, 1971). El éxito en estos esfuerzos iniciales llevó a otros investigadores a intentar aplicaciones novedosas como alternativa a las intervenciones aversivas que, en los años 60, se venían utilizando para reducir el comportamiento problemático de personas con discapacidades graves y formas extremas de autoagresión y agresión (Durand y Carr, 1985; Meyer y Evans, 1989). En los años 80 y 90 hemos asistido a un incremento notable de intervenciones de carácter positivo (no aversivas) que afianzan el auge del nuevo planteamiento. Esta tecnología ha sido aplicada con éxito a un colectivo amplio de personas, en gran variedad de contextos (Carr et al., 1999; Horner, Albin, Sprague, y Todd, 1999), pasando de ser un planteamiento de intervención puntual y anecdótico a ser la tecnología que se utiliza como primera opción.

Pero los cambios que se han producido no sólo han afectado al modo en que se trata la conducta problemática, sino que también durante estos últimos 30 años se ha modificado el modo en que se analiza y evalúa el comportamiento problemático. Es más, fue la necesidad de mejorar los procedimientos de intervención lo que llevó a los primeros intentos por desarrollar intervenciones basadas en un análisis funcional muy cuidadoso de la conducta problemática (Baer, Wolf, y Risley, 1968; Bijou et al., 1968), que derivó en una concepción nueva de la evaluación conductual, como instrumento que guíe el desarrollo de las intervenciones (Bailey y Pyles, 1989; Gardner y Sovner, 1994; O'Neill, Horner, Albin, Storey, y Sprague, 1997a y b; Reichle y Wacker, 1993).

Así, el resultado de este proceso evolutivo tanto de los procedimientos de evaluación como de intervención, ha dado lugar a un planteamiento que va más allá de la simple manipulación de consecuencias y que incluye como estrategia básica para reducir conductas problemáticas al menos: a) la modificación de los contextos antes que tenga lugar la conducta problemática, y b) la enseñanza de conductas socialmente apropiadas.

1. El concepto de apoyo

Estos cambios tecnológicos se enmarcan en una evolución tanto de las actitudes de los profesionales que intervienen en el campo de las discapacidad psíquica, como de la propia concepción de la discapacidad y el retraso mental específicamente. A finales de los años 80 en todo el mundo comienza a tomar forma el cambio de actitud frente a las personas con retraso mental. Se inicia un proceso dirigido hacia una nueva definición que trata de expresar la comprensión contemporánea del mismo. Esta definición refleja un cambio de paradigma, una definición funcional y un énfasis en la interacción entre la persona, el entorno y las intensidades y patrones de apoyos necesarios (Luckanson, Coulter, Polloway, Reiss, Schallock, Snell, Sptalnik y Stark 1992).

De este modo, el retraso mental se define con referencia a un contexto social específico, como expresión del impacto funcional de la interacción entre la persona con capacidades intelectuales y habilidades de adaptación limitadas y su ambiente. El énfasis recae tanto en las conductas funcionales (persona) como en los apoyos (ambiente). Los valores clásicos, centrados en el desempeño personal (independencia, autonomía personal), se ven enriquecidos por la incorporación de otros que enfatizan la relación entre la persona y la sociedad (interdependencia), el derecho a ser miembro activo de la comunidad (participación, integración) y el derecho a ser adulto y a gobernar la propia vida (autodeterminación).

Esta nueva perspectiva induce importantes cambios en el planteamiento y en la organización de los servicios y de la rehabilitación: el énfasis se desplaza desde el control y la tutela de las personas con retraso mental hacia la gestión de los apoyos y la adaptación del entorno (el empleo con apoyo, los apoyos para la vida diaria y la educación integradora adquieren una gran importancia). El diagnóstico ha pasado de ser una etiqueta que se pone a las personas (por ejemplo, "una persona con retraso mental severo") a ser una descripción de los puntos fuertes y de las limitaciones en las habilidades adaptativas de las personas y de sus necesidades de apoyo ("una persona con retraso mental con grandes necesidades de apoyo en el área del trabajo") enfocada a la planificación de la intervención dirigida a mejorar la independencia, productividad, integración en la comunidad y satisfacción de la persona con retraso mental.

Todas las personas necesitamos apoyos para poder adaptarnos a las demandas o exigencias del ambiente. Estas exigencias hacen que se necesiten de unas determinadas capacidades. Cuando no disponemos en nuestro bagaje cognitivo, cultural o físico de dichas capacidades, utilizamos apoyos para afrontar las nuevas exigencias. Así cuando en una persona cambia su entorno habitual y, por ejemplo, se va a vivir a un país con idioma y cultura diferentes, necesitará ponerse al día acerca de sus costumbres, el horario de la comida, la forma más económica de transporte, los servicios públicos que puedan serle útiles, etc... y conseguirá adaptarse a la vida de ese país utilizando apoyos físicos como son folletos informativos, libros, guías, etc... y apoyos sociales, como otros compañeros de trabajo, profesores, etc... Los apoyos para una persona sin discapacidad son más generales en el sentido de que están a disposición de todo el mundo y es, por norma general, la propia persona cuando los necesita la que recurre a ellos, la mayoría de las veces sabe a quien recurrir para que se los proporcione o es ella misma la que sabe donde encontrarlos.

Una persona con discapacidad también, puede encontrarse dificultades en sus capacidades para enfrentarse a las exigencias del ambiente, y por tanto también necesitará apoyos. Estos apoyos pueden provenir de diversas fuentes, tomar varias formas, cubrir diferentes funciones y variar en intensidad dependiendo del ambiente y con el tiempo.

Si además la discapacidad es psíquica los apoyos son más específicos en el sentido de que deben de ser más ajustados, hechos a la medida de la persona que los necesita. Para que haya una planificación adecuada de los apoyos necesarios y que abarque todos los ambientes posibles, recurriremos además de a la propia persona, a su familia, sus amigos, los profesionales que habitualmente tienen contacto con él y sus allegados.

Un buen apoyo es aquel que la persona tiene siempre a mano cuando lo necesita, que le ofrece justo el soporte necesario, que varía de igual modo en que varían las condiciones en las que se encuentra la persona y que le permite desenvolverse en el ambiente donde se encuentra.

Los apoyos deben de ir destinados a que la persona con discapacidad mejore su calidad de vida reflejándose en una mayor autodeterminación, integración, y mejora de habilidades. Para que los

apoyos sean eficaces su planificación deben basarse en las metas y preferencias de la persona para la que van dirigidos, respetando sus derechos y dignidad.

La AAMR (Asociación Americana de Retraso Mental) define a los apoyos como:

"Recursos y estrategias que promueven los intereses y las metas de las personas con o sin discapacidad, que posibilitan el acceso a recursos, información y relaciones en entornos de trabajo y de vida integrados y que incrementan la interdependencia/independencia, productividad, integración en la comunidad y satisfacción"

A partir de la definición de retraso mental promovida por la AAMR (1992) son los ambientes los que facilitan o dificultan el crecimiento, desarrollo, bienestar y satisfacción de la persona, por lo que la utilización de apoyos, sobre todo naturales, es fundamental para una buena adaptación. Cada vez más se tiene la certidumbre de que una juiciosa aplicación de apoyos apropiados puede mejorar las capacidades funcionales de personas con discapacidad.

2. Definición de apoyo conductual positivo (ACP)

El apoyo conductual positivo ofrece los apoyos necesarios a nivel conductual, plasmados en un plan elaborado por el equipo de atención directa, familiares, amigos y allegados. Consiste en desarrollar y establecer apoyos, con el fin de conseguir cambios conductuales importantes a nivel social, utilizando estrategias lo menos aversivas posibles para la persona, de ahí su apellido de "positivo".

El Apoyo Conductual Positivo es un planteamiento basado en el respeto de los valores de la persona y en la derivación eficaz de hipótesis funcionales sobre el comportamiento problemático. Permite a los profesionales a) afrontar el reto de proporcionar apoyos en cualquier contexto donde se desenvuelve habitualmente la persona, b) mejorar la capacidad de los ámbitos, institucionales, familiares y de la comunidad a la hora de diseñar contextos efectivos, c) incrementar el ajuste o la conexión entre la investigación y la aplicación, y los ambientes en los cuales tiene lugar la enseñanza y el aprendizaje.

Tabla 2. Definición de apoyo conductual positivo (Carr,1995)

El Apoyo conductual positivo es un enfoque para hacer frente a los problemas de conducta que implica remediar condiciones ambientales y/o déficits en habilidades

El Apoyo conductual positivo centra la atención en crear y apoyar contextos que incrementen la calidad de vida (desarrollo personal, salud, social, familiar, trabajo, ocio y tiempo libre, etc.), haciendo que las conductas problemáticas para aquellas personas que las presentan sean menos eficaces, eficientes y relevantes y que las conductas alternativas sean más funcionales.

Tradicionalmente, los especialistas en conducta han trabajado como expertos que definen las cuestiones importantes, seleccionan y diseñan las intervenciones solicitando la ayuda de los clientes (los padres y los profesionales) a la hora de aplicar sus estrategias. Desde el apoyo conductual positivo, los usuarios (clientes) han evolucionado desde un papel pasivo en el que les instruye un experto hacia un papel activo en que (a) presentan perspectivas valiosas a nivel cualitativo de cara a la evaluación; (b) determinan si las estrategias de intervención propuestas son relevantes o no para todas las situaciones difíciles que debe afrontar la persona con discapacidad tanto ahora como en el futuro; (c) evalúan si el enfoque global es práctico o no, es decir, si es compatible con los valores, nece-

sidades y estructuras organizacionales asociadas con la persona y su red de apoyo; y (d) definen qué resultados serán socialmente válidos, es decir, que mejorarán la calidad de vida a través de su integración en la comunidad y la mejora de la satisfacción personal. El enfoque igualitario de implicación del consumidor se ha convertido en un rasgo fundamental del ACP (Albin, Lucyshyn, Horner, & Flannery, 1996; Fox, Vaughn, Dunlap, & Bucy, 1997; Turnbull, Friesen, & Ramírez, 1998).

Además, la mayoría de las investigaciones en el análisis conductual aplicado tradicional se centran en reducir la conducta problemática per se. Aunque estos resultados también se tienen en cuenta dentro del contexto de apoyo conductual positivo, no son los indicadores de éxito de una intervención. Por el contrario, un resultado exitoso es definido en términos de cambios en el estilo de vida que permiten a la persona con discapacidad volver a participar en actividades de la comunidad de las cuales fue anteriormente excluida o a las que nunca tuvo acceso. Estos cambios deben dirigir la planificación de la intervención y para ello la tecnología conductual debe ser más comprensiva en los ámbitos y más consciente del papel de los sistemas (familiar, escolar, laboral, social, económico) que influyen en la aplicación del apoyo conductual efectivo (Sailor, 1996). Consideraciones de este tipo han incitado el interés en las variables ambientales y conductuales que constituyen las características esenciales del Apoyo Conductual Positivo.

CARACTERÍSTICAS DEL APOYO CONDUCTUAL POSITIVO

Durante los últimos años diversos investigadores han propuesto el conjunto de características definitorias del Apoyo Conductual Positivo (Carr et al., 1999b; Dunlap, Ferro y dePerczel, 1994; Horner et al., 1990; Koegel, Koegel y Dunlap, 1996; O'Neill et al., 1997; O'Neill, Vaughn y Dunlap, 1998). Las características que vamos a enumerar constituyen el avance o evolución natural de los procedimientos conductuales tradicionales hacia un modelo de intervención que va más allá del control de las consecuencias de la conducta problemática y que incluye la manipulación del contexto, antes de que tenga lugar la conducta problemática, y la enseñanza de conductas alternativas como estrategia básica para reducir o eliminar el comportamiento inadecuado.

Como se ha comentado anteriormente, el apoyo conductual positivo no es un método para decidir cual es el tratamiento conductual más adecuado, sino un conjunto de procedimientos y técnicas destinadas a cambiar el entorno para hacer que la conducta problemática sea irrelevante e inútil y por consiguiente, hacer que la conducta alternativa socialmente adecuada sea más eficaz. Veamos las características de este conjunto de procedimientos recogidas en la Tabla 3.

Tabla 3: Características del apoyo conductual positivo

- Está basado en la evaluación funcional, vinculando variables ambientales con las hipótesis relativas a la función de la conducta problemática.
- Es global e incluye intervenciones múltiples.
- Trata de enseñar habilidades alternativas y de adaptar el ambiente.
- Refleja los valores de la persona, respeta su dignidad y sus preferencias, y trata de mejorar su estilo de vida.
- Se diseña para ser aplicado en contextos de la vida diaria, haciendo uso de los recursos disponibles y basándose en una visión compartida del problema
- Mide el éxito de los programas por el incremento en la frecuencia de la conducta alternativa, el descenso de frecuencia de la conducta problemática y por mejoras en la calidad de vida de la persona.

1. Está basado en la evaluación funcional

Uno de los elementos más importantes, sino el más importante, es que el apoyo conductual positivo se basa en el desarrollo de procedimientos para conocer y comprender las variables que influyen en la conducta de la persona. Estos procedimientos se denominan evaluación funcional porque con ellos se trata de conocer las funciones o propósitos de la conducta problemática.

Hay al menos, dos razones que justifican la importancia de la evaluación funcional y que recordaremos en el Capítulo 5. La primera es que se ha demostrado reiteradamente que los procedimientos de intervención más eficaces son aquellos cuya evaluación trata de comprender la conducta problemática y cuyas intervenciones tienen en cuenta la función de dicha conducta (Carr, 1998; Carr et al., 1999b; O'Neill et al., 1997), por tanto, es importante poder desarrollar una evaluación funcional para incrementar la eficacia de nuestros procedimientos de intervención. La segunda razón es de carácter ético, no podemos cambiar una conducta sin comprenderla. Este hecho se ha convertido en un criterio de calidad en la intervención conductual, e incluso en algunos países existe una regulación legal que obliga a los profesionales a llevar a cabo procedimientos de evaluación antes de iniciar cualquier intervención. En nuestro país no hay leyes escritas en este sentido, pero existe la convicción ética de que la evaluación es un requisito esencial para lograr cambios eficaces y satisfactorios.

2. Es global e incluye intervenciones múltiples

La segunda característica definitoria del apoyo conductual positivo es que consiste en la aplicación simultánea de diversos procedimientos de intervención. Esta característica se denomina intervención multicomponente y consiste en incorporar distintas estrategias en el plan de apoyo.

El plan incorpora, por sistema, desde técnicas tradicionales de modificación de conducta para enseñar nuevas habilidades funcionales, hasta procedimientos para reestructurar la vida cotidiana de la persona, de acuerdo a sus intereses y aspiraciones, para que acceda a contextos menos segregados. Incluye proporcionar a la persona oportunidades múltiples para elegir y oportunidades para acceder a sucesos deseados; incluida también la formación específica del personal de apoyo.

Los problemas de comportamiento no son simples. En la mayoría de los casos están instaurados en el repertorio de la persona desde hace muchos años, afectan a gran variedad de contextos y personas, requieren grandes dosis de esfuerzo para ser controlados y es poco probable que una estrategia simple los resuelva, por lo que requieren soluciones generalmente complejas, pero no imposibles, en su aplicación.

3. Enseña habilidades alternativas y adapta el ambiente

Esta característica ha sido considerada por Carr et al. (1999a) el concepto clave que define el apoyo conductual positivo. El objetivo es lograr que esas habilidades alternativas sean relevantes y útiles.

La conducta problemática se instaura en personas que padecen dos tipos de carencias: deficiencias en las condiciones ambientales y deficiencias en los repertorios conductuales. Las deficiencias en las condiciones ambientales se refieren a la carencia de oportunidades para elegir, a estrategias de enseñanza poco eficaces por parte del personal de apoyo, a dificultades de acceso a actividades y contextos atractivos para la persona, y a la limitación de la vida cotidiana por la existencia de rutinas empobrecidas y segregadas. Las limitaciones ambientales no son simplemente una consecuencia del contexto residencial, aunque a veces este contexto las acentúe. Recordemos que entre las consecuencias personales y sociales de la conducta problemática está la limitación de los ambien-

tes y la restricción de oportunidades a la persona. Recordemos también que la presencia de comportamiento problemático es una de las razones fundamentales para el ingreso en servicios residenciales (ver capítulo 1). Por tanto, no se trata de culpar al ambiente de sus propias limitaciones, se trata de destacar la asociación existente entre ambientes deficientes y presencia de conducta problemática.

En cuanto a los repertorios conductuales, nuestro estudio de prevalencia (capítulo 2), al igual que otras investigaciones previas, ha puesto en evidencia la clara asociación entre la ausencia de habilidades comunicativas y la presencia de conductas problemáticas. Además, también se reconoce en la literatura científica que las personas con comportamiento problemático tienen un desarrollo deficiente de habilidades sociales, habilidades de autocontrol y habilidades para participar en actividades ocupacionales (Dunlap y Kern, 1993). Las personas que carecen de repertorios comportamentales adecuados tienen grandes problemas para lograr sus deseos o satisfacer sus necesidades personales, y esto les lleva a un problema añadido: la frustración. De la experiencia de frustración parten la mayoría de los episodios de comportamiento problemático, los cuales constituyen el medio para lograr los propósitos y el procedimiento que permite reducir la frustración que se siente. Si una persona es ineficaz para alcanzar los refuerzos y metas que pretende (por muy primitivas que éstas sean) con el repertorio de conductas adecuadas que posee, la conducta problemática será más probable. El procedimiento de intervención más apropiado será la enseñanza de conductas socialmente aceptables, que sean más eficaces en el logro de los refuerzos y que compitan con la conducta problemática, haciendo que ésta sea innecesaria. El factor que facilitará la adquisición de las conductas adecuadas será la mejora del ambiente, haciendo que éste tenga consecuencias efectivas para la persona, incrementándose la frecuencia de refuerzos, tanto por la conducta adecuada como por otras conductas y reconstruyendo la historia de experiencias positivas del individuo.

4. Refleja los valores de la persona, su dignidad y sus preferencias, y trata de mejorar su estilo de vida

Esta característica del apoyo conductual positivo destaca que los procedimientos que se aplican han de ajustarse a los valores de la persona, respetar su dignidad y sus preferencias, y mejorar su calidad de vida. Las personas con discapacidad no se autoagreden, agreden o rompen objetos porque tienen retraso mental u otra deficiencia, ni porque quieren "fastidiar" a los demás. Realizan esas conductas porque les han resultado eficaces en el pasado para alcanzar los propósitos que desean, y porque de alguna manera siguen siendo funcionales para ellos. El apoyo conductual positivo trata de identificar la función de esas conductas y acepta los propósitos que las personas manifiestan mediante las mismas, porque son propósitos humanos y, generalmente, al alcance de cualquiera que viva en un ambiente rico en experiencias, que facilite su desarrollo personal.

Se trata, en realidad, de mejorar la calidad de vida de la persona, porque una calidad de vida deficiente (pocas oportunidades para elegir, pocas relaciones sociales, etc.) o la insatisfacción con el estilo de vida propio es, en la mayoría de los casos, el contexto facilitador del comportamiento problemático. Hasta tal punto es importante mejorar la calidad de vida de la persona con comportamiento problemático, que aquella intervención que ignore este aspecto puede resultar del todo ineficaz, por muy bien que aplique procedimientos de enseñanza de conductas alternativas. Además, las personas están más dispuestas a aprender y a esforzarse si disfrutan y se sienten a gusto con el contexto donde deben hacerlo, si encuentran sentido a sus actividades, si comparten experiencias con otras personas y si mantienen vínculos con sus seres queridos. Muchas veces, el comportamiento problemático tiene su origen en que la persona ha experimentado durante años

la rigidez de quien le ha de facilitar los apoyos, la negación al acceso a actividades que desea y el hecho de que cuanto más ha persistido su problema, más se le ha restringido en sus posibilidades de elegir.

En cuanto a la dignidad de la persona, el apoyo conductual positivo toma una postura explícita de rechazo a procedimientos aversivos como estrategia básica de intervención. La razón fundamental de este rechazo es que el uso en exclusiva de procedimientos aversivos no se basa en el reconocimiento de la función de la conducta problemática. Es decir, se aplica un castigo a una conducta problemática con independencia de su propósito. La utilización de procedimientos aversivos plantea en primer lugar, un problema de carácter técnico, pues no es posible establecer con precisión el grado de aversividad de los estímulos que se utilicen. Un estímulo aversivo es aquel que provoca directamente una respuesta de evitación por parte de la persona que lo recibe (Horner et al., 1990). Por ejemplo, un choque eléctrico, una bofetada o, incluso, algún programa de televisión puede ser considerado aversivo si va seguido de la evitación o del intento de escapar por parte de la persona. Pero, pongamos por caso, el mismo programa de televisión que es aversivo para una persona puede ser agradable para otra, así que no hay manera de establecer "a priori" si el estímulo en cuestión es aversivo y cuánto de aversivo es. Sí sabemos, por el contrario, que el logro del propósito que trata de alcanzar la persona por medio de su conducta problemática es siempre reforzante (por eso realiza la conducta sistemáticamente y con mucha frecuencia). Desde este punto de vista, un castigo como procedimiento básico es algo que degrada a la persona, hace daño, niega necesidades humanas básicas, o humilla a quien los recibe. Así, que desde una perspectiva ética, no se puede ni se debe aceptar como verdadero tratamiento el uso de castigos.

Esto no quiere decir que la conducta problemática no deba tener consecuencias para la persona con discapacidad, pero éstas han de ser consecuencias naturales, ajustadas a la edad de la persona (no se puede castigar, por ejemplo, sin postre a un señor de 45 años porque rechaza realizar determinada actividad ocupacional que no le gusta, aunque tenga retraso mental) y deben estar combinadas con otros procedimientos que hagan que la conducta problemática sea inútil e innecesaria y que enseñen a la persona a realizar una conducta apropiada, relevante y útil para lograr su propósito. Como veremos en el capítulo 8 se pueden y deben aplicar procedimientos de intervención en situaciones de crisis, que impidan la aparición de la conducta problemática, o que hagan que dicha conducta no sea peligrosa o dañina para nadie, pero siempre respetando a la persona y teniendo presente que la verdadera intervención es aquella que enseña a la persona formas socialmente apropiadas y estables de lograr sus propósitos, y que produce cambios en el medio social, el estilo de vida y las competencias del individuo, de modo que éste no vea la necesidad de utilizar comportamientos problemáticos en el futuro.

5. Se diseña para ser aplicado en contextos de la vida diaria

Los planes de apoyo tienen que estar técnicamente bien planificados. Esto quiere decir, por un lado, que han de partir de una evaluación previa, tanto de las necesidades y características de la persona, como de las funciones de la conducta problemática, y se han de basar en la aplicación correcta de técnicas específicas de modificación de conducta. Por otro lado, quiere decir que han de ajustarse y encajar con los valores, habilidades y recursos de que disponen los profesionales que atienden a la persona con discapacidad (Albin et al. 1996). El equipo de apoyo puede elaborar un plan perfecto, pero si no se puede aplicar, si no encaja en el contexto donde ha de aplicarse, porque exige demasiado a los profesionales, y/o porque no tiene en cuenta sus valores, sus preocupaciones, sus dificultades y sus metas, ese plan será igual de ineficaz que otro mal elaborado.

Cuando los planes de apoyo conductual encajan en el contexto de la vida cotidiana de la persona y se ajustan a los valores, habilidades y recursos de que disponen los profesionales, se dice que tienen un buen *ajuste contextual*. El ajuste contextual se logra si los profesionales a) planifican conjuntamente las acciones que se lleven a cabo (tanto de evaluación como de tratamiento); y b) si los profesionales comparten sus valores, su información y su experiencia en relación al comportamiento de la persona. Estos dos aspectos clave del apoyo conductual llevan a una *visión compartida* de los problemas que han de abordarse y del contexto donde deben resolverse (ver Tabla 4).

La visión compartida, que es esencial para el éxito de los planes de apoyo, surge del trabajo en equipo y del compromiso por parte de todos y cada uno de los miembros del equipo de apoyo e implica: a) compartir recursos e información, porque el conocimiento no es patrimonio de nadie y la información que cada uno tiene enriquece la de los demás; b) ser sensible a las metas y valores de cada miembro del equipo, porque todo esfuerzo por comprender los planteamientos de los demás nos llevará a un planteamiento común; c) hacer uso del conocimiento y experiencias de los demás, porque todos sabemos algo que puede ayudar a los demás a comprender y a afrontar mejor el comportamiento problemático; d) hacer y aceptar propuestas compatibles con la vida cotidiana del centro y de la persona, porque hacer propuestas que no encajan en nuestro centro, o que no se pueden llevar a cabo, solo generan frustración y malestar; y e) aceptar la responsabilidad mutua como base del éxito, porque sabemos que las soluciones no son sencillas de aplicar y el éxito depende de compartir el esfuerzo.

Tabla 4. Compromisos para una visión compartida

Quienes forman parte del equipo de apoyo conductual aceptan los siguientes compromisos de trabajo en equipo:

- a) Compartir recursos e información.
- b) Ser sensible a las metas y valores de cada miembro del equipo.
- c) Hacer uso del conocimiento y experiencias de los demás.
- d) Hacer y aceptar propuestas compatibles con la vida cotidiana del centro y de la persona.
- e) Aceptar la responsabilidad mutua como base del éxito.

Hasta tal punto son importantes estos cinco compromisos que todos y cada uno de ellos han de discutirse y aceptarse explícitamente en la primera reunión del equipo de apoyo, de modo que todos los profesionales conozcan y acepten su implicación en el proceso, y se sientan libres de proponer lo que pueden hacer, dejando de lado las discusiones sobre lo que no pueden hacer. Todo esto puede llevar tiempo y requerir grandes dosis de esfuerzo, pero la importancia del ajuste contextual es capital, puesto que el éxito del programa va a depender en última instancia de quienes han de aplicarlo en el contexto de la vida cotidiana. Si esos profesionales de atención directa no han participado en el proceso de evaluación y elaboración del plan, si no se tienen en cuenta sus valores, actitudes, experiencia, dificultades, etc., será muy difícil que el plan de apoyo funcione y logre resultados relevantes.

6. Mide el éxito de los programas evaluando aprendizajes de la persona y mejoras en su calidad de vida

El éxito será el resultado de una visión compartida. Pero ¿cómo y cuándo sabemos que hemos logrado buenos resultados? La respuesta es sencilla de deducir. Primero, si los planes de apoyo tratan de enseñar conductas alternativas, sabemos que tenemos éxito si de hecho la persona ha aprendido alguna conducta alternativa y la utiliza en vez de la problemática. Segundo, como los planes de apoyo tratan de reducir o eliminar la conducta problemática, sabremos que el plan es eficaz si la persona utiliza menos veces que antes dicha conducta. Tercero, como los planes de apoyo tratan de mejorar la calidad de vida de la persona, cualquier indicador que nos diga que la persona está más satisfecha y se siente más feliz, será una evidencia de que su calidad de vida ha mejorado.

Los planes de apoyo buscan el logro de estos tres objetivos conjuntamente. No se trata de que unos planes se centren en un objetivo y no en los otros. Esto quiere decir que enseñar una conducta alternativa sin reducir o eliminar la conducta problemática y sin mejorar la calidad de vida de la persona no significa que hayamos tenido éxito; que eliminar la conducta problemática sin enseñar una conducta alternativa no es tener éxito; y que mejorar la calidad de vida sin que la persona sustituya la conducta problemática por una conducta alternativa no garantiza la solución definitiva del problema.

Finalmente, el hecho de buscar el éxito basándonos en resultados concretos nos lleva al compromiso de la evaluación, a aceptar que podemos equivocarnos y también que podemos modificar nuestras estrategias de intervención. La evaluación mejora la calidad de nuestra intervención porque la hace más eficaz y eficiente, nos enseña y nos ayuda a comprender mejor a la persona y el contexto donde vive.

PRINCIPIOS DEL APOYO CONDUCTUAL POSITIVO

Habiendo expuesto las características del apoyo conductual positivo, es posible ahora establecer los principios que han de estar presentes durante todo proceso de intervención. Son cuatro los principios que guían la comprensión y tratamiento de la conducta problemática y que, por tanto, deben orientar el trabajo de nuestro equipo de apoyo (Ver tabla 5):

Tabla 5. Principios del apoyo conductual positivo

- La conducta problemática tiene una función para la persona.
- La conducta problemática está relacionada con el contexto.
- Una intervención eficaz está basada en la comprensión de la persona, su conducta y contexto social.
- El plan de apoyo debe tener en cuenta los valores de la persona, respetar a su dignidad, y aceptar sus preferencias y aspiraciones.

• La conducta problemática tiene una función para la persona.

Generalmente nos referimos a la conducta problemática como "socialmente inapropiada", "psicótica", o "inadaptada". Pero incluso las conductas más autodestructivas la mayoría de las veces tienen un propósito o sirven a una función, son adaptativas, y por eso aparecen con tanta frecuencia. Por ejemplo, si una persona aprende que la única manera de recibir en exclusiva la atención de su cuidador es golpearse la cabeza contra la mesa, porque siempre que se golpea, su cuidador acude a prestarle atención, entonces el golpearse se convierte en una respuesta útil y adaptativa, puesto que garantiza que la persona recibirá atención de forma continua e influirá sobre una persona muy importante en su vida (Carr et al., 1996). El apoyo conductual no puede tener lugar si no se parte de este principio de funcionalidad.

- *La conducta problemática está relacionada con el contexto.*

Normalmente la conducta problemática está influenciada por algún aspecto del ambiente habitual de la persona. Pueden ser aspectos específicos del ambiente tanto externo como interno. Por ejemplo, la presentación de una tarea difícil, una orden, un dolor de cabeza o de muelas, etc. También pueden influir factores ambientales más generales, o la interacción múltiple de diferentes aspectos del ambiente. Por ejemplo, determinado tipo de rutinas de la vida diaria, la calidad de las relaciones sociales, determinadas experiencias con sucesos molestos para la persona, la falta de oportunidades para participar en actividades deseadas, etc. Todos estos factores, tanto específicos como generales, internos como externos, pueden tener una influencia significativa en la aparición y mantenimiento del comportamiento problemático. Lo importante es asumir que la conducta problemática tiene lugar por alguna razón, y no es el resultado de la discapacidad de la persona, ni un síntoma de esa discapacidad, sino la evidencia de que hay algo en el ambiente que provoca o favorece esa conducta de la persona.

- *Una intervención eficaz debe basarse en la comprensión de la persona, su contexto social y la función de la conducta.*

La intervención más eficaz es la que vincula una evaluación funcional de la conducta y los factores ambientales con las estrategias de tratamiento. Así, una vez que se conoce la función de la conducta problemática, el objetivo es enseñar una alternativa socialmente apropiada y con la misma función. Así mismo, conocidas las influencias ambientales, el objetivo es modificar esos factores para minimizar el efecto negativo de las situaciones, prevenir nuevas apariciones de la conducta y fomentar el uso continuado de las habilidades alternativas. Todo esto contribuye a lograr la efectividad de la intervención a largo plazo.

- *La intervención debe basarse en los valores de la persona, el respeto a su dignidad, sus preferencias y sus aspiraciones.*

Con independencia de su discapacidad y de las características de la conducta problemática, la intervención debe basarse en el respeto de la dignidad de la persona y dirigirse a mejorar sus condiciones de vida en contextos de inclusión, sin estigmatizarla por el hecho de presentar un comportamiento problemático. El tratamiento debe ser también, adecuado a la edad del individuo y a los contextos donde normalmente vive. Todo esto significa que han de tenerse en cuenta los deseos de la persona, en caso de que no pueda expresarlos respetar sus derechos básicos, y no sólo lo que es importante para los profesionales o para las familias, ya que lo que se persigue es incrementar las oportunidades de la persona para tener amigos, elegir, participar en sus ambientes, etc.

RESUMEN

El apoyo conductual positivo se distingue de otros planteamientos en que combina valores y técnicas. Valores respecto a la dignidad de la persona y técnicas respecto a procedimientos específicos de evaluación y tratamiento. Creemos que esta combinación puede ser más eficaz para hacer frente a las necesidades concretas de las personas, con conductas problemáticas, que la simple aplicación de procedimientos estándar de intervención.

Cuando hablamos de valores estamos haciendo referencia, en primer lugar, al respeto a la dignidad de la persona, rechazando explícitamente el uso de sistemas aversivos como procedimiento básico de intervención y de cualquier otro procedimiento que humille o degrade al individuo. En segundo lugar, hablamos de valores para hacer referencia a que el apoyo conductual positivo parte de aceptar las aspiraciones y deseos de la persona como algo humano, alcanzable y valioso, que hay que respetar, igual que se respetan los deseos y aspiraciones de cualquiera que no tenga discapacidad. En tercer lugar, hablamos de valores para referirnos al compromiso entre profesionales, al hecho de aceptar a nuestros compañeros como recurso, con capacidad de decisión y no solo de acción, con experiencia y con voluntad de trabajo en equipo. En definitiva, para referirnos a nuestros compañeros como agentes capaces de comprometerse con lo que pueden hacer y de llevar adelante acciones coordinadas tendentes a mejorar el clima de la institución y la calidad de vida de los usuarios.

Cuando hablamos de técnicas estamos haciendo referencia, en primer lugar, a procedimientos específicos de evaluación funcional de la conducta problemática, porque técnicamente es posible determinar si una conducta concreta tiene alguna función para la persona. En segundo lugar, hablamos de técnicas, para referirnos a procedimientos específicos que sirven para enseñar conductas alternativas, con la misma función que la conducta problemática, pero más eficaces y eficientes que ésta en el logro de los propósitos que la persona con discapacidad pretende alcanzar. También, hablamos de técnicas para referirnos a los procedimientos de intervención en crisis, que aplicamos para hacer que la conducta problemática sea inútil; y a los procedimientos sobre el control de los antecedentes, para hacer que la conducta problemática sea innecesaria. Finalmente, hablamos de técnicas porque aplicamos una tecnología conductual, apoyada en la evidencia de múltiples investigaciones y en la experiencia de nuestros propios profesionales.

En los capítulos que vienen a continuación exponemos los procedimientos para llevar a cabo el apoyo conductual.

**El proceso en el
apoyo conductual
positivo**

INTRODUCCIÓN

El apoyo conductual es un proceso continuo, que puede durar prácticamente toda la vida de la persona y tendrá que ir ajustándose a cada momento del ciclo vital en que el individuo se encuentre. Para lograr esa continuidad de los planes de apoyo a largo plazo hay que recorrer un camino, ejecutar con seguridad y precisión algunos pasos, de modo que la continuidad de los planes no hipoteque todo el trabajo de apoyo. Ese camino es el proceso al que nos referimos ahora.

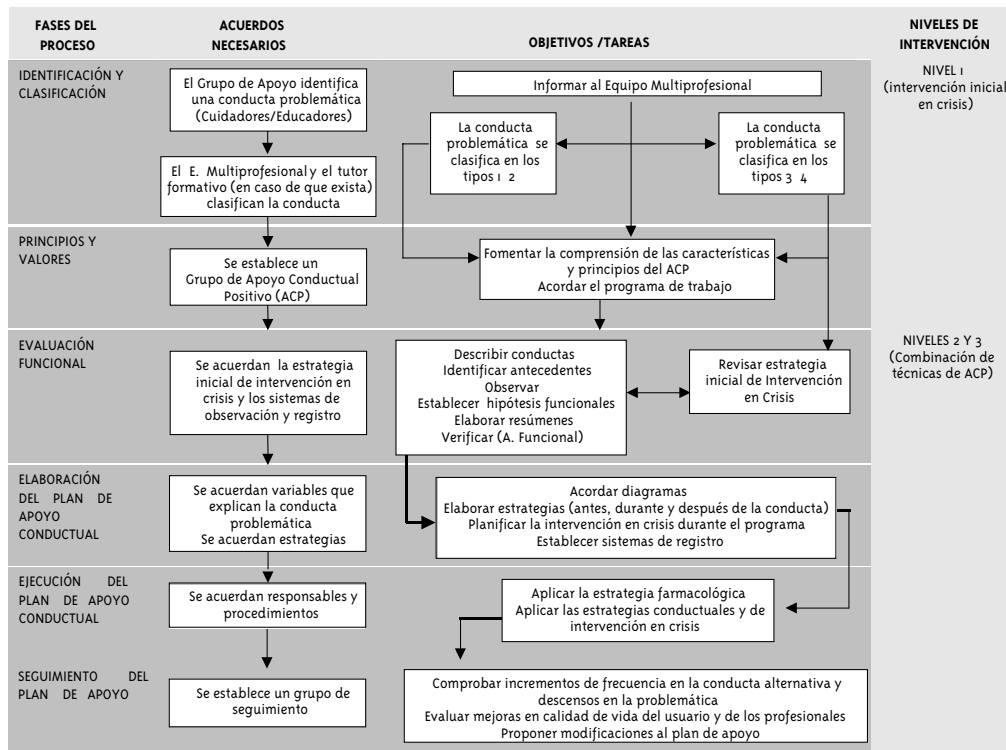
El proceso que vamos a exponer constituye un conjunto de sugerencias que pueden resultar de gran utilidad para poner en marcha un trabajo en equipo, coordinando las acciones de muchos profesionales y asegurando la visión compartida del problema por parte de los distintos colectivos implicados.

En este capítulo exponemos las diferentes fases, acciones, objetivos o tareas y niveles de intervención, desde lo que consideramos la Fase inicial de valoración de la conducta problemática, cuando ésta es identificada por el personal de atención directa, hasta que se ponen en marcha las estrategias necesarias de intervención de acuerdo a cómo la conducta es clasificada y evaluada. Todas las Fases, con sus acciones, objetivos, tareas respectivas y niveles de intervención, están representadas en la Figura 1. El capítulo está estructurado de acuerdo a las Fases expuestas en dicha figura.

EL PROTOCOLO GENERAL

Antes de exponer cada una de las Fases que componen el protocolo general de intervención, explicaremos los elementos que componen dicho protocolo. Como se puede ver en la Figura 1, el protocolo establece Fases, acuerdos necesarios, objetivos/tareas y niveles de intervención.

Figura 1. Protocolo de intervención



1. Las fases

De acuerdo a nuestra experiencia y al modelo de intervención que propone el Apoyo Conductual Positivo, hemos establecido seis fases en el proceso.

Tabla 1: Fases del proceso de apoyo conductual positivo

- Identificación y clasificación.
- Principios y valores.
- Evaluación funcional.
- Elaboración del Plan de Apoyo Conductual.
- Ejecución del Plan de Apoyo Conductual.
- Seguimiento del Plan de Apoyo.

Creemos que la eficacia y gran parte de éxito de un programa para modificar la conducta de una persona usuaria de nuestros servicios residenciales y ocupacionales está en ir cumpliendo sucesivamente y en el orden establecido estas fases. Su ordenación responde básicamente a criterios técnicos y de lógica, ya que, por ejemplo, no es posible iniciar una intervención sobre una conducta, si no es previamente identificada y reconocida como conducta problemática. Esto es lo que se hace en la fase de identificación y clasificación. Tampoco es fácil lograr resultados satisfactorios si el personal de apoyo, que es quien en definitiva va a ejecutar la intervención, no conoce las técnicas y procedimientos de intervención y, lo que es más importante, si los profesionales de atención directa no comparten unos principios y unos valores que orienten su intervención. Si ese personal no acuerda unas "reglas del juego" sobre cómo abordar las distintas cuestiones y problemas que atañen a la conducta problemática, si cada uno "hace la guerra por su cuenta", será francamente difícil lograr resultados satisfactorios para todos y para el propio usuario.

En cuanto a la Fase de evaluación funcional, con ella se responde a la necesidad de comprender la conducta problemática antes de llevar a cabo acciones para modificarla. ¿Se podría eludir esta Fase y pasar directamente a la intervención?. Probablemente hay quien diga que sí. No es obligatorio, pero es necesario evaluar. Y es necesario hacerlo conjuntamente. Porque eso garantizará mejor el éxito de la intervención. En esta fase, por tanto se exponen los procedimientos, que no son complicados ni difíciles, para llegar a comprender la conducta problemática antes de elaborar un plan de intervención.

La Fase de Elaboración del Plan de Apoyo Conductual, responde a la necesidad de llegar a acuerdos sobre lo que se va a hacer en relación a la conducta problemática una vez que se sabe por qué o para qué la persona realiza esa conducta. Después, en la Fase de ejecución, lo que se hace es aplicar las estrategias acordadas y, finalmente, en la Fase de seguimiento se determina el modo en que se valorarán los resultados de la intervención.

2. Los acuerdos necesarios

En el apartado anterior acabamos de exponer el camino a recorrer y hemos hecho referencia, en distintos momentos de esa secuencia de fases, a que en cada una de ellas se establecen determinados acuerdos. En la Figura 1, la segunda columna corresponde a esos acuerdos necesarios para cada fase.

¿Por qué hay que llegar a acuerdos? A esta pregunta, un tanto retórica, se responde con otra pregunta ¿cuántas veces has oído o dicho "mientras no nos pongamos de acuerdo todos en cómo actuar, el usuario X no cambiará su conducta"? Probablemente muchas veces. También muchas veces habrás oído o dicho que "sí, claro, la estrategia Z es fácil de decir pero no es posible ejecutarla", o "no estoy de acuerdo con la decisión de ...". Está claro que es necesario alcanzar acuerdos sobre la estrategia a seguir para abordar cualquier conducta problemática, porque la conducta, cualquier conducta, está enormemente influenciada por cómo los demás actúan antes, durante y después de ella. El comportamiento es muy sensible a los factores ambientales y sabemos que cualquier "fisura" en nuestra manera de abordar el mal comportamiento puede dar al traste con el esfuerzo que están haciendo otros compañeros. Los acuerdos consolidan la estrategia que se adopte, y fortalecen nuestros vínculos de colaboración entre profesionales, con independencia del nivel de implicación de cada profesional.

Pero para llegar a acuerdos debe existir la oportunidad de discutir los distintos puntos de vista de los profesionales. Para llegar a acuerdos hay que reunirse y hablar. Es muy difícil estar de acuerdo con algo que nos viene impuesto. Cuando a nosotros nos dicen "haga usted la estrategia Z", sólo tenemos dos opciones: aceptarlo o rechazarlo. Pero si hemos participado en el proceso de llegar a la conclusión de que la estrategia Z es la más apropiada y que es posible ejecutarla de acuerdo a las circunstancias del centro, del propio usuario, y del trabajo que como profesionales hemos de desempeñar. Si hemos tomado parte en ese proceso, la estrategia Z no es algo impuesto, es algo que cada uno de nosotros hemos contribuido a elaborar y será mucho más fácil ponerla en práctica o adaptarla a las circunstancias específicas que cada profesional implicado percibe y valora como relevantes.

Una última cuestión sobre los acuerdos. No sólo hay que llegar a acuerdos sobre la estrategia de intervención. Es necesario estar de acuerdo en cómo analizar el problema de conducta, en cómo evaluarlo y en cómo valorar los resultados de la intervención. Los acuerdos, y esto se ve claramente en la Figura 1, no se limitan a las estrategias de intervención, sino que también son necesarios en todas las fases, desde que se identifica una conducta problemática, hasta que se establece el plan de seguimiento una vez puestas en marcha las estrategias acordadas en el Plan de Apoyo.

3. Los objetivos y tareas

Esta columna de la Figura 1, responde a lo que hemos de lograr o a las tareas que hemos de hacer en cada fase. El logro de estos objetivos y la ejecución de las tareas indicadas garantiza una adecuación técnica de los procedimientos. En otras palabras, asegura que nuestro trabajo se ajusta a las características técnicas de un trabajo de apoyo conductual.

Los objetivos y tareas indicados en la Figura 1 se han expuesto de manera muy resumida, porque, en realidad, todos esos objetivos y tareas son la razón de este manual y, excepto en los dos primeros capítulos, cada uno responde al tipo de actividades que los profesionales han de realizar para lograr un buen trabajo de apoyo conductual y alcanzar resultados óptimos.

A diferencia de lo que hemos dicho en los apartados relativos a las fases y a los acuerdos necesarios, la ejecución de todos esos objetivos y tareas está muy determinada por cuestiones de tipo técnico y debe adaptarse a las circunstancias de cada caso. Es decir, en todos los casos, por ejemplo, hay que cumplir la Fase de evaluación funcional y en todos los casos hay que llegar a acuerdos sobre las estrategias de intervención inicial y los sistemas de evaluación y registro. Pero no es imprescindible que en todos los casos se realice un análisis funcional. Eso dependerá de cuestiones técnicas y de las circunstancias concretas. En todos los centros hay un Equipo Multiprofesional que cuenta

con especialistas preparados para determinar estas cuestiones. Los especialistas que componen este equipo (psicólogo y médico principalmente) pueden proponer para cada caso las estrategias concretas de cada fase, explicarlas para que todo el mundo comprenda su utilidad y proponer la adecuación de esas tareas y objetivos, de modo que se alcancen acuerdos y se pueda cumplir con la fase del proceso en la que se esté en un momento dado.

Cada uno de los objetivos y tareas correspondientes a cada fase requiere al menos una reunión, y en alguna Fase, especialmente aquellas relativas a la de evaluación funcional y la de elaboración del plan de apoyo, puede ser necesario más de una.

4. Los niveles de intervención

En la última columna de la Figura 1 se exponen los tres niveles de intervención ante el comportamiento problemático. Estos niveles fueron elaborados y discutidos en la fase inicial del proceso de formación en intervención sobre el comportamiento problemático. En aquella fase inicial, realizada a finales de 1997, se vio la necesidad de lograr el compromiso entre los profesionales para desarrollar intervenciones que produzcan cambios en los centros a largo plazo, un compromiso basado en la creación de normas flexibles para la aplicación de las distintas estrategias de apoyo y para el desarrollo de procedimientos que faciliten el trabajo en equipo y la implicación de la familia y otros agentes de la comunidad.

Los asistentes a aquel curso acordaron los niveles de intervención expuestos en la Tabla 2. Se trataba, para aquel momento, de un avance realista que hoy en día nos permite desarrollar sistemas de implicación complejos y eficaces. Por otro lado, además, este acuerdo de niveles de intervención permite la aplicación de criterios con validez social, que aseguran que las intervenciones respetan en todo momento la dignidad de la persona que recibe el tratamiento. Los criterios establecidos en los niveles se ajustan a la idea de Horner et al. (1990) que propone un incremento del control por parte de la comunidad y de especialistas externos, así como un endurecimiento de las normas administrativas reguladoras de las intervenciones, en la medida en que aumenta la intrusividad del programa de intervención.

Tabla 2. Niveles de intervención

Los niveles que a continuación se indican se refieren a las diferentes opciones con que cuentan los profesionales que han de participar en programas de apoyo conductual positivo para los usuarios de los centros residenciales dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales.

NIVEL I

Intervenciones que se llevan a cabo de un modo espontáneo e inmediato sobre conductas problemáticas nuevas o sobre las que no se está aplicando un programa específico. Se trata de intervenciones y de comportamientos sobre los que se debe informar al Equipo Multiprofesional, tutor formativo (en caso de que exista) y al resto de los profesionales que trabajan en el módulo y, por tanto, trabajar en equipo. El trabajo en equipo con otros profesionales favorecerá la consecución de los objetivos. Las intervenciones son:

- Refuerzo positivo contingente de conductas apropiadas socialmente.
- Modelado.
- Contrato de Contingencias (no incluido en los niveles 2 y 3).
- Cambios ambientales (de modo positivo: ganancia o pérdida de beneficios).
- Extinción.

- Sobrecorrección dentro de las actividades del módulo.
- Las siguientes formas de intervención en crisis: Ignorar la conducta problemática (sólo cuando sea posible); proteger a la persona o a los otros; restringir momentáneamente a la persona durante el episodio; retirar a todo el que corra peligro.

NIVEL 2

Procedimientos pautados dentro de programas específicos que requieren la participación del Equipo Multiprofesional, y el trabajo en equipo con el grupo de educadores y cuidadores del módulo. Dichos procedimientos serán conocidos por el Director del centro, el tutor formativo (caso de que exista) y la familia del usuario a la que, si fuera necesario, se pediría su autorización y colaboración.

- Refuerzo diferencial de conductas funcionalmente equivalentes o conductas incompatibles.
- Costo de Respuesta (pérdida de puntos, fichas y comidas no esenciales: refrescos, café, golosinas...).
- Restitución (remediar algo), que no implica forzar físicamente.
- Práctica positiva (practicar la conducta correcta de modo masivo).
- Tiempo fuera sin exclusión (observacional).
 - Retirar al usuario de la actividad permaneciendo a la vista del responsable (5 minutos).
 - Se retira la actividad que está realizando el usuario (5 minutos).

NIVEL 3

Procedimientos pautados en programas específicos que requieren la autorización del Director del Centro, la aprobación del Equipo Multiprofesional, y el conocimiento por parte del tutor formativo (en caso de que exista) y la familia del usuario pidiendo si fuera necesario su autorización y colaboración, así como el trabajo en equipo con el grupo de educadores y cuidadores del módulo.

- Sobrecorrección usando guía física (corregir las consecuencias ambientales de la conducta y entonces practicar la conducta alternativa incompatible).
- Tiempo fuera excluyente combinado con programas de refuerzo diferencial de conductas funcionalmente equivalentes.
 - Retirar al usuario a un área fuera de la vista del responsable.
 - Retirar al usuario a una sala ventilada e iluminada con la puerta abierta.
 - Retirar al usuario a una sala ventilada e iluminada con la puerta cerrada. (sin cerrar con llave, máximo 10 minutos).
- Costo de respuesta (eliminar una actividad agradable para el usuario existente en su plan individual).

En la Figura 1 vemos que el primer nivel de intervención, el más básico, corresponde a las dos primeras Fases (Identificación y clasificación y Principios y valores). En estas Fases la intervención es muy puntual, con poca o ninguna implicación del centro en su totalidad y sujeta a circunstancias situacionales. El compromiso del personal del centro (los acuerdos) consiste básicamente en informar y en establecer las bases comunes de la filosofía general de la intervención. Las técnicas son simples, no requieren una prescripción de especialistas y la mayoría de ellas son estrategias de respuesta para cuando aparecen conductas problemáticas.

Tanto el segundo como tercer nivel de intervención requieren una mayor implicación de los profesionales, reclaman el trabajo en equipo como herramienta básica y, lo que es muy importante, implican tanto a la dirección del centro, como a la familia (o el propio usuario), porque se trata de evitar que los procedimientos, o las técnicas concretas, entren en conflicto con principios básicos que defiende la Institución y que personas relativamente menos implicadas en la atención directa validen la intervención como conjunto de mecanismos que respetan a la persona, reconocen sus aspiraciones y proporcionan recursos eficaces para que los profesionales puedan hacer su trabajo con garantías de éxito y de seguridad.

ACUERDOS, OBJETIVOS, TAREAS Y NIVELES DE INTERVENCIÓN EN CADA FASE

1. La identificación y clasificación de la conducta problemática

El proceso empieza en la Fase de identificación de una conducta problemática por parte del personal de atención directa o grupo de apoyo, constituido por los cuidadores y educadores encargados de proporcionar a la persona los apoyos que necesita para su vida cotidiana.

Cuando el personal de atención directa identifica un comportamiento problemático lo más importante es informar al Equipo Multiprofesional de la conducta observada y de la estrategia de control aplicada, si es que se ha llevado a cabo alguna intervención en crisis (en el capítulo 8 se indican los distintos procedimientos de intervención en crisis que se suelen utilizar y el modo de aplicarlos). Nos encontramos en el Nivel 1 de intervención, por lo que nuestras posibilidades de control y modificación de la conducta están limitadas al conocimiento concreto de la situación en la que hemos observado dicha conducta. Como se trata de un nivel de abordaje preliminar, limitado a situaciones concretas, es preciso que el resto de los compañeros tengan conocimiento de qué se ha hecho cuando ha aparecido la conducta problemática y que el Equipo Multiprofesional pueda valorar dicha conducta (Ver Tabla 2).

Una vez que el Equipo Multiprofesional tiene conocimiento del problema de comportamiento, podrán valorar, junto con el tutor si el usuario lo tiene, el tipo de conducta problemática y decidir cuándo y cómo poner en marcha un grupo de apoyo conductual. En cualquier caso, *si se decide formar un grupo de apoyo conductual éste debe formarse y reunirse lo antes posible.*

La valoración de la conducta consiste en decidir primero si, por su intensidad, duración o frecuencia, afecta negativamente al desarrollo personal del individuo, así como a sus oportunidades de participación en la comunidad. Si la conducta observada encaja con esta definición, estamos ante una conducta problemática y el paso siguiente consiste en decidir a qué grupo pertenece dicha conducta. En el capítulo 2 aparece en la figura 1 los grupos en los que se puede clasificar una conducta problemática.

Según los datos recogidos por el estudio de prevalencia de la conducta problemática en nuestros Centros (ver capítulo 2), aproximadamente el 19,85% de los usuarios con conducta problemática presentan un comportamiento grave o muy grave que puede clasificarse en los Grupos 1 ó 2; algo más del 7,51% de los que tienen conducta problemática pertenecerían al Grupo 3; y, finalmente, nos encontraremos con que un 14,13% de las conductas problemáticas que observemos corresponden al Grupo 4.

Esta clasificación viene a indicarnos que no todas las conductas son igualmente problemáticas y también que los riesgos para la persona y quienes conviven con él/ella, así como el esfuerzo que han de hacer los profesionales de apoyo, serán mayores si la conducta pertenece a los Grupos 1 y 2 que si pertenece a los Grupos 3 y 4. No todo comportamiento tiene por qué ser clasificable en alguno de estos grupos. En algunos casos puede que el problema esté limitado a un contexto muy específico y/o la conducta que presente la persona sea aislada, muy poco frecuente, o no afecte significativamente al desarrollo personal del individuo, ni tampoco se vean limitadas de manera notable sus oportunidades de participación en la comunidad. En estos casos, aunque todo comportamiento disruptivo debe ser atendido y resuelto con la mayor brevedad, puede no ser preciso que, para ello, haya que desarrollar un proceso amplio que implique a gran número de personas y profesionales.

En los otros casos, cuando estamos ante conductas problemáticas, se debe tener claro la gravedad (delimitada por el grupo al que pertenece la conducta) y las implicaciones de la conducta problemática (expuestas en el Capítulo 1) para decidir las características del equipo de apoyo conductual (dimensiones, componentes, etc.) que se encargará de analizar el comportamiento problemático y de poner en marcha las estrategias de evaluación y tratamiento más apropiadas.

2. Principios y valores

En esta Fase se establece quienes son los miembros del equipo de apoyo conductual, se constituye el equipo y se discuten y acuerdan las "reglas del juego" que regularán el funcionamiento del equipo de apoyo.

Pero quién determina quienes son los miembros del equipo, los hechos y la experiencia. En realidad, para responder a esta pregunta hay que hacerse otra: ¿Quiénes son los profesionales que mantienen contacto habitual con la persona?. Todos esos profesionales tienen razones para formar parte del equipo de apoyo, porque todos sufren las consecuencias de la conducta problemática y todos aspiran a lograr un cambio positivo y permanente en el comportamiento de la persona. También pueden formar parte del equipo de apoyo la familia de la persona objeto del apoyo, puesto que también aspiran a lograr un cambio en su hermano, hijo, o pariente y porque probablemente nos ayudarán a interpretar mejor las aspiraciones deseos e intereses de la persona. Finalmente, forman parte del equipo de apoyo los miembros del Equipo Multiprofesional, porque son los encargados de la coordinación de las intervenciones, el apoyo a los profesionales de atención directa y la determinación de las necesidades de la persona. En cualquier caso, la selección y número de componentes de un equipo de apoyo conductual es algo abierto, a determinar para cada caso y tomando como base que quienes se incorporan al equipo son personas (profesionales o no) dispuestos a ayudar a la persona con discapacidad a alcanzar sus metas y dispuestas a trabajar en equipo.

Una vez determinados los componentes del equipo, se inician las tareas de fundamentación teórica y se establecen los principios de funcionamiento que han de regir para que el equipo de apoyo sea una herramienta eficaz. Las tareas son las que aparecen en la Tabla 3.

Tabla 3. Objetivos/tareas esenciales de la fase de principios y valores

- Fomentar la comprensión de las características y principios del apoyo conductual positivo
- Acordar el programa de trabajo

Los principios del apoyo conductual positivo han sido expuestos en el Capítulo 3. Esos principios son afirmaciones de carácter técnico y, por eso, cada afirmación que suponga un desacuerdo con los planteamientos técnicos que se estén aplicando debe discutirse para fomentar la comprensión de dichos valores y principios que defiende nuestra Institución.

Además de recordar, discutir y compartir los principios y valores del apoyo conductual positivo, en esta reunión hay que llegar a establecer un plan de trabajo. El plan de trabajo debe especificar la secuencia de reuniones, con los objetivos que el equipo de apoyo se plantea alcanzar en cada reunión. No es fácil anticipar el plan de reuniones. Nuestra experiencia nos dice que *el grupo de apoyo conductual debe iniciar sus reuniones cuanto antes y fijar un día de la semana para celebrarlas*. Después, y a no ser que el caso concreto requiera mayor intensidad del trabajo, se puede establecer un ritmo quincenal de reuniones como máximo. Luego, cuando ya se está ejecutando el plan de apoyo y se ha formado el grupo reducido de seguimiento, el ritmo normalmente se incrementa a una reunión semanal como mínimo durante el primer mes, para resolver dudas y hacer ajustes necesarios. Un mes después de iniciada la ejecución del plan, si es que está dando los resultados esperados, se puede pasar a una reunión quincenal. Finalmente, desde el tercer mes de aplicación hasta que se cumplan seis meses desde iniciada la ejecución del plan, lo normal es tener una reunión mensual. Una vez alcanzados seis meses de comportamiento apropiado, las discusiones sobre la conducta del usuario se pueden incorporar a las reuniones que se programen con carácter general.

3. Evaluación funcional

La Fase de evaluación funcional implica un cambio operativo muy importante en el proceso. Hasta este momento hemos estado pensando y debatiendo sobre cómo vamos a plantearnos los problemas para resolverlos de manera estable y hemos alcanzado un acuerdo básico sobre nuestra forma de actuar ante los problemas de comportamiento. Ahora hay que comprender conjuntamente la conducta concreta de la persona y analizar cómo estamos actuando ante ese comportamiento problemático.

Los acuerdos necesarios en esta fase son dos:

- Qué estrategia inicial de intervención en crisis se va a adoptar.
- Qué sistemas de observación y registro vamos a utilizar.

Para alcanzar el primer acuerdo la tarea consiste en que cada uno de los miembros del equipo de apoyo exponga lo que hace cuando se enfrenta a un episodio de conducta problemática, para luego debatir sobre los puntos fuertes y débiles de la estrategia inicial de intervención, alcanzando posteriormente el acuerdo sobre qué vamos a hacer en adelante cuando aparezca un nuevo episodio de la conducta problemática objeto de intervención.

Esta revisión de la estrategia inicial que se está llevando a cabo es en realidad el principio de la evaluación funcional, porque debe incluir una discusión sobre la utilidad de la estrategia para impedir o detener la conducta y si se basa en alguna hipótesis sobre la función de la conducta problemática. Así, por ejemplo, si la estrategia inicial de control que se está aplicando consiste en ignorar la conducta problemática, habrá que ver si ignorando la conducta, ésta se detiene y si el profesio-

nal que aplica esta estrategia piensa que esa conducta le sirve a la persona para lograr atención del profesional. Si lo que se hace es, por ejemplo, poner música en la sala para que el usuario esté más tolerante y tranquilo, será porque se piensa que existe algún *suceso contextual* en la sala que influye de alguna manera en la probabilidad de la conducta problemática. Si lo que se hace es poner a un profesional junto al usuario después de que se le ha reprendido o de que se le ha impedido hacer algo para, así, evitar que agrede a otros, será porque se piensa que la frustración o las reprimendas son un factor que hace más probable la agresión por parte de esa persona, etc.

El segundo acuerdo, relativo a los sistemas de observación y registro, es necesario para poner en marcha el proceso de evaluación funcional propiamente dicho, que nos llevará a determinar la influencia de los factores ambientales y personales en el comportamiento problemático. Este proceso se explica en detalle en el capítulo 6, por eso aquí sólo exponemos las tareas esenciales del proceso (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Objetivos/Tareas esenciales de la fase de evaluación funcional

- Describir conductas.
- Identificar antecedentes.
- Observar.
- Establecer hipótesis funcionales.
- Elaborar resúmenes.
- Verificar (Análisis funcional).

En esta fase de evaluación funcional hemos entrado en un nuevo nivel de intervención. Cuando hacemos una evaluación funcional ya implicamos a más personas y nos estamos planteando que el control de la conducta problemática va a ir más allá de pequeñas intervenciones puntuales. Por eso necesitamos hacer la evaluación funcional. A partir de este momento habrá fichas de registro del comportamiento problemático, se establecerán hipótesis funcionales sobre las razones del comportamiento del usuario, que se resumirán en documentos escritos, hipótesis que se verificarán en el caso de que se considere necesario, y que serán la base del plan de apoyo. En este nivel el grupo de apoyo conductual, gracias a un trabajo en equipo, está determinando tareas concretas de evaluación que han de hacer los profesionales. Por eso es importante que la dirección del centro participe y porque este trabajo de evaluación va a establecer las bases sobre las que se apoyarán las estrategias de intervención, estrategias que, además de al usuario, afectarán a muchas personas (profesionales, familia y otros usuarios).

4. La elaboración del Plan de Apoyo Conductual

El plan de apoyo conductual se elabora a partir de los resultados de la evaluación funcional. Es obvio que hay que estar de acuerdo con ese plan. Por eso hay que discutirlo. Generalmente no lleva mucho tiempo la discusión sobre lo que hay que hacer, porque si la mayoría de los miembros del grupo de trabajo ha participado en la evaluación, es fácil comprender la utilidad de las estrategias que se propongan.

Lo más importante para llegar al acuerdo necesario de esta Fase es que todos y cada uno tenga presentes y respete las dos siguientes reglas:

- Hacer propuestas que sean compatibles con la realidad del centro y de la persona.
- Cada uno debe decir lo que puede hacer y no lo que no puede hacer.

Respetando estas dos reglas es sencillo y rápido llegar a un acuerdo sobre el plan de apoyo conductual.

Los objetivos y las tareas propias de esta Fase, explicadas detalladamente en el capítulo 8, se pueden resumir en lo expuesto en la Tabla 5. Se llega a la elaboración y acuerdo de diagramas donde están especificadas la secuencia de cada conducta problemática junto con la conducta deseada, que es la que el personal de apoyo esperaría que el usuario realizara en vez de la problemática, y la conducta alternativa que es la que el usuario debe aprender a utilizar en vez de la conducta problemática.

Tabla 5. Objetivos/tareas esenciales de la fase de elaboración del plan

- Acordar diagramas.
- Elaborar estrategias (antes, durante y después de la conducta).
- Planificar la intervención en crisis durante el programa.
- Establecer sistemas de registro.

Las estrategias se refieren al tipo de estímulos y de actividades que vamos a utilizar para evitar que aparezca la conducta problemática y favorecer la aparición, y aprendizaje en su caso, de la conducta alternativa. Se trata, por tanto de proponer estrategias que eliminen estímulos favorecedores de la conducta problemática, sistemas de ayuda para ejecutar o aprender la conducta alternativa y refuerzos naturales para incrementar la frecuencia de la conducta alternativa una vez que el sujeto la realiza. También es importante que el grupo de trabajo planifique estrategias de intervención en crisis, que especifiquen lo que el personal de apoyo ha de hacer en caso de que tenga lugar un episodio de conducta problemática, de manera que pueda impedir, si no su aparición, el hecho de que se prolongue y de que se pueda repetir en momentos posteriores.

Finalmente es necesario determinar el modo en que se va a evaluar la eficacia de las estrategias de control y de enseñanza que se propongan. Puesto que el éxito de la intervención va a ser valorado por el hecho de que el usuario reduzca la frecuencia de conducta problemática e incremente la de las conductas alternativas, es necesario estar de acuerdo en cómo vamos a registrar la conducta, y comprometerse a llevar a cabo las tareas de registro. Además, los datos que se vayan recogiendo a lo largo de la aplicación del plan de apoyo, van a servir para que el grupo de seguimiento pueda analizar los logros que se alcancen y las dificultades que se detecten durante todo el proceso.

5. La ejecución del Plan de Apoyo Conductual

Una vez que disponemos de un plan de trabajo, la tarea es ponerlo en marcha. Para esto hay que estar de acuerdo en quién y cómo va a llevar a cabo las estrategias acordadas, tanto de enseñanza, como de control de crisis y de registro. Este acuerdo no es tampoco muy difícil y por lógica los responsables de su aplicación serán los propios trabajadores del centro, cada uno en el nivel de implicación y responsabilidad que su puesto les determina. Pero es importante establecer claramente quién puede hacer cada una de las acciones acordadas y cómo lo va a hacer, determinando también quién y cómo va a ayudarles en esa importante tarea.

Tiene que estar muy claro también que, aunque algunos miembros del equipo de apoyo conductual no van a hacer las mismas cosas que otros o van a tener una implicación menor a partir de este momento, eso no les libera de la responsabilidad de apoyar y mantener el compromiso de trabajo

en equipo que se ha ido adquiriendo y fortaleciendo a lo largo de todo el proceso de intervención. Hay dos tareas fundamentales en esta Fase de ejecución. Estas tareas son las presentadas en la Tabla 6:

Tabla 6. Objetivos/tareas esenciales de la fase de ejecución del plan

- Aplicar la estrategia farmacológica.
- Aplicar las estrategias conductuales y de intervención en crisis.

Para cada una de estas estrategias habrá un responsable de la ejecución general perteneciente al Equipo Multiprofesional (normalmente el médico y el psicólogo) y habrá otros profesionales que se encargarán de ejecuciones o actividades específicas según el puesto de trabajo que normalmente desempeñen. Las actividades de esta Fase se inician justo a partir del momento en que se han acordado estas cuestiones.

6. El seguimiento del Plan de Apoyo

El seguimiento es el modo en que se da continuidad al plan de apoyo, el instrumento del que disponemos para determinar los cambios que necesariamente habrá que hacer, puesto que la vida de las personas no siempre es igual, ya que continuamente y en función de muchas variables distintas (como por ejemplo época del año, disponibilidad de profesionales, ingresos, etc.), se modifican horarios, actividades, compañeros, etc. El seguimiento se basa en la evaluación de los resultados de las estrategias. Como se expone en el capítulo 10, la evaluación es un proceso continuo, que no termina nunca, y el seguimiento es la manifestación de este hecho.

En el capítulo correspondiente también se dice que el seguimiento no sólo sirve para saber si el programa de intervención "va bien" y para adaptar paulatinamente las estrategias de intervención. Sirve, además, para la generalización, para programar nuevos contextos o situaciones en los que el usuario puede ampliar sus aprendizajes mejorando su conducta e incrementando su integración y participación en los grupos naturales.

Así, en la medida en que el usuario va incrementando sus habilidades, el grupo de seguimiento puede ir modificando y ampliando las estrategias de intervención a nuevas situaciones, contextos interpersonales y circunstancias, en un proceso de generalización.

Para que tenga lugar el seguimiento debe haber un grupo encargado de proponer los ajustes necesarios y las adaptaciones que precise el programa en cada momento. Este puede ser un grupo reducido de profesionales. Por ejemplo, puede ser el psicólogo, el médico, un educador y un cuidador del módulo. En los centros en que se haya creado la figura del tutor, indudablemente este profesional debe formar parte del grupo de seguimiento, puesto que es muy probable que sea el profesional que más información tiene y puede distribuir a otros compañeros. También, como alguno de los profesionales citados (cuidadores y educadores) están sujetos a un régimen de turnos, puede ser útil establecer igualmente turnos para formar parte del grupo de seguimiento. En todo caso, es imprescindible acordar la composición de este grupo una vez puesto en marcha el plan de apoyo.

Las tareas del grupo de seguimiento son los que aparecen en la Tabla 7:

Tabla 7. Objetivos/tareas esenciales de la fase de seguimiento

- Comprobar incrementos de frecuencia en la conducta alternativa y descensos en la problemática.
- Evaluar mejoras en calidad de vida del usuario y de los profesionales.
- Proponer modificaciones al plan de apoyo.

Éstos son los resultados que esperamos obtener como consecuencia de ejecutar cualquier plan de apoyo. Tendremos éxito si logramos estos tres objetivos y por eso, para comprobar nuestro éxito, que es el resultado de un trabajo compartido, necesitamos al grupo de seguimiento.

También podemos fracasar, es posible que las estrategias que se pongan en marcha no logren los resultados deseados. La mayoría de las veces, el fracaso es consecuencia de una evaluación funcional incompleta (Carr, 1998), que ha dado lugar a un plan de apoyo al que le falten elementos clave para comprender la conducta, y a la falta de una visión compartida (Bambara y Knoster, 1998), con los compromisos que ésta implica. Pero el fracaso no nos convierte en malos profesionales. Porque si lo hemos detectado, si podemos identificar las causas de unos resultados insuficientes, podremos poner remedio al problema. El fracaso no nos lleva a empezar de nuevo, porque ya hemos recorrido un camino que no tiene vuelta atrás. El hecho de detectar errores, reconduce nuestro trabajo hacia una nueva evaluación y a retoques en el plan de apoyo. Cuando el grupo de seguimiento detecte errores, por tanto, podrá mejorar la eficacia de nuestro trabajo, hará posible un mantenimiento de los logros que se alcancen y será una herramienta que nos ayude, no sólo a incrementar la eficacia de nuestros planes de apoyo, sino también a aprender más sobre el modo de intervenir ante el comportamiento problemático.

RESUMEN

El capítulo describe el proceso que debe seguirse cuando se comienza una intervención basada en el apoyo conductual positivo. Con el fin de tener una visión global de todo el proceso, se comienza con un esquema que refleja los diferentes pasos que deben seguirse en cada momento.

De forma general se especifican las fases que implica dicho proceso, deteniéndose en la importancia de las mismas; los acuerdos a los que el equipo de trabajo tienen que llegar en cada momento, los objetivos y tareas que deben realizarse en cada fase, al igual que los niveles de intervención en los que se estaría actuando.



**La evaluación
funcional**

INTRODUCCIÓN

Es de esperar que cuando surge el comportamiento problemático quienes conviven con la persona con discapacidad, o algunos profesionales, expresen su deseo de eliminar ese comportamiento lo antes posible. Esta actitud, que es perfectamente comprensible, contrasta con los planteamientos fundamentales enunciados en el Capítulo 3. El equipo de apoyo, y en realidad todos los profesionales, deben estar preparados para escuchar expresiones como las siguientes: "hay que hacer algo", "tenemos que detener este comportamiento cuanto antes", "debemos buscar una solución inmediata a este problema". La respuesta a estas demandas es que sí, que vamos a hacer algo de inmediato y ese algo es preguntarnos antes de nada por qué y dejar el "qué se puede hacer", para después de comprender a la persona y el contexto donde tiene lugar la conducta. Tenemos que saber ¿por qué la persona muestra esas conductas?, ¿qué factores contextuales influyen en la presencia, intensidad o duración de ese comportamiento?, ¿qué situaciones específicas lo favorecen?, ¿cuál es el propósito de esas conductas?, ¿si trata de comunicar alguna necesidad o deseo por medio de esas conductas?, etc.

La respuesta a todas esas preguntas pasa necesariamente por una evaluación funcional. El objetivo de la evaluación funcional es recoger información contextual tanto general como específica con el fin de explicar las razones concretas de la conducta o conductas objeto de intervención. Al finalizar la evaluación funcional el equipo de apoyo podrá formular hipótesis que expliquen la función de la conducta y que orienten la elaboración del plan de apoyo y podrá por tanto, responder con garantías de éxito a la demanda de "detener", "eliminar" o "buscar una solución" al comportamiento problemático.



RAZONES PARA REALIZAR UNA EVALUACIÓN FUNCIONAL

Hay varias razones para llevar a cabo una evaluación funcional cuando nos enfrentamos al comportamiento problemático. La primera de ellas es la que se deduce de lo expuesto en la introducción de este Capítulo: hacemos evaluación funcional por principio. Por un principio de honestidad y de respeto a la persona con discapacidad que precisa de nuestro apoyo. De la misma manera que en todos los ámbitos de nuestra vida no tomamos decisiones sin comprender antes el problema ante el que nos enfrentamos, no podemos tomar decisiones sobre la manera de intervenir ante cualquier conducta problemática sin antes comprenderla en su contexto.

Las otras dos razones que vamos a exponer tienen un carácter más técnico. La primera es que para elaborar y desarrollar planes de apoyo conductual eficaces es extremadamente valioso disponer de información sobre cómo, cuándo, dónde y por qué tiene lugar la conducta problemática. Hay estudios como los de Carr (1998), Carr et al. (1999b) y el de O'Neill et al (1997) que demuestran la existencia de una relación clara entre el éxito de los programas de apoyo conductual y la realización previa de actividades de evaluación. En otras palabras, si queremos que nuestro plan de apoyo sea útil y eficaz, debe basarse en una evaluación funcional previa.

La segunda razón que queremos citar se refiere a los estándares de calidad de los programas. Todos los organismos públicos y privados que tienen que ver con la evaluación de programas de atención a personas con problemas, consideran un criterio de calidad el hecho de realizar evaluaciones previas. Hay instituciones que consideran que su trabajo es valioso sólo si parte de una evaluación de necesidades, funcionamiento y dificultades que presenta la persona. Nuestra Institución también mantiene este criterio. Así que para que nuestro trabajo sea considerado un trabajo valioso por nuestra Institución debemos asumir la evaluación funcional como parte de nuestra actividad profesional.

EL PROCESO DE EVALUACIÓN FUNCIONAL

La evaluación funcional es un proceso destinado a hacer acopio de información relevante para elaborar un plan de apoyo lo más eficaz posible. En este proceso se verán implicadas todas aquellas personas que mantienen relaciones significativas con el usuario, porque todos tienen información útil para los demás y para resolver el problema.

El proceso empieza por conocer algunos aspectos generales de la persona. Cómo son sus capacidades y dificultades en las habilidades de adaptación a la vida cotidiana, cuáles son sus aspiraciones y necesidades, su estado de salud y su calidad de vida. Después, recogemos información relativa a la conducta problemática. Esta segunda fase de la evaluación se habrá completado cuando el equipo de apoyo a) disponga de una descripción clara de cada conducta problemática y la secuencia en que aparecen; b) sepa cuáles son los sucesos, momentos y situaciones que predicen que la conducta problemática va a tener lugar y los sucesos, momentos y situaciones en los que no va a ocurrir; c) haya identificado las consecuencias habituales que mantienen la conducta problemática, que serán a la postre las funciones de esa conducta; d) haya elaborado hipótesis funcionales incluyendo situaciones y consecuencias habituales de cada conducta problemática; e) haya llevado a cabo una observación directa de la conducta del sujeto en los contextos habituales para confirmar las hipótesis establecidas y f) haya realizado las verificaciones que considere pertinentes para contrastar las hipótesis funcionales dudosas o sobre las que no exista un acuerdo generalizado. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. El proceso de la evaluación funcional

Evaluación general		
<i>Momento</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivos</i>
Antes de la evaluación funcional	Entrevistar aplicar tests	Conocer aspectos generales de la persona y sus habilidades
Evaluación específica de la conducta problemática		
<i>Momento</i>	<i>Actividad</i>	<i>Objetivos</i>
Durante la fase de evaluación funcional	1ª Reunión	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción clara de cada conducta problemática • Identificar sucesos, momentos y situaciones que predicen la aparición y la no aparición de la conducta problemática • Identificar las consecuencias que mantienen la conducta problemática.
	Observación	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar la observación de la conducta problemática en los contextos habituales
	2ª y/o 3ª Reunión	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar una hipótesis general sobre la persona • Elaborar hipótesis funcionales de cada conducta problemática • Verificar las hipótesis funcionales
Durante la fase de seguimiento	Entrevistas registros	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar incrementos de la conducta alternativa y descensos en la conducta problemática • Comprobar mejoras en calidad de vida

La evaluación de los aspectos generales de la persona incluye actividades que pueden ser previas, o ya estar realizadas, antes de iniciarse la intervención en la conducta problemática. Normalmente los miembros del Equipo Multiprofesional y otros trabajadores del centro (educadores, maestros de taller, etc.) realizan evaluaciones sistemáticas específicas de su área. Así, el médico, por ejemplo, dispone de información actualizada de las condiciones de salud que tiene el usuario, el psicólogo realiza evaluaciones sobre puntos fuertes y débiles en las habilidades, el trabajador social tiene información sobre el estilo de vida, biografía, aspiraciones y deseos de la persona, etc. Toda esta información ha de incorporarse al grupo de apoyo conductual, discutirse y actualizarse en el momento en que se elabore la hipótesis general sobre el usuario. Esa hipótesis se elaborará después de que se haya puesto en marcha la observación directa de la conducta problemática.

PROCEDIMIENTOS PARA RECOGER INFORMACIÓN

Aunque en la literatura sobre intervención conductual se exponen multitud de métodos que pueden utilizarse para realizar evaluaciones funcionales, dadas las características de nuestros centros y del personal que trabaja en ellos, consideramos que podemos utilizar tres herramientas básicas para recoger información: las entrevistas y discusiones en grupo, la observación directa y el análisis funcional. (Ver Tabla 2)

Tabla 2. Herramientas básicas para recoger información

- Entrevistas y discusión en grupo: Hablar con el propio usuario (si es posible) y con las personas que mejor le conocen.
- Observación directa: Observar y registrar la conducta de la persona en su ambiente natural a lo largo de un periodo amplio de tiempo.
- Análisis funcional: Manipular sistemáticamente, en condiciones naturales o análogas, las variables (consecuencias y variables situacionales) que pueden estar controlando la conducta problemática y observar los efectos en la conducta de la persona.

1. Entrevistas y discusiones en grupo

La herramienta más básica, más utilizada y la primera a desarrollar, consiste en hablar y analizar el problema de forma conjunta con el propio usuario (si es posible) y con las personas que mejor le conocen y mantienen un contacto más habitual con él. Las entrevistas, ya sean en forma de conversación o por medio de cuestionarios estandarizados, así como las discusiones en grupo, ayudarán a definir y delimitar el tipo de variables que pueden estar influyendo en la conducta problemática. En los apéndices se incluyen cuestionarios de utilidad. Las discusiones en grupo, además, son la mejor manera de poner en común el conocimiento que se tiene sobre el comportamiento de la persona.

El objetivo general de las entrevistas y la discusión en grupo es obtener información precisa sobre las percepciones individuales que tienen cada uno de los implicados, sus explicaciones sobre la

conducta problemática y los factores motivacionales que pueden ser de interés según cada miembro del grupo de apoyo. Dado que de lo que se trata es de poner en común lo que sabe o no sabe cada uno sobre las conductas problemáticas, hay que empezar por definir el problema en términos de conducta. Este aspecto es muy importante porque, en primer lugar, así evitamos errores de interpretación al comunicar información entre los profesionales. En segundo lugar, es importante porque nosotros no cambiamos personas sino contextos. Es decir, situamos nuestra capacidad operativa en el contexto no en la persona. Así, por ejemplo, no decimos que tal persona "es agresiva", sino que "pega sin provocación previa", ni que tal usuario del Centro es "un irresponsable" sino que "no termina la tarea Z", ni tampoco que a la usuaria X "no le gusta la carne" sino que "no la mastica" o "no la mete a la boca". Si nosotros pensamos que los problemas tienen lugar en la persona, intentaremos cambiar a la persona, lo que, cuando menos, es imposible para nuestros recursos. Si pensamos en el problema como algo que ocurre en el contexto lo lógico es cambiar el contexto, que es lo que se hace con la modificación de conducta (aunque se llame así). La evaluación funcional es un procedimiento que nos permite comprender el contexto (los antecedentes y las consecuencias) en el que tiene lugar la conducta problemática y la entrevista y discusiones en grupo nos llevan a un primer acercamiento a esa comprensión.

El procedimiento, que nosotros utilizamos, para recabar la información sobre el contexto; consiste en ver las actividades cotidianas que realiza la persona. Empezamos por preguntarnos ¿cuáles son sus actividades habituales?. Después seguimos la secuencia habitual de actividades de la persona desde que se levanta por la mañana: ¿qué hace cuando se levanta?, ¿qué pasa cuando va de una actividad a otra?, ¿qué hace durante su tiempo libre por la tarde? etc. Hay muchas preguntas que se pueden hacer. Pero de entre todas consideramos que, para cada momento de la vida cotidiana del usuario en que aparece la conducta problemática, las preguntas que siempre deben tener una respuesta son las que aparecen en la en la Tabla 3.

Tabla 3. Preguntas clave en la entrevista y discusión en grupo

- *¿Qué conductas problemáticas preocupan más a todos?*
Describir las conductas en relación a su topografía, frecuencia, duración e intensidad.
- *¿Qué sucesos o condiciones físicas tienen lugar mucho antes de la conducta problemática y qué hacen más probable que aparezca?*
Describir los sucesos ecológicos (sucesos contextuales que predicen o disparan la conducta problemática).
- *¿Qué sucesos antecedentes inmediatos realmente pueden predecir que aparezca la conducta problemática y cuáles predicen que no aparecerá?*
Describir los eventos antecedentes inmediatos que predicen cuando es más y menos probable que ocurra la conducta problemática.
- *¿Qué consecuencias parecen mantener la conducta problemática para cada situación?*
Identificar las consecuencias o resultados de las conductas problemáticas que pueden estar manteniéndolas.
- *¿Cuál es la eficacia relativa de las conductas problemáticas en términos de esfuerzo físico y con qué frecuencia y rapidez las personas responden a esas conductas?*
Qué tipo de cosas consigue, de quién las consigue y si la conducta problemática le supone un esfuerzo grande (en términos de eficacia).
- *¿Cuál es la forma básica que tiene la persona de comunicar sus deseos a otros?*
Cómo se comunica la persona (palabras, gestos, imágenes, etc.).
- *¿Qué otras cosas más generales se han de hacer o evitar para dar un apoyo eficaz a la persona?*
Qué suelen hacer los profesionales de apoyo (modificaciones del contexto, forma de ayudarle, organización de la actividad, etc.) para que la conducta de la persona sea adecuada.
- *¿Qué cosas le gustan a la persona y le refuerzan?*
Enumerar el tipo de objetos, actividades, comida, golosinas, y estímulos que le gustan a la persona (ordenarlos de mayor a menor agrado).
- *¿Qué se sabe sobre programas previos que se han intentado para reducir o eliminar las conductas y qué efectos han tenido?*
Enumerar los programas aplicados para resolver el mismo problema de conducta y especificar los logros alcanzados con cada uno de ellos.

Hay, por último, otros tres propósitos, muy importantes, que debemos alcanzar por medio de las entrevistas y las discusiones en grupo. El primero es especificar y acordar, al menos en el plano de las ideas, la intensidad, frecuencia y severidad de la conducta problemática. Esto se puede hacer una vez que hemos descrito todas las conductas que más nos preocupan. El segundo de los propósitos citados es establecer un acuerdo sobre el procedimiento de recogida de datos relativos a la(s) conducta(s) problemática(s). Hay que acordar, como ya se indicó en el Capítulo 4, quién, qué, cómo y cuándo se va a registrar.

Finalmente hay que eliminar las ideas irracionales que haya en relación a la conducta problemática. Se trata de que todos tengamos claro que la conducta problemática está claramente influenciada por factores ambientales que podemos controlar. Así, aunque alguien piense que la agresión de, por ejemplo, Juan se debe a que estamos en cuarto creciente, o a que es Géminis con ascendente en Libra, o a que estamos en primavera, o a que es más listo de lo que parece. Si alguien piensa cosas como

éstas, no lo vamos a rechazar. Sencillamente estos aspectos no los podemos cambiar. Podremos tener en cuenta alguno de ellos, por ejemplo el de la primavera, porque normalmente esta época coincide con cambios en los horarios, y el tipo de actividades. Habrá que buscar la lógica de los comentarios que cada profesional hace y encajarlos en alguna de las preguntas clave. Pero creemos que nos es necesario insistir en que no podemos poner el verano en el mes que queramos, ni cambiar su fecha y hora de nacimiento, ni por supuesto la fase de la luna.

2. Observación directa

La observación ha sido el instrumento más utilizado en los procedimientos de modificación de conducta desde que éstos existen. La gran fuerza de estas técnicas, su eficacia, está precisamente en que todas sus estrategias se basan en recoger datos directamente de la conducta observada. Recoger datos directamente quiere decir las notas, o la información, que se plasman en las hojas de registros no están basados en el trabajo de nuestra memoria a largo plazo. Mediante la observación directa anotamos en las hojas de registro lo que acabamos de ver en el momento inmediatamente anterior. Incluso se puede iniciar el registro antes de que la conducta problemática haya terminado, siempre y cuando el que está registrando no participe directamente en el suceso objeto de registro. En caso de que quien hace el registro sea un profesional que se ha visto implicado en el suceso problemático, la forma apropiada de actuar es registrar el suceso tan pronto como sea posible después de que haya sido controlado y reconducida la conducta del usuario.

La observación directa ha de hacerse de modo que no interfiera en las actividades cotidianas de la persona y de su grupo de referencia, ni tampoco debe suponer un esfuerzo excesivo de los profesionales en cuanto a preparación técnica y entrenamiento en el sistema de registro.

La mayoría de los sistemas de observación directa sirven para que el profesional registre cuándo ocurre la conducta problemática, qué estaba pasando justo antes de que tuvo lugar la conducta, qué pasó después y que propósito cree el observador que tiene la conducta problemática. Normalmente basta con recoger unos quince o veinte episodios de la misma conducta problemática para que el grupo de apoyo conductual pueda identificar un patrón de comportamiento, si es que existe, y tenga la oportunidad de determinar qué problemas de conducta aparecen juntos, cuándo, dónde y con quién aparece la conducta problemática y qué consecuencias suele tener.

Hay muchos sistemas de observación desarrollados por especialistas e investigadores. Lamentablemente no hay ninguno que se ajuste de modo perfecto a las características de nuestros centros. Nuestro grupo regional ha desarrollado el que se expone en el capítulo siguiente. Hemos comprobado que ese procedimiento puede ser una herramienta práctica y eficiente para obtener información directa y formar las hipótesis funcionales que sustenten el posterior plan de apoyo conductual.

3. El análisis funcional

El análisis funcional consiste en manipular de manera sistemática las variables específicas que pueden estar relacionadas con la conducta problemática al mismo tiempo que se observa si cambia la conducta sometida a análisis.

Hay dos formas básicas de llevar a cabo el análisis funcional. Una consiste en manipular las consecuencias de manera contingente a la ocurrencia de la conducta que se está analizando. La otra forma consiste en manipular alguna variable estructural como por ejemplo, el grado de dificultad de la tarea, la duración de la actividad, el nivel de atención que recibe la persona durante una actividad, etc.

El análisis funcional es una prueba que sirve para evaluar la relación entre las variables contextuales y la ocurrencia o no ocurrencia de las conductas problemáticas, y es el procedimiento más preciso que se conoce para establecer de forma inequívoca dichas relaciones funcionales. Pero presenta algunas dificultades para poder llevarse a cabo en nuestros Centros. Por ejemplo, aunque sabemos que es un procedimiento que asegura una buena evaluación, nuestra experiencia es que el análisis funcional requiere mucho tiempo y esfuerzo en la mayoría de los casos. También supone asumir en algunas ocasiones riesgos personales y técnicos, puesto que la técnica consiste en replicar situaciones que provocan la conducta problemática y porque su aplicación exige que el responsable tenga conocimientos y experiencia en análisis conductual.

En el capítulo siguiente proponemos un conjunto de orientaciones e instrumentos para realizar análisis funcionales en nuestros Centros. Pero pensamos que el énfasis de la evaluación ha de ponerse en los procedimientos de entrevistas, discusiones en grupo y observación directa, porque son los más aplicables a nuestro contexto, aunque en ningún caso establecemos a priori que se ha de usar un método y no otro para la evaluación.

La clave de la evaluación funcional no está en el método de recogida de datos, sino en su objetivo, que nos permitimos recordar de nuevo: recabar información para identificar qué variables contextuales influyen en la aparición y mantenimiento de la conducta problemática. Si logramos este objetivo, habremos entendido la relación entre conducta problemática y contexto y podremos elaborar un plan de apoyo eficaz, que requiera poco esfuerzo de los profesionales y que mejore el estilo de vida de la persona.

RESUMEN

La evaluación funcional es el proceso de recogida y constatación de información, dirigido a identificar situaciones y sucesos asociados con la ocurrencia o no ocurrencia de una conducta problemática y que permite descubrir las consecuencias que la mantienen .

Como resultado de la evaluación funcional podemos desarrollar hipótesis acerca de por qué la persona presenta conductas problemáticas, y tener evidencia de que las hipótesis formuladas son correctas a través de una observación directa de la persona en determinadas situaciones y lugares pudiendo ser verificadas de forma cuasi-experimental mediante el análisis funcional. Una previa recogida de información, tanto general como específica, acerca de la persona y de las conductas problemáticas que manifiesta nos ayuda a obtener este resultado.

El capítulo presenta una visión global de las tres estrategias utilizadas en el proceso de la evaluación funcional: entrevistas y discusión en grupo, observación directa y análisis funcional. No es necesario que se lleven a cabo todas las estrategias mencionadas, al igual que el tiempo que se tarda en llevar a cabo este proceso, la cantidad de métodos que se utilizan depende de la complejidad del caso, de las necesidades de la persona que presenta la conducta problemática y de los medios de que disponga el equipo que lleva a cabo el proceso.



Estrategias de evaluación funcional

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se expone la tarea de la evaluación funcional, los pasos a dar según lo expuesto en el Apartado 3 del capítulo anterior, relativo al proceso de evaluación. Para ejecutar ese proceso lo más sencillo es ir cumplimentando los documentos recogidos en el apéndice que puedes ir ojeando según vas avanzando en la lectura del capítulo. Esos documentos se pueden fotocopiar para ir siendo rellenados a medida que se avanza en el proceso evaluador, el cual, en la mayoría de las ocasiones pasa por cuatro momentos:

- Obtención de información general sobre la persona
- Obtención de información relativa a la conducta
- Elaboración de hipótesis
- Análisis funcional

Los tres primeros momentos del proceso evaluador son siempre necesarios, mientras que el cuarto es opcional y dependerá de la calidad de la información previa relativa a la conducta. Pasamos a exponer cada uno de esos cuatro momentos.

ESTABLECER LA LÍNEA BASE

Sin embargo, antes de comenzar el proceso de evaluación y teniendo en cuenta que toda intervención requiere un seguimiento, debemos establecer una línea base para una posterior comparación.

Esta línea base la podemos obtener no sólo registrando la conducta problemática, sino también a través de la valoración que los demás tienen de la persona con discapacidad. Esta valoración se recoge en un cuestionario denominado Cuestionario de valoración social. En el apéndice 1 se encuentra un ejemplar del cuestionario, pero el cuestionario debe ser adaptado al comportamiento que presenta la persona con discapacidad. Dicho cuestionario es conveniente que sea rellenado por toda aquella persona que esté en contacto directo con la que manifiesta conductas problemáticas y a la cual va dirigida la intervención. En él se refleja la percepción de cómo las conductas problemáticas que presenta la persona repercuten en el contexto que le rodea y por tanto en la calidad de vida.

De este modo, si de nuestra intervención se obtiene algún resultado positivo, este va a ser percibido por la gente que rodea a la persona con discapacidad, y si las personas que rellenaron el cuestionario la primera vez lo vuelven a completar después de la intervención podremos observar como la percepción a nivel social también será más positiva. Sin embargo si nuestra intervención no repercute a nivel social de la persona con discapacidad nuestra intervención habrá sido poco exitosa.

Es muy importante recoger datos para obtener una línea base con la cual poder comparar los resultados obtenidos por la intervención. Estos datos deben recogerse antes del comienzo de la evaluación funcional, ya que a veces el simple hecho de obtener una visión compartida de la persona con discapacidad produce un efecto positivo, apreciándose un cambio en la persona que presenta conductas problemáticas, debido al cambio de relación que se mantiene con ella.

LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA PERSONA

Esta información general, que ha de recogerse en primer lugar, consiste en datos contextuales de la persona con conducta problemática: sus habilidades, sus preferencias e intereses, su estado de salud general y la percepción que tiene en relación a su bienestar personal. Esta información debería estar disponible para la primera reunión de la Fase de Evaluación Funcional (ver Capítulo 4) y normalmente es el Equipo Multiprofesional quien puede aportarla y/o elaborarla, ya que sus componentes tienen instrumentos eficaces para ello.

Los profesionales del Equipo Multiprofesional que están directamente implicados en esta fase previa de recogida de información general son: el psicólogo, el médico y el trabajador social. En los Centros en que exista la figura del tutor, éste también ha de considerarse un agente importante, especialmente para el tema de las preferencias e intereses y para analizar la percepción del usuario en relación a su bienestar personal. Igualmente, es importante la información sobre puntos fuertes y débiles en el repertorio de habilidades que puede ser aportada tanto por los educadores en los Centros de atención a personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas como los maestros de taller en los centros de atención a personas con discapacidad psíquica moderadamente afectadas.

Tabla 1. Información general que debe recogerse

Áreas de evaluación:

- Puntos fuertes y débiles en las habilidades de la persona.
- Diario de actividades cotidianas.
- Preferencias y metas de la persona y su familia.
- Cuestiones de salud.
- Calidad de vida de la persona.
 - Relaciones sociales.
 - Bienestar emocional.
 - Capacidad para elegir y autocontrol.
 - Acceso a actividades preferidas.
 - Inclusión en la comunidad.

Con esta información, resumida en la Tabla 1, comprenderemos mejor a la persona y entenderemos los aspectos generales que pueden estar influyendo en su conducta. Pero además será información muy relevante para elaborar un plan de apoyo conductual ajustado a la persona, a sus preferencias, sus necesidades concretas y sus circunstancias vitales. Los instrumentos que se pueden utilizar para recoger y ordenar la información son muy variados y dependerán de las posibilidades y medios de que disponga cada equipo. En general los instrumentos más utilizados son las sesiones de discusión en grupo, estando presentes las personas relevantes para el individuo; las entrevistas a profesionales y familiares; la revisión de informes y planes de actividades existentes; y algunos instrumentos estandarizados (especialmente para evaluar habilidades comunicativas y sociales, y otras habilidades adaptativas relevantes (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Procedimientos para recoger información general

- Entrevistas a: profesionales, familiares, usuario.
- Discusiones en grupo.
- Revisión de informes.
- Revisión de planes de trabajo con la persona.
- Instrumentos estandarizados:
 - Test, cuestionarios de estilo de vida.
 - Escalas de conducta, motivación.

A continuación se exponen los aspectos más importantes de evaluación en esta fase inicial. Todos ellos están enumerados y desglosados en el Cuestionario General de Evaluación (CGE). El Cuestionario está incluido en el apéndice 2. Los aspectos son:

- a. Los puntos fuertes y débiles en las áreas de habilidades de adaptación.** Esto permitirá saber en qué medida influye la ausencia de habilidades en determinadas áreas en el comportamiento de la persona. Es especialmente importante hacer un análisis de las deficiencias específicas en comunicación y en habilidades sociales, ya que las deficiencias en este tipo de habilidades, o la ausencia de un sistema simbólico de comunicación puede tener una gran influencia en la presencia de conductas problemáticas. Por eso es importante conocer cómo se comunica la persona y en qué medida se pueden incrementar esas habilidades como alternativas a la conducta problemática.
- b. Las actividades cotidianas de la persona, sus preferencias y objetivos personales.** Se establece qué es lo que le hace disfrutar a la persona en su vida cotidiana y si su plan de vida en casa y en otros contextos le proporciona suficientes oportunidades para alcanzar sus intereses y participar en las actividades que le gustan. Del mismo modo, esta información nos permitirá saber si en la vida cotidiana de la persona hay muchas o pocas actividades que le resultan insatisfactorias, molestas o estresantes por las razones que sean. La pregunta a responder es si esas actividades pueden contribuir como factores negativos a la conducta problemática actual de la persona.
- c. Las cuestiones de salud.** Se trata de saber si existe alguna relación entre el comportamiento problemático actual y alguna enfermedad o dolor que sufra la persona (gripe, dolor de oídos, dolor premenstrual, dolor de muelas, etc.), o problemas de visión o de audición, problemas de sueño, o problemas de salud mental (por ejemplo depresión o ansiedad excesiva). El equipo de apoyo conductual debe identificar estos factores para que, con la ayuda

necesaria, se reduzca al máximo su influencia o para atenuar las exigencias de las actividades cuando la persona se encuentre en un mal momento de salud que no puede ser eliminado rápida y completamente.

d. Información sobre el estilo de vida de la persona. En este aspecto de la evaluación se trata de responder a preguntas sobre las cuestiones fundamentales que afectan a la calidad de vida de la persona. Por ejemplo, se puede elaborar un cuestionario que recoja información sobre la calidad de las relaciones sociales de la persona con otros individuos de su entorno habitual (compañeros y familiares), sobre si la persona parece contenta o no, si tiene oportunidades para tomar decisiones en relación a aspectos concretos de su vida cotidiana, si tiene acceso a suficientes actividades preferidas por él o ella y si participa en actividades dentro de la comunidad. Todas estas preguntas están dirigidas a comprender hasta qué punto el estilo de vida actual de la persona tiene alguna relación con el comportamiento problemático que presenta, y también poder identificar las metas relevantes de estilo de vida para el plan de apoyo conductual.

LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE LA CONDUCTA

Esta segunda fase de recogida de información se centra específicamente en el comportamiento problemático y tiene dos objetivos fundamentales: a) identificar y describir las condiciones que se asocian habitualmente a la(s) conducta(s) problemática(s) y b) identificar la función de esa(s) conducta(s). La información se empieza a recoger en la primera reunión del grupo de apoyo conductual, al inicio de la Fase de Evaluación y, posteriormente, durante unos 15 días, mediante la Observación Directa. En la reunión se puede completar el Cuestionario de Evaluación Funcional (CEF), basado en el modelo de entrevista FAI (Functional Assessment Interview Form), elaborado por O'Neill et al. (1997).

1. Aplicación del cuestionario de evaluación funcional

El Cuestionario de Evaluación Funcional (CEF) está compuesto por 11 apartados. En el apéndice 3 hay un cuestionario completo en blanco que puede ser consultado durante la explicación que se expone a continuación. Por medio del CEF vamos a recoger la información referida a los siguientes aspectos:

1. Una descripción de las conductas problemáticas.

Se trata de enumerar y describir cada conducta problemática. No hay que anotar solamente las conductas problemáticas más graves, sino todas las conocidas. Normalmente las personas que presentan comportamiento problemático muestran, además de conductas que pueden ser muy graves, peligrosas o dañinas para la persona o para los demás, otras conductas menos graves o que preocupan menos, pero que pueden interferir en la vida cotidiana de la persona. En esta sección también es necesario anotar dichas conductas. Por ejemplo, el usuario puede agredir, romper objetos, gritar muy fuerte, pararse durante los paseos, rechazar comer el segundo plato y comerse la pasta de dientes, todo ello con el propósito de obtener atención de un cuidador determinado. Todas esas conductas, tanto las muy graves como las menos graves, deben ser abordadas en el plan de apoyo conductual.

Para cada conducta debe recogerse la siguiente información: a) un nombre de la conducta; b) una descripción de su topografía, de las acciones que componen la conducta; c) una estimación de la frecuencia de la conducta por día (si es muy frecuente) por semana, o por mes; d) el tiempo que suele durar la conducta; y e) una estimación de su gravedad. Se trata, con todos estos datos, de presentar un resumen descriptivo y operativo de cada conducta problemática. En el apéndice 4 se incluye la Escala subjetiva de Problemas de Conducta, adaptada de Evans y Meyer (1985) que puede ayudar en este proceso.

Después, en este mismo apartado del cuestionario, se anotan aquellas conductas que pueden ocurrir juntas o en una secuencia que se conoce. Por ejemplo, hemos descrito las conductas de un usuario de centro de atención a personas moderadamente afectadas que son: beber alcohol en exceso, negarse a salir con su grupo de ocio, escaparse solo del centro, negarse a ir a talleres y aislarse de sus compañeros. Ahora podemos anotar que el usuario del ejemplo rechaza con amenazas salir de paseo, luego se escapa solo del centro y va a bares a beber. Otro usuario, por ejemplo, puede lanzar un objeto, después gritar y, cuando se acerca alguien, intentar agredirle con el propósito de que le retiren de una actividad o le lleven a dar un paseo. Esta información es muy valiosa a la hora de elaborar un plan de apoyo de esos dos usuarios.

Finalmente, antes de pasar al siguiente apartado, es recomendable, aunque no imprescindible, indicar cual será la primera conducta objeto de evaluación y cuales las posteriores. Habrá que abordar todos los comportamientos problemáticos, pero también habrá que empezar por uno, o habrá uno (o un conjunto de conductas que aparecen juntas) que preocupa más y se trata de indicarlo aquí para darlas prioridad en el plan de apoyo que se vaya a elaborar.

2. Identificar los posibles sucesos contextuales.

Los sucesos contextuales son factores asociados a los ambientes tanto externo como interno, de la persona que no tienen por qué tener lugar de manera inmediata a la ocurrencia de la conducta problemática. Se trata de factores ambientales sutiles que incrementan el riesgo de aparición de la conducta problemática, pero que no la causan directamente.

Estos sucesos pueden hacer que la persona esté menos tolerante o más sensible a determinado tipo de estímulos. Hay tres clases de sucesos contextuales, los sucesos físicos, los sucesos fisiológicos o fisiopatológicos y los sucesos sociales (Ver tabla 3).

Tabla 3. Tipos de sucesos contextuales

Sucesos contextuales físicos:

Condiciones relativas al medio físico que hacen que la persona esté menos tolerante en determinadas situaciones.

Ejemplos: el ruido, el calor, el frío, la masificación, unos zapatos o ropa que le molestan, la reubicación del usuario en el centro, el cambio de horarios.

Sucesos contextuales fisiológicos o fisiopatológicos:

Factores interiores dentro del sistema biológico de una persona que pueden influir en su capacidad para tolerar situaciones o actividades.

Ejemplos: tener fiebre, gripe, un catarro o dolor de oídos; determinados fármacos por sus efectos secundarios; determinadas enfermedades crónicas que causan dolor o malestar; falta de sueño o una pauta de sueño irregular; síndrome premenstrual, trastorno de ánimo de final del ciclo, etc.

Sucesos contextuales sociales

Factores relativos al medio social, principalmente interacciones sociales problemáticas, que pueden hacer que la persona esté al límite de sus posibilidades para tolerar estímulos específicos.

Ejemplos: haber tenido discusiones o peleas, haber sido reprendido, estar en la misma sala que alguien a quien no soporta, que le hayan estado "tomado el pelo", o que haya estado realizando previamente una tarea que le resultó muy difícil.

Los sucesos contextuales físicos se refieren a condiciones ambientales del medio físico como el ruido, el calor, la masificación, unos zapatos que aprietan etc. que hacen que la persona esté menos tolerante en las situaciones. Los sucesos contextuales fisiológicos o fisiopatológicos son condiciones de la propia persona como por ejemplo estar fatigado, dolor de muelas, malestar físico, o fiebre. Finalmente, los sucesos sociales son acontecimientos sociales que han ocurrido previamente y han afectado de alguna manera a la persona. Por ejemplo, una discusión o una bronca que el individuo haya recibido minutos antes, una visita de familiares que haya tenido la persona en su centro residencial, el haber estado solo y sin actividad durante un periodo largo de tiempo, etc. Queremos insistir en que ningún suceso contextual causa la conducta problemática, pero todos la favorecen. Por ejemplo, una persona puede que habitualmente responda bien a las instrucciones y correcciones que le hace su preparador laboral, pero el día que hace mucho calor, está menos tolerante a las correcciones, una mujer con retraso mental puede que acepte de buen grado las órdenes que le dan para que coloque y limpie su habitación, pero en los días previos a tener la regla responde con agresividad a ese tipo de instrucciones, etc.

Es muy importante tener en cuenta la presencia de sucesos contextuales porque, especialmente, las conductas problemáticas que no aparecen de manera sistemática y predecible suelen estar influenciadas por algún suceso de estos y el hecho de no tenerlos en cuenta limita nuestras posibilidades de control.

En esta sección del cuestionario preguntamos por los sucesos contextuales que se ha comprobado pueden influir en la conducta problemática.

3. *Cuándo es más probable que la persona presente la conducta problemática.*

El equipo de apoyo tiene que tratar de descubrir los momentos concretos, las actividades específicas y las rutinas habituales que con más probabilidad se asocian a la ocurrencia del comportamiento problemático. Puesto que las conductas problemáticas están asociadas a aspectos concretos de las situaciones en que tienen lugar, es importante saber cuándo y dónde ocurren, con qué personas presentes y en qué situaciones concretas. Si disponemos de estos datos será más fácil predecir la conducta de la persona. La información a recoger es la siguiente:

- a) *Hora del día:* La conducta problemática ocurre o no ocurre de manera consistente a unas horas determinadas. Con esta información podremos analizar circunstancias que concurren con la conducta problemática en momentos concretos del día.
- b) *Contexto físico:* ¿Existe algún contexto físico en el que es muy probable o poco probable la conducta problemática?. Por ejemplo un lugar concreto del centro, un puesto de trabajo particular, un baño concreto, etc. ¿Qué características de esos contextos pueden estar influyendo en la conducta problemática?
- c) *Con qué personas:* ¿La conducta ocurre o no de manera sistemática en presencia de determinadas personas?. Pueden ser familiares, compañeros, o profesionales determinados los que, a una determinada hora y en un lugar concreto, están asociados a la presencia o la ausencia de la conducta problemática.
- d) *En qué actividades:* Se trata de saber si hay actividades específicas asociadas a la conducta problemática. También podremos conocer cuales son las actividades que más gustan y las que menos gustan a la persona.
- e) *Ante qué tipo de órdenes:* Pueden existir instrucciones u órdenes que cuando se le dan al usuario, éste muestre inmediatamente después la conducta problemática y también puede haber órdenes que cumple siempre sin ningún problema e, incluso, que detienen la conducta problemática.

Toda esta información nos ayudará a saber si puede ocurrir la conducta problemática siempre que estén presentes un tipo de estímulos, una actividad o una persona concretas, con independencia de la hora o el lugar. También puede ayudarnos a saber si la conducta problemática está asociada a una combinación más compleja de todas las circunstancias citadas (hora, lugar, actividad, personas, etc.). Por ejemplo, la conducta problemática puede ocurrir (o no ocurrir) a ciertas horas del día, cuando está presente determinada persona, realizando una actividad concreta, en un lugar determinado.

Además de la información anterior, también es importante indicar si hay alguna situación particular (especial), que parece poner en marcha inmediatamente la conducta problemática, como por ejemplo una orden específica ("vete a dormir" o "apaga la tele"), determinados ruidos (una máquina, una cisterna, etc.), luces, ropa que se le manda poner, que alguien llegue o se marche de la sala, etc.

Hay también estímulos antecedentes típicos, habitualmente asociados a la conducta problemática, como ordenar una tarea difícil, interrumpir al usuario en una actividad, cambiarle sus costumbres, negarle algo y no prestarle atención durante un tiempo prolongado. Habrá que indicar si alguna de estas circunstancias típicas está asociada a alguna conducta problemática. Finalmente, en esta sección se pregunta si se sabe cómo habría que hacer para "disparar" inmediatamente la conducta problemática.

Al contestar todas las preguntas de esta sección hay que tener presente que saber cuando no va a aparecer la conducta es tan importante como saber cuando puede aparecer. Con todas las preguntas enunciadas en esta sección comprobaremos que puede haber contextos específicos para cada conducta problemática, y podemos comprender mejor esos contextos para elaborar un plan de apoyo eficaz, orientado a cambiar variables contextuales y no a la persona.

4. Identificar qué función o propósito tiene la conducta problemática.

Para conocer las funciones de la conducta hay que identificar las consecuencias o resultados que pueden estar manteniéndola. Hasta este momento en el proceso de evaluación funcional hemos estado describiendo los factores ambientales que predicen la conducta problemática (antecedentes). Ahora se trata de conocer los resultados que la conducta tiene para la persona, las funciones de la conducta.

Se ha escrito mucho sobre las funciones de la conducta problemática. Desde un punto de vista empírico se plantea que la conducta puede tener dos tipos generales de funciones: obtener algo que se desea, o evitar algo que no se desea. Técnicamente se dice que las conductas cuya función es obtener algo son casos de refuerzo positivo y las conductas cuya función es evitar son casos de refuerzo negativo. Tanto las conductas cuya función es obtener algo como las que tienen la función de evitar algo, pueden clasificarse a su vez según el tipo de cosas que logran o evitan. Así, la persona puede lograr/evitar, estímulos internos, o lograr/evitar estímulos externos. Ejemplos clásicos de conductas problemáticas cuya función es lograr o evitar estímulos internos son aquellas mediante las que la persona se proporciona a sí misma estimulación sensorial, o trata de atenuar un dolor de oídos. Ejemplos de conductas problemáticas cuya función es lograr o evitar estímulos sociales son aquellas conductas como obtener atención del cuidador, conseguir un objeto, o evitar una actividad.

Las conductas que están social y ambientalmente mediatizadas puede considerarse que en ciertas circunstancias sirven a una función comunicativa y, de hecho, los profesionales expertos plantean esas conductas como "formas primitivas de comunicación" para quienes por su discapacidad o nivel de desarrollo no utilizan formas de comunicación más complejas para obtener variedad de resultados deseables (Carr, 1996). Pero la evaluación funcional no establece que la conducta problemática sea una acción de naturaleza intencional. Con esta hipótesis, denominada hipótesis comunicativa de los problemas de comportamiento, no se dice que la persona utilice sus conductas problemáticas sistemática e intencionalmente como forma de comunicación, ya que no hay evidencia de que nadie se diga por ejemplo "No me gusta la tarea. Por lo tanto, voy a mordirme la mano y tirar del pelo al educador para que me deje en paz". La hipótesis de la comunicación es una especie de metáfora por medio de la cual decimos que la conducta problemática, a menudo, funciona como si fuera una forma de comunicación. Lo cual nos resulta útil para abordar de forma constructiva el comportamiento problemático.

En las Figuras 1 y 2 se enumeran las funciones a las que suelen servir las conductas problemáticas clasificadas de acuerdo a los dos tipos de criterios aquí expuestos (lograr/evitar algo y medios no sociales/sociales).

Figura 1. Funciones de adquisición de la conducta problemática*

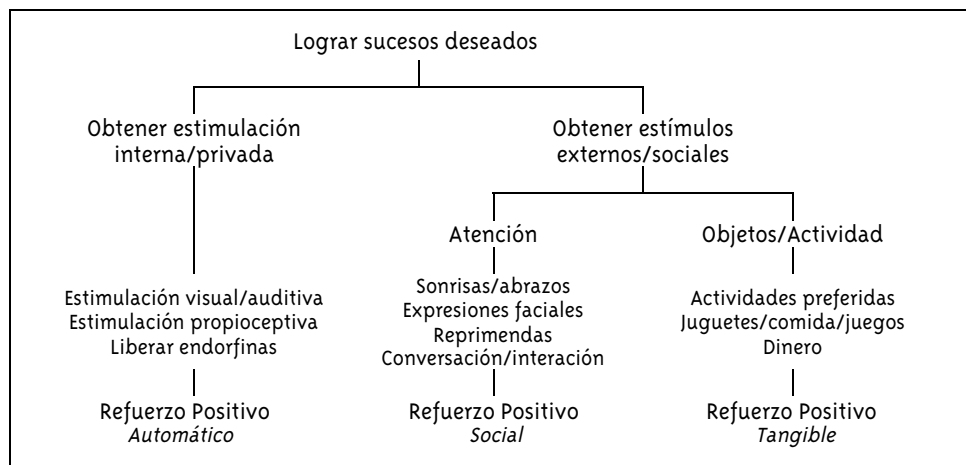
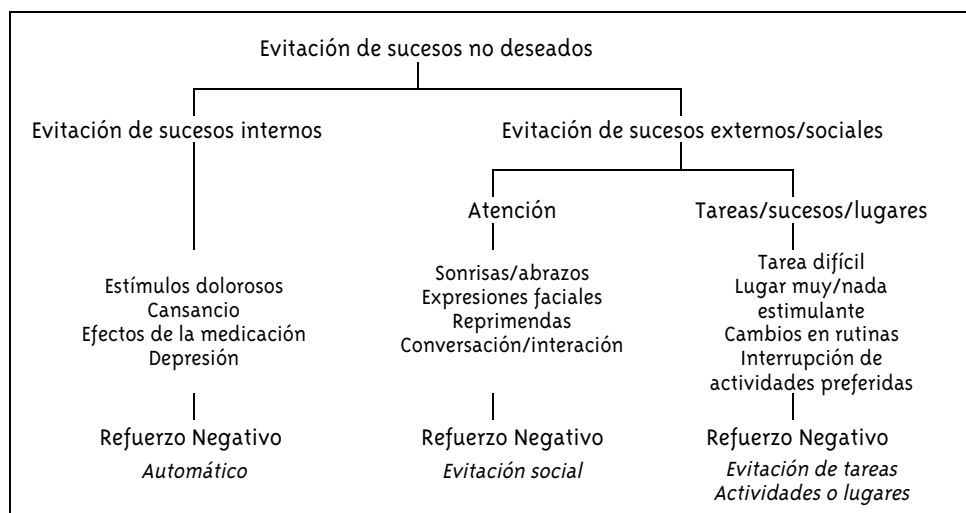


Figura 2. Funciones de evitación de la conducta problemática*



* Adaptado de O'Neill et al. (1997)

Las Figuras 1 y 2 nos proporcionan un esquema conceptual para identificar las consecuencias de la conducta problemática. Si se quiere seguir el esquema de estas Figuras, para conocer la función de la conducta problemática que se está evaluando, una vez que se ha identificado la conducta o el grupo de conductas problemáticas, lo primero es decidir si las consecuencias que la mantienen implican obtener o evitar sucesos u otras cosas. Para el caso de obtener consultamos la Figura 1, para el de evitar la Figura 2. Después se determina si las consecuencias tienen que ver con sucesos internos (privados), o con sucesos externos (sociales). Finalmente se determinan las características clave de los resultados que obtiene o evita. Por ejemplo, tenemos una persona que suele gritar muy fuerte cuando lleva mucho tiempo en la misma sala y si un cuidador le saca al pasillo un rato deja de gritar. Esta conducta parece tener una función de evitar (estar en la sala), de carácter social, puesto que alguien le proporciona la consecuencia (el cuidador le saca al pasillo) y sería, por tanto, una conducta mantenida por un refuerzo negativo (se retira una estimulación molesta para la persona). Otro ejemplo: Una usuaria se pone a dar vueltas sobre sí misma en la sala de estar. Da vueltas hasta que se marea y se sienta en el suelo en mitad de la sala. Luego repite esta conducta durante todo el tiempo que permanece en ese lugar. Esta conducta no parece estar mediatizada socialmente, porque nadie hace nada cuando la persona realiza la conducta y lo que parece lograr es un estímulo interno (la sensación de mareo). Por tanto, puede tratarse de una conducta con la función de obtener estímulos internos.

No es difícil determinar a priori la función de las conductas que se estén evaluando. Sólo hay que tener en cuenta lo que ocurre inmediatamente después de que la persona inicia la conducta problemática, determinando si la consecuencia es social o no social y categorizándola después como un acto "destinado" a lograr o a evitar algo.

Es importante, sin embargo, tener presente dos cuestiones. La primera es que las mismas consecuencias pueden pertenecer a categorías distintas para personas distintas. Por ejemplo, para una persona la consecuencia de "sonrisas/abrazos" puede pertenecer a la categoría de "lograr" y para otra a la categoría de "evitar". La segunda cuestión es que una misma conducta puede tener varias funciones para la misma persona dependiendo del contexto. Por ejemplo, la conducta de autoagredirse puede servir a un usuario para evitar una actividad en un contexto concreto y para obtener atención en otro.

Esta sección del cuestionario CEF es la que requiere probablemente más experiencia en el uso de técnicas de modificación de conducta. Pero es uno de los más importantes si queremos desarrollar planes de apoyo que permitan a la persona desarrollar conductas alternativas a la que es problemática. En el apéndice 5 se adjunta el Cuestionario de Motivación (Durand, 1990) que puede ayudar a determinar la función de cada conducta problemática.

5. Establecer la eficiencia de las conductas problemáticas.

Muchas veces hemos observado que la persona con conductas problemáticas se comporta de manera apropiada en la misma situación en algunas ocasiones y en otras lo hace de modo inapropiado. Por poner un caso, todos hemos conocido algún usuario que a veces nos pide, por ejemplo, que le pelemos una pieza de fruta mediante un acto comunicativo simple y otras mediante una conducta problemática (como por ejemplo golpear el plato de postre contra la mesa). ¿Por qué esta "inconsistencia" en el comportamiento problemático? La razón habitual es la eficiencia de la conducta problemática. La persona del ejemplo sabe realizar ambas conductas, la apropiada y la inapropiada. Sólo que la inapropiada le es más eficiente a veces (en determinadas situaciones o con determinadas personas) y por eso es más probable en determinadas ocasiones.

Las conductas más eficientes son:

- Las que requieren menos esfuerzo.
- Las que logran resultados más consistentes.
- Las que producen resultados rápidamente.

Por ejemplo, para una persona con dificultades en la comunicación puede ser más fácil gritar o auto-agredirse que utilizar signos, pictogramas o palabras; y gritando o tirándose del pelo puede lograr atención de otros rápidamente y la mayoría de las veces. Otro ejemplo clásico, seguro que todos conocemos niños pequeños sin discapacidad que se portan peor con su madre que con su maestra (por poner un caso), porque saben "lograr sus propósitos" de la manera más eficaz en cada contexto interpersonal, utilizando la conducta problemática cuando es más eficiente.

6. Qué conductas funcionales y alternativas sabe y puede realizar la persona.

Como se ha dicho en el Capítulo 3, uno de los objetivos fundamentales del apoyo conductual positivo es potenciar (y enseñar en caso de que no existan) conductas alternativas que tengan la misma función que las conductas problemáticas, es decir, conductas que produzcan los mismos resultados que la conducta problemática. Este apartado trata de identificar las conductas que la persona tiene, o que puede utilizar, para lograr los propósitos que alcanza con la conducta problemática y que son socialmente adecuadas. Por ejemplo puede que un usuario lleve la mano del cuidador hacia el aparato de música para que le pongan una cinta de canciones, o llevar de la mano al cuidador hacia la puerta para pedir salir de paseo; otra persona puede utilizar palabras, gestos o sonidos para pedir atención de otros; etc. Toda esta información nos servirá para determinar si la persona precisa una enseñanza específica de conductas alternativas o, simplemente, el refuerzo sistemático de conductas ya presentes en su repertorio.

7. Qué estrategias comunicativas utiliza generalmente la persona para comunicarse con otros.

Sabemos que, en la mayoría de los casos, la presencia de conductas problemáticas se asocia a ausencias o déficits significativos en habilidades de comunicación, y que muchas conductas problemáticas pueden tener una función comunicativa. Por eso, cuando se analiza el repertorio de conductas alternativas apropiadas, las habilidades comunicativas es el conjunto de habilidades más importante a tener en cuenta, ya que un apoyo adecuado implica necesariamente conocer el modo en que la persona se comunica con otros sobre las cuestiones relevantes para su vida (satisfacer necesidades, compartir experiencias, protestar, etc.). En esta sección se recogen las estrategias comunicativas habituales de la persona. En primer lugar se debe indicar cuál o cuáles son los medios comunicativos que utiliza normalmente la persona (lenguaje normal, palabras sueltas, signos, etc.). Pero la persona con discapacidad, igual que cualquier otra, puede usar diferentes estrategias para propósitos distintos o combinar distintos medios para un mismo propósito. En el cuadro incluido en esta sección, basado en Schuler y Prizant (1987), se pueden indicar los distintos medios que la persona utiliza para cada una de las funciones comunicativas indicadas en la primera columna. Este cuadro, que puede ser cumplimentado cuando se realiza la evaluación de habilidades de adaptación, puede ampliarse y distribuirse entre los profesionales de atención directa, no solo para conocer los distintos medios y funciones comunicativas de que dispone la persona, sino también para ser revisado y mejorado en la reunión de evaluación funcional.

Finalmente, en esta sección se recoge información sobre las habilidades de la persona para comprender a otros.

8. Qué tipo de cosas deberían hacerse y cuáles deberían evitarse en el trabajo de apoyo a esta persona.

Con esta pregunta se recoge información sobre lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer para que la persona funcione bien durante las actividades. Cualquier profesional que tenga un mínimo de experiencia de apoyo a un usuario concreto sabe el tipo de cosas que le motivan y hacen que esté interesado en las actividades y el tipo de cosas que se deben evitar para eludir los problemas de comportamiento. Es más, en algunos casos cualquier profesional que tiene un mínimo de experiencia con la persona puede conocer antecedentes que "desencadenan" un comportamiento problemático y, a veces incluso, cómo evitarlo. Normalmente, a fuerza de enfrentarnos al comportamiento problemático, los profesionales aprendemos estrategias en las acciones de apoyo que nos ayudan a mantener un nivel óptimo de motivación de la persona. Por ejemplo, aprendemos que a determinado usuario es mejor ponerle el plato de comida el primero, si queremos que coma sin "crear problemas", o que debe levantarse el último para que no haya mucho jaleo en el baño y se duche tranquilo. También sabemos a qué usuarios les va mejor un ambiente tranquilo sin mucha gente alrededor, a qué usuario le alteran las esperas largas, quién es la persona que, estando presente, hace que el usuario trabaje mejor, etc.

9. Qué cosas le gustan o le refuerzan.

Si queremos llevar a cabo acciones de apoyo eficaces, debemos conocer los reforzadores más poderosos para la persona. Hay varios procedimientos para identificar reforzadores. El más rápido y aplicable a una reunión de profesionales consiste en que cada asistente enumere el tipo de sucesos, actividades u objetos que la persona busca espontáneamente y también cuáles se le proporcionan habitualmente. Aunque el tipo de cosas que el personal de atención directa proporciona a la persona puede ser de gran utilidad para identificar lo que le refuerza y motiva, el mejor indicador es observar el tipo de cosas que la persona busca espontáneamente. Hay algunos instrumentos estándar para conocer las preferencias de la persona. En el apéndice 6 se incluye un instrumento para evaluar preferencias sobre los objetos del entorno, adaptado de Dyer (1987). Pero, debido a que no todos los posibles objetos y actividades preferidas pueden estar disponibles en un momento dado, o no son aplicables al cuestionario del anexo, es recomendable evaluar preferencias directamente, exponiendo a la persona a actividades como ver la tele (algunos programas), escuchar música, participar en juegos o actividades de ocio, etc. y posteriormente decidir si esas actividades son de su agrado.

Con independencia de realizar las evaluaciones sobre reforzadores que se consideren apropiadas, existe un último criterio, muy importante, que se debe tener en cuenta a la hora de determinar reforzadores específicos. Este criterio proviene del propio proceso de evaluación funcional que estamos haciendo. Este criterio consiste en recordar el tipo de cosas que la persona logra o evita por medio de su conducta problemática. Como se recordará, esta información ya ha sido recogida al responder a las preguntas de la sección 4 (identificar qué función o propósito tiene la conducta problemática). Todas esas cosas son reforzadores y normalmente son los reforzadores más potentes que podemos utilizar. Así, si la persona agrade para obtener un objeto concreto, ese objeto es un refuerzo natural, si rompe material para dejar de realizar una actividad, un descanso durante esa actividad es un reforzador, si grita para obtener atención, la atención es también un reforzador, etc.

10. Qué información hay sobre la historia de comportamiento problemático de la persona, tipo de programas aplicados y los efectos que produjeron.

Una última fuente de información sobre las variables que influyen en el comportamiento problemático de la persona es la revisión de los programas o intentos previos por controlar la conducta problemática de la persona. No se trata simplemente de saber qué estrategias han fallado y cuáles no, se trata de aprender de los esfuerzos previos.

Así, por ejemplo, si la estrategia utilizada anteriormente para controlar una conducta de destrucción de objetos ha consistido en ignorar a la persona y el resultado ha sido que la conducta problemática se mantiene en los mismos niveles de frecuencia e intensidad, podemos suponer que la atención no es una variable que influye en esa conducta. Si, en otro caso, se ha utilizado el tiempo fuera para reducir un comportamiento problemático durante la ejecución de una actividad y el resultado ha sido que la conducta problemática se ha incrementado, se puede suponer que la función de la conducta problemática es evitar las demandas de la actividad, etc.

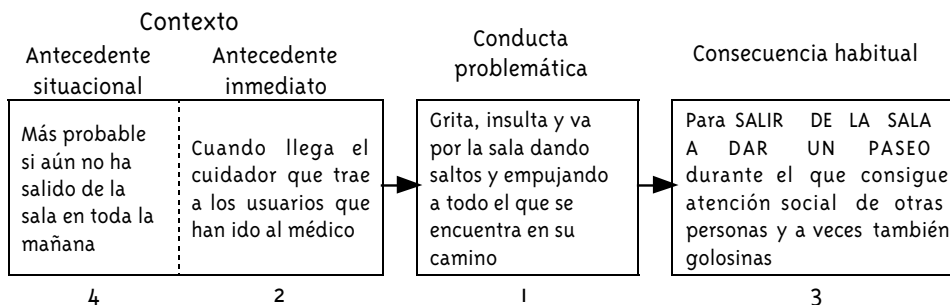
No es fácil obtener información sobre intentos previos de controlar la conducta problemática, ya que no siempre se dispone de información o documentos, o porque los intentos han sido poco sistemáticos o no se han evaluado sistemáticamente. Además, la revisión de intentos fallidos puede percibirse como una crítica al trabajo de otros compañeros que honestamente ha intentado aportar soluciones a problemas graves. Debemos evitar personalizar tanto los éxitos como los fracasos, planteando estos últimos como casos en los que el sistema de apoyos no ha encontrado soluciones eficaces o estables en el tiempo, o como información sobre lo que podemos o no podemos hacer. El fracaso nos enseña tanto o más que el éxito y nos pone sobre la pista de un modelo de trabajo en equipo, en el que, no las personas, sino los equipos, asumen la responsabilidad compartida de los resultados que se obtienen en los intentos por mejorar el comportamiento de las personas a las que se atiende.

11. Resumen de los antecedentes y consecuencias que mantienen las conductas problemáticas.

Este último apartado del cuestionario sirve para resumir la información recogida a lo largo de toda la reunión y para colocarla de modo que se pueda entender de un vistazo el comportamiento problemático de la persona. Se deben resumir las conductas problemáticas más importantes con los antecedentes y consecuencias que se consideren más habituales.

La forma de cumplimentar esta información es la que se presenta en la secuencia enumerada que describe la figura 3. Es decir debemos empezar primero anotando la conducta problemática que manifiesta la persona, después se escriben los antecedentes inmediatos a dicha conducta, para pasar a anotar las consecuencias habituales inmediatas y las posteriores o a largo plazo. Finalmente, se describen los antecedentes situacionales en el caso de que los hubiera. Veamos el ejemplo de la secuencia resumen de un usuario que manifiesta la conducta problemática de gritar y molestar cuando se encuentra en la sala de estar del Centro:

Figura 3. Resumen de antecedentes y consecuencias de una conducta problemática



2. La observación directa

El proceso para recoger información específica se basa, como ya se ha dicho, en la discusión en grupo de las personas implicadas, cumplimentando el Cuestionario de Evaluación Funcional, y en la observación directa de la conducta de la persona en los contextos habituales, tanto en aquellos donde es frecuente que aparezca la conducta problemática, como en los que el comportamiento no es problemático.

1. Criterios para la observación

La observación directa es un elemento esencial del proceso de evaluación funcional, ya que sirve tanto para aclarar como para validar la información que se ha recogido en el Cuestionario de Evaluación Funcional. En el último apartado de ese cuestionario se resumen las conductas problemáticas con sus antecedentes y consecuencias habituales. En definitiva el cuestionario concluye con las variables que predicen y las que mantienen las conductas problemáticas. La observación servirá para comprobar y aclarar, in situ, esa información, especialmente cuando no hay un acuerdo claro sobre dichas variables.

La observación es muy importante también en aquellos casos en los que, por razones diversas, no es posible iniciar el proceso con el Cuestionario de Evaluación Funcional, o cuando aparecen por primera vez conductas problemáticas y aún no se ha formado un equipo específico de apoyo conductual positivo.

El procedimiento de observación se inicia tomando como base dos criterios:

- a) los periodos de tiempo en los que el comportamiento es más problemático y en los que lo es menos;
- b) el grado de dificultad que tienen los profesionales de atención directa en el apoyo diario de las actividades de la persona.

Figura 4. Momentos de la conducta problemática

	Es más probable que ocurra	Es menos probable que ocurra
Horas del día		
Contexto físico		
Con qué personas		
En qué actividades		
Ante qué tipo de órdenes		
Otros (..)		

La información para el primer criterio se ha recogido en el apartado 3 del Cuestionario de Evaluación Funcional (ver Figura 4) y la información sobre el grado de dificultad diario puede ser recogida por el personal de atención directa mediante una hoja de registro como la que aparece en la Figura 5.

Figura 5. Grado de dificultad diario

	Hora									
	Actividad									
	Profesional									
Mucha	6									
	5									
Dificultad	4									
	3									
	2									
Ninguna	1									

Esta información sirve para acordar cuándo y en qué lugares se va a llevar a cabo la observación. Además de estas cuestiones del momento y lugar de la observación, es necesario especificar quién va a observar y durante cuánto tiempo se va a llevar a cabo la recogida de información.

Respecto a quién a de realizar los registros observacionales, la respuesta inmediata es aquellos profesionales que tengan una relación directa con la persona y que están técnicamente preparados para rellenar las fichas de observación que se utilicen. A pesar de este criterio general, el equipo de apoyo debe ser consciente de que algunas veces los profesionales que conviven con la persona con un comportamiento problemático muy grave o muy continuado pierden objetividad, ya que están demasiado implicados en el problema y su relación interpersonal con el usuario puede haberse visto afectada. Para asegurarse de que los profesionales van a actuar con objetividad, lo mejor es llevar a cabo una sesión práctica inicial, que puede durar unos 45 minutos, con quienes van a encargarse de observar. Además deben tenerse encuentros diarios entre el psicólogo y las personas que han recogido episodios problemáticos para revisar los datos recogidos, aclarar dudas y potenciar el trabajo en equipo.

En cuanto al tiempo que a de durar el periodo de observación, la regla es que deben registrarse las conductas hasta que se identifique un patrón claro de comportamiento. Es decir, hasta que se identifiquen las relaciones entre la conducta observada y las situaciones o los contextos y, así, poder confirmar o rechazar las hipótesis iniciales (recogidas en el Cuestionario de Evaluación Funcional) sobre la función de las conductas observadas. Normalmente toda esta información suele estar clara una vez recogidos 15 ó 20 episodios de la misma conducta problemática en cada contexto. La mayoría de las veces suele ser suficiente con 15 días de observación, aunque todo dependerá de la frecuencia de la conducta que se esté observando y de la consistencia y claridad de las relaciones entre contexto y conducta que se identifiquen.

Finalmente, aunque una observación de 15 días puede ser suficiente para la elaboración del plan de apoyo, es necesario tener presente que tanto la conducta como las condiciones contextuales pueden cambiar con el paso del tiempo y, por tanto, las hipótesis funcionales que se puedan establecer en la evaluación inicial no sean válidas siempre. Por eso, es necesario programar periodos regulares de observación, o plantearse mantener la observación como una actividad permanentemente abierta mientras duren las actividades del grupo de apoyo conductual.

2. Las fichas de observación

El procedimiento de recogida de los episodios de comportamiento problemático consiste en anotar en una ficha de registro los antecedentes, la(s) conducta(s) problemática(s) observada(s) y las consecuencias de cada episodio problemático. Un episodio empieza con la conducta problemática y finaliza después de tres minutos de comportamiento no problemático, e incluye todas las conductas problemáticas específicas que tienen lugar durante el incidente (así como los antecedentes y las consecuencias del mismo). Por tanto, un episodio puede ser tan breve como una agresión aislada o tan largo como una rabieta con gritos, agresiones, autoagresiones, etc.; puede durar unos segundos o puede prolongarse durante más de 10-15 minutos. Es más sencillo e informativo contar episodios que contar, por ejemplo, la frecuencia exacta de agresiones o la duración de rabiets.

El tipo de ficha para recoger estos episodios puede consistir en un modelo del tipo al que proponen O'Neill et al., (1997), a la que denominamos Ficha de Observación Sistemática, o similar al que proponen Carr et al., (1996). En la Figura 5 se expone un modelo basado en el utilizado por Carr y sus colaboradores (1996), a la que denominamos Ficha de Registro de Incidentes y que puede ser muy útil al registrar cada episodio separadamente, facilitándose así que distintos observadores en distintos momentos puedan hacer sus anotaciones; sin necesidad de disponer de una hoja común de registro que deba de acompañar siempre a la persona en todos los contextos en los que normalmente se desenvuelve.

La ficha de registro de incidentes.

En esta ficha, en primer lugar, se anota el nombre de la persona, el observador y la fecha. Después se anota el contexto general en el que tuvo lugar la conducta problemática, que se refiere a la actividad global que tiene lugar en el momento en que se realizó la observación (por ejemplo, en sesión de trabajo individual, en la entrada del centro, etc.) y la hora en que ocurrió el suceso. Todos estos datos se anotan cuando tiene lugar la conducta, no antes. A continuación se anota el contexto interpersonal específico, que se refiere a qué personas estaban cerca en el momento de la conducta y qué tipo de interacción estaban manteniendo entre sí y con la persona observada. Esta infor-

mación es muy importante, porque siempre partimos de que las interacciones sociales influyen en la presencia de la conducta problemática.

Seguidamente se describe la conducta problemática que presenta el sujeto, para poder compararla con la información previa recogida en las reuniones del grupo de trabajo y anotada en el Cuestionario de Evaluación Funcional. Finalmente, se describe cuál fue la reacción social por parte de las personas presentes hacia la conducta que presentó el sujeto observado. Se anotará específicamente si le atendieron de alguna manera, si se le dio algo, si se le quitó algo, etc. Se trata de informar sobre qué hicieron las personas presentes en relación a la conducta problemática. En la Figura 5 se presenta un ejemplo de ficha recogida en un caso hipotético.

Figura 6. Ficha de observación de la conducta problemática*

Nombre: Gregorio	Observador: Juan	Fecha: 1/6/00
Contexto general: En el comedor		Hora: 14:00
<p>CONTEXTO INTERPERSONAL: Está sentado en la mesa. A su alrededor los compañeros de siempre, cada uno en su sitio. Nadie le atiende. Se separa de la mesa y dice que no quiere comer. Nadie le hace caso.</p> <p>CONDUCTA PROBLEMÁTICA: Empieza a dar manotazos en la mesa y a patear, tirando algunos cubiertos al suelo.</p> <p>REACCIÓN SOCIAL: Se acerca el cuidador de su mesa y le pregunta por las actividades que había estado haciendo durante la mañana y le habla del paseo que dará después de comer, se calma inmediatamente. Conversan durante unos minutos.</p>		

*Adaptada de Carr et al. (1996)

En el dorso de la ficha se recoge información sobre los sucesos contextuales que se cree que pueden estar influyendo en el episodio problemático que ha sido registrado. Como se ha dicho, los sucesos contextuales son condiciones sutiles que afectan a la persona y pueden hacer que ésta esté menos tolerante o más sensible a determinado tipo de estímulos o situaciones. Como hay tres clases de sucesos contextuales, en la ficha se puede indicar cuál o cuáles pueden estar presentes, especificando no sólo su naturaleza, sino también las características concretas del mismo. La sección inferior de la ficha está reservada para anotar la hipótesis funcional, o posible propósito, de la conducta observada. Esta sección se cumplimentará una vez realizada la observación, mediante una reunión del grupo de trabajo.

Figura 7. Parte posterior de la ficha de observación

<p>INDICA SI ESTÁ PRESENTE UN SUCESO CONTEXTUAL:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Fisiológico o fisiopatológico <input type="checkbox"/> Físico</p> <p>Descripción del suceso contextual: Han estado sus padres con él y le han dicho que este fin de semana no irá a casa porque ellos han de salir de viaje.</p>
<p>HIPÓTESIS FUNCIONAL:</p> <p>Cuando: Gregorio sabe que no se va de fin de semana y no recibe atención en el comedor</p> <p>Ocurre: Da golpes en la mesa, patear y tira cubiertos al suelo</p> <p>Con el propósito de: Obtener atención del cuidador</p>

Funcional y que van a ser observadas. También se pueden anotar conductas apropiadas que pueden ser de interés para la elaboración posterior del plan de apoyo (actos comunicativos o sociales con función similar a la conducta problemática). También se puede anotar la misma conducta en dos columnas distintas si ésta se presenta de dos formas distintas o con diferente intensidad. Por ejemplo, si la persona rompe material, pero en ocasiones lo hace con poca intensidad (por ejemplo dejándolo caer o golpeándolo levemente) y en otras ocasiones lo hace con gran intensidad lanzando objetos contra cristales o contra otros objetos. Así se pueden identificar diferencias y semejanzas entre conductas parecidas. Del mismo modo, cuando varias conductas ocurren simultáneamente o seguidas, se pueden anotar como una sola conducta. Por ejemplo, si la persona grita, golpea a otros, se autoagrede y tira objetos, se pueden registrar todas juntas como un episodio agresivo o una rabietta. Sin embargo, es importante tener cuidado a la hora de agrupar conductas, ya que la gran ventaja que puede tener este sistema de observación es, precisamente, su capacidad para analizar las conductas específicas que aparecen juntas y las que aparecen aisladas. No siempre se comprueba la idea inicial de que ciertas conductas siempre aparecen juntas o combinadas con otras.

El siguiente grupo de columnas de la ficha de O'Neill sirve para registrar los sucesos o estímulos importantes que han sido considerados y anotados en el Cuestionario de Evaluación Funcional como predictores de la conducta problemática (estos datos se han anotado en los apartados 2 y 3 del cuestionario). Normalmente estos estímulos ocurren justo antes o al mismo tiempo que la conducta problemática y suelen ser estímulos como por ejemplo una orden, la presentación de una tarea difícil, la transición de un lugar a otro del centro, o de una actividad a otra, una interrupción en una actividad preferida, o no prestar atención a la persona durante un tiempo. Pero para cada caso puede haber estímulos o acontecimientos específicos que predicen la conducta problemática. En las columnas en blanco se pueden anotar la situación específica de la persona que está siendo observada (ruido, actividades concretas, el nombre de una persona, cambios de horario, situaciones de barullo, etc.) y se puede dejar una columna en blanco con la etiqueta de "otros" o "desconocido" para registrar los predictores no identificados.

El siguiente grupo de columnas de la ficha sirve para registrar las funciones de la conducta problemática. Recordemos que el proceso de evaluación funcional sirve para esto: identificar la función o funciones de la conducta problemática en relación a las consecuencias que parecen mantenerlas. En este grupo de columnas se pide al observador que atribuya una función a la conducta problemática que está observando. Se trata de que registre por qué (el observador) piensa que la persona realiza la conducta problemática, qué trata de "comunicar" con esa conducta. Como se puede ver en la ficha, este grupo de columnas está dividido en dos grupos uno para la función de obtener (atención, objetos, etc.) y otro para evitar (actividades, personas, etc.). Se trata de anotar en estas columnas los objetos, actividades, sucesos, etc. que la persona "trata" de obtener o evitar por medio de su conducta. Hay que dejar siempre una columna para anotar los casos en los que el observador no puede atribuir una función a la conducta que muestra la persona.

Este grupo de columnas reservado a atribuir funciones a las conductas puede ser difícil para algunos profesionales que no están acostumbrados a realizar evaluaciones funcionales, o que tienden a buscar explicaciones de la conducta en características de la persona. Por ejemplo, puede que el profesional piense que el usuario hace la conducta problemática "porque está enfadado", o porque "le gusta molestar a otros", o porque "tiene autismo", o "porque el tiempo está de cambio". En estos casos, el profesional que está realizando la observación necesitará apoyo por parte del psicólogo o del miembro del equipo multiprofesional encargado de la evaluación. Se trata de explicar a ese profesional que es más operativo y más respetuoso para el usuario, partir de que existe una razón funcional para explicar la conducta problemática y no pensar que la conducta es una característi-

ca personal o de personalidad del usuario, o que depende de factores que nosotros no podemos explicar o manejar.

Las dos últimas columnas de la ficha recogen información sobre la consecuencia real que sigue a la conducta problemática. Por ejemplo después de la conducta problemática la persona fue trasladada a un área de aislamiento, se le dijo que no, se le ignoró, etc. Con esta información nos podemos hacer una idea de la consistencia de las consecuencias que se le proporcionan a la persona después de mostrar la conducta que está siendo registrada. También nos sirve para identificar si se está aplicando una estrategia consistente de control de crisis y nos da pistas sobre la función de la conducta problemática. Por ejemplo, si el observador atribuye una función de evitar la tarea y, cuando aparece la conducta, sistemáticamente se lleva a la persona a un área de aislamiento puede que la consecuencia real sea un refuerzo de esa conducta.

En la parte inferior de la ficha hay dos renglones destinados a contabilizar el número de episodios problemáticos codificados durante el tiempo que ha durado la observación y el total de conductas, predictores, funciones y consecuencias reales que han tenido lugar. El procedimiento de anotación consiste en marcar (con una cruz por ejemplo) el número 1 del renglón cuando aparece el primer episodio al iniciarse el registro y utilizar ese número en las casillas correspondientes al intervalo, a las conductas, los predictores, las funciones y las consecuencias. Cuando aparece el segundo episodio se marca el número 2, luego el 3 y así sucesivamente. Al finalizar el día tendremos la suma total de episodios problemáticos con sólo mirar cual es el último número tachado y marcaremos en el renglón inferior que hasta ahí se llegó en ese día. Al día siguiente se empezaría con el primer número no marcado y así sucesivamente hasta finalizar el periodo de registro. Sumando las columnas destinadas a las conductas obtendremos cuantas conductas específicas han sido registradas durante el periodo de observación y, si se ha utilizado la misma hoja de registro durante todo el periodo. Se podrán observar consistencia y regularidades en predictores, funciones y consecuencias reales a lo largo del tiempo en los mismos contextos o intervalos de observación, lo que nos permitirá validar las hipótesis de partida anotadas en el Cuestionario de Evaluación Funcional.

Finalmente, en el dorso de la ficha hay un espacio amplio para que el observador realice anotaciones relativas a cada intervalo de observación.

Si bien en la ficha original de O'Neill este espacio estaba en la parte frontal, nuestra experiencia nos demuestra que se necesita más espacio que el proporcionado en la ficha original. Para que las anotaciones sean plenamente útiles es importante que cada anotación vaya precedida del número asignado al episodio registrado, ya que en el mismo intervalo puede haber distintos episodios en distintos días. También en este espacio se ha de anotar si durante ese intervalo algún día (o todos) no se han registrado episodios problemáticos. Tan importante es anotar los episodios problemáticos, como constatar los contextos o momentos en los que no hay conductas problemáticas. En este espacio también se usa para anotar si un determinado episodio registrado no ha sido observado directamente y se a anotado teniendo en cuenta la información proporcionada por alguien diferente de quien está encargado de la observación.

Antes de exponer un ejemplo de aplicación de este sistema de observación vamos a enumerar los pasos del registro, ver tabla 4.

Tabla 4. Pasos a seguir en el registro de observación sistemática

Antes de iniciar la observación

1. Anotar los datos de identificación del usuario y fechas de observación.
2. Anotar los intervalos de observación en la primera columna de la ficha
3. Escribir las conductas a observar (columnas de conductas).
4. Escribir los sucesos contextuales y los antecedentes inmediatos que se piensa predicen la conducta problemática (columnas de antecedentes)
5. Anotar las posibles funciones de las conductas (columnas de función percibida)
6. Escribir consecuencias reales que se saben suelen seguir al episodio problemático

Durante el registro de un episodio

1. Se marca el primer número no tachado del renglón de episodios, situado en la parte inferior del registro y se pone ese mismo número en las celdas correspondientes a las columnas de conductas.
2. Se pone el mismo número en las celdas de Antecedentes, Funciones y Consecuencias reales.
3. Se tacha el número utilizado en el renglón de episodios
4. Se escriben los comentarios oportunos en el dorso de la ficha precedidos del número de la conducta rodeado con un círculo.
5. En caso de que sean varios los observadores, se escriben las iniciales del observador en el espacio para comentarios de ese intervalo.
6. Si no se registra ningún episodio en un intervalo se escriben las iniciales del observador y las anotaciones que se estimen oportunas en el espacio para comentarios del dorso de la ficha.

La interpretación de la ficha de observación sistemática.

El procedimiento de interpretación de los datos observacionales está resumido en la Tabla 5. Para explicar este procedimiento vamos a utilizar como ejemplo el caso de Marcos, un usuario que presenta diversas conductas problemáticas como agresiones, autoagresiones, romper objetos o ropa, mojar-se y vomitar (Ver Figura 9).

El primer paso en la interpretación de este tipo de fichas de registro consiste en describir las conductas. Como se puede ver las conductas más frecuentes son las agresiones y las autoagresiones, seguidas de la conducta de romper objetos o ropa. Son menos frecuentes las conductas de mojar-se la ropa y sólo aparece en una ocasión la de vomitar. Estos datos sugieren la necesidad de recoger más información observacional relativa a estas dos conductas antes de tomar cualquier decisión. En el ejemplo, Marcos, agredió a otros 16 veces, se autagredió 15, rompió objetos o ropa 11, mojó ropa 5 veces y vomitó una. También vemos que algunas conductas co-ocurren con otras. Por ejemplo, agrede y moja ropa (intervalo 1), se autoagrede y rompe objetos o ropa (intervalo 2), o agrede y se autoagrede (intervalo 8). Es útil identificar esta asociación de conductas problemáticas porque normalmente suelen estar relacionadas con los mismos predictores.

El tercer paso en la interpretación de la Ficha es determinar las funciones de las conductas problemáticas, (los resultados o reforzadores de las mismas). Esta información es fundamental para la elaboración del Plan de Apoyo. Por ejemplo, Marcos parece presentar diversas conductas problemáticas (agresión, autoagresión y romper objetos) para evitar, ya que el observador atribuyó a la mayoría de las conductas que registró una función de evitar órdenes o tareas (principalmente en situaciones de aula o de actividades de autonomía personal). Marcos también presenta conductas problemáticas con la función de obtener atención, principalmente en situaciones de tiempo libre en la sala de estar. Vemos también que distintas conductas pueden servir a la misma función y que un tipo de conductas puede tener distintas funciones.

Siguiendo con el análisis de la Ficha, vemos que la consecuencia real (estrategia habitual) registrada por el observador con más frecuencia, cuando el usuario parece tratar de evitar una actividad o un orden, consiste en reorientar a la persona, es decir, en proporcionarle otra actividad alternativa, para luego realizar la que está programada. También se ha registrado que con frecuencia la consecuencia real de muchas conductas problemáticas de Marcos es ignorar, especialmente las que parecen tener una función de obtener atención.

Toda la información recogida en la Ficha de Observación Sistemática se podría trasladar directamente a objetivos de intervención. Pero antes es necesario un último paso en el proceso de interpretación de estas fichas. Se trata de comparar los datos obtenidos mediante este registro sistemático con los resúmenes elaborados a partir del Cuestionario de Evaluación Funcional. En el cuestionario tenemos información sobre lo que creemos que habitualmente ocurre en relación a los antecedentes y a las funciones de las conductas problemáticas. Ahora, gracias a la Ficha de Observación Sistemática, tenemos datos de observación directa que deberían coincidir con los recogidos mediante el Cuestionario. Si es así, pasaríamos a elaborar el resumen de hipótesis funcionales (ver Figura 11) y, posteriormente, al Plan de Apoyo Conductual.

En el caso del ejemplo, si los datos obtenidos mediante el Registro Sistemático coincidieran con los del Cuestionario redactaríamos el resumen de hipótesis y luego propondríamos estrategias de enseñanza en un Plan de Apoyo para que Marcos pudiera utilizar conductas funcionalmente equivalentes a las agresiones, las autoagresiones y a las de romper objetos para rechazar órdenes o tareas que se le dan durante las actividades; y estrategias para que aprendiera conductas comunicativas o sociales para obtener atención del personal de apoyo durante su estancia en la sala de estar.

LA ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS

Después del periodo de observación se inicia la fase de elaboración de las hipótesis funcionales sobre el comportamiento problemático. Las hipótesis no sólo son una explicación lógica de la relación entre la conducta y sus consecuencias. Lo más importante es que constituyen la base del Plan de Apoyo Conductual, ya que el éxito del plan depende de la formulación de estas hipótesis. En otras palabras, los planes de apoyo que ignoren las condiciones que contribuyen a la aparición y mantenimiento de la conducta problemática desde la perspectiva de la persona que presenta dicho comportamiento, serán intervenciones no funcionales y sus resultados, si logran alguno, no se mantendrán en el tiempo ni se generalizarán a los distintos contextos habituales de la persona.

La literatura científica propone establecer dos tipos de hipótesis complementarias entre sí para orientar la intervención: a) hipótesis generales y b) hipótesis funcionales o específicas.

1. Establecimiento de hipótesis generales

Para elaborar planes de apoyo ajustados y funcionales necesitamos una explicación global de las condiciones, muchas veces complejas, que pueden estar influyendo en el comportamiento del individuo. Por eso es conveniente formular una hipótesis general que resuma toda la información relevante y contextual que se ha obtenido durante el proceso de evaluación.

La hipótesis general reúne todos los elementos que pueden estar influyendo en la conducta de la persona: sus habilidades, debilidades, preferencias, rutinas cotidianas y una consideración de su calidad de vida. Así, la hipótesis general proporciona, al equipo de apoyo y a los demás profesionales, una explicación contextual de por qué los sucesos identificados en los registros son problemáticos para la persona.

En la Figura 10 se expone un ejemplo de hipótesis general para el caso de Gregorio. Esta hipótesis general aporta una explicación del comportamiento de la persona, sus razones y sus relaciones con las habilidades de que dispone. Lo más importante es que esta hipótesis general, junto a las hipótesis funcionales, va a facilitar la elaboración del plan de apoyo a largo plazo, ya que orienta los

objetivos del equipo de apoyo hacia el tipo de habilidades que la persona debe aprender, va a facilitar el logro de las aspiraciones de la persona y en definitiva va a influir de manera decisiva en la mejora de su calidad de vida.

Figura 10. Ejemplo de hipótesis general

Gregorio encuentra en sus cuidadores comprensión y cariño cuando se siente triste por alguna razón. Se le ve feliz cuando algún cuidador interactúa con él, o cuando se encuentra en actividades dirigidas por el personal de apoyo. También disfruta enormemente cuando se va a pasar el fin de semana con sus padres y se entristece cuando, por alguna razón, ha de quedarse en la residencia. La vida en la residencia es agradable para Gregorio y generalmente recibe toda la atención que demanda. Solamente en algunos momentos recibe menos atención. Es cuando los cuidadores y profesionales han de atender a muchos residentes casi al mismo tiempo, como por ejemplo en el comedor, en el momento de levantarse por las mañanas, en las duchas, o a la hora de acostarse.

Gregorio tiene algunas habilidades para comunicarse verbalmente, entiende mejor que se expresa y le agrada el contacto físico y las caricias. Rara vez inicia contactos sociales con sus compañeros y en su repertorio de habilidades sociales su mayor déficit está en los inicios sociales. Sus habilidades para la vida diaria son aceptables. Sabe comer sólo, aunque hay que ayudarlo con el cuchillo para cortar, se viste solo excepto para abrocharse botones y cordones y se ducha solo excepto para lavarse y secarse la espalda.

La conducta de alborotar que suele presentar Gregorio parece servirle como señal de que quiere iniciar interacciones sociales, cuando quiere ayuda en alguna actividad y cuando se siente triste por alguna razón normalmente evidente.

2. Hipótesis funcionales

El procedimiento para elaborar este tipo de hipótesis puede variar en función del método de registro observacional que se haya utilizado. Así, si se han utilizado las Fichas de Registro de Incidentes, cada una de las fichas llevará su hipótesis. Si se han utilizado las Fichas de Observación Sistemática, las hipótesis funcionales se elaborarán en una hoja que sirva de resumen sobre los antecedentes y consecuencias de las conductas problemáticas registradas en la ficha.

Para el caso de las Fichas de Registro de Incidentes observe de nuevo la Figura 7. En la parte inferior de la ficha hay un espacio reservado para indicar cuál es el propósito de la conducta problemática observada. La mejor manera de rellenar esta sección de la ficha es que se reúnan al menos tres miembros del equipo de apoyo con todas las fichas recogidas durante el periodo de observación y, para cada ficha, se hagan la siguiente pregunta: ¿qué pretendía lograr la persona como consecuencia de su conducta?.

La respuesta a esta pregunta debe encontrarse en la reacción social que se anotó cuando la conducta fue registrada y, leyendo dicha reacción, se puede categorizar la función de la conducta según el tipo de propósito que la mantienen. Una vez conocida la reacción social se escriben en la ficha los siguientes componentes de la hipótesis:

- Cuándo ocurre: Una descripción del antecedente específico y los sucesos contextuales asociados a la conducta problemática si los hubiera.

- Qué ocurre: Una descripción de la conducta observada
- Con qué propósito: Una descripción de la posible función que tiene la conducta problemática (ver Figuras 1 y 2).

En la Figura 7 se puede ver un ejemplo de la hipótesis funcional establecida para la conducta registrada en la Figura 6. Esta hipótesis explica que es muy probable que Gregorio inicie una conducta problemática de alborotar en el comedor cuando sabe que no va irse de fin de semana y nadie le atiende en ese momento. Este tipo de episodios parecen probables en situaciones relativamente poco estructuradas como es el comedor (aunque este aspecto se determina analizando el resto de fichas recogidas) y su propósito parece ser el de obtener atención.

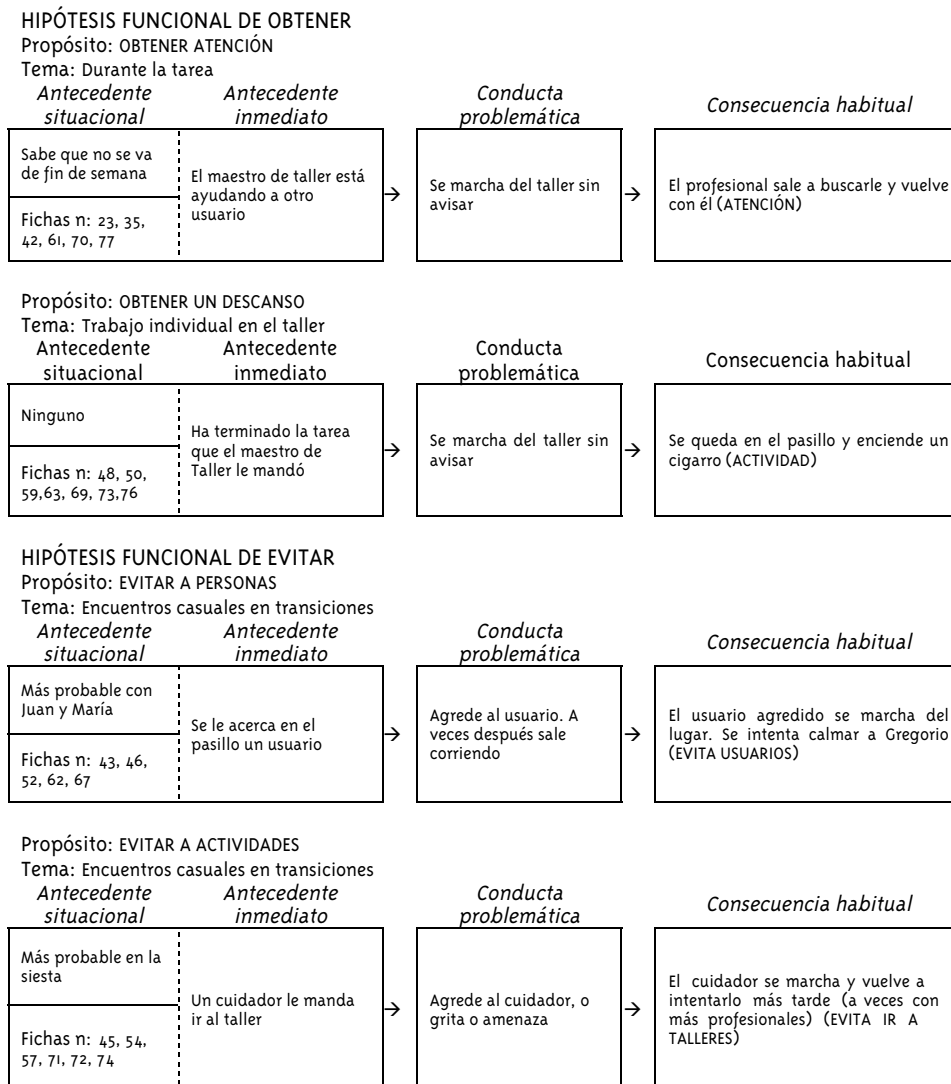
El equipo de apoyo conductual debe hacer este trabajo con todas las fichas recogidas, estableciendo la función o propósito para cada una de ellas. El plan de apoyo que se elabore posteriormente deberá tener en cuenta todas las hipótesis establecidas.

Una vez realizada la tarea de establecer las hipótesis, las fichas se agrupan por su función o propósito. Así, tendremos un grupo de fichas que pertenecen al propósito de obtener atención, otro al de evitar actividades, otro al de obtener objetos, etc. Puede haber un conjunto de fichas sobre las que no haya sido posible establecer ninguna hipótesis, bien porque el grupo no ha llegado a ningún acuerdo, o porque la ficha es confusa. Este conjunto de fichas se agrupa bajo la categoría de "otras".

Dentro de cada propósito las fichas se clasifican por temas. Los temas se refieren al contexto en el que suelen tener lugar las conductas problemáticas. Así, por ejemplo, del propósito "evitar actividades ocupacionales" podemos tener temas como "tareas difíciles", "actividades en grupo", "tareas largas", "actividades con ayuda", "tareas cuando está cansado", etc. Para establecer los temas sólo hay que prestar atención a los antecedentes de la conducta problemática registrada (contexto general, contexto interpersonal y suceso contextual si lo hubiera). Hay infinidad de temas, tantos como quiera el grupo encargado de categorizar las fichas, y hay también infinidad de agrupaciones posibles. Si diéramos un mismo lote de 100 fichas a 20 grupos de profesionales obtendríamos 20 agrupaciones distintas de fichas. Esto no es un problema, es una ventaja, ya que podemos ser tan flexibles como sea necesario para adaptarnos a las circunstancias del usuario y de los profesionales que lo atienden.

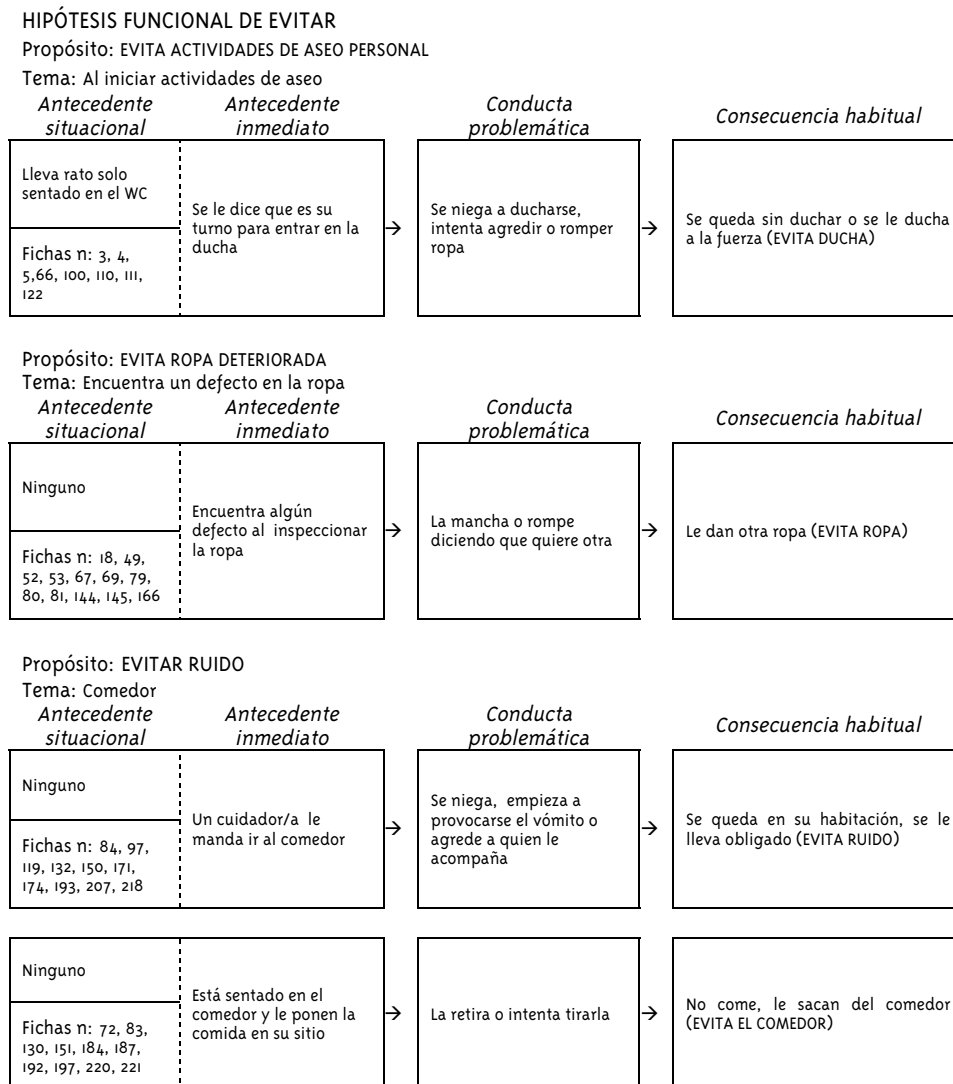
Una vez realizado este proceso de categorizar por propósitos y, dentro de cada propósito por temas, elaboramos un resumen del tipo a la que aparece en la Figura 11.

Figura 11. Resumen de hipótesis funcionales de Gregorio



Para el caso de las Fichas de Observación Sistemática, el proceso consiste en trasladar directamente al resumen las hipótesis obtenidas mediante la interpretación de los datos registrados en la ficha. El proceso de interpretación se resume en la Tabla 5 sobre normas para interpretar los datos de la Ficha de Observación Sistemática. La interpretación a la que llegue el equipo de apoyo debe ser trasladada al resumen de hipótesis funcionales. En la Figura 12 se puede ver un ejemplo del caso de Marcos.

Figura 12. Resumen de hipótesis funcionales de Marcos



En la mayoría de los casos el Cuestionario de Evaluación Funcional y la observación directa nos van a proporcionar información suficiente para elaborar las hipótesis funcionales y resúmenes en los que se reflejen con claridad los patrones de comportamiento de la persona, tanto en relación a los antecedentes de las conductas problemáticas como a las consecuencias habituales o su función. Sin embargo, hay ocasiones en las que los datos recogidos en el cuestionario no coinciden con los de la observación, o no hay suficiente información para identificar claramente los patrones de conducta que presenta la persona.

En estos casos, debemos a) volver a revisar los resúmenes sobre la función de la conducta problemática, elaborados al final del Cuestionario de Evaluación Funcional, y comprobar si esos resúmenes siguen siendo adecuados para orientar el proceso de observación, b) prolongar el periodo de observación, revisando dicho procedimiento para comprobar que los observadores tienen una idea clara de lo que deben hacer y cómo han de hacerlo, y como última estrategia c) el análisis funcional para los casos en que existan dudas sobre la función de la conducta problemática.

EL ANÁLISIS FUNCIONAL

El análisis funcional es una verificación de las hipótesis funcionales que consiste en manipular experimentalmente o bien las condiciones que preceden a la conducta, o bien las condiciones que tienen lugar después de la conducta. Normalmente esta manipulación experimental se realiza en dos ocasiones para comparar la conducta del individuo con su conducta cuando no existe manipulación de los factores que intervienen en la aparición de la conducta. Veamos un ejemplo.

Se trata de una persona que cuando llega al taller se queja de que no sabe hacer la tarea, rechaza iniciar la actividad y puede llegar a romper algo del material. Ante esa situación el maestro de taller habla con él bromeando, animándole a que empiece la actividad, diciéndole qué es lo primero que debe hacer y dándole palmaditas en la espalda. Después de unos 5 minutos de conversación inicia la tarea. En la Figura 13 se recoge la hipótesis funcional anotada en la ficha. Sobre esta hipótesis no había un acuerdo total en el equipo de apoyo. Algunos pensaban que la conducta podría tener el propósito inicial de evitar la tarea, otros de que el propósito era obtener ayuda para iniciar la actividad y otros que el propósito era simplemente obtener atención. La verificación se realizó en cuatro sesiones. Dos de ellas consistieron en prestar atención a la persona durante 5 minutos nada más entrar en el taller, antes de proponerle la actividad (evitando darle información sobre la tarea y cómo debía hacerla) y en otras dos se mantuvieron las condiciones normales (no prestarle atención directa a no ser que presentara la conducta problemática y ponerle la tarea como normalmente se hacía). En las cuatro ocasiones la tarea que se le presentó fue la misma. Estas cuatro sesiones se intercalaron entre sí, es decir, en la primera se le prestó atención, en la segunda no, en la tercera de nuevo se le prestó atención y en la cuarta no.

Figura 13. Hipótesis funcional de una persona que quería atención

INDICA SI ESTÁ PRESENTE UN SUCESO CONTEXTUAL:		
<input type="checkbox"/> Social	<input type="checkbox"/> Fisiológico o fisiopatológico	<input type="checkbox"/> Físico
Descripción del suceso contextual:		
HIPÓTESIS FUNCIONAL:		
Cuando: Empieza la actividad en el taller y el maestro le ha puesto una tarea		
Ocurre: Juan se queja de que es muy difícil , rechaza iniciar la tarea y rompe algo del material		
Con el propósito de: Obtener atención del maestro de taller		

El resultado fue que la persona no presentó conducta problemática en las dos ocasiones en que se le prestó atención inicial (la primera y la tercera) y sí presentó la conducta problemática en la segunda y cuarta ocasiones. El equipo de apoyo concluyó que efectivamente el propósito de esa conducta era obtener atención del maestro de taller con independencia del tipo de tarea que se le estaba poniendo.

La idea del análisis funcional es comprobar o identificar las asociaciones posibles entre antecedentes y conducta problemática y/o conducta problemática y consecuencias. El proceso siempre consiste en comprobar si las situaciones en las que se espera que ocurra la conducta problemática realmente tiene lugar dicha conducta y en las situaciones en las que se espera que no va ocurrir realmente no ocurre.

El análisis funcional es un trabajo de equipo, requiere gran esfuerzo y, muchas veces, el apoyo de profesionales expertos. Además, cuando el tipo de conducta problemática que se está analizando consiste en agresiones o autoagresiones, es necesario que haya algunas personas más, con la finalidad de mantener la seguridad y el control de la situación. En esas ocasiones, si no se dispone de personal suficiente, es mejor no intentarlo.

1. Procedimientos básicos de análisis funcional

El análisis funcional consiste en manipular el ambiente de la persona presentando o eliminando diferentes estímulos o situaciones y observando cómo estas manipulaciones influyen en la conducta de la persona. Hay dos manipulaciones básicas que se pueden hacer, aplicando una de ellas o ambas en combinación: a) manipular los antecedentes y b) manipular las consecuencias. Por ejemplo una manipulación de los antecedentes es introducir órdenes (para que la persona realice una tarea, para que inicie un contacto social, etc.), presentar un determinado tipo de tarea (larga o corta, fácil o difícil, etc.), introducir en el contexto a una persona determinada, iniciar un tipo concreto de interacción social con la persona en un contexto específico, dejar sola a la persona o no prestarla atención durante un tiempo determinado, etc.

La manipulación de las consecuencias consiste en organizar la situación y proporcionar consecuencias específicas de modo contingente a la aparición de una determinada conducta problemática. Por ejemplo, si se piensa que la conducta problemática de una persona tiene la función de obtener atención, en la sala de estar de su residencia se le puede decir "ponte a ver la tele mientras yo termino mi trabajo". Si el usuario presenta la conducta problemática el cuidador le dirá inmedia-

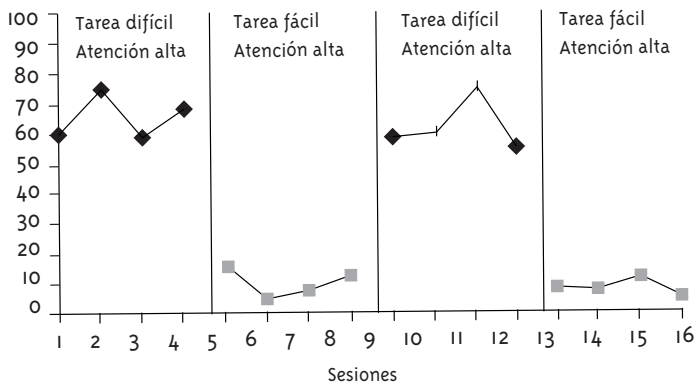
tamente: "no grites ahora tienes que ver la televisión". Si la hipótesis es correcta se espera que se incremente la frecuencia de la conducta problemática. En otro caso, por ejemplo, se pide a un usuario que realice una tarea y se le permite descansar de modo contingente a la conducta problemática. Si la conducta problemática de esta persona tiene la función de conseguir un descanso, su frecuencia se incrementará.

2. Estrategias de diseño de análisis funcionales

El análisis funcional se basa en diseños de caso único y, aunque hay muchos diseños diferentes, vamos a destacar los dos más utilizados: a) diseño de reversión (ABAB) y b) diseño multi-elementos, de elementos múltiples, o de tratamientos alternantes.

El diseño de reversión (ABAB) consiste en a) una fase inicial (A) de línea base, en la que se recoge información sin que esté presente la variable de interés; b) una segunda fase de manipulación en la que está presente la variable, o la situación de interés; y c) una repetición de las fases de línea base y de manipulación para establecer un patrón que demuestre claramente la relación entre la manipulación de la variable (presencia/ausencia) y los niveles (altos/bajos) de la conducta problemática. Por ejemplo, si este diseño se utiliza para demostrar que la conducta problemática tiene la función de evitar una tarea difícil, se pueden programar sesiones en las que sólo se presentan tareas fáciles (fase A) y sesiones sólo con tareas difíciles (fase B) y alternar estas sesiones cuatro veces, manteniendo estables otras variables que podrían influir como la atención por ejemplo. Si la persona presenta conductas problemáticas con más frecuencia cuando se presentan tareas difíciles, se habrá demostrado una relación funcional entre dificultad de la tarea y conducta problemática. (Ver Figura 14).

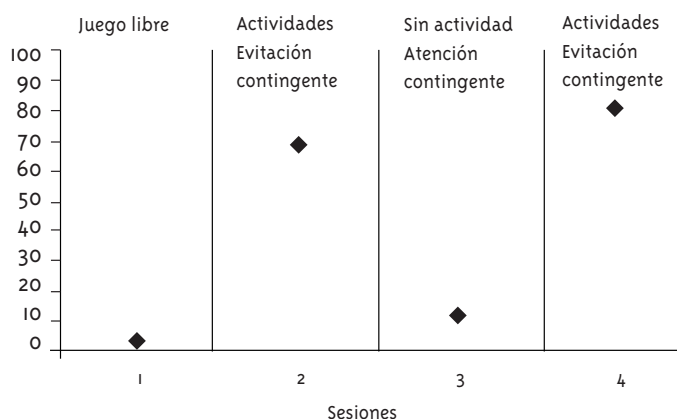
Figura 14. Análisis funcional en el que se manipula una de las condiciones antecedentes (dificultad de la tarea)



Por su parte, el diseño de elementos múltiples se basa en un modelo propuesto inicialmente por Iwata et al. (1982, 1994) para el análisis funcional de la conducta autolesiva y consiste en presentar condiciones diferentes en un periodo corto de tiempo. Normalmente las diferentes condiciones consisten en una manipulación de las consecuencias que se proporcionan de forma contingente a la

presencia de la conducta problemática. Por ejemplo, si se considera importante aclarar si una determinada conducta problemática tiene la función de evitar la tarea o de obtener atención, se pueden programar cuatro sesiones de cinco minutos cada una. En la primera sesión se programa una actividad de juego libre y actividades sociales no exigentes para la persona. Esta sesión funciona como condición de control. En la segunda sesión se programan tareas habituales que no sean muy fáciles para el usuario y se proporciona un descanso cada vez que el usuario presenta una conducta problemática. En la tercera sesión se le deja hacer lo que quiera y se le proporciona atención de forma contingente a la conducta problemática. Finalmente, en la cuarta sesión, al igual que en la segunda, se vuelven a programar tareas habituales y se proporciona un descanso cada vez que el usuario presenta una conducta problemática. Si la función de la conducta problemática es obtener atención, se registrará una frecuencia mayor de conducta problemática en la tercera sesión, si la función es evitar, la mayor frecuencia se observará en las sesiones de tarea (la 2 y la 4) (Ver Figura 15).

Figura 15. Análisis funcional en el que se manipulan las consecuencias de la conducta problemática



En estos diseños multi-elementos siempre hay que introducir una sesión intercalada entre las que contienen las variables de interés para evitar que una variable influya en la otra. Por eso, en el ejemplo se introduce en medio una sesión de tiempo libre.

Lo ideal es que, con independencia del diseño que se elija, las sesiones de verificación de hipótesis se programen dentro de las rutinas habituales de la persona, ya que esto proporcionará más validez a la verificación al asegurar que las situaciones sean relevantes para el usuario por formar parte de su vida cotidiana. A veces, además, hay conductas problemáticas que forman parte de las rutinas de la persona y pueden tener la función, más específica, de reducir la demora en el logro de un refuerzo. Por ejemplo, el usuario Gregorio presenta autoagresiones y agresiones en el pasillo del comedor cuando está esperando con otros a entrar y se le permite ponerse el primero para que entre cuanto antes. Esta conducta de Gregorio ocurre cada vez más pronto en el tiempo de espera para entrar al comedor. De hecho ocurre ya tan al principio de esperar que los profesionales no se dan cuenta de que forma parte de la rutina de entrar al comedor, de que es una conducta con la función de acortar una espera. El análisis funcional en este caso sería muy complicado, si se piensa que la conducta problemática sirve para que la persona entre al comedor, y sería muy sencillo si se pien-

sa que la conducta sirve para reducir el tiempo de espera. Bastaría sólo con acortar y alargar la rutina para comprobar que la conducta problemática incrementa o reduce su frecuencia o intensidad.

Aunque aquí hemos expuesto las ideas básicas del análisis funcional y algunos ejemplos de las estrategias más habituales, cada caso requerirá un diseño específico, que puede estar basado en los modelos aquí presentados. No obstante, para orientar las estrategias que se puedan adoptar en los distintos casos, en la Tabla 4 se presentan algunas sugerencias aportadas por O'Neill et al (1997) para evaluar diferentes hipótesis funcionales.

Tabla 4. Sugerencias para contrastar diversas hipótesis funcionales		
Función	Consecuencia	Estrategias
Evitar estímulos aversivos internos (dolor o malestar)	Refuerzo negativo automático	Con prescripción médica, se puede proporcionar alguna medicación que alivie a la persona y comprobar si se reduce la frecuencia de la conducta problemática.
Evitar atención, órdenes o actividades	Refuerzo negativo social	Programar sesiones en las que se proporciona la atención, se dan las órdenes, o se proponen las actividades que la persona rechaza (según la hipótesis funcional). Cuando la persona presente la conducta problemática se acepta un periodo breve de escape (30 segundos). La frecuencia de conducta problemática en estas sesiones se compara con la de sesiones en las que no se presentan las actividades, órdenes, etc. que la persona rechaza. Por ejemplo en sesiones de juego libre solitario.
Obtener estimulación interna	Refuerzo positivo automático	Observar a la persona cuando está sola, sin materiales, ni actividades. Si la conducta es más frecuente en esa situación que en otras, la conducta tiene esta función.
Obtener atención de otros	Refuerzo positivo social	Programar sesiones en las que se proporciona atención a la persona contingentemente a la conducta problemática y sesiones en otra situación en las que no se proporciona atención contingente. Si la frecuencia de conducta problemática es mayor en las sesiones en que se presta atención, la conducta tiene esta función. Dado que la conducta ha podido ser reforzada intermitentemente en el pasado, para que se observen diferencias es necesario programar al menos 10 sesiones de cada condición.
Obtener objetos o actividades	Refuerzo positivo tangible	Programar situaciones en las que el objeto o actividad está presente pero no directamente accesible. Si la persona intenta alcanzar el objeto o entrar en la actividad se le impide. Sólo se le proporcionará si presenta la conducta problemática. Esta situación debe repetirse varias veces. Luego se compara la conducta de la persona en esta situación con su conducta en situaciones donde el objeto o la actividad no están presentes o donde se puede acceder a ellos libremente. Si la conducta problemática tiene esta función será más frecuente cuando la persona no puede acceder libremente al objeto o la actividad.

Como ya se ha dicho, y el lector puede constatar, estas recomendaciones y orientaciones para el diseño de sesiones de verificación requieren un trabajo en equipo para ser llevadas a cabo. No hay posibilidad de llevar a cabo un trabajo de análisis funcional serio y responsable si no hay un equipo dispuesto a llevarlo a cabo. Además el análisis funcional sólo se podrá llevar a cabo si:

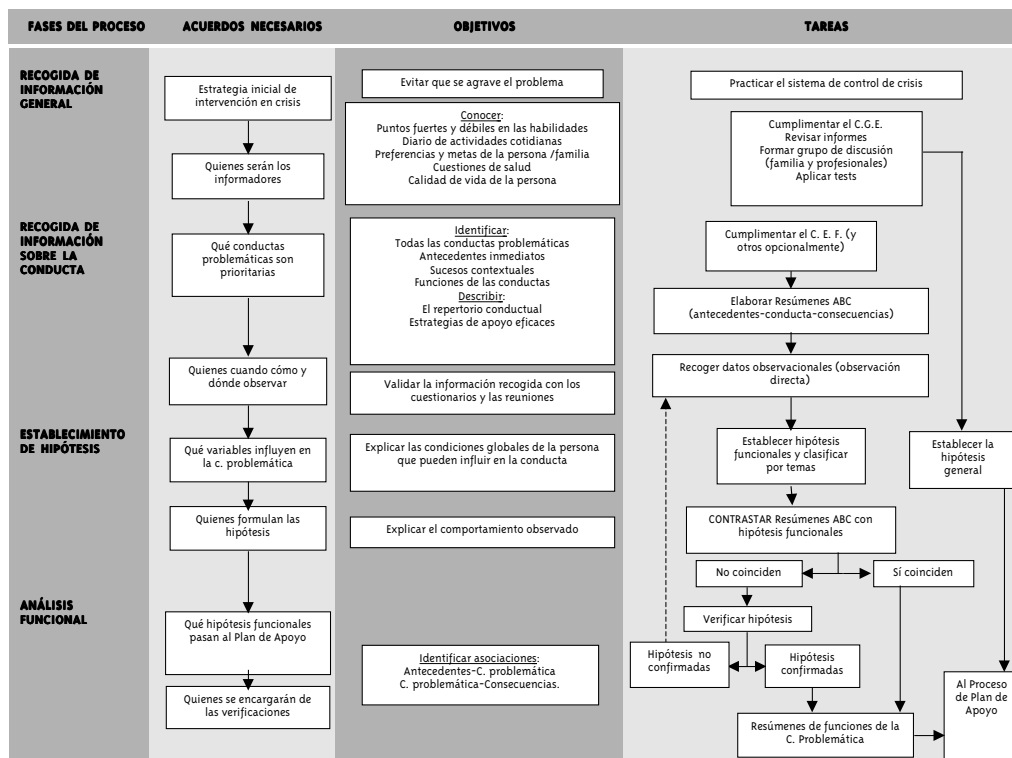
- a) *Se han identificado las variables a analizar.* Antes de iniciar un análisis funcional tiene que haberse llegado a formular hipótesis funcionales mediante el proceso descrito en este capítulo o en manuales de modificación de conducta.
- b) *Está claro que la verificación aportará información relevante para el plan de apoyo.* No tiene sentido hacer una análisis funcional si no sirve para confirmar o rechazar las hipótesis planteadas y si la información obtenida no se puede trasladar directamente a objetivos de intervención.
- c) *Se ha valorado el riesgo de provocar la conducta problemática.* Cuando la conducta problemática suponga un riesgo para la persona o para otros se debe determinar si el riesgo se justifica por los resultados que se van a obtener. Si se esperan resultados que no justifican el riesgo potencial, no debe llevarse a cabo la verificación.
- d) *Se controlan las variables relevantes.* El análisis funcional sólo se puede llevar a cabo si el equipo puede proporcionar o retirar rápidamente las variables que se supone controlan la conducta. Por ejemplo, tareas, atención, etc. Si se supone que la conducta está relacionada con variables internas, como dolor, etc. solo el médico puede valorar si es pertinente introducir una medicación, ya que no siempre es posible que sus efectos se puedan eliminar de inmediato. Además, se puede precisar la observación cuando se cree que está presente la variable que causa la conducta problemática, por ejemplo observar con más precisión cuando la persona tiene la regla, o cuando se piensa que le duelen las muelas, etc.
- e) *Se tiene el permiso de la persona o sus representantes legales.* Aunque puede parecer que esto no siempre es necesario, cuando la conducta problemática consiste en agresiones o autoagresiones es especialmente importante. En cualquier caso, el equipo multiprofesional y la dirección del centro deben tener conocimiento y aprobar la realización de este tipo de pruebas.
- f) *Se dispone de estrategias para mantener la seguridad y proteger a todos los implicados.* Si la manipulación de una variable puede tener efectos dañinos en la persona o en otros hay que tener previsto el modo de impedir dichos efectos. Para ello:
 - Debe haber suficiente personal para asegurar la protección de todos los presentes, para bloquear los intentos de agresión o autoagresión o para impedir que la persona salga corriendo y se vea sometida a riesgos inesperados (chocar contra una puerta, caerse por una escalera, etc.). El psicólogo, como profesional con más experiencia en análisis funcional debe estar presente siempre.
 - Deben estar claros los criterios para terminar la sesión de verificación. Entre los criterios a establecer debe estar el de qué frecuencia o qué intensidad de conducta problemática es tolerable sin que suponga un riesgo grave; y todos los participantes deben conocer ese límite. También hay que establecer el procedimiento para que la persona recupere la calma y cese en su conducta.
 - Si es posible deben utilizarse antecedentes de la conducta problemática como indicadores de su presencia. Por ejemplo, muchas veces la persona que agrede, antes de hacerlo empieza a saltar, da golpes en una mesa, o presenta otros signos de agitación. Es preferible utilizar este tipo de conductas como criterio para finalizar la sesión y no esperar a que la persona agrede a alguien.

- g) Se han diseñado y preparado sistemas específicos de recogida de datos. Estos sistemas incluyen desde grabación en video, cuando sea posible y esté autorizado, hasta hojas de registro con observadores entrenados que saben qué conductas y estímulos registrar.

RESUMEN

El capítulo presenta el proceso a seguir para desarrollar una evaluación funcional, detallando las fases, acuerdos, objetivos y tareas a realizar en cada momento. A su vez, se describen detalladamente los instrumentos que pueden utilizarse para recoger la información necesaria. Con el fin de obtener una visión global de este capítulo creemos oportuno presentar el resumen del mismo a través de la siguiente figura.

Figura 16. Estrategias de evaluación funcional



El plan de apoyo conductual

INTRODUCCIÓN

El propósito de la evaluación funcional es facilitar el desarrollo de un plan de apoyo conductual que sea efectivo y eficiente. Por eso las estrategias de intervención que se incluyen en el plan de apoyo conductual positivo deben estar directamente relacionadas con las hipótesis identificadas durante la evaluación funcional (Horner, Albin et al., 2000). Es decir, un plan de apoyo conductual junto con la evaluación funcional debe ayudar al equipo de apoyo a a) comprender las conductas problemáticas, b) modificar el contexto, y c) organizarse para que el plan de apoyo conductual positivo sea efectivo. (Horner, Sugai, Todd, Lewis-Palmer, 2000)

Los planes de apoyo conductual consisten en la elaboración y aplicación simultánea o sucesiva de diferentes estrategias de apoyo. Es muy poco probable que una estrategia simple resuelva un problema de conducta, porque los problemas de conducta suelen ser complejos y, por tanto, requieren soluciones generalmente complejas en su aplicación. Es difícil que una intervención demasiado simple pueda afrontar metas amplias y que tengan efectos a largo plazo. Además, como la conducta problemática cambia en función de las situaciones y contextos, es realmente improbable que una sola estrategia valga para todo tipo de situaciones. Estas estrategias se recogen en un documento que proporciona información de cómo el equipo de apoyo del usuario modificará el ambiente, la forma de interactuar con la persona y cómo le enseñará nuevas habilidades y conductas alternativas a la conducta problemática.

El plan de apoyo conductual positivo proporciona al equipo de apoyo la oportunidad de incrementar la consistencia de sus esfuerzos y establecer responsabilidades profesionales (Horner, Sugai, Todd, Lewis-Palmer, 2000).

Los planes de apoyo eficaces por tanto a) están basados en hipótesis funcionales sobre la conducta en los distintos contextos y en hipótesis globales sobre la persona; b) están centrados en la persona (respetan sus preferencias, necesidades y aspiraciones, y potencian las habilidades) y c) están elaborados teniendo en cuenta las circunstancias vitales específicas del individuo (sus rutinas habi-

tuales, el contexto donde vive, los lugares de la comunidad que visita, etc.). No hay un plan de apoyo que sirva para cualquier persona, aunque hay distintas estrategias que se pueden aplicar para elaborar cualquier plan de apoyo.

A continuación vamos a describir las características que tiene un plan de apoyo conductual positivo, cómo reflejarlo y llevarlo a cabo.

CARACTERÍSTICAS DE UN PLAN DE APOYO CONDUCTUAL POSITIVO

A la hora de diseñar un plan de apoyo debemos tener en cuenta los siguientes puntos: a) debe indicar qué y cómo cambiará el equipo de apoyo y el contexto, y no sólo que conductas deben cambiar en el usuario, b) se basa en los resultados obtenidos por la evaluación funcional, c) está dirigido a hacer que la conducta problemática sea ineficaz e ineficiente y d) debe tener en cuenta los valores, recursos y habilidades del equipo de apoyo que va a desarrollar el plan. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Características de un plan de apoyo conductual

- Tiene en cuenta y define todas las conductas problemáticas que manifiesta la persona
- Se basa en los resultados obtenidos por la evaluación funcional
- Las estrategias están enfocadas a hacer que la conducta problemática sea irrelevante, ineficaz e inefectiva
- Debe ajustarse al contexto donde va a desarrollarse

Una vez realizada la evaluación funcional debemos realizar un resumen de los datos obtenidos. Este resumen nos proporcionará las bases para el diseño del plan, es decir, todos los procedimientos que allí se definan deben estar basados en los resultados de la evaluación.

Por lo general, se suele actuar frente a una conducta problemática cuando, en realidad, la persona manifiesta varias. A menudo conductas que son de menor intensidad o no "molestan" demasiado (como por ejemplo lloriquear o negarse a participar en actividades), son solapadas por otras conductas de mayor intensidad como pueden ser agresiones o autoagresiones (Horner, Diemer, y Brazeau, 1992; Turnbull y Reuf, 1996). Mediante la evaluación funcional sabemos si las conductas problemáticas que presenta la persona tienen funciones diferentes, si son independientes (es decir, suceden bajo condiciones específicas) o pertenecen a una cadena de conductas que van aumentando en intensi-

dad, en cuyo caso podemos prevenir la de mayor intensidad actuando cuando se presenten las conductas de menor intensidad (Horner, Albin et al., 2000). Para llevar a cabo un plan de apoyo efectivo debemos considerar y definir todas las conductas problemáticas que manifiesta la persona.

Sin embargo aunque un plan de apoyo se elabora para modificar los patrones de conducta problemática, el proceso implica cambios en el ambiente que rodea a la persona (personal de apoyo, contexto...). Un plan de apoyo debe especificar los cambios que tendrán lugar en nuestra conducta, en el contexto, en la medicación (si fuera necesario), en las rutinas diarias, cambios en la forma de enseñar y en los refuerzos y castigos utilizados (O'Neill et al., 1997).

La evaluación funcional además de ayudarnos a comprender la función que mantiene una conducta problemática nos permite saber los contextos donde habitualmente suele o no aparecer. Un plan de apoyo va dirigido a más de un contexto, situación o momento puntual. Debe desarrollarse en todos los contextos relevantes y a lo largo de todo el día. Por ello, una única estrategia no puede aplicarse a todo, es necesario una intervención basada en múltiples estrategias. En un determinado contexto puede utilizarse la estrategia de modificar las tareas a realizar, mientras que otros es necesario enseñar habilidades sociales, de afrontamiento, de resolución de problemas, etc. Como ya dijimos en el capítulo anterior, a través de la evaluación funcional sabemos los contextos específicos donde tiene lugar dicha conducta, al igual que aquellos contextos donde la persona se desenvuelve con éxito. De este modo características de determinados lugares o momentos donde es menos probable que se manifieste la conducta problemática nos ayudará a elaborar estrategias para evitar o prevenir la conducta problemática o animar a que tenga lugar la conducta alternativa.

El plan de apoyo más que indicar las conductas que no debería hacer la persona, debe hacer hincapié en las conductas que debe realizar en su lugar. Estas conductas alternativas deben competir con éxito con la conducta problemática. Para lograr que dicha conducta alternativa sea competente debe cumplir la misma función que la conducta problemática (principio de equivalencia funcional), ser de fácil comprensión para las personas con las que convive y hacer que la conducta problemática se vuelva ineficiente e ineficaz.

La eficiencia se refiere a la combinación de a) el esfuerzo físico que se necesita para realizar la conducta, b) el número de veces que debe llevarse a cabo para conseguir un refuerzo y c) el tiempo de demora que transcurre desde que se realizó por primera vez la conducta hasta que se consiguió el refuerzo. Mientras que la eficacia se refiere al éxito en la consecución del refuerzo. Por ejemplo, una persona puede romper los objetos que están encima de su mesa para evitar la tarea, esta conducta es eficaz pero puede no ser eficiente ya que conlleva un cierto esfuerzo, y el acceso al refuerzo puede tardar un tiempo. Qué estrategias podemos realizar para que una conducta alternativa sea competente lo veremos en el siguiente capítulo.

Los procedimientos del plan de apoyo conductual no sólo deben ser apropiados también deben tener en cuenta los valores, recursos y habilidades del personal de apoyo que va a ejecutarlos. El objetivo no es elaborar el "plan perfecto" sino el mejor plan posible que pueda llevarse a cabo. Podemos diseñar un plan brillante y este tener un mínimo impacto entre el equipo de apoyo y no repercutir en la persona que manifiesta conductas problemáticas, porque el plan carece de ajuste contextual.

Además debemos tener en cuenta a la hora de elaborar el plan de apoyo conductual que este debe centrarse en la persona y su complejidad varía de acuerdo a la complejidad de las conductas problemáticas que la persona manifiesta (Horner, O'Nelly et al., 1997). Sin embargo, el proceso para elaborar un plan de apoyo conductual positivo es el mismo en todos los casos.

EL DOCUMENTO DEL PLAN DE APOYO CONDUCTUAL POSITIVO

Una vez que el equipo ha diseñado el plan de apoyo que se va a llevar a cabo, este se redacta en un documento. El objetivo de escribir el plan es dejar constancia de un proceso, que el equipo pueda saber en cualquier momento qué es lo que acordaron hacer, expresar un compromiso con las decisiones tomadas, a su vez los esfuerzos que se han planificado dan mayor resultado, y se asegura una responsabilidad profesional.

En el documento debe constar los datos personales del usuario (el nombre y apellidos, la fecha de nacimiento, un número o medio de contacto para obtener información), los miembros que forman el equipo de apoyo y el día que se elabora el plan. Además es conveniente indicar por qué fue necesario y los resultados que se esperan obtener a través del plan en el amplio contexto de la vida de la persona (Horner, Albin et al., 2000). Toda esta información puede ser un importante recurso para la familia u otros profesionales si la persona con discapacidad cambia de centro residencial o su equipo de apoyo varía.

El documento debe contener, además de los datos anteriores, un resumen de los antecedentes personales si se cree que pueden tener relevancia (factores sociales, condiciones de salud, medicación, etc.), una síntesis de los resultados obtenidos por la evaluación funcional indicando la definición operativa de las conductas problemáticas, la hipótesis general establecida y la secuencia de las hipótesis específicas nos permitirán desarrollar el diagrama de las conductas alternativas y deseadas. Una vez que conocemos que conductas alternativas queremos que la persona presente, debemos establecer que estrategias de modificación o enseñanza hay que realizar para que la persona manifieste la conducta alternativa en lugar de la problemática. Se irán diseñando, y reflejando en el documento, las diferentes estrategias para cada momento de la secuencia de la conducta, es decir, estrategias para los sucesos contextuales (si los hubiera), antecedentes inmediatos, conducta o habilidades a enseñar y consecuencias.

Debemos tener en cuenta otro tipo de estrategias a realizar en caso de que tenga lugar la conducta problemática, nos referimos al control en crisis. Este tipo de intervención puntual, es más frecuente al comienzo del desarrollo del plan de apoyo conductual y se hará menos necesario a medida que la persona realiza las conductas alternativas. Sin embargo es conveniente que todo el equipo de apoyo conozca y actúe de la misma forma ante una conducta problemática, sobre todo si es grave.

Hacer un resumen de las estrategias de intervención ayuda al equipo de apoyo a tener una visión general del plan de apoyo conductual positivo. Este resumen además sirve para asegurar que el equipo está de acuerdo con los objetivos principales del plan y para ver que recursos van a ser necesarios a la hora de llevar a cabo las estrategias (Horner, Albin et al., 2000).

Uno de los principales elementos del plan de apoyo conductual ha sido identificar y ponerse de acuerdo en las estrategias, el equipo necesitará decidir cómo evaluar el éxito de dicho plan. Un plan de apoyo conductual positivo dará como resultado un decremento de la conducta problemática, un aumento de las conductas alternativas, evidencia de éxito en actividades donde antes fracasaba, y en una mejora positiva y significativa en su estilo de vida (Bambara y Knoster, 1995). Por ello, el documento del plan de apoyo debe incluir cómo se van a evaluar los cambios producidos en la conducta de la persona con discapacidad, y cómo vamos a obtener información sobre el éxito del plan y la satisfacción de la familia, profesionales que trabajan con la persona y la propia persona (Crone y Horner, 2000).

En realidad un plan de apoyo conductual no tiene un modelo establecido. Los planes de apoyo están centrados en la persona y orientados al proceso, tiene en cuenta la complejidad de cada contexto y la individualidad de cada persona. La flexibilidad del plan es una de sus características fundamentales.

EL DESARROLLO DE UN PLAN DE APOYO CONDUCTUAL

Un buen plan de apoyo puede terminar en una estantería o perdido antes de llegar a ser puesto en marcha. La clave para tener éxito su desarrollo consiste en elaborar un programa sistemático para establecer los procedimientos y los pasos necesarios para cada elemento que compone el plan de apoyo conductual positivo (Horner, Sugai, Todd, y Lewis-Palmer, 2000). El proceso del plan debe describir cómo se introducirán cada uno de los elementos, identificar la secuencia en la que cada estrategia se irá desarrollando, y elaborar un programa donde se refleje el papel y responsabilidad de cada uno de los miembros del equipo de apoyo que desarrollará el plan (Horner, Albin, Sprague, and Storey, 2000). El desarrollo del plan puede ser bastante simple, cuando se utilizan estrategias informales para apoyar conductas problemáticas leves o de poca intensidad. Sin embargo, algunas personas que manifiestan conductas problemáticas necesitan un apoyo más complejo, en cuyo caso la puesta en marcha del plan de apoyo conductual positivo es un momento crucial.

El documento del plan de apoyo conductual proporciona detalles sobre qué intervenciones forman parte de dicho plan. El proceso del plan describe cómo se llevarán a cabo. Elaborar el proceso del plan ayuda a que los esfuerzos que los miembros del equipo realizan tanto al principio como a lo largo del periodo que comprende el plan se vean recompensados (Horner et al., 2000). Como ya se ha dicho, un plan de apoyo conductual positivo puede ser informal o puede ser más complejo debido al número y tipo de estrategias que lo componen. Si se cuenta con una estrategia para la puesta en marcha de cada una de las intervenciones nos ayudará a definir las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo de apoyo en cada momento y a mantener la atención del equipo en los objetivos principales.

Para que un plan de apoyo conductual positivo sea efectivo debe ponerse en marcha de modo constante (Hieneman y Dunlap, 1998). Mediante el proceso del plan se identifican los recursos, formación y estrategias necesarias para que el plan tenga éxito. Por ejemplo, algún miembro del equipo que interviene en el proceso puede que no esté familiarizado con alguna estrategia y necesita el apoyo de alguien con más experiencia. En este caso, el plan estratégico para la puesta en marcha del plan de apoyo conductual indicará qué recursos son necesarios para formar a miembros del equipo de

apoyo, estableciendo un programa de formación; o el equipo de apoyo puede plantear como estrategia la necesidad de contar con más miembros al principio de la puesta en marcha del plan o contar con asesoramiento para comenzar el desarrollo. La primera estrategia puede ser complicada cuando hablamos de centros residenciales donde la ratio de personal de apoyo-usuario es algunas veces pequeña y puede ser difícil obtener fondos extras para contratar personal adicional, sin embargo se puede ajustar la plantilla durante un periodo determinado. En el segundo caso, los centros cuentan con un equipo de asesoramiento tanto intracentro (grupo de trabajo en el centro) como intercentro (grupo de trabajo regional) e incluso con asesoramiento externo. Cuando el proceso del plan de apoyo conductual positivo se pone en marcha sin valorar y contar con los recursos disponibles y necesarios, el plan no tendrá éxito y los miembros del equipo terminarán con niveles altos de frustración.

Para planificar cada paso del proceso del plan de apoyo cada uno de los miembros del equipo debe saber cual es su papel en dicho plan, el momento en que cada elemento del plan será desarrollado y el plazo que transcurrirá hasta la siguiente reunión para la revisión o seguimiento.

Al llevar a cabo un trabajo en equipo las responsabilidades se reparten consiguiendo una mayor eficacia y un peso equilibrado del trabajo (LRE for LIFE, 2000). Al plantear un plan estratégico para llevar a cabo el proceso de desarrollo del plan aumenta la comunicación y colaboración entre los miembros del equipo.

En realidad el proceso del plan de apoyo conductual positivo comienza mucho antes de que el documento del plan se redacte. Ya en la evaluación funcional es necesario llevar a cabo determinados pasos que implican establecer que papel desempeña cada uno de los miembros del equipo. Además el proceso del plan incluye la elaboración o toma de decisión acerca de que protocolos o procedimientos serán utilizados a lo largo de todo el proceso. Del mismo modo, los registros realizados a lo largo de la evaluación funcional pueden formar parte de la línea base para una posterior comparación con las intervenciones propuestas en el plan de apoyo.

RESUMEN

Una vez que la evaluación funcional se ha realizado, el proceso de elaboración del plan incluye estrategias que ayudarán al equipo a diseñar intervenciones relacionadas con las hipótesis obtenidas. Como se ha dicho en capítulos anteriores, la evaluación funcional es un proceso continuo y por tanto el plan de apoyo debe ser evaluado continuamente durante el periodo de tiempo que está en vigor. Después de debatir el diagrama de conducta alternativa y después de una sesión de tormenta de ideas, el proceso del plan dará como resultado el diseño de estrategias de intervención específicas. Una vez que se ha redactado, en el documento del plan de apoyo, un resumen de la información de la evaluación funcional y las estrategias consensuadas, el proceso continua con el análisis de los recursos o acciones necesarias para poner en marcha dichas intervenciones.

En algunos casos, será necesario identificar cada uno de los pasos que son necesarios para poner en marcha cada una de las intervenciones. Puede ser de ayuda organizarlas de acuerdo a cada una de las categorías de las hipótesis obtenidas, comenzando por intervenciones sobre los sucesos contextuales, para continuar con intervenciones sobre los antecedentes, enseñar nuevas habilidades y terminar con intervenciones sobre las consecuencias.

El último paso en el proceso de un plan de apoyo, una vez que las intervenciones has sido puestas en marcha, es establecer las estrategias para evaluar y modificar cuando sea necesario el plan de apoyo conductual positivo

Estrategias de intervención del plan de apoyo conductual

INTRODUCCIÓN

En este tema describiremos las estrategias de intervención que componen un plan de apoyo conductual positivo atendiendo a sus cuatro componentes principales: a) modificaciones de los antecedentes y los sucesos contextuales; b) enseñanza de habilidades alternativas; c) intervenciones sobre las consecuencias; y d) intervenciones sobre el estilo de vida de la persona. Estos cuatro componentes son interdependientes y ningún plan de apoyo logrará cambios estables si no se tienen en cuenta simultáneamente. Cada uno de estos componentes funcionan en consonancia unos con otros, para lograr conjuntamente que la conducta problemática sea irrelevante, ineficaz e inútil, y hacer que otras conductas sean eficaces, relevantes y útiles en los contextos donde antes tenía lugar el comportamiento inapropiado.

Normalmente el primer componente sobre el que se interviene es el último mencionado (intervenciones sobre el estilo de vida), de modo que empezaremos nuestra exposición con este aspecto de la intervención.

INTERVENCIONES SOBRE EL ESTILO DE VIDA DE LA PERSONA

Las intervenciones en este componente se refieren al trabajo que debe realizarse para mejorar la vida cotidiana de la persona. Estas intervenciones son las que primero deben ponerse en marcha, porque, aún siendo las menos sistemáticas, son las que tiene una influencia más global sobre la persona y su conducta. Consisten en introducir cambios generales en donde la persona vive, aprende o trabaja, sobre lo que hace en esos contextos, con quién lo hace y cómo se relaciona con las personas. También, mediante este componente, se interviene en la mejora de la satisfacción personal del individuo y de quienes le rodean.

Las intervenciones sobre el estilo de vida, al mejorar la calidad de vida de la persona, tienen un efecto preventivo y constituyen el trabajo necesario para crear un contexto favorable en el que cambiar la conducta problemática. Además, hay otras razones importantes que justifican este componente de la intervención. El primero es que una calidad de vida deficiente (pocas oportunidades para elegir, pocas relaciones sociales, etc.) o la insatisfacción con el estilo de vida propio es, en la mayoría de los casos, la razón global del comportamiento problemático, hasta el punto de que la intervención en los otros componentes puede resultar del todo ineficaz si no se ha intervenido en este aspecto.

En segundo lugar, las personas están más dispuestas a aprender y a esforzarse si disfrutan y se sienten a gusto con el contexto donde deben hacerlo, si encuentran sentido a sus actividades. Muchas veces, el comportamiento problemático tiene su origen en que la persona ha experimentado durante años la rigidez del servicio de atención que le ha de facilitar los apoyos, la negación al acceso a actividades que desea y el hecho de que cuanto más ha persistido su problema, más se le ha restringido en sus posibilidades de elegir.

Finalmente, la intervención sobre el estilo de vida permitirá un apoyo a largo plazo a la persona, lo que es habitualmente necesario para muchas personas con discapacidad para que mantengan sus habilidades o aprendan otras, o para aplicarlas en contextos nuevos. Además, se necesitará un apoyo continuado para construir o mantener una red de apoyo social que acepte a la persona y sea sensible a sus necesidades.

La planificación sobre el estilo de vida de la persona se debe llevar mediante reuniones del equipo de apoyo, en las que cada miembro ha de aportar ideas y soluciones que permitan mejorar las posibilidades de los otros componentes de la intervención, se ajusten a los datos recogidos en la evaluación funcional, encajen en la vida cotidiana de la persona y sean compatibles con los recursos y posibilidades del servicio de apoyo (residencial, educativos, comunitario, etc.) y los valores y aspiraciones de la persona y su familia. En la Tabla 1 se exponen los elementos fundamentales en la planificación del estilo de vida de la persona.

Tabla 1. Intervenciones sobre el estilo de vida

Elementos de la intervención	Estrategias
Generar una percepción positiva de la propia vida	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la persona a mantener relaciones sociales satisfactorias. • Proporcionar oportunidades para elegir y ejercer control sobre el entorno. • Proporcionar oportunidades para realizar actividades significativas y que la persona desea. • Facilitar la integración en actividades dentro de la comunidad.
Establecer apoyos y adaptaciones a largo plazo para mantener los cambios	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer mecanismos de apoyo emocional. • Establecer apoyos para ampliar las habilidades a nuevos contextos. • Introducir cambios para neutralizar los antecedentes de la conducta problemática.
Establecer una relación positiva	<ul style="list-style-type: none"> • Convertirnos en una señal de refuerzo positivo proporcionando objetos, actividades y situaciones agradables al individuo. • Facilitar el acercamiento y la comunicación mediante la espera estructurada. • Ayudar a la persona a mostrarse de modo agradable. • Buscar intereses comunes con la persona.

1. Generar una percepción positiva de la propia vida

El primero de estos elementos se refiere a identificar los factores del estilo de vida que se pueden mejorar de modo que el individuo perciba que su vida cambia a mejor. Para identificar esos factores el equipo de apoyo ha de revisar la hipótesis general formulada durante la evaluación funcional, analizando las discrepancias entre la vida cotidiana de la persona y la de otros individuos sin discapacidad de igual edad y las diferencias entre las actividades que realiza actualmente la persona y las preferencias que ésta expresa (o que se le atribuyen).

Para llevar a cabo esta tarea el equipo de apoyo debe identificar a) los factores del estilo de vida que parecen contribuir de manera significativa a la presencia de la conducta problemática; b) la

calidad de las relaciones sociales; c) las oportunidades de la persona para elegir y ejercer control sobre su entorno; d) sus oportunidades para llevar a cabo actividades que desea y tienen sentido para él/ella; y e) su grado de integración en actividades dentro de la comunidad. Una vez identificados estos elementos el equipo de apoyo ha de preguntarse "¿qué podemos hacer?" y así elaborar objetivos a corto y largo plazo. Los objetivos a corto plazo conllevan acciones inmediatas, que puedan ayudar a la persona y su familia a generar cambios sobre el estilo de vida en el momento actual. Los objetivos a largo plazo son cambios que se espera puedan realizarse en el plazo máximo de un año, o en el tiempo que el programa especifique su revisión.

2. Establecer apoyos y adaptaciones a largo plazo

El segundo elemento en la planificación del estilo de vida de la persona consiste en analizar qué apoyos a largo plazo o qué adaptaciones más o menos permanentes, se necesitarán para ayudar a la persona a mantener los cambios que se logren (habilidades alternativas y mejoras en la calidad de vida) y a evitar que vuelva a aparecer la conducta problemática. Las estrategias de mantenimiento a largo plazo generalmente consisten en establecer mecanismos de apoyo emocional y de enseñanza para ayudar a la persona a ampliar la aplicación de sus recién adquiridas conductas alternativas a nuevos contextos y situaciones. También consisten en estrategias destinadas a hacer que los otros respondan más y mejor a los intentos de interacción social de la persona, en introducir cambios y apoyos para neutralizar permanentemente los antecedentes situacionales de la conducta problemática, y para reducir las características estresantes de la vida cotidiana de la persona. Por ejemplo, se pueden introducir cambios para que el individuo pueda descansar con más frecuencia, o para que pueda realizar determinadas secuencias de conducta dentro de sus actividades cotidianas. Por último, dentro de las estrategias de mantenimiento a largo plazo se deben incluir todos aquellos procedimientos de enseñanza que se consideren apropiados para que la persona mantenga las conductas alternativas que ha aprendido, especialmente hay que enseñar, siempre que sea posible, procedimientos de autocontrol de la conducta, incluyendo habilidades para autoevaluar y autorreforzar la conducta propia.

3. Establecer una relación positiva

El último elemento necesario para lograr un cambio positivo en el estilo y calidad de vida de la persona, que haga posible el objetivo de que la conducta problemática sea irrelevante es establecer una relación positiva (Carr, et al. 1996). Una relación positiva se caracteriza por la cercanía y el agrado mutuo, e implica un incremento de la relación y de nuestra capacidad para ofrecer ayuda. Normalmente las personas que presentan alguna conducta problemática pueden sufrir, como consecuencia de ella, el distanciamiento, cuando no el aislamiento, de las demás personas, incluidos algunos profesionales de apoyo. Para establecer una relación positiva el primer paso es convertirnos en una señal de refuerzo positivo para la persona. Tratamos de que nos asocie a actividades, personas o cosas valoradas por el individuo. Este proceso facilita que cambien los sentimientos de esa persona hacia nosotros y su forma de vernos como alguien con quien merece la pena relacionarse. La forma de iniciar este proceso es bien sencilla. Se trata de proporcionar objetos, actividades y situaciones agradables para el individuo, sin pedir nada a cambio, sin exigirle una manera específica de pedir lo que le estamos proporcionando. La idea es interactuar y compartir cosas agradables y crear así una base donde enseñar alternativas a la conducta problemática. Si ponemos en marcha este proceso, muy pronto la persona nos atenderá más, estará más pendiente de lo que hacemos, de cómo nos desplazamos, de a quién nos dirigimos, etc. A partir de este momento hay

que asegurarse de que la propia persona iniciará interacciones hacia nosotros por sí misma. ¿Cómo? Acercándonos a la persona, mirándola y esperando a que ella inicie cualquier acto que interpretaremos como un intento por interactuar con nosotros. Esta estrategia se denomina "espera estructurada" porque previamente hemos establecido la estructura básica para la comunicación creando la expectativa en la persona de que le vamos a facilitar los objetos, actividades, etc. que desea.

La relación positiva consiste por tanto en demostrar a la persona, que estamos dispuestos a relacionarnos con ella y a hacer que se sienta mejor en aquellos lugares donde conviva, aprenda o trabaje con nosotros. Pero, para que esa relación sea estable en el tiempo y se generalice, debemos ayudar a la persona a mostrarse de modo agradable a los demás (Carr, et al. 1996). No se trata en este momento de enseñarla habilidades específicas de interacción social, aspecto que será abordado cuando hablemos del componente de enseñanza de habilidades alternativas. Se trata, en esta fase, de analizar los elementos del aspecto físico de la persona que nos hacen más difícil iniciar contactos sociales con él o ella. Por ejemplo, puede que la persona cuide muy poco su forma de vestir, que no se peine nunca, que no procure estar limpio, o que siempre tenga los mocos colgando. La apariencia personal no es algo superficial o accesorio, ya que cuando vemos a alguien cuyo aspecto nos desagrada es fácil tener expectativas más bajas sobre lo que puede hacer o aportar en un intercambio social. Además un mal aspecto físico es degradante y contraproducente, porque limita las posibilidades de acceder a experiencias sociales y porque puede llevar a la persona a la marginación social. Cada uno de los miembros del equipo de apoyo debe analizar los aspectos específicos por los que la persona con comportamiento problemático le resulta poco agradable y desarrollar estrategias concretas para eliminarlos. Por último, antes de tomar otras decisiones y acuerdos sobre otros elementos importantes para lograr un cambio positivo en el estilo de vida de la persona, cada miembro del equipo de apoyo ha de esforzarse por encontrar intereses comunes con la persona con comportamiento problemático. Así se logrará mejorar el estilo de nuestra relación con la persona, habrá más posibilidades de proporcionar experiencias enriquecedoras y será posible que la persona pueda experimentar un mayor control sobre su vida.

INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LAS HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

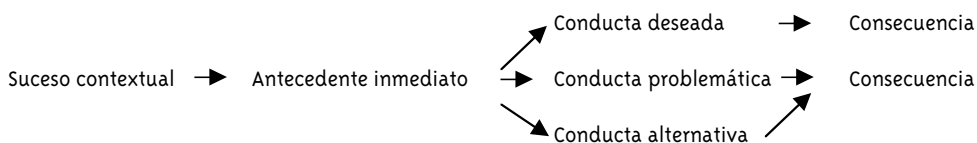
El planteamiento de este tipo de intervenciones implica la colaboración activa de las personas que van a encargarse de desarrollar el plan. En su diseño se utiliza el diagrama de resumen y secuencia de la conducta alternativa, para definir las características de un ambiente efectivo. Estas características nos facilitarán la selección de las estrategias específicas que componen el plan de apoyo conductual positivo (O'Neill et al., 1997).

Un diagrama de resumen y secuencia de la conducta alternativa se elabora a partir de la secuencia de la conducta problemática obtenida por la evaluación funcional. El siguiente paso consiste en que todos los miembros del grupo busquen una conducta alternativa que sea competitiva a la problemática o que la reemplace, para ello debe tener la misma función que tenía la conducta problemática. Esta conducta alternativa la mayoría de las veces, no coincide con la conducta deseada por nosotros, que normalmente tiene otra función diferente que la conducta problemática.

Para identificar que conductas compiten con la conducta problemática debemos hacernos dos preguntas: a) ante el antecedente inmediato que activa la conducta problemática, cuál es la conducta apropiada que te gustaría que la persona hiciera? y, b) ante el antecedente inmediato que activa la conducta problemática qué conducta socialmente apropiada, con la que tendría la misma consecuencia que la conducta problemática ("equivalente"), puede realizar la persona.

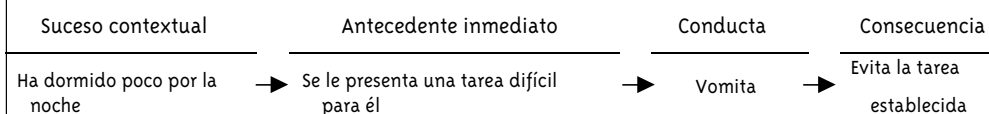
La respuesta a cada uno de las preguntas son las que nos facilitan la conducta deseada y la conducta alternativa, respectivamente, como demuestra la figura 1.

Figura 1. Diagrama de conductas



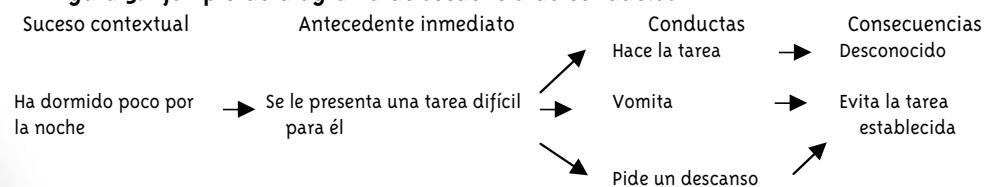
Así por ejemplo, la secuencia de conducta problemática obtenida en la evaluación funcional de Carlos se presenta en la figura 2.

Figura 2. Ejemplo de diagrama de secuencia conducta problemática



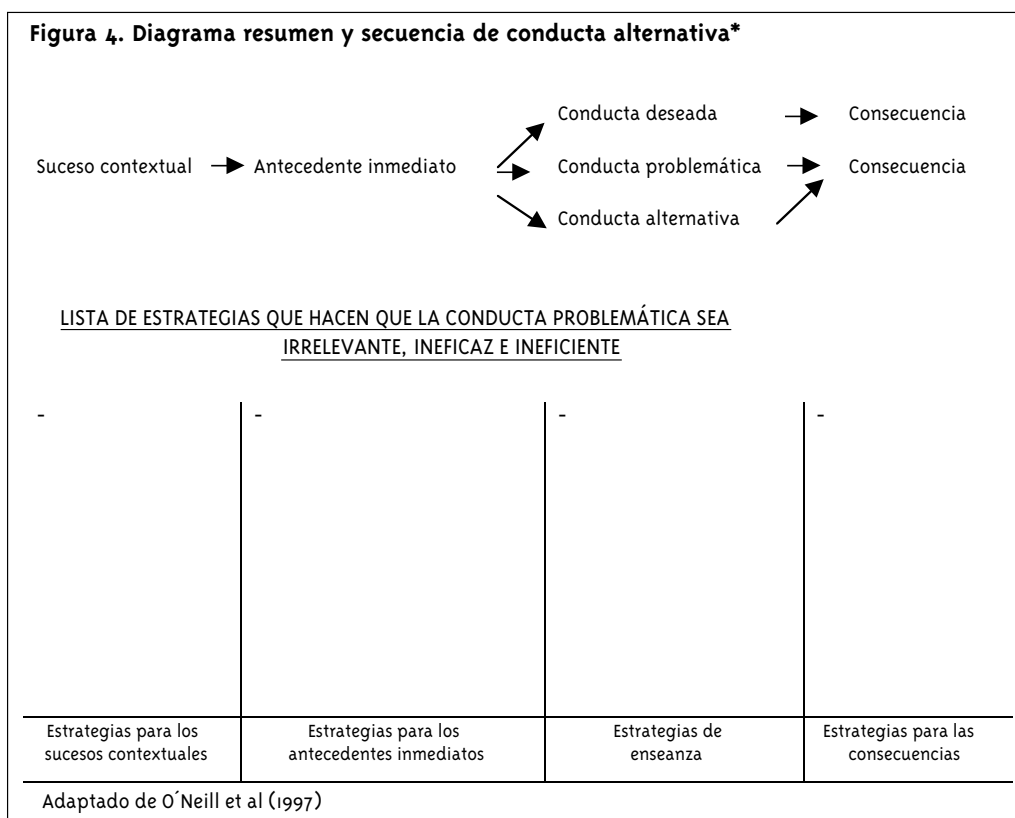
Se pregunta a su maestro de taller qué cree él que Carlos debe hacer cuando le presenta la tarea, la respuesta habitual sería hacer la tarea. Pero qué consigue Carlos haciendo la tarea. Si se lo preguntamos a su maestro taller nos dirá que o bien refuerzo verbal o que se le manden más tareas, aunque tampoco lo sabe con exactitud y podemos decir que desconocido. Sin embargo, qué consigue Carlos con su conducta problemática. Todo lo contrario de lo que nosotros deseamos, es decir evitar la tarea. Debemos preguntarnos que puede hacer para conseguir lo mismo pero mediante una conducta socialmente apropiada. Después de pensar, en el equipo de apoyo, cuál podría ser la conducta alternativa se decidió que podría pedir un descanso, de ese modo también evitaría la tarea aunque fuera por unos minutos. Las conductas deseada y alternativa se añaden al diagrama quedando de este modo representadas en la figura 3.

Figura 3. Ejemplo de diagrama de secuencia de conductas



La secuencia nos sugiere que las tareas difíciles son aversivas para Carlos y por tanto trata de evitarlas. Este efecto incluso puede incrementarse cuando ha pasado una noche en la que ha dormido poco.

Como ya hemos dicho en el capítulo anterior una única estrategia no puede aplicarse a todo, necesitamos múltiples estrategias dirigidas a reducir la probabilidad de la conducta problemática incrementando patrones de conductas alternativas. Por eso, elaboramos estrategias para cada momento de la secuencia de la conducta, es decir para los sucesos contextuales y los antecedentes inmediatos, para enseñar habilidades o conductas alternativas y para las consecuencias. Todas las estrategias que son propuestas en el equipo de apoyo se registran en el diagrama del conducta alternativa de este modo el modelo de diagrama resumen seguiría este modelo (ver figura 4)



* Adaptado de O'Neill et al (1997)

Veamos las estrategias de intervención para cada momento de la secuencia.

1. Modificación de los antecedentes y los sucesos contextuales

Este componente hace que la conducta problemática sea menos probable, y más irrelevante e innecesaria. Tiene la ventaja, además, de hacer que la intervención tenga un carácter preventivo al incidir sobre los factores que crean las condiciones favorables, o que "disparan" la conducta problemática, es decir, sobre los sucesos contextuales y los antecedentes inmediatos. Al contrario que otras estrategias de carácter general, ésta se elabora y diseña específicamente para cada persona, puesto que los antecedentes y sucesos contextuales son únicos para cada conducta y cada individuo.

El trabajo para elaborar estas modificaciones parte de la evaluación funcional, y consiste en eliminar o modificar los antecedentes para minimizar la probabilidad de la conducta problemática, reduciendo su frecuencia. Este componente facilita que la persona se vea libre de situaciones problemáticas o que le hacen sentir frustración y proporciona la oportunidad al profesional de enseñar las habilidades alternativas en un ambiente óptimo que facilite el aprendizaje sin que tengan lugar situaciones de crisis. Además, cuando se aplican modificaciones de los antecedentes y sucesos contextuales, se crean las condiciones para no tener que aplicar estrategias de intervención en crisis para detener la conducta problemática que, generalmente, tienen un efecto negativo para la persona.

En la Tabla 2 se exponen las estrategias más habituales para el control de los antecedentes. La elección de la más apropiada para cada caso, además de por la información recogida en la evaluación funcional, debe realizarse después de responder a las dos cuestiones siguientes: a) ¿Cómo se pueden cambiar los antecedentes para evitar la presencia de la conducta problemática?. Para responder a esta pregunta se trata de analizar los antecedentes identificados en cada una de las hipótesis funcionales específicas elaboradas en la evaluación funcional y decidir qué tipo de modificaciones han de realizarse en los distintos contextos (vivienda, escuela, trabajo y comunidad) para evitar la conducta problemática, b) ¿qué se puede añadir a la vida cotidiana de la persona para lograr que la conducta alternativa sea más probable y hacer que las situaciones cotidianas le resulten más agradables?. Las respuestas que se den a esta pregunta han de basarse en los datos recogidos en la hipótesis general y han de identificar actividades, sucesos e interacciones específicas que lleven a resultados positivos para la persona.

Como vemos en la Tabla 2, se puede eliminar un suceso cuando éste influye negativamente en la conducta problemática o, si no es posible, se puede modificar para que no siga creando problemas a la persona. En el caso en que sea imprescindible realizar la tarea o la actividad, se puede intercalar en ella alguna otra actividad más placentera o más fácil de realizar para la persona, haciendo que la actividad no deseada sea más tolerable y reduciéndose así la posibilidad de que aparezca la conducta problemática como medio de evitar la actividad. Además, también se pueden añadir sucesos a la vida cotidiana de la persona para favorecer la aparición de conductas adecuadas socialmente, ya que cuando las personas nos encontramos realizando actividades en las que disfrutamos, es menos probable que reaccionemos con comportamiento problemático.

Tabla 2. Modificaciones de antecedentes y sucesos contextuales: ejemplos

Estrategias	Situaciones de trabajo	Sucesos sociales	Sucesos fisiológicos
Eliminar un suceso problemático	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar tareas difíciles para el trabajo independiente - Evitar tareas repetitivas 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar grupos de trabajo muy numerosos - Evitar esperas largas 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar bebidas estimulantes
Modificar un suceso problemático	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la duración de las sesiones - Reducir el número de actividades por tarea - Modificar la estrategia de enseñanza - Modificar el ritmo de enseñanza (más lento o más rápido) 	<ul style="list-style-type: none"> - Modificar el tono de voz - Cambiar el horario - Cambiar la forma de dar las instrucciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la fibra en la dieta - Tratar la enfermedad si la hay
Intercalar sucesos agradables en sucesos desagradables	<ul style="list-style-type: none"> - Mezclar tareas fáciles con tareas difíciles - Combinar tareas que se dominan con tareas que se están aprendiendo 	<ul style="list-style-type: none"> - Programar actividades no deseadas entre actividades deseadas - Dar instrucciones fáciles de cumplir antes de instrucciones difíciles 	
Añadir sucesos que favorecen la conducta adecuada	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar alternativas de tareas, actividades y materiales - Incorporar las preferencias de la persona en el programa de aprendizaje - Utilizar estrategias de aprendizaje cooperativo para fomentar la participación - Especificar cual es claramente la ejecución correcta 	<ul style="list-style-type: none"> - Programar actividades preferidas en la rutina diaria - Implicar a la persona en la planificación de sus actividades - Proporcionar gran variedad de actividades para que la persona pueda escoger - Incrementar las oportunidades de la persona para mantener interacciones sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar oportunidades para hacer ejercicio diariamente - Fomentar una dieta saludable
Bloquear o neutralizar el impacto de los sucesos negativos	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir a la persona descansos frecuentes durante sus actividades - Reducir las demandas de la tarea cuando la persona está agitada o nerviosa 	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir tiempo para estar solo y descansar después de una experiencia negativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar descansos cuando la persona está cansada o enferma

2. Enseñar habilidades alternativas

Como se ha dicho en el Capítulo 3, el Apoyo Conductual Positivo requiere la enseñanza de habilidades por medio de las cuales la persona pueda alcanzar los propósitos que ha venido logrando, o trata de conseguir, mediante la conducta problemática. La filosofía que sustenta el Apoyo Conductual Positivo asume que lo problemático no son los propósitos que la persona tiene, sino los medios que habitualmente utiliza para lograrlos. Si la intervención lograra cambiar esos medios por otros más eficaces, más eficientes y fáciles de entender por todo el mundo, lo más probable es que la conducta problemática desaparecería de modo permanente. Esto implica plantearse que las personas con comportamiento problemático pueden no tener las habilidades necesarias para lograr sus propósitos de modo socialmente aceptable, o que teniendo esas habilidades no saben cuándo, dónde o cómo usarlas. Finalmente otra idea importante que justifica la enseñanza de habilidades alternativas es que las personas con comportamiento problemático pueden haber aprendido que la forma más eficaz de lograr sus deseos es mediante conductas gravemente disruptivas que alteran el orden y la vida cotidiana de su ambiente habitual.

La enseñanza de habilidades alternativas, además, contribuye a que los cambios que se logren se mantengan durante mucho tiempo, ya que la persona podrá lograr sus propósitos sin utilizar la conducta problemática y afrontar con eficacia las situaciones problemáticas, siendo menos dependiente de las intervenciones de los profesionales.

Hay tres vías para enseñar las habilidades necesarias que eliminen de modo permanente la conducta problemática (Ver Tabla 3): a) enseñar conductas alternativas a la conducta problemática; b) enseñar habilidades generales; y c) enseñar habilidades de afrontamiento.

Tabla 3. Enseñar habilidades alternativas		
Tipo de habilidades	Función	Ejemplos
Conductas alternativas.	Reemplazar a las conductas problemáticas.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a pedir ayuda para eliminar una autoagresión durante tareas difíciles para la persona. • Enseñar a llamar cuando la persona requiera atención rompiendo objetos.
Habilidades generales.	Poder evitar con éxito las situaciones problemáticas.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la persona a organizar su actividad para evitar frustraciones cuando ha de realizar muchas tareas. • Enseñar a discriminar estímulos. • Enseñar a elegir.
Habilidades de afrontamiento.	Poder afrontar o tolerar situaciones poco gratas.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a utilizar el buen humor. • Enseñar a tolerar demoras en el refuerzo. • Enseñar a persistir en el esfuerzo.

2.1. La enseñanza de conductas alternativas

La enseñanza de conductas alternativas consiste en instruir a la persona en la ejecución y aplicación apropiada de conductas que sirvan exactamente a la misma función que cada una de las conductas problemáticas que presente. Habrá que enseñar una conducta alternativa por cada función identificada en cada hipótesis funcional que se haya establecido en la evaluación. Por ejemplo, si

una persona con retraso mental tira al suelo todo el material que tiene sobre la mesa para realizar su actividad ocupacional, con el propósito de finalizar la actividad (aunque no haya acabado la tarea), la conducta alternativa que se le podría enseñar es un gesto sencillo, un sonido, o una palabra para indicar que quiere finalizar la actividad o que quiere un descanso. Si alguien se golpea para obtener atención, la conducta alternativa podría ser utilizar un gesto o un sonido para llamar, si alguien empuja a otros para lograr interacciones sociales, se le podría enseñar a tocar o coger a los otros para indicar el deseo de iniciar intercambios sociales, etc. Es importante tener presente que se han de enseñar tantas conductas alternativas como funciones identificadas de la conducta problemática y no una para cada conducta problemática, puesto que la misma conducta puede tener varias funciones y todas se habrán identificado en la evaluación funcional.

Este principio de equivalencia funcional (enseñar conductas alternativas que sirvan para el mismo propósito que la conducta problemática) es el núcleo básico de la intervención. Pero se debe complementar con un segundo principio fundamental de la intervención que es el principio de la eficiencia. Este principio dice que la conducta alternativa debe ser más eficiente que la conducta problemática en cuanto al esfuerzo que ha de realizar la persona para ejecutar la conducta alternativa, en cuanto a su comprensión por parte de las demás personas y en cuanto a la demora en el logro del propósito al que a de servir. Así si, por ejemplo, solo los profesionales de atención directa entienden el propósito de la conducta alternativa, será muy difícil lograr su generalización y una estabilidad a largo plazo. Igualmente, si para realizar la conducta alternativa la persona debe esforzarse mucho más que lo que tendría que esforzarse para realizar la conducta problemática, nunca se lograría que la conducta alternativa sustituyera a la problemática. Por último, si cuando, ya por fin, la persona es capaz de realizar una conducta más sencilla que la problemática y que todo el mundo entiende, resulta que se tarda mucho en dar cumplimiento a la petición apropiada, es muy probable que la persona regrese a formas problemáticas de comportamiento que antaño resultaban eficaces para lograr una respuesta inmediata del ambiente.

Si se cumplen los dos principios mencionados, la enseñanza de conductas alternativas puede lograr un cambio inmediato en el comportamiento de la persona. Pero el plan de apoyo conductual no sería del todo eficaz si no aborda las razones reales por las que la persona muestra la conducta problemática. Es decir, la conducta alternativa de pedir un descanso o de rechazar una tarea desagradable no resuelve la pregunta de por qué la persona rechaza esa actividad o tarea. ¿se trata de que la tarea es muy aburrida?, ¿es porque la persona no tiene habilidades suficientes para realizarla?, ¿se debe a que la persona está muy cansada cuando llega a esa actividad?, ¿sabe elegir entre distintas tareas?. En cuanto a las conductas alternativas que sustituyen a llamadas inapropiadas de atención tenemos el mismo problema. Esas conductas no responden al por qué real de la conducta problemática. ¿Se debe esa conducta a que la persona no sabe estar sola el tiempo suficiente?, ¿sabe esa persona esperar a que le atiendan?, ¿distingue esa persona cuándo pueden y cuándo no pueden prestarle atención?. Todas estas preguntas y muchas otras sobre las razones reales del comportamiento problemático nos llevan a la necesidad de plantear procedimientos adicionales al de enseñar conductas alternativas. En el apartado siguiente veremos los más importantes. (Para una revisión detenida de dichos procedimientos véase Carr et al., 1996).

2.2. La enseñanza de habilidades generales

Con este aspecto de la enseñanza de habilidades generales se trata de ampliar la competencia de la persona para incrementar sus oportunidades de evitar con éxito las situaciones problemáticas y evitar que éstas tengan lugar. Por eso, la pregunta clave que el equipo de apoyo ha de hacer es: ¿qué habilidades generales podrían ayudar a la persona a evitar las situaciones problemáticas?.

Para responder a esta pregunta han de analizarse los siguientes aspectos: a) ¿qué factores parecen contribuir a que se de la situación problemática? (por ejemplo, determinados pasos de una tarea, cuándo no se puede prestar atención a la persona); b) ¿tiene la persona las habilidades necesarias para responder a esos factores? (por ejemplo, si sabe identificar que tiene una dificultad; si distingue entre profesional ocupado o profesional desocupado); c) ¿qué habilidades hay que enseñarle para que la persona responda con éxito ante la situación problemática? (por ejemplo, pedir ayuda, discriminar, etc.). Aunque parezca que el número de habilidades a enseñar es muy extenso, no es así, y en general se tratará de enseñar habilidades para solucionar problemas, habilidades de auto-control, habilidades para elegir alternativas, de comunicación, de interacción social, y de tolerancia a la demora en el refuerzo.

2.3. Enseñar habilidades de afrontamiento

Aunque la persona aprenda conductas alternativas y habilidades para evitar las situaciones problemáticas, le puede pasar, como a todo el mundo, que se encuentre ante una situación que no haya podido eludir, o para la que no exista una conducta alternativa porque no se puede evitar. Por ejemplo, se puede encontrar en una situación en la que nadie le puede atender, o puede pedir algo que no se le puede dar, o quiere evitar una tarea que es considerada necesaria e importante por parte de los profesionales y que, por tanto, no se puede eludir, etc. Por eso es importante plantear qué habilidades generales de afrontamiento necesitaría la persona y que le ayudaran a afrontar o tolerar situaciones poco gratas, o retrasos razonables en el logro de sus deseos.

El equipo de apoyo debe formularse la pregunta de qué habilidades de autorregulación serían necesarias para que la persona afronte situaciones potencialmente frustrantes o difíciles y que no se pueden evitar. A partir de esa pregunta se pueden plantear objetivos como aprender a utilizar el buen humor, aprender a tolerar demoras en el refuerzo, aprender a persistir en el esfuerzo cuando surgen dificultades, etc.

3. Intervenciones sobre las consecuencias

La intervención sobre las consecuencias desempeña un papel muy importante en el Apoyo Conductual Positivo, aunque no constituya el núcleo esencial de la intervención. Con la utilización de estrategias destinadas al control de las consecuencias se logra que los otros componentes, especialmente el de la enseñanza de habilidades alternativas, sean más eficaces. Este tipo de intervenciones se utilizan para reforzar la utilización de habilidades alternativas por parte de la persona y para reducir la frecuencia de la conducta problemática. Utilizando estas estrategias se enseña a la persona: a) que las habilidades alternativas son conductas que los demás valoran y desean, es decir que son relevantes y apropiadas, y b) que la conducta problemática es ineficaz, inútil y socialmente inadecuada para alcanzar los propósitos que se desean.

Dentro de este componente de la intervención están los procedimientos de intervención en crisis. Estos procedimientos, que no constituyen en sí mismos una intervención, tienen el modesto pero esencial objetivo de detener un comportamiento problemático que sea grave o peligroso para la persona o para quienes conviven en su entorno. Se trata, por tanto, de procedimientos de emergencia, de estrategias reactivas destinadas a proteger al individuo o a otros de riesgos físicos y su objetivo es "abrir una ventana" en el repertorio conductual de la persona para que pueda iniciarse el verdadero programa de intervención, constituido por los otros tres componentes de la intervención ya mencionados.

Para planificar la intervención sobre las consecuencias se debe partir de que no hay estrategias de tipo general que sirvan para que cualquier persona reduzca el uso de las conductas problemáticas e incremente el uso de las alternativas. La estrategia se debe elaborar para cada persona, teniendo en cuenta sus habilidades, su comprensión de las situaciones y las propias situaciones que se identificaron en las hipótesis funcionales. Hay, sin embargo, tres aspectos que siempre deben estar claros para el equipo de apoyo. Los dos primeros los veremos a continuación, bajo el epígrafe de la estrategia de refuerzo y el tercero es el que se refiere a la intervención en crisis. (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Intervenciones sobre las consecuencias

Elementos de la intervención	Objetivo	Estrategias
Incrementar el uso de las habilidades alternativas.	Enseñar que las habilidades alternativas son apropiadas y relevantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar una conducta alternativa lo más sencilla posible y de fácil comprensión (si es un gesto). - Reforzar la conducta alternativa sin complicaciones y rápidamente, proporcionando el propósito de la conducta. - Reforzar toda habilidad adaptativa apropiada a la situación.
Reducir las consecuencias gratificantes de la conducta problemática.	Enseñar que la conducta problemática es irrelevante, inútil y socialmente inapropiada.	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar toda posibilidad de refuerzo de la conducta problemática. - Ignorar la conducta problemática. - Redirigir la conducta, y/o ayudar a realizar conductas adaptativas. - Aplicar "consecuencias naturales" a la conducta problemática.
Controlar las situaciones de crisis.	Desactivar una situación de crisis y proteger de riesgos a la persona y a otros.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos de inicio de la crisis y procedimientos de control inicial. - Establecer procedimientos de protección y control cuando se produce la crisis. - Establecer procedimientos para tranquilizar y para evitar que se repita la crisis.

3.1. Una estrategia de refuerzo coherente

El primero de los aspectos mencionados se refiere al modo en que han de reforzarse las conductas alternativas, para que éstas sean eficaces y útiles a la persona. Se debe reforzar rápidamente y sin complicaciones la conducta alternativa y no reforzar nunca la problemática. Si el objetivo es que una persona diga "basta". Si alguien está aprendiendo a llamar a su maestro con un sonido en vez

de golpearse la cabeza contra la mesa, cada vez que esa persona emita ese sonido, su maestro debe atenderle sin ninguna complicación e inmediatamente.

Especialmente al principio del proceso de aprendizaje la conducta alternativa debe ser más poderosa que la problemática y esto no se logra si se retrasa la respuesta a la petición de la persona. Lo que se logra retrasando la respuesta es incrementar el riesgo de que reaparezca la conducta problemática. Después, una vez que la persona ha aprendido a utilizar la conducta alternativa, se le puede enseñar a tolerar demoras progresivamente mayores en el logro del propósito. Para ver un procedimiento eficaz de enseñar la demora del refuerzo se puede consultar el manual de Carr et al. (1996).

3.2. *El control de las crisis*

El último aspecto a considerar en las intervenciones sobre las consecuencias se refiere al control de las situaciones críticas, que son aquellas en las que la persona muestra o podría mostrar una conducta gravemente problemática. El equipo de apoyo debe saber cómo desactivar una situación, qué puede desencadenar una conducta muy problemática, y cómo proteger a la persona o a otros de las consecuencias de tales conductas. Lo primero de todo es definir claramente la situación de crisis; después hay que establecer y describir los procedimientos de intervención, indicando quién y cómo se va a implicar en el control de la crisis; finalmente hay que determinar los recursos y medios que serán necesarios para aplicar el procedimiento de control (utilizar determinada sala, recurrir a otros profesionales del centro, etc.).

El procedimiento de control de la crisis debe responder a la siguiente secuencia:

- **Manifestación e intensificación de la crisis**

Para esta fase el procedimiento debería especificar qué signos indicarían al profesional que la crisis va a aparecer y cómo evitar que ésta vaya a más en el caso de que esa señal aparezca. Por ejemplo, la señal puede ser un incremento de la agitación motora de la persona, o un aumento de las verbalizaciones o de la velocidad de emisión de palabras. Ante esas señales el procedimiento debe indicar qué hacer para tranquilizar a la persona o para cambiar la situación potencialmente grave. Por ejemplo, llevar a la persona a una sala más tranquila, hablarle en voz baja, bajar el nivel de exigencias en la actividad, etc.

- **La explosión de la crisis**

Es cuando el procedimiento debe señalar cuales son las estrategias de emergencia destinadas a proteger a la persona y a los demás del riesgo derivado de la crisis. La estrategia más utilizada es la inmovilización física, aunque, en algunos casos extremos se puede llegar a utilizar la inmovilización farmacológica, siempre con prescripción médica y bajo vigilancia. En otros casos menos graves se pueden utilizar sistemas de protección como cojines para que la persona al golpearse se de contra el cojín y no contra su cabeza por ejemplo. En cualquier caso la regla es utilizar el sistema menos intrusivo que sea posible.

- **La desactivación de la crisis cuya finalidad es doble**

Por un lado se trata de seleccionar las estrategias que permitan tranquilizar a la persona, que ha llegado a la crisis, y a quienes estaban presentes durante la misma. Por otro lado se trata de prevenir que no vuelva a ocurrir una nueva crisis.

Es importante tener presente que el control de las situaciones de crisis sólo ha de utilizarse como recurso de emergencia, y que ningún programa de intervención debe basar el éxito de sus resul-

tados en la aplicación a largo plazo de este tipo de procedimientos. Si el equipo de apoyo se ve en la necesidad de tener que utilizar continuamente procedimientos de intervención en crisis, sus miembros deberán pensar en la posibilidad de que los otros componentes del plan de apoyo conductual no están funcionando correctamente y deberían revisarse y modificarse en su caso.

La intervención sobre las consecuencias es de gran utilidad para el logro de los objetivos del plan de apoyo conductual, porque mediante sus estrategias se refuerza el uso de la conducta alternativa y se reduce la frecuencia de conductas problemáticas al incidir sobre su eficacia. También es un componente importante porque es donde se recogen los instrumentos a utilizar cuando aparecen situaciones de crisis. Pero la eficacia general, sobre todo a largo plazo, de este componente depende de tener en cuenta otras cuestiones:

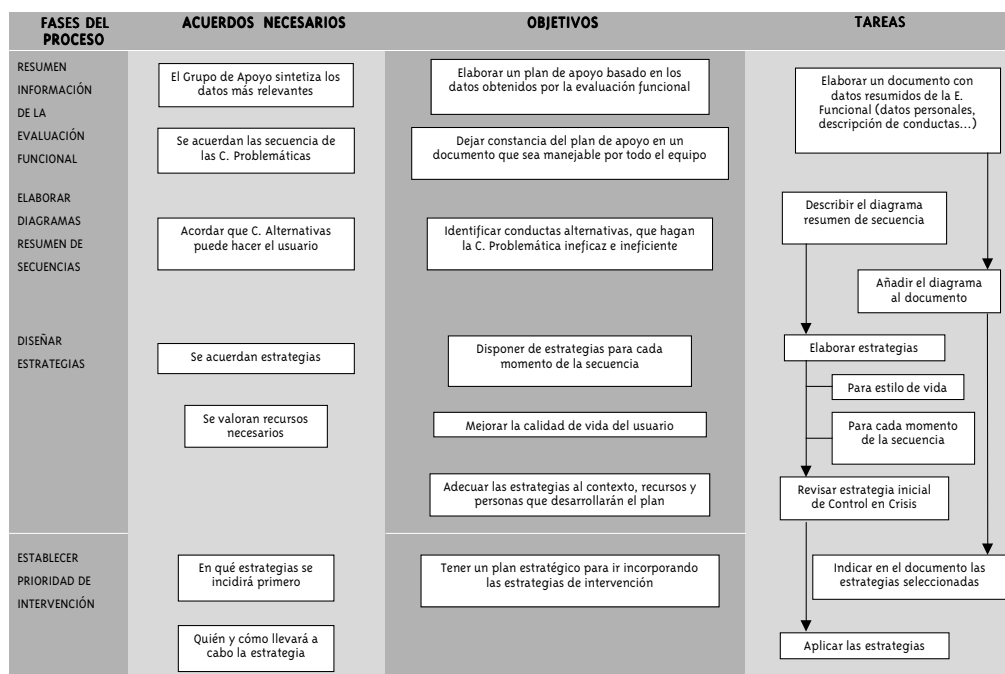
- Es importante que el equipo de apoyo esté seguro de que las estrategias sobre las consecuencias están combinadas con los otros componentes de la intervención. Resulta, por lo general, muy tentador quedarse con la intervención sobre las consecuencias como único componente de la intervención, ya que produce resultados a corto plazo y es más fácil y cómodo de aplicar. Pero el equipo que haga solo esto se encontrará que a largo plazo no es eficaz y comprobará que las estrategias sobre las consecuencias van perdiendo paulatinamente su eficacia inicial.
- Hay que coordinar las estrategias sobre las consecuencias con las hipótesis funcionales establecidas y con el nivel de comprensión que tiene la persona. Por ejemplo, si en nuestra hipótesis funcional se ha establecido que la persona tira y rompe el material de trabajo para dejar de realizar la actividad, sería absurdo plantear un tiempo fuera del lugar de trabajo como estrategia para reducir la frecuencia de esa conducta. Si la persona se golpea para obtener atención de su cuidador, sería absurdo plantear como estrategia utilizar las reprimendas verbales. Igualmente es inútil plantear una estrategia de restitución como pagar el coste del material roto por una persona cuando esta persona no entiende el valor del dinero.
- Hay que estar seguro de entender lo que significa una situación de crisis, cuándo se está ante una situación de emergencia y cómo se ha de responder a esa situación. La respuesta siempre ha de ser la menos intrusiva posible para lograr la seguridad de la persona, de quienes le rodean y de los objetos y materiales presentes en la situación. Cuando no queda más remedio que utilizar la restricción física, hay que asegurarse de que ésta no se lleva al extremo de constituir un abuso físico, no debe plantearse como una forma de castigo o como medio para forzar a la persona a hacer algo (por ejemplo, como cumplir una orden). La restricción no debe durar más del tiempo necesario para lograr una situación segura.
- Hay que tener presentes los principios básicos del Apoyo Conductual Positivo, porque son los que orientan la selección de las estrategias de manera que éstas sean respetuosas con la persona, adecuadas a su edad y nivel de comprensión, y apropiadas al contexto. Se trata de que las consecuencias que se apliquen sobre la conducta problemática faciliten la inclusión, y no estigmaticen ni humillen a la persona ante otros miembros de la comunidad.

RESUMEN

Como vemos a lo largo del capítulo, la intervención al contrario que a menudo se desea o piensa, es un proceso complejo, donde no podemos centrarnos única y exclusivamente en un concepto, dando soluciones simplistas. Para llevar a cabo una buena intervención, debemos abarcar todos los contextos de la persona y planificar dicha intervención centrándonos en la persona a la que va dirigida.

El capítulo nos da las claves para ir elaborando un plan de apoyo que se ajuste a la persona que manifiesta conductas problemáticas. Presentando todos aquellos aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de elaborar y desarrollar la intervención. La figura siguiente nos presenta el resumen de esta fase del proceso.

Estrategias de intervención del plan de apoyo conductual



**La psiquiatría en
la conducta
problemática**

DIAGNÓSTICO DUAL

La investigación de los trastornos psiquiátricos en personas con retraso mental es un tema de gran interés clínico, ya que son muy útiles a la hora de poner en marcha intervenciones eficaces, para evaluar el efecto de los fármacos psicotrópicos, además de ayudar a planificar los servicios de salud mental que este grupo de población precisa.

En las dos últimas décadas el problema de la enfermedad mental en estos sujetos ha recibido una creciente atención, motivado sobre todo por dos razones fundamentales: el reconocimiento de los derechos de estas personas a recibir un tratamiento médico adecuado y el principio de normalización, que apoya que las personas con retraso mental vivan en la comunidad y utilicen sus recursos.

Sin embargo la psiquiatría tiene que asumir sus dificultades de manejo frente a las personas con discapacidad psíquica. Esto es debido a la pobre formación que se recibe y a la creencia existente de que todo lo que puede ofrecer la psiquiatría son psicofármacos para controlar sus conductas "conflictivas". En esta interpretación, se ignora que pueden padecer todo tipo de enfermedades mentales y que estas alteraciones conductuales pueden ser un síntoma de un trastorno mental, y por tanto beneficiarse de un tratamiento correcto. Además las personas con retraso mental pueden favorecerse de diferentes modalidades terapéuticas, a parte de la medicación.

Investigaciones relevantes sobre la relación enfermedad psiquiátrica-retraso mental, sugieren que existe una tendencia a infradiagnosticar los trastornos mentales en dichas personas y a considerar los problemas conductuales como específicos del retraso mental.

Numerosos autores avalan que los trastornos psiquiátricos son más frecuentes en individuos con retraso mental que en la población general (30%), si bien la magnitud de esta diferencia no está bien definida, ya que las tasas de prevalencia se sitúan en torno al 30-70% según los diferentes estudios. Así en el estudio realizado por Einfeld y Taunge (1996) encuentran que hasta el 40,7% de los niños (4-18 años) con discapacidad intelectual cumplían criterios para al menos un trastorno psiquiátrico. Otros autores encuentran que hasta un 50% de dichas personas presentan síntomas de un trastorno del ánimo, aunque los instrumentos empleados para la evaluación no se encuentran estandarizados para este tipo de población, por lo que los resultados deben considerarse como provisionales, pero nos ofrecen una idea aproximada de lo que podemos encontrar.

La alta prevalencia de trastornos mentales en esta población es debida, sobre todo, a las dificultades de adaptación y de comunicación, así diversos autores señalan la aparición de factores que facilitarían la presencia de psicopatología como pueden ser: incapacidad para atender las demandas, lesiones del sistema nervioso central, inmadurez del desarrollo emocional, disminución del lenguaje, baja autoestima, alteraciones de la personalidad, etc.

La variedad de trastornos psiquiátricos que podemos observar es similar a la encontrada en la población general, aunque alguno de ellos parece más frecuente en este grupo como la hiperactividad, los trastornos generalizados del desarrollo, las estereotipias y las conductas autolesivas.

En general se puede afirmar la existencia de una relación entre el nivel intelectual y la presencia de trastornos psiquiátricos, así la proporción se incrementa con la afectación de retraso mental.

A pesar de esta alta prevalencia su diagnóstico es un reto para la profesión médica. Aunque en un principio este debe ser realizado igual que para las personas sin discapacidad psíquica, evidentemente la aproximación diagnóstica va a depender del nivel cognitivo y en especial del nivel de comunicación. En personas con un buen nivel de comunicación la aproximación diagnóstica no difiere mucho de la realizada en la población general. Sin embargo, en personas con un pobre o nulo nivel de comunicación, el diagnóstico va a depender de la información obtenida de familiares, cuidadores y demás personas directamente relacionadas con el usuario, que son las que pueden informar sobre las conductas observadas.

Hay que tener en cuenta que en el término "retraso mental" están incluidos un grupo muy heterogéneo de individuos con un espectro y un nivel de funcionabilidad muy variables. El diagnóstico específico de la causa del retraso mental identifica y clarifica el pronóstico, sugiere un tratamiento y alerta a los clínicos de las posibles complicaciones tanto médicas como conductuales. En este sentido, hay que conocer cómo diversos síndromes causales específicos que se observan en el retraso mental, pueden predisponer a las personas afectadas. Así encontramos que las personas que sufren epilepsia presentan un riesgo elevado de psicopatología, no siendo raro encontrar la asociación de retraso mental, epilepsia y autismo. Existen también indicios de que síndromes de base genética, como son el síndrome del cromosoma X frágil, síndrome de Prader-Willi o el síndrome de Down, presentan una mayor vulnerabilidad a manifestaciones específicas de conducta. De este modo, las personas con síndrome del cromosoma X frágil presentan tasas muy elevadas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y con frecuencia reúnen criterios para el trastorno autista y para el trastorno de la personalidad por evitación. El síndrome de Prader-Willi se asocia casi siempre a un trastorno de la alimentación de tipo compulsivo, hiperfagia y obesidad, además de mostrar una conducta oposicionista y desafiante, incrementándose los problemas de conducta en la adolescencia. En el caso de las personas que presentan un síndrome de Down encontramos sobre todo alteraciones del estado afectivo.

En cuanto a las distintas enfermedades psiquiátricas que podemos encontrar, dada su amplia variabilidad, es imposible describirlas en este capítulo, por lo que solamente se harán breves referencias a algunas de ellas.

Esquizofrenia

Se estima que un 2-3% de esta población reúne criterios para la esquizofrenia, esta cifra es claramente superior a la encontrada en la población general (1-1,5%). Sin embargo, hay que tener en cuenta que este tipo de trastorno es raro que se produzca antes de la adolescencia y en personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas.

Son característicos de ella la pobreza de pensamiento, los delirios poco estructurados y las alucinaciones simples y repetitivas, que no pueden ser confundidas con conversaciones con amigos imaginarios. Las manifestaciones motoras son indistinguibles de los movimientos estereotipados que se observan en ocasiones en personas con retraso mental. Con frecuencia es difícil observar los síntomas positivos (alucinaciones, delirios, etc), por lo que el diagnóstico se debe sospechar ante la aparición de nuevas conductas extrañas junto al deterioro social e intelectual, siempre que se haya descartado una causa orgánica de estas manifestaciones.

Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos son muy frecuentes y la presentación clínica puede ser muy polimorfa encontrándonos: inhibición, baja autoestima, quejas somáticas, tristeza, irritabilidad, trastornos del sueño o del apetito.

El diagnóstico de depresión puede resultar muy difícil en personas con un grado moderado/grave de retraso mental por las dificultades para expresar su estado de ánimo. En ellas es especialmente importante valorar los cambios que se produzcan en sus conductas y hábitos, para ello es imprescindible que las personas a cargo de estos usuarios recojan esta información.

Donsen y Petry (1993) recomiendan tratar con antidepresivos a aquellos personas en que aparezcan síntomas somáticos: trastornos de la alimentación y sueño, pérdida de la voluntad y la energía, retardo psicomotor, pérdida del ritmo diurno, estreñimiento, pérdida de la libido, etc.

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad pueden presentarse en todas sus formas: fobias, ansiedad generalizada, ataques de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, aunque este último puede ser difícil de distinguir de las conductas estereotipadas repetitivas, para diferenciarlo habría que evaluar el estado mental subjetivo que acompaña a los movimientos, valorando la liberación de ansiedad que supone la realización del ritual obsesivo, a diferencia del movimiento simple, repetitivo de origen básicamente psicomotor.

Personalidad

Los estilos y rasgos de personalidad observados no son exclusivos de personas con discapacidad psíquica, pero se encuentra una alta prevalencia de la autoimagen negativa, la baja autoestima, la escasa tolerancia a la frustración, la dependencia de otras personas y un estilo rígido a la hora de resolver problemas.

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

Como se ha puesto de manifiesto en los anteriores capítulos la intervención dirigida a las personas con discapacidad psíquica que presentan conductas problemáticas, debe realizarse desde un enfoque multiprofesional, dado que la etiología de dicha conducta puede ser a su vez multicausal.

Desde el inicio de la era farmacológica en psiquiatría, los psicofármacos se han venido aplicando, en numerosas ocasiones sin estudios clínicos que avalaran la justificación de su uso y más aún utilizándolos como agentes inmovilizantes "para que no den guerra". Dicho uso no es en absoluto ético, por lo que la prescripción de cualquier fármaco deberá ser avalada por un diagnóstico correcto, prestando especial atención a cada persona en particular. Pero el diagnóstico de personas con discapacidad intelectual supone un gran reto para cualquier profesional. En numerosas ocasiones no pueden informarnos directamente sobre su estado de salud mental y debemos recoger la información a través de quienes tienen un contacto próximo con ellos, bien sea la familia o el personal del centro residencial donde se encuentren. Por ello es imprescindible que todo el personal que facilite apoyo a la persona con discapacidad tenga unos conocimientos mínimos tanto del tratamiento farmacológico y sus efectos secundarios, como de las posibles etiologías para poder recoger esta información.

1. Uso de psicofármacos

Numerosos estudios evidencian que el tratamiento psicofarmacológico puede ser útil para afrontar determinados problemas que presentan estas personas, en general con las mismas bases que se utilizan para la prescripción en el resto de la población, por ello a la hora de plantear un posible tratamiento es necesario tener en cuenta los siguientes puntos:

1. No existe el psicofármaco ideal para tratar a las personas con discapacidad, no hay psicofármacos "milagrosos" que mejoren el estado general de las personas.

2. Nunca deben utilizarse los psicofármacos como sustitutos de otros tratamientos y menos aún para salvar carencias estructurales o de personal.
3. Los psicofármacos solo deben emplearse una vez que se haya descartado que las causas de la conducta problemática no sean debidas a problemas fisiopatológicos (dolor de muelas, cefalalgias, abdominalgias, fiebre, menstruación, etc) o ambientales (frío, calor, ruido, sed, etc.)
4. Ningún psicofármaco es útil en todos los casos, por lo que se precisa un periodo de prueba para ver su funcionamiento. Durante este periodo, que variara según la latencia del fármaco en cuestión, es preciso que todas las personas en contacto con el usuario informen de los cambios observados.
5. Todos los psicofármacos presentan efectos secundarios, estos deben ser conocidos por las personas en contacto directo, para realizar una correcta valoración de los mismos, ya que en numerosas ocasiones esto puede suponer un empeoramiento de la conducta problemática o la aparición de nuevas conductas.
6. Ningún psicofármaco debe ser administrado de por vida, por lo que es preciso realizar valoraciones del estado mental del usuario para disminuirlo o suprimirlo una vez que la psicopatología haya desaparecido. Pocas enfermedades psiquiátricas justifican un uso prolongado.
7. Un tratamiento psicofarmacológico no es excusa para no iniciar otro tipo de intervenciones, ya que ambos deben complementarse para mejorar la eficacia.

Además de estos puntos es necesario para cualquier tipo de intervención informar al interesado, si es posible, o a la familia o tutores, de los beneficios que se esperan obtener, así como de los efectos secundarios que pueden aparecer. La información debe facilitarse de forma clara y sin emplear tecnicismo, contestando a todas y cada una de las preguntas que realicen, hasta estar seguros de que han entendido las respuestas dadas, para que así puedan firmar un consentimiento informado. Esta medida nunca puede ser utilizada como "medicina preventiva" para el facultativo.

En la práctica, es conveniente hacer una valoración continua de cualquier tratamiento psicofarmacológico. Es decir, ver si el producto es eficaz o no en esa persona en particular, ya que no todas las personas reaccionan igual ante el mismo fármaco, aún cuando su patología pueda ser semejante. Para ello debe quedar recogida la línea base de su conducta antes del inicio del tratamiento, informar a todo el personal del inicio de la medicación y anotar por todos los profesionales y la familia los cambios observados. Evidentemente cuando surge una situación de urgencia, lo principal es solucionar el problema que ha originado la crisis y con posterioridad se volverá al paso anterior, es decir a la recogida de datos para ver el funcionamiento.

Con todos los datos es posible hacer una valoración de cada caso particular y ver si el fármaco mejora de forma significativa la calidad de vida del usuario, o por el contrario empeora o los efectos secundarios que se presentan son lo suficientemente importantes como para desaconsejar su uso.

Esto supone una actitud investigadora por parte de todas las personas que rodean al usuario y un aumento del esfuerzo. No podemos pretender que esto se mantenga siempre, es decir todo el tiempo que dure el tratamiento, aunque sería lo ideal. De forma realista la recogida de información deberá realizarse al menos los primeros 15 días, en determinados casos hasta un mes, donde es más esperable que aparezcan efectos secundarios y se produzcan más cambios conductuales. Este esfuerzo es siempre recompensado, dado que la disminución de la conducta problemática provoca un menor esfuerzo en el sistema y un aumento en la calidad de vida no solo de la persona, sino también de todos los profesionales que se encuentran en contacto.

2. Clasificación de los psicofármacos

Los psicofármacos más ampliamente utilizados se pueden dividir en los siguientes apartados, de los que posteriormente vamos a describir de forma concisa sus principales indicaciones y sus efectos secundarios:

- Neurolépticos
- Antidepresivos
 - Tricíclicos y tetracíclicos
 - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- Benzodiazepinas
- Buspirona
- Estabilizadores del ánimo
 - Litio
 - Antiepilépticos
 - Carbamacepina
 - Valproato sódico
- Otros
 - Psicoestimulantes
 - Metilfenidato
 - Beta-bloqueantes

2.1. Neurolépticos

También denominados antipsicóticos o tranquilizantes mayores. Su principal indicación es la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Aunque en personas con retraso mental se ha observado que pueden ser útiles para disminuir los trastornos de conducta, ya que disminuyen la hiperactividad, las estereotipias y la agresividad. Sin embargo, en numerosas ocasiones estos efectos se producen tras la sedación de la persona, lo que ocasiona pérdida importante de sus capacidades ya de por sí deterioradas. En este sentido hay que tener en cuenta que los neurolépticos no deben considerarse como un tratamiento de primera elección para la conducta problemática, a menos que el usuario presente síntomas psicóticos. Otra indicación es la agitación psicomotora, aunque el tratamiento idóneo es el de la causa que la produce. Va a reducir de forma rápida el episodio, en este caso el haloperidol es el más indicado dada la experiencia en su uso, su aceptable tolerancia y el bajo riesgo en aplicaciones ocasionales.

Existe un amplio abanico de ellos, desde los antipsicóticos clásicos o típicos (Haloperidol, Clorpromacina, etc.) a los antipsicóticos atípicos que presentan menores efectos secundarios, lo que es muy importante para este grupo de población (Clozapina, Risperidona, Olanzapina, etc.).

Estudios con haloperidol y clorpromacina han encontrado una disminución de las conductas repetitivas de autoestimulación pero no incrementan las conductas adaptativas y además el riesgo de presentar discinesia tardía es más elevado en personas con retraso mental que en población general. También se han realizado con los antipsicóticos atípicos, así la risperidona (antipsicótico de potente actividad dopaminérgica y serotoninérgica) se ha encontrado eficaz para disminuir la agresividad y las conductas autolesivas.

A la hora de prescribir un tratamiento a largo plazo con este tipo de fármacos hay que considerar que pueden agravar los déficit cognitivos y psicomotores, por lo que pueden interferir en los procesos de rehabilitación y reinserción. En general considerar que dosis bajas de mantenimiento disminuyen los efectos secundarios y facilitan el rendimiento del individuo. Así mismo los mejores en esta población son aquellos que poseen mínimos efectos secundarios anticolinérgicos (las personas con retraso mental son más susceptibles a padecerlos) y sedantes (en general estas condiciones las reúnen los antipsicóticos atípicos).

En cuanto a los efectos secundarios son múltiples, pero podemos destacar:

Efectos extrapiramidales

- a. *Distonía aguda*: contracciones bruscas e intensas de un grupo muscular como torticolis, protrusión de lengua, crisis oculogiras, torsión del tronco, síndrome de rabbit (o síndrome del conejo) que son contracciones buconasales que remedan el "husmeo de un conejo".
- b. *Parkinsonismo*: que cursa con bradicinesia (lentitud de movimientos), cara de póquer, encorvamiento, disminución del movimiento espontáneo, rigidez, temblor, marcha arrastrando los pies, babeo y conversación monótona y lenta. En este sentido hay que tener en cuenta que los pacientes con lesión cerebral son más susceptibles al desarrollo de este síndrome.
- c. *Acatisia*: relativamente frecuente, se manifiesta por una incapacidad para permanecer quieto o por una imperiosa necesidad de moverse. Es muy importante su correcta identificación, por la posible confusión con síntomas de agitación o intranquilidad.
- d. *Discinesia tardía*: aparece en pacientes con tratamientos prolongados. Son movimientos involuntarios, sin objeto, de la lengua, la cara o la mandíbula, aunque también puede afectar a grupos musculares motores como las extremidades. Hasta un 17-34% de las personas con retraso mental sometidos a medicación antipsicótica prolongada desarrollan este efecto secundario, por lo que no deben ser utilizados estos fármacos si no están plenamente indicados, intentando siempre dosis bajas y durante el menor tiempo posible.

Efectos Cardiovasculares

- a. Hipotensión ortostática en cuyo caso se recomienda evitar cambios bruscos a bipedestación e incrementar el uso de sal en las comidas.
- b. Alteraciones en el electrocardiograma (ECG).

Efectos anticolinérgicos

- a. Sequedad de boca y estreñimiento por lo que es aconsejable dar al sujeto chicle o caramelos sin azúcar y una dieta rica en fibra para el estreñimiento .
- b. Retención de orina.
- c. Cuadro confusional, suele cursar con desorientación temporoespacial.
- d. Dificultades en la acomodación visual.

Otros:

- a. Sedación.
- b. Síndrome Neuroléptico Maligno: aunque poco frecuente, es importante tenerlo en cuenta por su gravedad (15-25% de mortalidad). Se caracteriza por hipertermia (fiebre elevada),

hipertensión, sudoración intensa, rigidez muscular importante, alteraciones del nivel de conciencia, hipertonía muscular grave. Se sospecha de la presencia de este síndrome ante el inicio de fiebre elevada en una persona que ha iniciado tratamiento con este tipo de fármacos.

- c. Reducción del umbral convulsivo: dado que un importante subgrupo padecen de epilepsia, se debe observar si se produce un aumento de las crisis.

2.2. Antidepresivos

En general los antidepresivos están indicados para el tratamiento de los trastornos depresivos, el trastorno obsesivo-compulsivo, las crisis de angustia y otros trastornos de ansiedad.

La prescripción de antidepresivos no es frecuente, sin embargo tienen una alta tasa de prevalencia de trastornos afectivos, ya que son más vulnerables que la población general. Este desajuste indica una carencia significativa de criterios diagnósticos y de escalas de medición efectivas para este grupo. Esto aún es más frecuente cuando la persona presenta además dificultades en la comunicación verbal.

Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos

Conviene realizar una historia clínica completa antes del inicio del tratamiento con estos agentes, sobre todo para determinar si el sujeto ha padecido alguna alteración en la conducción cardiaca, que es la principal contraindicación médica para su uso, por ello se debe realizar un ECG a todos los pacientes, sobre todo si tienen antecedentes cardiacos o si la edad es superior a los 40 años.

Son fármacos potencialmente letales en sobredosis, por lo que es conveniente vigilar una correcta administración, sobre todo si existe ideación o riesgo suicida.

Los efectos secundarios son muy variados y en algunas ocasiones muy graves.

- a. *Efectos anticolinérgicos*: son los más comunes e incluyen sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, taquicardia, retención urinaria y dificultades para iniciar la micción.
- b. *Efectos neuropsiquiátricos*: somnolencia o insomnio, debilidad, letargo, inquietud, agitación, síndromes confusionales.
- c. *Efectos cardiovasculares*: hipotensión postural, taquicardia, alteraciones en el ECG, arritmias ventriculares.
- d. *Otros*: ganancia de peso, disfunciones sexuales, reducción del umbral convulsivo (de especial interés en epilépticos).

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Son fármacos antidepresivos que presentan menores efectos secundarios y de menor severidad. Son menos cardiotoxicos y más seguros en intoxicaciones, poseen un menor efecto sedante y menores efectos anticolinérgicos, lo que es deseable especialmente en sujetos con retraso mental dado que poseen una mayor sensibilidad a estos efectos.

Entre sus efectos secundarios cabe destacar:

- a. *Efectos gastrointestinales*: son los más frecuentes nauseas, en los primeros días del tratamiento (20%), suele desaparecer con la administración más continuada. También pueden

aparecer aunque con menos frecuencia: diarrea, dispepsias y flatulencia. No suelen asociarse a ganancia de peso y en algunos pacientes se asocia a una pérdida del mismo.

- b. *Efectos neuropsiquiátricos*: insomnio, somnolencia diurna, agitación, temblor, inquietud, irritabilidad.
- c. *Efectos extrapiramidales*: como la acatisia y el parkinsonismo, ya descritos al hablar de los neurolépticos.
- d. *Otros*: disfunción sexual, sudoración, cefaleas.

2.3. Benzodiazepinas o ansiolíticos

Son sustancias que se caracterizan por reducir la tensión emocional, poseen una acción sedante, ansiolítica, hipnótica y anticonvulsionante.

Todas ellas pueden inducir tolerancia de lenta instauración (necesidad de aumentar dosis para conseguir el mismo efecto), y dependencia psíquica y física. A consecuencia de ello la retirada del fármaco debe ser lenta para no inducir un síndrome de abstinencia que cursa con ansiedad, cefalea, dolores generalizados, insomnio, disforia, anorexia, alteraciones de la memoria y en ocasiones síntomas psicóticos. No es aconsejable su uso durante periodos prolongados.

Todos poseen un nivel de toxicidad semejante y las reacciones adversas dependen en gran medida de las dosis y de la vía de administración.

El efecto secundario más frecuente son:

Neuropsiquiátricos:

- a. *Somnolencia* es el más frecuente, aunque a dosis elevadas puede aparecer amnesia anterógrada, reducción de la capacidad intelectual y dificultades de concentración. Dosis elevadas pueden producir incoordinación motora, hipotonía y desorientación
- b. *Depresión respiratoria*: es infrecuente cuando la administración es oral, pero es importante vigilarla si se administra junto con otros depresores del sistema nervioso central, si hay alteraciones previas del nivel de conciencia, en ancianos, en personas con patología respiratoria o cuando la aplicación es intravenosa.
- c. *Reacciones paradójicas* suelen presentarse en pacientes psiquiátricos y en ancianos. Se presenta hostilidad, irritabilidad e hiperactividad pudiendo llegar a producir cuadros psicóticos de intensa agitación. En individuos con retraso mental es posible que la causa sea debida al estado confusional que los ansiolíticos producen en personas con deterioro orgánico cerebral.

Otras: también, en ocasiones pueden aparecer síntomas digestivos y genitourinarios de carácter leve.

2.4. Buspirona

Es una sustancia con capacidad ansiolítica, pero con escasa capacidad sedativa y desprovista de actividad anticonvulsionante y miorelajante. Eficaz en el tratamiento de la ansiedad, tiene el inconveniente de tener un periodo de latencia de 2-3 semanas. Son útiles en personas que toleran mal las benzodiazepinas, y en aquellas con daño cerebral, ya que son más vulnerables a los efectos secundarios neuropsiquiátricos de las benzodiazepinas y en personas con enfermedad pulmonar crónica.

Aunque aún no se disponen de resultados concluyentes en los estudios, parece que la buspirona resulta eficaz en el manejo de la agresividad y de las conductas explosivas en personas con retraso mental.

Los efectos secundarios más comunes son las náuseas, los mareos y un cierto desasosiego e inquietud que puede aparecer en los primeros días del tratamiento.

2.5. Estabilizadores del ánimo

Litio

Aunque su principal indicación es el tratamiento del trastorno bipolar y del trastorno esquizoafectivo, también resulta efectivo en la contención de conductas agresivas y en la hiperactividad en ausencia de un trastorno afectivo.

Su uso requiere estudios basales de laboratorio (hemograma, función tiroidea y función renal), y monitorización de los niveles plasmáticos (los niveles terapéuticos se encuentran muy próximos a los niveles tóxicos). Por ello es muy importante recordar que todo usuario en tratamiento con este fármaco debe ser vigilado, ya que diarrea, vómitos, sudoración excesiva, o la no ingestión de sal en las comidas producen un aumento de la concentración de litio y por tanto una intoxicación.

Los efectos secundarios más frecuentes son el temblor fino de las manos, la fatiga y la sed, también podemos observar los siguientes:

- a. *Gastrointestinales*: náuseas, dolor abdominal y diarrea
- b. *Aumento de peso*
- c. *Neurológicos*: disminución de la sensibilidad, discurso prolijo, visión borrosa, cefaleas, retraso psicomotor, somnolencia, temblor de reposo.
- d. *Cardiovasculares*: arritmias, hipotensión

Antiepilépticos

Son estabilizadores del humor particularmente útiles en cicladores rápidos, que tienen la ventaja de ser mejor tolerados que el litio.

Hay estudios que demuestran su eficacia en el control de la agresividad y de la hiperactividad en personas con retraso mental.

Entre los más utilizados se encuentran la carbamacepina y el valproato sódico, ambos se muestran eficaces en algunos casos de conductas autoagresivas. Así la carbamacepina se considera de primera elección en personas con epilepsia asociada a trastornos de conducta. Recientemente se han introducido otros fármacos como lamotrigina, gabapentina y topiramato. Serán precisos más estudios para ver su eficacia en este tipo de población.

Los efectos secundarios de este tipo de fármaco, dado que cada uno de ellos actúa a un nivel diferente varían en cada uno de ellos.

2.6. Otros psicofármacos

Son numerosos los fármacos que se han utilizado en personas con retraso mental, por lo que no es posible comentar todos ellos, para finalizar veremos los psicoestimulantes y los beta bloqueantes.

Psicoestimulantes: Metilfenidato

Indicado en niños que presentan un trastorno de hiperactividad con déficit de atención. Mejoran de forma marcada la atención y la concentración y disminuyen la hiperactividad. El metilfenidato se muestra útil en personas con retraso mental leve, pero a pesar de mejorar la capacidad de atención, no se evidencia una mejoría a largo plazo en las habilidades sociales y en el aprendizaje (Hardan y cols, 1996).

Su uso en otros trastornos es más controvertido ya que pueden inducir trastornos cognitivos y empeoramiento de las estereotipias e irritabilidad.

Pueden producir anorexia e insomnio, que se corrigen adaptando las pautas de administración, dándolo con las comidas y nunca después de las cinco de la tarde.

Beta.bloqueantes

Aunque de uso menos común puede tener un notable efecto terapéutico en el tratamiento de la ansiedad generalizada.

También son útiles en el control de las explosiones agresivas, conductas autolesivas, autoestimulación, estereotipias y comportamientos afines, todos ellos frecuentes en el retraso mental. Existe la hipótesis de que estas conductas, en ausencia de un trastorno psicótico, podrían ser ejecutadas para disminuir un elevado nivel de arousal. Los estudios realizados a este respecto muestran que con frecuencia se logra una mejoría, tanto de la frecuencia como de la expresión de las conductas agresivas.

Los beta-bloqueantes se han mostrado útiles para disminuir los ataques de ira explosiva que manifiestan algunas personas con retraso mental y trastorno autista, pero son necesarios estudios más sistematizados para confirmar a estos fármacos como eficaces.

Por tanto estos fármacos pueden ser de elección en alteraciones conductuales episódicas y disfunción cerebral en individuos que no presentan ni un trastorno afectivo, ni un trastorno psicótico.

Los efectos secundarios más frecuentes son la bradicardia y la hipotensión.

CONCLUSIONES

En general podríamos decir que son múltiples los psicofármacos que se han venido utilizando en los últimos años en el retraso mental, quedando aún mucho por aprender, sin embargo el reto más importante, conseguir una mejoría de la esfera cognitiva actuando sobre las vías neurales del aprendizaje, a pesar de los múltiples intentos llevados a cabo, no han sido más que una sucesión de fracasos. Pero mientras este campo no se encuentre desarrollado es necesario ofrecer a los usuarios de los servicios residenciales todas las ventajas obtenidas de la investigación y de la práctica clínica, si bien queda claro, que no existen fármacos ideales y que cada caso es un caso único y como tal debe ser atendido.



El seguimiento

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los planes de apoyo conductual positivo necesitan ser modificados y/o ajustados, especialmente al comienzo de las primeras etapas de las diferentes intervenciones. Esta última parte del proceso se refiere a cómo evaluar si el plan de apoyo está teniendo éxito. Dicha evaluación puede incluir una lista de conductas que han sido registradas, determinados protocolos o formularios y procedimientos de resumen de los datos obtenidos, por ejemplo gráficos, que serán puestos en común con el resto del equipo (Horner, Albin et al., 2000), o por lo menos a una comisión de seguimiento, en reuniones establecidas periódicamente.

A través de estas reuniones se coordinan los continuos esfuerzos que requiere el desarrollo de un plan de apoyo y se decide en el equipo, de acuerdo a los datos recogidos, si es necesario hacer alguna modificación del plan.

Sabemos que un plan de apoyo conductual es eficaz cuando, una vez puesto en marcha, constatamos cambios significativos para la persona, su familia, y los contextos habituales. En el capítulo 1 indicamos cuales debían ser esos cambios: a) un incremento de las habilidades de la persona; b) un descenso de la frecuencia de conductas problemáticas; y c) la mejora de la calidad de vida de la persona.

Teniendo en cuenta que esas son las áreas de evaluación de la eficacia de cualquier plan de apoyo, el equipo de apoyo debe evaluar los progresos para ver:

- Si la persona ha aprendido habilidades nuevas.
- Comprobar si las nuevas habilidades se utilizan en distintos contextos.
- Ver si la frecuencia de la conducta problemática ha descendido a niveles tolerables.
- Comprobar si ha mejorado la calidad de vida de la persona y su familia.

- Constatar que la persona, su familia y otros profesionales están satisfechos con el plan de apoyo y con los resultados que se están obteniendo.
- En qué medida y dirección debería modificarse el plan, caso de que no esté logrando los objetivos propuestos.

Todos estos aspectos que nos sirven para evaluar la eficacia del plan de apoyo se han de especificar en un compromiso del equipo que determinará qué aspectos evaluar (qué tipo de información se va a recoger), cómo evaluar esos aspectos (cómo se va a recoger esa información) y para qué se evalúan esos aspectos (cómo utilizar la información recogida para tomar decisiones).

IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE APOYO

Los datos que se recogen como parte de un plan de apoyo conductual positivo proporcionan al equipo información muy importante para mejorar el estilo de vida de una persona. A menudo los miembros del equipo de apoyo encargados de desarrollar el plan conductual positivo expresan que se sienten sobrecargados de trabajo por el tiempo que necesitan para recoger los datos y por las molestias que esto puede suponer. En la mayoría de los casos, los datos si no se utilizan de modo efectivo para mejorar el plan de apoyo conductual positivo dan como resultado una percepción de que recoger los mismos es una pérdida de tiempo. Esta visión negativa es más probable que ocurra cuando el equipo de apoyo no lleva a cabo reuniones para la revisión de los mismos o no los utiliza para tomar decisiones importantes. El equipo de apoyo que, por el contrario, utiliza los datos como líneas base consideran la información que van obteniendo como provechosa y están impacientes por ver sus progresos, percibiendo un feedback recompénsate. Una de las premisas principales en el apoyo conductual positivo es que los datos que se van obteniendo a lo largo del proceso deben utilizarse como una base continua para tomar decisiones.

En las etapas iniciales de las estrategias de intervención se suele recoger datos acerca del incremento de la presencia de la conducta alternativa y la disminución de la conducta problemática diariamente, sintetizando los datos cada semana; mientras que otras medidas de evaluación relacionadas con objetivos a largo plazo, como es mejorar el estilo de vida, sus indicadores se evalúan al menos mensualmente (Bambara and Knoster, 1995). La información obtenida es comparada con los datos registrados durante la evaluación funcional para evaluar la efectividad del plan de apoyo conductual positivo.

Una parte importante del proceso de recogida de datos es sintetizar la información obtenida en un formato visual. Como se dijo anteriormente, el documento del plan de apoyo conductual debe establecer el papel que desempeña cada miembro del equipo, es decir quien se encarga en cada momento de observar, obtener datos, etc. Es conveniente presentar la información que se va obteniendo en forma de gráficos. De algunas conductas podemos observar cambios graduales pero lentos y puede

ser difícil reconocer que realmente se están produciendo cambios. Proporcionar los datos en un formato visual permite una mejor apreciación de que una conducta esté decreciendo de forma gradual. Por otra parte, una revisión de los datos puede indicar que no se están produciendo cambios y que es necesario realizar modificaciones en el plan de apoyo conductual positivo.

El equipo puede elaborar un protocolo para implantar el proceso del plan de apoyo y utilizarlo sistemáticamente para revisar los progresos, los pasos a dar y resolver los problemas que van surgiendo.

1. Qué evaluar

Dependiendo del plan que se haya elaborado, será necesario recoger información de diferentes clases y por distintos medios. Es decir, la decisión del tipo de información a recoger y de los medios a utilizar está, en principio, determinada por los objetivos del plan de apoyo (Ver Tabla 1). Como se ha dicho, todo plan de apoyo tiene por objetivos reducir la frecuencia de la conducta problemática, e incrementar la frecuencia de habilidades alternativas (conductas alternativas, habilidades generales y habilidades de afrontamiento). El equipo de apoyo debe evaluar los cambios en estos aspectos a lo largo del tiempo de aplicación del plan y en los distintos contextos habituales de la persona. También se ha dicho que todo plan de apoyo persigue cambios amplios en el estilo de vida de la persona. Por tanto, el seguimiento debe incluir la evaluación de los efectos positivos del plan de apoyo. Por ejemplo, se debe evaluar un incremento en la participación de la persona en las actividades con otros; una mejora en la salud (menos medicación, menos quejas de dolores, etc.) y una mayor satisfacción de la familia o del personal de apoyo derivada de la aplicación del plan. En cuanto a la mejora en calidad de vida, ésta se puede constatar observando si la persona participa más en actividades cotidianas, si han aumentado las oportunidades de la persona para elegir y tomar decisiones y si se han incrementado sus relaciones sociales.

2. Cómo evaluar

El mejor método para recoger información será aquel que a) proporcione la información más pertinente para decidir los cambios a realizar, caso de que sea necesario; y b) interfiera lo menos posible en la vida cotidiana del individuo y en el trabajo del personal de apoyo.

Para valorar el incremento de habilidades y la reducción de conductas problemáticas el método más utilizado es la observación directa en los contextos habituales, recogiendo frecuencia de conductas (problemáticas o alternativas) por unidad de tiempo. Pero también, cuando se ha de recoger información en contextos donde no hay profesionales (familia, contextos de la comunidad, etc.) se pueden utilizar métodos indirectos o más informales como cuadernos de incidencias. Se puede constatar los cambios amplios en el estilo de vida, la salud, o la satisfacción de las personas implicadas, utilizando escalas de apreciación, cuestionarios y entrevistas dirigidas a distintos colectivos (familia, amigos, voluntarios, otros profesionales, etc.). Por otro lado los datos que nos ofrece la evaluación debe indicarnos si el personal de apoyo necesita de una formación adicional o de otras personas que les den apoyo a ellos.

Los instrumentos a utilizar pueden ser muchos y muy variados, la selección de unos u otros dependerá de los planteamientos que haga cada equipo de apoyo. Pero siempre se ha de tener presente una cuestión inicial antes de decidirse por un tipo de instrumentos: se debe valorar la utilidad de los instrumentos de evaluación ya existentes para recoger información. Es decir, si en el contexto donde se lleva a cabo la información existen determinados instrumentos como partes de incidencias, libros de notas, sistemas automáticos de registro, etc. habrá que valorar la utilidad de estos medios para no

sobrecargar de trabajo a los profesionales y sacar partido al medio de evaluación a los que los profesionales ya están acostumbrados y saben utilizar correctamente.

Otro aspecto que se ha de tener en cuenta para que un plan de apoyo sea efectivo es que debe tener un buen ajuste contextual. El ajuste contextual se refiere a la compatibilidad del plan de apoyo conductual positivo con el nivel de habilidades y motivación de los miembros del equipo que van a implantarlo y la capacidad del contexto donde se llevará a cabo, por ejemplo recursos, horarios, etc... (Albin, Lucyshyn, Horner and Flannery, 1996; Horner, 2000; Lucyshyn and Albin, 1993). Evaluar el ajuste contextual ayudará a que el equipo de apoyo continúe desarrollando el plan de apoyo a lo largo del tiempo. Podemos saber si un plan de apoyo conductual positivo es realista y razonable con los recursos, tiempo e intereses de quienes van a implantarlo y del centro donde vive la persona, comprobando si los miembros del equipo llevan a cabo los objetivos acordados. El registro de pocos datos o un número elevado de casillas en blanco nos indican que puede ser necesario un ajuste del contexto. Un momento crucial para tener un buen ajuste contextual es la elección de instrumentos de evaluación.

Tabla 1. Evaluación de los cambios

Qué información recoger

- Reducción en la frecuencia de conductas problemáticas
- Incremento en la frecuencia de habilidades
- Efecto positivos colaterales
- Mejoras en la calidad de vida
- Satisfacción de los implicados

Cómo recoger información

- Entrevistas
- Informes por medio de cuadernos de incidencias
- Escalas de apreciación de la conducta
- Observación directa en contextos habituales
- Documentos habituales del servicio

EVALUACIÓN DE LOS PROGRESOS

Además de decidir qué información recoger y cómo recogerla, el equipo de apoyo debe tener claro cómo tomar decisiones relativas al programa utilizando la información que se esté recogiendo.

En función de los datos que esté aportando la evaluación, el equipo deberá determinar si es necesario reevaluar alguno de los componentes de la intervención, si hay que fortalecer o modificar alguna estrategia de apoyo o si hay que ampliar el plan a otros ámbitos a los que en el momento presente no está llegando. Por ejemplo, se puede observar que el tiempo de espera para conseguir un refuerzo en una intervención de adquisición de habilidades es demasiado largo. Esta información puede utilizarse para modificar la intervención acortando el tiempo de consecución del refuerzo. Utilizamos los datos obtenidos incluso cuando nos indican que la conducta problemática está disminuyendo y las habilidades alternativas van en aumento. Por ejemplo, un plan de apoyo conductual positivo que al inicio se centraba en estrategias dirigidas a reducir la conducta problemática puede modificarse a lo largo del tiempo. Una vez que la conducta problemática ha descendido el plan de apoyo conductual positivo se dirigirá a objetivos más amplios del estilo de vida y a más largo plazo. En algunas situaciones, los datos de la evaluación, pueden indicar que un nuevo patrón de conducta está teniendo lugar, por ejemplo, cuando la persona comienza un nuevo curso en una clase nueva, una experiencia poco familiar o contexto desconocido puede dar lugar a la aparición de una nueva conducta problemática o de un aumento de la intensidad de las ya existentes. En este caso el equipo de apoyo debe decidir si es necesario una nueva evaluación funcional para comprender porque la conducta problemática ha aumentado.

Si el plan de apoyo está siendo eficaz, el equipo podrá constatar que la persona está incrementando sus habilidades, reduciendo su conducta problemática y avanzando hacia un nuevo estilo de vida más satisfactorio para él y para quienes le rodean. Si ocurre esto, la pregunta es: ¿cuál es el siguiente paso?, ¿los resultados que se están obteniendo justifican el mantenimiento del programa o debe ampliarse su ámbito de aplicación?

En caso de que se constate que los progresos son menores de lo esperado antes de iniciarse la aplicación del plan, la pregunta es ¿por qué no se han producido los cambios esperados?. Puede que las hipótesis funcionales fueran imprecisas o que el plan no resolviera los propósitos de las conductas problemáticas. También es posible que haya errores en la aplicación del plan o que existan otros factores no descubiertos, (como por ejemplo algún suceso contextual de carácter fisiológico).

Otra variable que pueden ser responsable de que un plan de apoyo conductual positivo no sea efectivo es un mal ajuste contextual. El equipo de apoyo puede tener correctamente identificada la función de la conducta problemática y tener seleccionadas unas estrategias de intervención perfectamente válidas. Sin embargo, puede ser necesario mejorar el ajuste contextual del plan de apoyo conductual positivo. Un plan de apoyo conductual positivo a menudo no permanece a lo largo del tiempo porque las personas encargadas de implantarlo no se han visto implicadas en el diseño, no han recibido una formación para ejecutar el plan, no tienen tiempo o recursos para hacer lo que el plan de apoyo conductual indica y no creen que el plan vaya a ser efectivo. (Albin, Lucyshyn, Horner and Flannery, 1996).

La clave para elaborar y desarrollar un plan de apoyo conductual positivo es que haya un ambiente de equipo de trabajo, no simplemente de grupo. Debe fomentarse una atmósfera de colaboración ya que si en el equipo hay problemas de comunicación entre los miembros, puede dar lugar a una pobre evolución del plan. Un plan de apoyo conductual positivo debe ser elaborado con la directa y activa participación de cada uno de los miembros del equipo de apoyo que van a implantarlo. Además, un plan de apoyo conductual positivo no puede llevarse a cabo si no es consistente con las habilidades, valores, recursos y apoyo administrativo de aquellos que implantarán el plan.

En cualquier caso, la ausencia de resultados no implica necesariamente que el trabajo se haya hecho mal. Lo que implica es la necesidad de volver a la evaluación funcional y no recurrir a intervenciones más restrictivas o que atenten contra la dignidad y calidad de vida de la persona.

Cualquier decisión que se tome sobre los resultados de la aplicación de un plan de apoyo requiere cautela, tener siempre en cuenta los valores y principios del Apoyo Conductual Positivo y valorar los cambios en función de las necesidades y circunstancias de la persona, que pueden cambiar mucho más rápido de lo que pueda hacerlo un plan de apoyo. En la Tabla 2 se recogen algunas preguntas importantes sobre la evaluación de los cambios originados por un plan de apoyo conductual.

Tabla 2. Preguntas sobre los cambios

Específicas

- ¿Ha aprendido habilidades nuevas que le permiten satisfacer sus necesidades de forma apropiada?
- ¿Se ha reducido la frecuencia de la conducta problemática?
- ¿Es suficiente esa reducción?
Si las adquisiciones de habilidades han sido pequeña o nula ¿qué se puede hacer para facilitar las adquisiciones?
- Si no se ha reducido la frecuencia de la conducta problemática, ¿se han aprendido habilidades alternativas nuevas?. ¿Qué se puede hacer para reducir más la frecuencia de la conducta problemática?
- Si ha habido un desarrollo escaso de habilidades nuevas o la reducción de conducta problemática ha sido pequeña, ¿el equipo de apoyo ha aplicado el programa de modo consistente?, ¿ha revisado las hipótesis funcionales y las estrategias de apoyo?

Generales

- Si se observa un incremento de habilidades nuevas y un descenso de conductas problemáticas, ¿Se ha planificado la generalización y el mantenimiento?, ¿se han valorado las mejoras en calidad de vida del individuo y su familia (Ej.: incremento de los intercambios sociales, salidas a la comunidad, participación en eventos sociales).
- ¿En general el número de relaciones sociales positivas se ha incrementado, reducido o permanece igual?
- ¿En general se ha incrementado, reducido o permanece igual el número de veces que la persona participa con su familia en actividades que él/ellos escogen?
- ¿En general la salud de la persona ha mejorado, empeorado o permanece igual?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción de la persona y su familia como resultado de la aplicación del plan de apoyo?

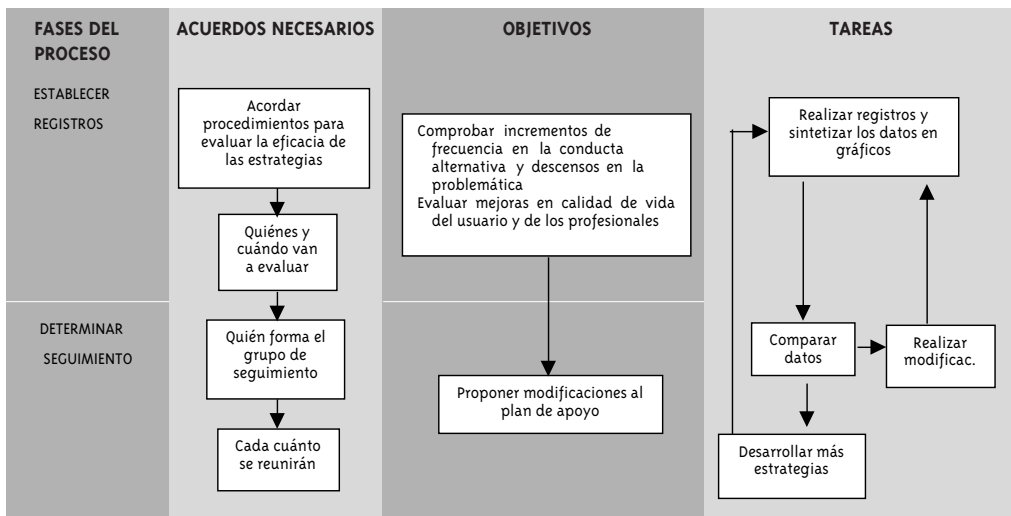
RESUMEN

En un plan de apoyo conductual positivo es necesario documentar el impacto que éste tiene en una persona que presenta conductas problemáticas y en su alrededor. Para evaluar dicho impacto el equipo de apoyo debe establecer que tipo de estrategias utilizará y estas dependerán de la complejidad de las conductas problemáticas que presenta la persona. Cada plan debe especificar los resultados observables que son registrados y utilizados para comprobar si un plan de apoyo está siendo efectivo.

La mayoría de los planes de apoyo conductual positivo requieren modificaciones, especialmente en las etapas iniciales del desarrollo de las estrategias de intervención, cuando se está organizando el tiempo y la formación de los miembros del equipo de apoyo alrededor del plan. Un plan de apoyo conductual positivo que es efectivo no permanece inalterable a lo largo del tiempo, al contrario probablemente es necesario llevar a cabo frecuentes ajustes, supresiones o añadir estrategias. Por ello el equipo necesita un proceso para obtener información que permita realizar modificaciones lógicas y efectivas en el plan de apoyo conductual.

A lo largo del capítulo se presenta los pasos a seguir para llevar a cabo el seguimiento de un plan de apoyo conductual. En la siguiente figura se recoge la fase del proceso así como los acuerdos necesarios, objetivos y tareas a realizar.

Seguimiento de un plan de apoyo conductual



**Experiencias de
apoyo conductual
positivo**

INTRODUCCIÓN

A continuación vamos a presentar dos experiencias de intervención en conductas problemáticas llevadas a cabo en dos centros pertenecientes a la Junta de Castilla y León. Este tipo de experiencias están siendo desarrolladas en todos los centros de dicha Institución. La primera vez que se realiza en el centro suele desarrollarse bajo el asesoramiento del grupo de trabajo regional y la universidad de Salamanca y posteriormente, por iniciativa del propio centro, se asume como herramienta de trabajo, pudiendo disponer de asesoramiento siempre que lo requiera.

PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN

El procedimiento de intervención desarrollado en ambas experiencias ha sido el expuesto teóricamente a lo largo del manual. El primer y fundamental paso es constituir un equipo de apoyo conductual, cuyo objetivo fundamental es lograr la coordinación de todos los profesionales implicados en la ejecución del programa. El equipo decide cada cuanto se reunirá para ir desarrollando el programa, siendo habitualmente de al menos una vez cada quince días.

El procedimiento consistió en la aplicación de las fases expuestas en la figura 1 del capítulo El proceso en el Apoyo Conductual Positivo. Es decir, una vez que se clasificó la conducta problemática se siguió con a) puesta en común sobre principios de intervención; b) evaluación funcional; c) elaboración del plan de apoyo conductual; d) ejecución de la intervención; y e) seguimiento del plan.

**Actuación en un centro
residencial para personas
con discapacidad psíquica
gravemente afectadas**

PRESENTACIÓN DEL USUARIO

Ramón es un varón de 25 años, diagnosticado de deficiencia mental severa y ceguera total. Necesita apoyo extenso para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria, su lenguaje es pobre y a veces defectuoso pero se hace entender y comprende órdenes sencillas. Ramón ha vivido desde la infancia internado en instituciones residenciales. En informes realizados en los centros anteriores ya se advierte de la presencia de conductas problemáticas como agresión, autoagresión y destrucción de objetos. Las visitas a su familia han sido siempre escasas y con problemas debido a las dificultades del medio familiar para controlar su conducta.

Al principio de su estancia en el centro actual, su comportamiento era aceptable, aunque presentaba conductas problemáticas de modo ocasional. Tres años después de su ingreso comenzó a incrementar sus conductas problemáticas de romper material, desgarrar su ropa, agresiones y autoagresiones. Los primeros intentos de control del comportamiento consistieron en tratamientos farmacológicos, combinados con medidas de protección e intervención en crisis, que no lograron resultados eficaces. A lo largo de los últimos 4 años Ramón ha pasado por periodos de varios días sin apenas presentar episodios de comportamiento problemático, combinados con temporadas cada vez más largas en las que el comportamiento problemático era cada vez más intenso y perturbador. La gran dificultad del personal del centro para controlar la conducta ha dado lugar que durante todo este tiempo no haya participado en actividades de ocio en la comunidad. Sus salidas de la residencia se pueden contar por sus visitas al servicio de urgencias de psiquiatría y dos estancias temporales en una unidad especializada para el tratamiento de problemas graves de conducta, distante 150 km. de su residencia habitual. Los resultados de esas estancias temporales fueron exactamente los que se pueden deducir por lo expuesto en la introducción: en la unidad especializada su comportamiento mejoró totalmente, pero la ausencia de un programa específico de seguimiento y generalización, así como la falta de programación del retorno a la residencia habitual, facilitaron la recuperación espontánea e inmediata del comportamiento problemático. A continuación se expone el procedimiento llevado a cabo una vez que se puso en marcha el equipo de apoyo conductual en el propio centro.

PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN

Puesta en común sobre principios de la intervención

Esta fase tiene por objeto exponer los principios del Apoyo Conductual Positivo, un planteamiento de intervención conductual basado en el respeto a la dignidad de la persona, sus valores, preferencias y metas, en el reconocimiento de que la presencia y frecuencia de las conductas problemáticas depende de factores contextuales y de que tiene una función para la persona que las realiza y en basar la intervención en la comprensión de la persona, su contexto social y la función de la conducta problemática.

El equipo de apoyo formado para la intervención asumió dichos principios, así como los compromisos de colaboración que aseguraran un buen ajuste a las necesidades del caso y del contexto donde se da el comportamiento problemático.

El último punto en esta fase del proceso consistió en acordar el plan de trabajo, incluyendo la frecuencia de las reuniones, las personas que participarían y los momentos del proceso en los que sería necesario un acuerdo del grupo para mantener el programa ajustado.

Evaluación funcional

La evaluación se inició cumplimentando dos cuestionarios.

El primero fue el cuestionario de evaluación general (CEG), disponible en los anexos, que está basado en el sistema 92 de la AAMR (Luckasson et al, 1992). En el se recogió información general sobre el usuario al igual que información sobre puntos fuertes y débiles en las 10 áreas de habilidades adaptativas, consideraciones ambientales y entorno óptimo. Este cuestionario fue completado por el asistente social, el psicólogo y el médico del centro siendo posteriormente puesto en común con el equipo de apoyo.

El segundo cuestionario es el cuestionario de evaluación funcional, que también se presenta en los anexos, adaptado del FAI de O'Neill et al (1997), recoge datos para la evaluación funcional.

Con el objetivo de mantener una visión compartida del problema y lograr un buen ajuste contextual, este cuestionario fue cumplimentado en grupo y todo su contenido fue leído, discutido y acordado en una reunión con todos los miembros presentes, en la que al final se acordó pasar a la observación directa de conductas problemáticas.

La observación se hizo por el procedimiento de Carr et al, (1996), recogiendo en fichas cada ocurrencia de las conductas (Ver Figura 6 Ficha de observación de la conducta problemática en el capítulo estrategias de evaluación funcional). Se recogieron más de 200 fichas durante todo el proceso. Con el objetivo de simplificar la intervención, las situaciones problemáticas registradas en las fichas fueron agrupadas en categorías funcionales aplicando el siguiente procedimiento: Para cada ficha se derivó una hipótesis funcional (evitar, obtener atención, objetos o actividades) atendiendo a la reacción social que la conducta provocaba en el entorno. Posteriormente, dentro de cada categoría, las fichas se agruparon según alguna característica que compartieran (atendiendo generalmente al contexto interpersonal en el que la conducta tenía lugar). Esa característica común constituía el tema de ese grupo de fichas.

Todos los temas fueron presentados y discutidos en el grupo de trabajo elaborándose un resumen de los problemas de comportamiento característicos de cada tema y la hipótesis funcional asociada. Se hicieron análisis funcionales, manipulando antecedentes o consecuencias, de aquellas conductas sobre las que no se alcanzó un acuerdo sobre su función. En la siguiente tabla se presenta parte del resumen del comportamiento problemático de Ramón.

HIPÓTESIS FUNCIONAL DE EVITAR			
Propósito: EVITA LA MEDICACIÓN			
Tema: Hora de tomar la medicación			
<i>Antecedente situacional</i>	<i>Antecedente inmediato</i>	<i>Conducta problemática</i>	<i>Consecuencia habitual</i>
Esta en la sala de estar Fichas n: 16, 22, 34, 48, 52, 60, 66, 72, 84, 101, 112, 125	Un profesional le ofrece la medicación	Se niega a tomarla	No se la vuelven a ofrecer
Le habían ofrecido anteriormente la medicación Fichas n: 18, 49, 53, 61, 67, 69, 79, 80, 81, 144, 145, 166	Está comiendo algún alimento (pan, magdalena) encuentra un comprimido entre el mismo	Escupe el comprimido, o se lo saca de la boca y lo tira	No toma la medicación

HIPÓTESIS FUNCIONAL DE OBTENER
 Propósito: OBTENER ACTIVIDAD
 Tema: Permanencia en la sala de estar

<i>Antecedente situacional</i>	<i>Antecedente inmediato</i>	<i>Conducta problemática</i>	<i>Consecuencia habitual</i>
Lleva tiempo en la sala de estar Fichas n: 19,20,32,41,51,54,55,56	Llama a alguien (para pedir ayuda)	Agrede a quien se le acerca	Un profesional le saca de la sala
Desconocido Fichas n: 31,57,58	Le acaban de sentar en una silla de la sala de estar o está entrando por la puerta	Agrede a quien está cerca	El profesional le vuelve a sacar de la sala
Desconocido Fichas n: 2,6,22,26	Está en la sala del módulo o dirigiéndose a ella	Vomita encima de la ropa o en el suelo	Sale de la sala de estar y le cambian de ropa

Propósito: OBTENER ATENCIÓN
 Tema: Momento del aseo personal

<i>Antecedente situacional</i>	<i>Antecedente inmediato</i>	<i>Conducta problemática</i>	<i>Consecuencia habitual</i>
Desconocido Fichas n: 15,27,38,45,59,68,82,92,109,121,135,140,149,168	Está sentado en el servicio y le dicen que vaya a la ducha	Se niega, grita y si se acerca alguien agrede	Varias personas le tratan de convencer
Desconocido Fichas n: 29, 33, 46, 69, 83, 93, 122,	Tiene la ropa al lado y le dicen que empiece a vestirse	Se niega, grita, insulta al profesional	Varias personas le dicen en diferente momento que se vista

Elaboración del plan de apoyo conductual

Una vez definidas las conductas problemáticas que presentaba el usuario, de haber formulado la hipótesis general y las específicas que parecían estar manteniendo dichas conductas se pasa a discutir los resúmenes resultantes para poder elaborar los diferentes diagramas que nos permitirían empezar a elaborar el plan de apoyo conductual, decidiendo sobre qué conductas se intervendrá primero. Estos diagramas consisten en seleccionar una conducta alternativa que compita funcionalmente con la conducta problemática y que responda a sus mismas variables contextuales (Horner y Billingsley, 1988; Hornmer et al. 1993; O'Neill et al, 1997). El punto esencial de la elaboración del diagrama está en acordar cual ha de ser la conducta alternativa.

A continuación se presentan algunos de los diagramas.

		<i>Conducta</i>		<i>Consecuencias</i>	
Sucesos contextuales	Antecedente Inmediato	Deseada	Problemática		
		Alternativa			
Desconocido	Un profesional le ofrece la medicación	La toma sin problema	La escupe o la coge y la tira al suelo	Desconocida	No la toma si él no la quiere
Desconocido	Se le dice "vamos a la ducha"	Se ducha sin problemas	Se niega, grita, agrede	Desconocida	Recibe atención de varias personas
Lleva tiempo en la sala sin hacer nada	Alguien se le acerca cuando le llama	Permanece en la sala	Agrede	Desconocida	Sale de la sala
Desconocido	Entra en la sala o está cerca de la entrada	Entra en la sala y se queda en ella	Agrede, vomita	Desconocida	Aún no entra en la sala
		Dice que aún no quiere volver			

Posteriormente se acordaron los procedimientos de intervención en las cuatro categorías de estrategias: a) antes de la conducta (estrategias contextuales y para los antecedentes inmediatos); b) durante la conducta (estrategias de enseñanza); c) después de la conducta (estrategias para las consecuencias); y d) intervención en crisis (estrategias para cuando aparece la conducta problemática). Estas estrategias tienen como finalidad promover la conducta apropiada y hacer que la conducta problemática sea irrelevante, inútil e ineficaz.

Finalmente, se acordaron los sistemas de registro y se escribió el plan de apoyo de acuerdo al siguiente modelo.

Estrategias de intervención

La intervención consistió en un planteamiento multicomponente que combinó una estrategia farmacológica y diferentes estrategias conductuales basadas en las propuestas de E. Carr et al. (1996) y en múltiples contextos. Las estrategias fueron las siguientes: Construcción de una relación positiva con la persona, proporcionar alternativas, mejorar la tolerancia a la demora del refuerzo y la inserción de actividades no deseadas en contextos facilitadores. Igualmente, la intervención en crisis combinó la inmovilización física y el tratamiento farmacológico con tranquilizantes.

La primera conducta prioritaria en la intervención fue la de negativa a tomar la medicación, debido a la importancia que conllevaba el no tomar adecuadamente las dosis prescritas. La siguiente conducta problemática prioritaria fue la que presentaba en la hora de aseo personal ya que el estado que generaba le repercutía posteriormente a lo largo de la mañana. A continuación se expone el procedimiento desglosado de ambas conductas.

Procedimientos de intervención en la conducta problemática de negación ante la medicación

Estrategias contextuales: Se le ofrecerá tomar la medicación una hora antes de la comida y sino la acepta se le vuelve a ofrecer media hora después del primer ofrecimiento.

Se revisa la medicación y se le cambia, además iría la mayor parte en forma de solución, lo que facilitaría el cumplimiento de la misma

Estrategias para los antecedentes inmediatos: Ofrecerle la medicación fuera del contexto del comedor para que identifique dos contextos diferentes y siendo siempre el personal de enfermería quien se la proporcione.

Estrategias de enseñanza: Se enseñará a Ramón a pedir la medicación que le corresponde en el momento adecuado. Si cuando se le ha ofrecido el indica el momento en que quiere tomarla (por ejemplo, "no, la tomo después del desayuno") se le ofrecerá de nuevo en ese momento advirtiéndole que es cuando él dijo que la tomaría. Si pide la medicación después del segundo ofrecimiento ya no se le dará advirtiéndole que debe tomarla antes.

Estrategias para las consecuencias: Se reforzará tanto socialmente como a través de actividades u objetos cada vez que acepta tomar la medicación.

Procedimientos de intervención en la conducta problemática de negarse y agredir en las actividades de aseo personal

Estrategias contextuales: Si es posible se le proporcionará unos minutos de interacción cuando está en el wc si ha salido espontáneamente.

Estrategias para los antecedentes inmediatos: Los procedimientos específicos incluyen:

1. Una vez iniciado el contacto social con el usuario en el wc para llevarle a la ducha, no suspender el contacto hasta que esté vestido.
2. Decirle que si quiere que le duche alguien que lo pida
3. Decirle que llame a otros profesionales si quiere contacto social con ellos.
4. No nombrar la palabra ducha.

Estrategias de enseñanza:

Después de que el usuario se haya vestido, llevar a cabo una sesión de diez minutos con el usuario para que practique llamar a otras personas cuando está vestido ("nombre del profesional" ya estoy vestido").

Estrategias para las consecuencias:

1. El cuidador que le ha duchado debe decirle: "que guapo estas ahora que estas seco (o algo parecido)" que reconozca que es valioso que se haya duchado.
2. Una vez que se ha vestido el cuidador reconoce el hecho valorándolo positivamente y le ayudará a que llame a quienes se encarguen de proporcionarle atención individual.
3. Proporcionarle atención individualizada después de estar duchado y vestido.
4. Si durante el camino a la ducha, durante la ducha o el vestido inicia el comportamiento problemático no se proporcionará atención verbal y se llevarán a cabo las estrategias de control, para evitar que se agreda o agreda a otros, descritas en el apartado siguiente.
5. Si inicia insultos u otras conductas breves que no sean agresión ni autoagresión se ignorarán y podrán hacerse preguntas como: "cómo tienes que pedirme las cosas".

Estrategias de control de crisis

Crisis de agitación: Puede que el usuario esté agitado. Se entiende por agitación la presencia simultánea o sucesiva sin interrupciones de respiración rápida, inquietud motora (no para quieto y toquetea todo su cuerpo), no deja de hablar, auto-agresiones y agresiones continuas a otros.

Respuestas a las situaciones:

1. Si el usuario no está agitado, y se niega a ducharse:
 - El profesional encargado le hablará y tratará de convencerle por las buenas de que vaya a la ducha. Si inicia comportamientos problemáticos esporádicos aplicará la contingencia número 5 del apartado anterior, tratando también de motivar a Ramón para que se duche.
 - En caso de que ninguna estrategia de resultado, solicitará ayuda de dos personas o las que en principio sean necesarias, que le sujetarán para que no agreda ni se agreda, evitando por encima de todo causar daño al usuario. El profesional encargado de ducharle será quien en todo momento determine la intensidad de la sujeción y orientará la conducta de las demás personas que le están sujetando y que siempre permanecerán en silencio (dentro de lo posible). Si por cualquier causa la persona que le está duchando o vistiendo, necesita algo que no está a su alcance se recomienda informar a Ramón que se le deja solo por un momento porque va a buscar tal cosa (no hay que olvidar que el usuario tiene ceguera total), también puede optar por pedirselo a un compañero.
2. Si el usuario está agitado y se niega a ducharse:

El profesional encargado avisará al servicio médico quien bajo su criterio decidirá si es necesario aplicar algún tipo de medicación para llevar a cabo un control en crisis.

Seguimiento y evaluación

Se han elaborado dos sistemas de registros de la conducta problemática:

- a) Ficha donde se registra la conducta de Ramón durante el primer periodo de la mañana. Abarca desde el momento en que se levanta hasta que se ha vestido. Recogiendo el esta-

do en que se encuentra el usuario (tranquilo, alterado o agitado), así como si se han llevado a cabo o no las estrategias para los sucesos contextuales y para las consecuencias.

b) Ficha de registro en el momento que se ofrece la medicación

A continuación se presentan los registros utilizados:

REGISTRO TOMA DE MEDICACIÓN

<i>Día:</i>	<i>Toma medicación</i>	<i>Hora prescrita</i>	<i>Hora a la que la toma</i>	<i>Dónde se la ofrece</i>	<i>Dónde la toma</i>	<i>Quien la ofrece</i>	<i>Presencia de C-P anterior</i>	<i>Presencia de malestar físico</i>
Desayuno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Merienda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cena	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SEGUIMIENTO R. G. EN LA HORA DEL BAÑO

Indíquese lo que ocurre en cada momento de la actividad. (Sí ocurre; No ocurre)

LEVANTARSE		W. C.		DUCHA		VESTIDO	
Hora de inicio	Hora de inicio	Hora de inicio	Hora de inicio	Hora de inicio	Hora de inicio	Hora de inicio	Hora de inicio
Tranquilo	Tranquilo	Tranquilo	Tranquilo	Tranquilo	Tranquilo	Tranquilo	Tranquilo
Alterado	Alterado	Alterado	Alterado	Alterado	Alterado	Alterado	Alterado
0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9
Se inicia conversación	Se inicia conversación	Se inicia conversación	Se inicia conversación	Se inicia conversación	Se inicia conversación	Se inicia conversación	Se inicia conversación
Se niega a salir	Se niega a salir	Se niega a salir	Se niega a salir	Se niega a salir	Se niega a salir	Se niega a vestirse	Se niega a vestirse
Su conducta cambia	Su conducta cambia	Su conducta cambia	Su conducta cambia	Su conducta cambia	Su conducta cambia	Su conducta cambia	Su conducta cambia
Tranquilo	Tranquilo	Tranquilo	Tranquilo	Tranquilo	Tranquilo	Tranquilo	Tranquilo
Alterado	Alterado	Alterado	Alterado	Alterado	Alterado	Alterado	Alterado
0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9	0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9
Sale al W. C.	Sale a la ducha	Sale a la ducha	Sale a vestirse	Le sujetan personas	Termina de vestirse personas		
Se consulta S. Médico	Se consulta S. Médico	Se consulta S. Médico	Se consulta S. Médico	Se consulta S. Médico	Se consulta S. Médico	Se consulta S. Médico	Se consulta S. Médico
Le ponen inyección	Le ponen inyección	Le ponen inyección	Le ponen inyección	Le ponen inyección	Le ponen inyección	Le ponen inyección	Le ponen inyección
Se lleva a Aislamiento	Se lleva a Aislamiento	Se lleva a Aislamiento	Se lleva a Aislamiento	Se lleva a Aislamiento	Se lleva a Aislamiento	Se lleva a Aislamiento	Se lleva a Aislamiento

Alterado: Se entiende que el usuario está alterado cuando intenta pegar o se autoagrede con control, ha ensuciado con heces mobiliario, insulta al personal, intenta romper ropa...

Agitado: Se entiende por agitado cuando el usuario presenta respiración rápida, inquietud motora (no para quieto y toquetea todo su cuerpo), no deja de hablar, se autoagrede y agrade continuamente a otros sin que tenga control.

Ante una crisis de agitación se pondrá la inyección bajo estricto criterio médico

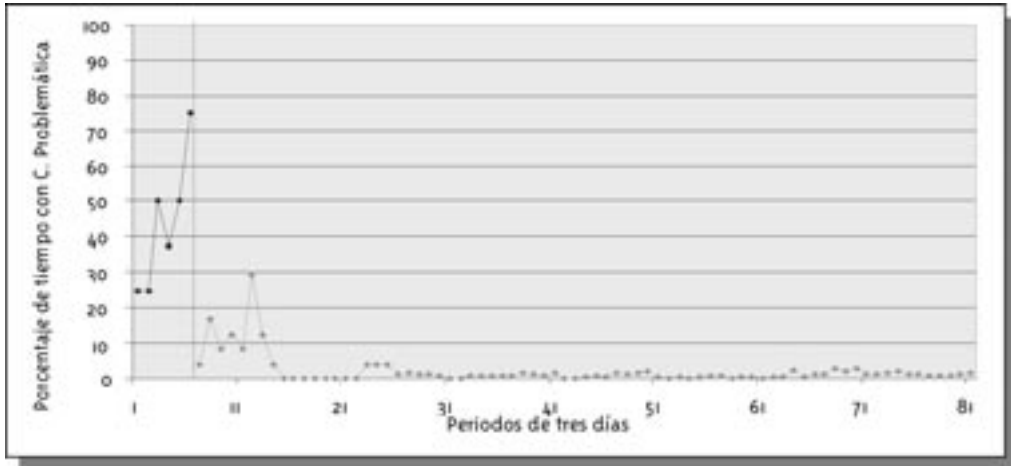
RESULTADOS

El plan de apoyo se fue revisando para comprobar la eficacia que tenía. A la vez que iban decreciendo las conductas problemáticas en las que se intervenía directamente se fue abarcando más conductas a las que aplicar estrategias de intervención. Otras conductas iban desapareciendo según se aprendían conductas nuevas.

El gráfico representa el porcentaje de intervalos de tiempo en que Ramón presenta cualquier tipo de conducta problemática durante los seis días de línea base y la evolución de su comportamiento durante el tratamiento en periodos de tiempo de tres días. Durante la línea base, Ramón presentó una media del 43,75% de intervalos de tiempo con conducta problemática. En los tres primeros días de tratamiento la conducta problemática se redujo a solo el 4% de los intervalos. Luego se observa una variabilidad en la respuesta al tratamiento que duró 24 días, lo cual puede reflejar, no solo el proceso de aprendizaje del sujeto, sino también el proceso de adaptación a las nuevas estrategias y de coordinación por parte de los profesionales. Posteriormente a ese periodo se inicia una fase en la que el porcentaje de intervalos de tiempo con conducta problemática es de cero. Son los 24 días siguientes. A partir de ahí, la oscilación en la conducta problemática durante los siguientes 180 días que duró el seguimiento del programa es mínima, con periodos en los que no hay conducta problemática y con una media de porcentaje de intervalos de 0,88%.

Cómo ya se ha dicho en el manual un plan de apoyo conductual positivo no termina nunca ya que debe ser revisado y modificado cada cierto tiempo enfocándose hacia una mejora general en el estilo de vida de la persona.

Comportamiento problemático de Ramón.



**Actuación en un centro
residencial para personas
con discapacidad psíquica
moderadamente afectadas**

PRESENTACIÓN DEL USUARIO

Andrés es un varón de 46 años de edad diagnosticado de deficiencia mental límite con deterioro por alcoholismo. Necesita apoyos intermitentes en el cuidado personal, y vida en el hogar presentando también limitaciones en la comunicación y las habilidades sociales las cuales se ven repercutidas por la soriasis que padece. Proviene de una familia con pocos recursos económicos, cuya fuente de ingresos son las labores ganaderas del padre de familia, las cuales les obligan a estar en continuo desplazamiento. Este ir y venir de un lugar a otro impide que Andrés tenga unas relaciones sociales estables, que acuda a un centro escolar y que en algunos lugares sea tratado como "el tonto del pueblo", llegando incluso a recibir malos tratos por algunos convecinos. Ha realizado algunos trabajos en la comunidad cuando vivía con la familia, quien posteriormente pide la jubilación por invalidez coincidiendo estos momentos con una adicción al alcohol. Esta adicción se ve agravada con el excesivo consumo de tabaco y por problemas familiares. A los 44 años tras la muerte de la madre se le convence para ser ingresado en el centro ocupacional. Él piensa que va a vivir en una residencia de personas mayores y estas expectativas no coinciden con la realidad, rechazando a los más jóvenes del centro. Lleva poco tiempo en el centro y casi desde el comienzo presenta varias conductas problemáticas que especificamos en el procedimiento de intervención

A continuación se expone el procedimiento llevado a cabo una vez que se puso en marcha el equipo de apoyo conductual en el propio centro.

PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN

Puesta en común sobre principios de la intervención

Comenzamos por esta fase cuyo objetivo como ya se ha dicho es asumir los principios del Apoyo Conductual Positivo, tener una visión compartida del estilo de vida del usuario y las conductas problemáticas que presenta y establecer unas reglas.

El equipo de apoyo formado para la intervención asumió dichos principios, así como los compromisos de colaboración que aseguraran un buen ajuste de la intervención a las necesidades del caso y del contexto donde se da el comportamiento problemático. Por último se acordó el plan de trabajo, incluyendo la frecuencia de las reuniones, las personas que participarían y los momentos del proceso en los que sería necesario un acuerdo del grupo para mantener el programa ajustado.

Evaluación funcional

La evaluación funcional al igual que el caso anterior comienza con la obtención de información a través de dos cuestionarios: el cuestionario de evaluación general y el cuestionario de evaluación funcional. Una vez puesta en común la información para obtener una visión compartida, se comienzan a establecer las hipótesis. Andrés presentaba las siguientes conductas problemáticas

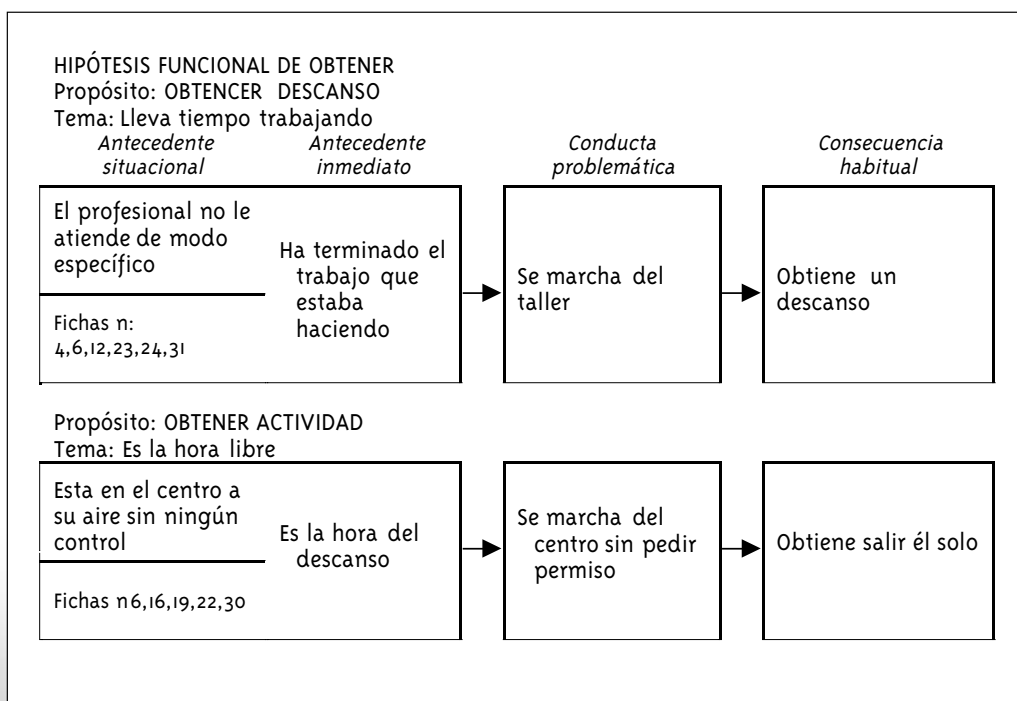
- *Insulta y amenaza*: cuando no se le da tabaco o le corriges delante de otra persona. Cuando le insulta otro usuario y sobre todo si hay un profesional cerca.
- *Se va del centro sin pedir permiso*: si no tiene tabaco se marcha al pueblo sin avisar a nadie, saliendo por la puerta de emergencia.

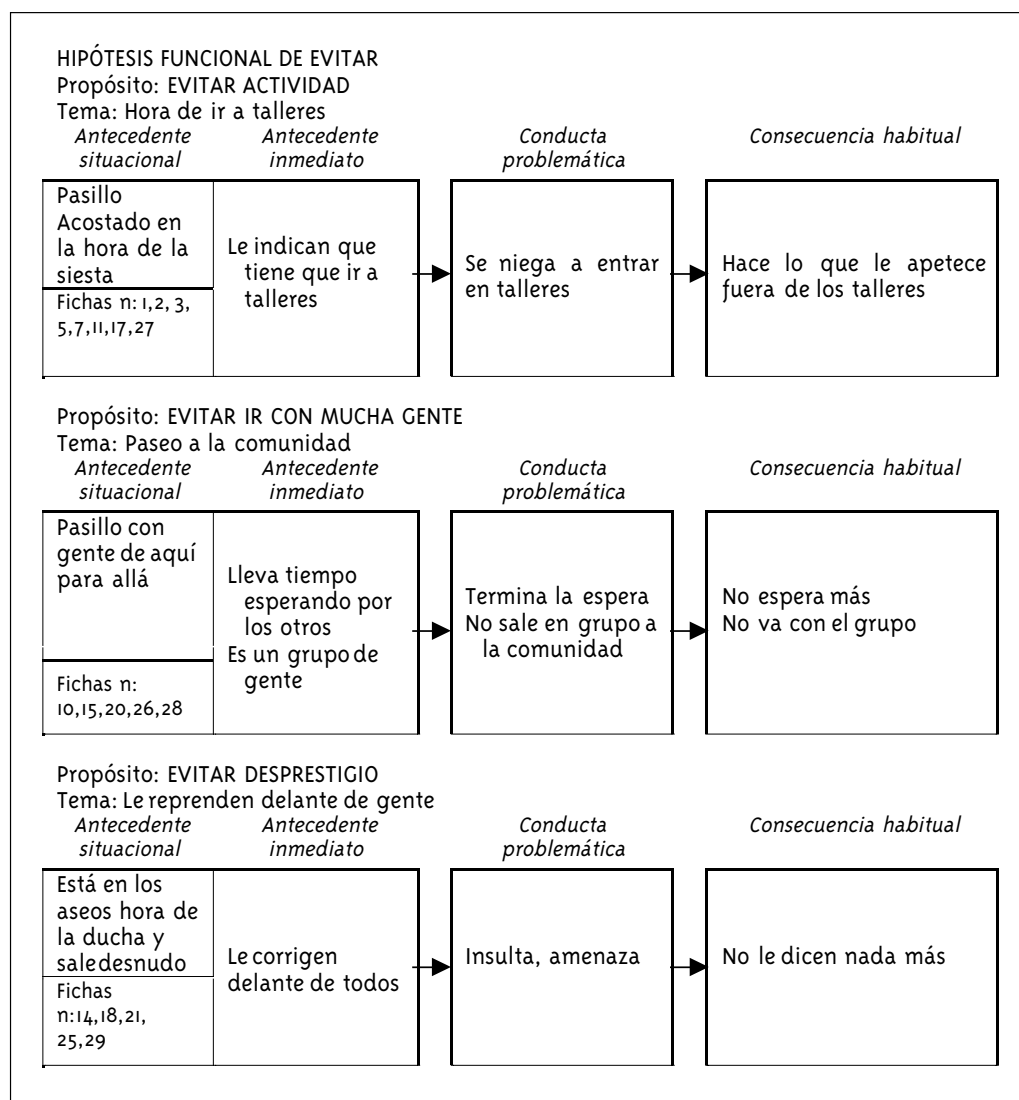
- *Se niega a entrar en talleres:* cuando un profesional le avisa que es la hora de ir a talleres dice que él no va.
- *Se marcha del taller:* cuando el profesional está atendiendo a otro usuario, ha terminado la tarea que le indicaron o le corrigen si ha hecho algo mal, se va del taller sin avisar.

Hipótesis general:

Andrés se considera un jubilado, entra en el centro con otra expectativa del mismo. Ha estado trabajando durante varios años, disfruta de una pensión y va a ir a vivir a un centro residencial para personas mayores. Un lugar donde él no va a tener que hacer nada sino ver pasar los días, haciendo lo que a él le guste, en el momento que quiera, aunque a lo largo de su vida no ha practicado ningún hobby, ni ha tenido un tiempo libre planificado. Además tendrá el servicio de varias personas a su disposición.

Cuando llega al centro la realidad que encuentra es totalmente diferente. Encuentra un lugar donde hay chicos más jóvenes que él, y la mayoría de ellos, con una discapacidad psíquica superior a la suya. Un lugar donde hay unas normas, unos horarios establecidos y unos talleres a los que se debe acudir puntualmente todos los días, para hacer unas tareas que después quedan en el taller.





Elaboración del plan de apoyo conductual

Una vez definidas las conductas problemáticas que presentaba el usuario, de haber formulado la hipótesis general y las específicas que parecían estar manteniendo dichas conductas se pasa a discutir los resúmenes resultantes. Dichos resúmenes nos van a guiar a la hora de elaborar los diferentes diagramas que nos permitirían empezar a diseñar el plan de apoyo conductual, decidiendo sobre qué conductas se intervendrá primero. Estos diagramas consisten en seleccionar una conducta alternativa que compita funcionalmente con la conducta problemática y que responda a sus mismas variables contextuales (Horner y Billingsley, 1988; Hornmer et al. 1993; O'Neill et al, 1997). El punto esencial de la elaboración del diagrama está en acordar cuál ha de ser la conducta alternativa, pues es esta conducta sobre la que se va incidir.

A continuación se presentan los diagramas que se elaboraron para el usuario en cuestión.

		<i>Conducta</i>	<i>Consecuencia</i>
Sucesos contextuales	→ Antecedente Inmediato	Deseada Problemática Alternativa	→ |→
No tiene tabaco o le queda poco	→ Ningún profesional controla su conducta	→ Está en el centro Se va del centro sin avisar Avisa cuando se va y cuando vuelve	→ Desconocido |→ Obtiene tabaco |→ Obtiene salir
No tiene tabaco	→ Se le manda ir al taller	→ Obedece Dice que no quiere y no entra Elige ir a los 10 min	→ Desconocido |→ Evita la actividad establecida
Desconocido	→ El profesional está atendiendo a otro Terminó su tarea	→ Está en el taller Se va del taller Dice que se marcha	→ Desconocido |→ Obtiene un descanso
Desconocido	→ Llega gente pero aún faltan	→ Baja con todos Ya no quiere ir Va él solo antes o después del grupo	→ Desconocido |→ Evita esperar más |→ Evita ir en grupo
Desconocido	→ Alguien le corrige delante de otros	→ Permanece callado Insulta, amenaza Pide ayuda	→ Desconocido |→ Evita el desprestigio

Posteriormente se acordaron los procedimientos de intervención en las cuatro categorías de estrategias: a) antes de la conducta (estrategias contextuales y para los antecedentes inmediatos); b) durante la conducta (estrategias de enseñanza); c) después de la conducta (estrategias para las consecuencias); y d) intervención en crisis (estrategias para cuando aparece la conducta problemática). Estas estrategias tienen como finalidad promover la conducta apropiada y hacer que la conducta problemática sea irrelevante, inútil e ineficaz.

Finalmente, se acordaron los sistemas de registro y se escribió el plan de apoyo de acuerdo al modelo siguiente.

Estrategias de intervención

En el caso de Andrés la conducta que más preocupaba a los profesionales del centro era la de salir del mismo sin avisar a nadie. No es que no pudiera salir ni que tuviera que pedir permiso para ello, lo que se le pedía era que avisara a los profesionales para que estos supieran donde se encontraba. Fue sobre la conducta que primero se intervino y sobre la que se hizo mayor hincapié.

Estrategias para los sucesos contextuales:

El suceso contextual que se ha identificado más claramente ha sido la falta de tabaco.

Para controlarlo:

- La persona indicada para ello, le sigue dando sólo 8 cigarrillos al día.
- Seguimos dejándole fumar en los lugares donde está permitido. Para que él controle esos lugares señalizaremos visualmente aquellos sitios donde no se puede fumar. Comenzamos por unos cuantos lugares y después iremos aumentando los sitios. Seremos coherentes, no pondremos un cartel de prohibido fumar en los lugares donde, aunque está prohibido, la gente fuma.
- Cuando tenga que ir a talleres le avisaremos 10 minutos antes, indicándole que le da tiempo, si quiere, a fumar un cigarrillo antes de entrar.
- En las salidas habituales diremos a Andrés que vamos a salir, y si quiere puede aprovechar para ir a comprar tabaco.

La estrategia de avisarle 10 minutos antes de ir a talleres, también la aplicaremos cuando esté dormido en la hora de la siesta, aunque en este momento no es para que aproveche a fumar si no para que se vaya desperezando.

Estrategias para los antecedentes inmediatos:

- En aquellos contextos donde sabemos que Andrés comete errores, antes de que termine la actividad, le ofreceremos ayuda.
- En las situaciones de taller :
 - Le daremos a elegir, ir al taller cuando le avisan ó 10 minutos más tarde.
 - Le indicaremos el propósito o utilidad que tiene para él la actividad que va a hacer
 - Una vez que el maestro de taller le ha puesto una actividad, le avisa que va a atender a los demás y que si quiere salir un rato que se lo diga.
 - El maestro de taller cuando ve que Andrés está terminando la tarea le dice que cuando termine le avise.
 - Cuando Andrés le dice que ha terminado la tarea, el maestro de taller le pregunta que si quiere salir un rato.
 - Programaremos, en una sesión específica con Andrés, las actividades que va a hacer esa semana.
 - Cuando preveamos que Andrés se fuera del centro el profesional le dirá que si quiere salir, que le avise que se va, y cuando regrese le diga que ya está en el centro. Le informaremos que como no nos avise cuando se marcha del centro se quedará por la noche sin escuchar la radio.
- En los momentos de salida en grupo a la comunidad:

- Procuraremos que sea de los últimos en estar listo para salir.
- Le ofreceremos que, si está listo, puede irse y esperar al grupo en algún lugar (biblioteca, kiosco...), o salir un poco después que el grupo y le esperan en algún sitio.
- Planificaremos con él las salidas de la semana a la comunidad, ofreciéndole elegir hasta el último momento entre dos actividades cada vez que salen.

Estrategias de enseñanza:

Debemos enseñar a Andrés a:

- Pedirnos ayuda cuando la necesita
- Elegir el momento en el que quiere hacer algo (ir a talleres, ir con el grupo a la comunidad)
- Avisarnos que se marcha, del centro o del taller, o que ha terminado de hacer una actividad. Él sabe decir que se va pero debemos enseñarle a avisarnos.

Estrategias para las consecuencias:

- Le proporcionaremos ayuda primero sin que él nos la pida, pero ofreciéndosela nosotros no sólo física sino también verbalmente. Iremos desvaneciendo la forma de enseñarle a pedir ayuda.
- *Incrementaremos su prestigio social*, reconociéndole públicamente lo bien que hace las cosas y que pide ayuda cuando la necesita.
- *Le permitiremos la opción que elija*, tanto de ir a talleres en el momento ó 10 minutos después, como salir antes, después o con el grupo a la comunidad. En el caso de que decida ir al taller en el momento en que le avisan, va a los 10 minutos, o sale a la comunidad con el grupo, le ofreceremos hacer una actividad que a él le guste.
- *Proporcionaremos un apoyo* cuando decide ir al taller a los 10 minutos, o salir después que el grupo. Un profesional le indicará que ya debe ir a talleres o salir donde el grupo le espera.
- Cuando ha decidido ir más tarde (a talleres o a la comunidad) y *no lo cumple*, primero *trataremos de convencerle*. Si no lo conseguimos Andrés permanecerá en un sitio determinado durante el tiempo que dure la actividad que no ha querido realizar.

Con la conducta de avisarnos:

- Cuando nos avisa de que se marcha (del taller o del centro), le dejaremos ir, pero le daremos un sobre para que lo entregue o bien al cuidador de su módulo o al conserje (depende del lugar de donde se va). Cuando pasa el tiempo correspondiente, el cuidador (después de hablar con Andrés un rato o a los 10 minutos aproximadamente) o el conserje (cuando ve que vuelve al centro), le devuelve el sobre para que lo entregue de nuevo o al maestro de taller (para que vuelva a las actividades), o al cuidador (para que le avise de que ha vuelto al centro).

No debemos olvidar incluir en el sobre una nota que informe, a quien recoge el sobre, de la estrategia que se está llevando a cabo, y lo que debe hacer o decir a Andrés.

Cuando no nos avisa que se marcha:

- En un primer momento no le retendremos, pero después hablaremos con él diciéndole que debe avisarnos cuando se va. La reprimenda no debe durar más de 30 segundos.
- Si se ha ido del centro, en el momento que lo sepamos, le retiraremos la radio de su habitación.

- Si se ha ido del taller, el profesional que le ve y no recibe ningún sobre, no le dirá nada ni le prestará ningún tipo de atención.

Estrategias de control de crisis

La clave fundamental de este tipo de actuaciones es la disuasión y la consecuencia natural a una conducta. Debemos disuadir al usuario que no puede agredirnos ni amenazarnos, y que si realiza una conducta que supone un abuso de un privilegio le costará la pérdida de otro privilegio. De este modo en aquellas situaciones en las que:

Se marcha del centro sin avisar:

- En el momento en que sabemos que Andrés se ha ido sin avisar, le retiramos su aparato de radio de la habitación.
- Por la noche cuando pregunte por la radio se le contesta preguntándole si ha salido y ha avisado. De nuevo le indicamos que cuando no avisa que se va del centro, por la noche no podrá escuchar la radio. En este momento es fácil que Andrés reaccione insultando, amenazando o incluso intentando agredir, para evitarlo deben de estar presentes en el lugar aquellos profesionales que se estime oportuno. Sólo hablará una persona y el tono será tranquilo y normal, el resto de profesionales está para disuadir a Andrés que no debe amenazar ni agredir.
- A la mañana siguiente se vuelve a dar la radio a Andrés, volviéndole a avisar de que si quiere salir le diga al cuidador que se va y le avise cuando haya regresado.
- Si no nos avisa cuando regresa no le quitamos la radio, pero cuando le veamos le indicaremos que debe avisarnos cuando vuelve. La reprimenda debe durar como máximo 30 segundos.

No quiere ir a talleres o salir con el grupo a la comunidad en una salida programada:

- Primero trataremos de convencerle de que debe ir a talleres.
- Si no le convencemos le mantendremos en un lugar determinado donde no pueda hacer cosas que a él le gustan, durante el tiempo que dura la actividad que debería haber hecho.

Seguimiento del plan:

Registraremos la hora a la que Andrés nos avisa que se va del centro y la hora a la que realmente se va, al igual que la hora a la que vuelve y la hora a la que nos dice que ya está de regreso.

Creamos una comisión de seguimiento formada por el psicólogo, un cuidador de su módulo, un educador, un maestro de taller y el responsable de residencia. Esta comisión evaluará los progresos obtenidos y revisará o modificará las estrategias oportunas una vez cada quince días.

Referencias bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBIN, R. W., LUCYSHYN, J. M., HORNER, R. H. y FLANNERY, K. B. (1996). "Contextual Fit for behavioral support plans: A model for 'goodness-of-fit'". L. K. Koegel, R. L. Koegel, & G. Dunlap (Eds.), *Positive behavioural support: Including people with difficult behavior in the community* (pp. 81-98). Baltimore: Paul H. Brookes.
- AMAN, M. G. y MADRID, A. (1999). *Atypical antipsychotics in persons with developmental disabilities. Mental Retardation and Developmental Disabilities*. 5: 253-263.
- BAER, D. M., WOLF, M.M. y RISLEY, T.R.(1968). "Some current dimensions of applied behavior analysis". *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- BAILEY, J. S. y PYLES, D. A. M. (1989). "Behavioral diagnostics". E. Cipani (Ed), *The treatment of severe behavior disorders: Behavior analysis approaches* (pp. 85-107). Washintong, D.C., American Association on Mental Retardation.
- BAMBARA, L. M. y KNOTER, T. P. (1995). *Guidelines: Effective behavioral support*. Pennsylvania Department of Education, Harrisburg, Pennsylvania.
- BAMBARA, L. M. y KNOTER, T. P. (1998). "Designing positive behavior support plans". *Innovations* (n 13). Washinton, D.C., American Association on Mental Retardation.
- BIJOU, S. W. y BAER, D. M. (1961). *Child development I: A systematic and empirical theory*. Englewood cliffs, N.J., Prentice Hall.
- BIJOU, S.W. PETERSON, R.F. y AULT, M.H. (1968). "A method to integrate descriptive and experimental field studies at the level of data and empirical concepts". *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 175-191.
- BOURAS, N. (1999). *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and Mental Retardation*. Cambridge University Press, New York.

- BROWNING, R. y STOVER, D. (1971). *Behavior modification in child treatment: An experimental and clinical approach*. Chicago, Aldine Atherton.
- CARR, E.G. (1998). *Temas emergentes en el análisis funcional del comportamiento problemático*. Siglo Cero, 29 (5) nº 179.
- CARR ET AL., (1999) *Positive behavior support for people with developmental disabilities: A research synthesis*. American Association on Mental Retardation Monograph Series, Washington, D.C., American Association on Mental Retardation.
- CARR, E., REEVE, C.E. y MAGITO-McLAUGHIN, D. (1996). "Contextual influences on problem behavior in people with developmental disabilities". L. K. Koegel, R. L. Koegel y Dunlap (Eds.). *Positive Behavioral Support: Including people with difficult behavior in the community*. Baltimore: Brookes.
- CARR, E. G., LEVIN, L., McCONNACHIE, G., CARLSON, J. I., KEMP, D. C., y SMITH, C. E., (1996). *Intervención comunicativa sobre problemas de comportamiento*. Madrid, Alianza.
- CARR, E. G., LEVIN, L., McCONNACHIE, G., CARLSON, J. I., KEMP, D. C., SMITH, C. E., y MAGITO McLAUGHLIN, D. (1999). "Comprehensive multisituational intervention for problem behavior in the community: Long-term Maintenance and social validation". *Journal of Positive Behavior Interventions*, 1, 5-25.
- CARR E. G., HORNER, R. H., TURNBULL, A., MARQUIS, J., MAGITO-McLAUGHLIN, D., McATEE, M., SMITH, C. E., ANDERSON-RYAN, K. A., RUEF, M. B. Y DOOLABH, A. (1999b) "Positive behavior support for people with developmental disabilities: A research synthesis (American Association on Mental Retardation)". *Monograph Series*, Washington, D.C., American Association on Mental Retardation.
- CLARKE, D. J., KELLEY, S. THINN, K. y COBERT, J. A. (1990). "Psychotropic drugs and mental retardation: I. Disabilities and the prescription of drugs for behaviour and for epilepsy in three residential settings". *Journal of Mental Deficiency Research*. 1990 Oct; Vol 34(5): 385-395.
- CHADSEY-RUSCH, J. y SPRAGUE, R. L., (1989). "Maladaptive behaviors associated with neuroleptic drug maintenance". *American Journal of Mental Retardation*, 93 607-617.
- COLE, D. A. y MEYER, L. H. (1989). "Impact of family needs and resources on the decision to sep out-of-home placement". *American Journal of Mental Retardation*, 93, 380-387.
- CRONE, D. A. y HORNER, R. H.(2000). *Contextual, conceptual and empirical foundations of functional behavioral assessment in schools*. Exceptionality Vol 8(3): 161-172.
- DIDDEN, R., DUKER, P. C. y KORZILIUS H. (1997). "Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation". *American Journal on Mental Retardation*. 101 (4): 387-399.
- DURAND, V. M. y CARR, E. (1985) "Self-injurious behavior: Motivating conditions and guidelines for treatment". *School Psychology Review*. 14, 171-176.
- DURAND, V. M. (1990) *Functional communication training: An intervention program for severe behavior problems*. New York, Guilford.
- DUNLAP, G., FERRO, J. y DEPERCEL, M. (1994). "Nonaversive behavioral intervention in the community". E. Cipani y F. Spooner (Eds.), *Curricular and instructional approaches for persons with severe handicaps*. New York, Allyn & Bacon.

- DUNLAP, G. y KERN, L. (1993). "Assessment and intervention for children within the instructional curriculum". J. Reichle and D. Wacker (Eds.), *Communicative approaches to the management of challenging behavior*. (pp 177-203). Baltimore, Paul H. Brookes.
- DYER, K. I. (1987). "The competition of autistic stereotyped behavior with usual and specially assessed reinforcers". *Research in Developmental Disabilities*, 8, 607-626.
- EMERSON, E., MCGILL, P. y MANSELL, J. (1995). *Severe Learning disabilities and challenging behaviours. Designing high quality services*. Ed. Chapman & Hall.
- EVANS, I. M. y MEYER, L. H. (1985). *An eductive approach to behavior problems: A practical decision model for interventions with severely handicapped learners*. Baltimore, Paul H. Brookes.
- FLÓREZ, J. (1995). *La farmacología de las conductas anormales en la deficiencia mental*. Siglo Cero., 25 (4): 5-25.
- FOX, L., VAUGHN, B. J., DUNLAP, G. y BUCY, M. (1997). "Parent-professional partnership in behavioural support: A qualitative analysis of one family's experience". *The Journal of the association for Person with Severe Handicaps*, 22 186-195.
- GARDNER, W. I., y SOVNER, R. (1994). *Self-injurious behavior*. Willow Street, P.A: VIDA.
- HILL, B. K. y BRUININKS, R. H. (1984). "Maladaptive behavior of mentally retarded individuals in residential facilities". *American Journal of Mental Deficiency*. 1984 Jan; Vol 88(4): 380-387.
- HARRIS, W. M. (1996). "The legal system and persons with disabilities". Duran, E. *Teaching students with moderate/severe disabilities, including autism: Strategies for second language learners in inclusive settings* (2nd ed.). (pp. 30-49). Springfield, US.
- HAYES, R. P. (1987) "Training for work". In D. C. Cohen y A. M. Donnellan (Eds). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp 360-371). New York: Wiley.
- HAYES, S. C., NELSON, R. O. y JARRETT, R. B. (1987). "The treatment utility of assessment: A functional approach to evaluating assessment quality". *American Psychologist*. 42, 963-974.
- HIENEMAN, M., y DUNLAP, G. (1998). *Positive behavioral support: Guidelines for implementing positive, assessment-based interventions for students with problem behaviors*. Division of Applied Research and Educational Support Child and Family Studies, University of South Florida.
- HORNER, R. H., DUNLAP, G., KOEGEL, R. L., CARR, E., SAILOR, W., ANDERSON, J., ALBIN, R. W. y O'NEILL, R. E. (1990). "Toward a technology of "nonaversive" behavioural support". *Journal of The Association for Persons With Severe Handicaps*. 15, 125-132.
- HORNER, R. H., DUNLAP, G. CARR, E., SAILOR, W., ANDERSON, J., ALBIN, R. W., SPRAGUE, J. R., O'BRIEN, M. y HEATHFIELD, L. T. (1990). "The role of response efficiency in the reduction of problem behaviors through functional equivalence training: A case study". *Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps*. 15, 91-97.
- HORNER, R. H., ALBIN, R. W., SPRAGUE, J. R. y TODD, A. (1999). "Positive Behavior Support". In M.E. Snell and F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe disabilities*. (5th ed., pp. 207-243). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.
- HORNER, R.H., DIEMER, S. y BRAZEAU, K. (1992). "Educational support for students with severe problem behaviors in Oregon: A descriptive análisis from the 1987-1988 school year". *Journal of The Association for Persons With Severe Handicaps*. 17, 154-169.

- HORNER, R. H., SUGAI, G., TODD, A. W., y LEWIS-PALMER, T. (1999-2000). *Elements of behavior support plans: A technical brier*. *Exceptionality*, 8(3), 205-215.
- HORNER, R. H., ALBIN, R. W., SPRAGUE, J. R., y TODD, A. (2000). "Positive behavior support". M. E. Snell & F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe disabilities* (pp. 207-243). Upper Saddle River, N.J., Merrill.
- HORNER, R. H. (2000). "Focus on Autism and other developmental disabilities". *Positive Behavior Support*. 2000 Sum; Vol 15(2): 97-105.
- IWATA, B. A., DORSEY, M. F. SLIFER, K. J., BAUMAN, K. E. y RICHMAN, G. S. (1982). *Toward a functional analysis of self-injury. Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 2, 3-20.
- IWATA, B. A., PACE, G., DORSEY, M. ZARCONE, J., VOLLMER, T., SMITH, R. G. RODGERS, T., LERMAN, D., SHORE, B, MAZALESKI, J., GOH, H. L., COWDERY, G., KALSER, M., MCCOSH, K. y WILLIS, K.(1994). "The functions of self-injurious behavior: An experimental-epidemiological analysis". *Journal of Applied Behavior Analysis*. 27, 215-240.
- JACKOBSON, J. W., (1982). "Problem behavior and psychiatric impairment within a developmentally disabled population I: Behavior frequency". *Applied Research in Mental Retardation*. 3, 121-139.
- KAPLAN, H. I. y SADOCK B. J. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid, Ed. Panamericana.
- KERR, M. M y NELSON, C.M. (1989) *Strategies for managing behavior problems in the classroom* (2nd ed). Columbus, O.H., Charles E. Merrill.
- KOEGEL, R.L., KOEGEL, L.K. y DUNLAP, G. (1996). *Positive Behavioral Support: Including people with difficult behavior in the community*. Baltimore: Brookes.
- KOEGEL, R. L., KOEGEL, L. K. y DURAND, (1996). *Positive behavioural support*. Baltimore, Paul H. Brookes
- LRE for LIFE "Project's Suggested Guide for Implementing Positive Behavior Support Strategies (2000)". Retrieved from the World Wide Web September 22, 2000: <http://www.ce.utk.edu/lre/full/sugguide.htm>
- LEONSEGUI, I. y SALVADOR, L. (1995). *Tratamiento psicofarmacológico en sujetos con diagnóstico dual*. Siglo Cero, 26 (4): 37-43.
- LUCKANSON, COULTER, POLLOWAY, REISS, SCHALOCK, SNELL, SPTALNIK y STARK (1992). Washington, D.C.: Autor [1997] *Retraso Mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid, Alianza Editorial.
- LUCYSHYN, J. M. y ALBIN, R. W. (1993). "Comprehensive support to families of children with disabilities and behavior problems: Keeping it 'friendly'". G.H.S. Singer y L. E. Powers (Eds.), *Families, disability, and empowerment*. (pp. 365-407). Baltimore, Paul H. Brookes.
- LUISELLI, J. K. (1986). *Modification of self-injurious behavior: An analysis of the use of contingently applied protective equipment*. *Behavior Modification*. 1986 Apr; Vol 10(2): 191-204.
- MAGUIRE, K. B. y PIERSEL, W. C., (1992). "Specialized treatment for behavior problems of institutionalized persons with mental retardation". *American Journal on Mental Retardation*. 30 (4), 227-232.
- MEYER, L. H. y EVANS, I. M. (1989). *Nonaversive intervention for behavior problems: A manual for home and community*. Baltimore, Brookes.
- MIKKELSEN, E. J. (1986). "Low-dose haloperidol for stereotypic self-injurious behavior in the mentally retarded". *New England Journal of Medicine*. 1986 Aug, Vol 315(6): 398-399.

- MOSS, C., EMERSON, E., BOURAS, N. y HOLLAND, A. (1997). "Mental disorders and problematic behaviours in people with intellectual disability: future directions for research". *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(6): 440-447.
- MOSS, S.C. (1995). "Methodological issues in the diagnosis in adults with learning disability". *Thornfield Journal*. 18: 9-19.
- O'NEILL, R. E., HORNER, R. H., ALBIN, R. W., SPRAGUE, J. R., STOREY, K., & NEWTON, J. S. (1997). *Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- O'NEILL, R., VAUGHN, B. J., y DUNLAP, G. (1998). "Comprehensive behavioral support: Assessment issues and strategies". A. M. Wetherby, S.F. Warren, & J. Reichle (Eds.), *Transactions in prelinguistic communication: Preintentional to intentional and presymbolic to symbolic*. (313-341). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- PARY, R. (1993). *Psychoactive drugs used with adults and elderly adults who have mental retardation*. Am. Journal. Ment. Retard. 98: 121-127.
- QUINE, L. y PAHL, J. (1985). "Examining the causes of stress in families with severely mentally handicapped children". *British Journal of Social Work*. 15, 501-517.
- QURESHI, H. (1993) *Epidemiology of challenging behaviour*. *Mental-Handicap-Research*. 1992; Vol. 5 (2): 130-145.
- REICHLER, J. y WACKER, D. P. (1993). *Communicative alternatives to challenging behavior: Integrating functional assessment and intervention strategies*. (1993) (vol.), Baltimore: Brookes.
- REPP, A. C. y SINGH, N. N. (1990). *Perspectives on the use of nonaversive interventions for persons with developmental disabilities*. Sycamore, I.L.: Sycamore.
- ROJAHN, J. SCHROEDER, E. y MULICK, J.A. (1980). "Ecological assessment of self-protective devices in three profoundly retarded adults". *Journal of Autism and developmental disorders*. 1980 Mar, Vol 10(1): 59-66.
- RUSCH, R. G., HALL, J. C. y GRIFFIN, H. C. (1986). "Abuse-provoking characteristics of institutionalised mentally retarded individuals". *American Journal of Mental Deficiency*. 90, 618-624.
- SAILOR, W. (1996). "New structures and systems change for comprehensive positive behavioral support". L. K. KOEGEL, R. L. KOEGEL and G. DUNLAP (Eds) *Positive behavioural support: Including people with difficult behavior in the community*. (pp 163-206). Baltimore, Brookes.
- SCHROEDER, S. R., HAMMONK, R. G., MULICK, J. A., ROJAHN, J., WALSON, F., FERNALD, W., MEINHOLD, P. y SAPHARE, G. (1995). *Clinical trials of D-sub-1 and D-sub-2 dopamine modulating drugs and self-injury in mental retardation and developmental disability*. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 1995, Vol 1(2): 120-129.
- SPRAGUE, R. L. y WERRY, J. S. (1971). "Methodology of psychopharmacological studies with the retarded". N. Ellis (Ed.). *International review of research in mental retardation*. Ed. Academic Press, New York.
- TAUSING, M. (1985). "Factors in family decision-making about placement for developmentally disabled individual". *American Journal of Mental Deficiency*. 89, 352-361.
- TURNBULL, A.P. y REUF, M. (1996). *Family perspectives on problem behavior*. *Mental Retardation*. 34, 280-293.

- TURNBULL, A.P., FRIESEN, B. y RAMÍREZ, C. (1998). "Participatory Action Research as model of conducting family research". *The Journal of the association for Person with Severe Handicaps*.
- REVUELTA, A., GARCÍA, L., y ALONSO, F. (1994). *Trastornos psíquicos en el retraso mental: aspectos epidemiológicos, etiológicos y clínicos*. *Anales de Psiquiatría*, 10 (5) 192-200.
- SANTOSH, P. J. y BAIRD, G. (1999). "Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability". *The Lancet*; 354: 231-240.
- SCHAAL, D. W. y HACCENBERG, T. (1994). "Toward a functional analysis of drug treatment for behaviors problems of people with developmental disabilities". *American Journal on Mental Retardation*. 99 (2): 123-140.
- SCHULER, A. L. y PRIZANT, B. M. (1987). "Facilitating communication: Language approaches". D. Cohen & A. Donnellan (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York, John Wiley & Sons.
- SIMON, E. W., BLUBAUGH, M. y PIPPIDIS, M. (1996). *Substituting traditional antipsychotics with Risperidone for individuals with mental retardation*. *Mental Retardation*. 34 (6): 359-366.
- SZYMANSKI, L. S. y TANGUAY, L. S. (1980). *Emotional Disorders of Mentally Retarded Persons*. Baltimore. University Park Press.
- VERDUGO, M. A., GUTIÉRREZ, B., FUERTES, J. y ELICES, J. A.,(1993). *Maltrato infantil y minusvalía*. Madrid, INSERSO. 49. 49. 51



Apéndices

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL DEL COMPORTAMIENTO PROBLEMÁTICO

Por favor indique el grado de acuerdo con las afirmaciones siguientes en relación al comportamiento problemático del usuario que participa en el programa de intervención iniciado.

Cada afirmación ha de valorarse en la escala de 7 puntos, teniendo en cuenta que el valor 7 indicaría total acuerdo con la afirmación o que siempre es cierta, 4 algo de acuerdo o que algunas veces es cierta y 1 indica ningún acuerdo o que nunca es cierta. Puede utilizar las puntuaciones intermedias para matizar su valoración.

1. El personal de atención directa puede controlar la conducta del usuario

Total acuerdo	Algo de acuerdo				Ningún acuerdo	
7	6	5	4	3	2	1
Siempre	Algunas veces				Nunca	

2. Mis compañeros están libres de insultos del usuario

Total acuerdo	Algo de acuerdo				Ningún acuerdo	
7	6	5	4	3	2	1
Siempre	Algunas veces				Nunca	

3. Mis compañeros están libres de amenazas del usuario

Total acuerdo	Algo de acuerdo				Ningún acuerdo	
7	6	5	4	3	2	1
Siempre	Algunas veces				Nunca	

4. El usuario realiza las actividades que le indican los profesionales

Total acuerdo	Algo de acuerdo				Ningún acuerdo	
7	6	5	4	3	2	1
Siempre	Algunas veces				Nunca	

5. Los demás usuarios no son amenazados por el usuario

Total acuerdo	Algo de acuerdo				Ningún acuerdo	
7	6	5	4	3	2	1
Siempre	Algunas veces				Nunca	

6. El usuario puede contribuir al bienestar del centro

Total acuerdo	Algo de acuerdo				Ningún acuerdo	
7	6	5	4	3	2	1
Siempre	Algunas veces				Nunca	

CUESTIONARIO GENERAL DE EVALUACIÓN (CGE)

Los datos que se piden a continuación y en el apartado de antecedentes deben ser rellenados por los profesionales específicos para cada área de responsabilidad (psicólogo, asistente social, médico,...)

Nombre y apellidos:
Fecha y lugar de nacimiento:
Años institucionalizado anteriormente:
Fecha de ingreso en el centro:
Centro:
Profesional de referencia:

Antecedentes

Familiares:
.....
.....
.....
.....

Personales:

Síntesis de su biografía:
.....
.....
.....
Enfermedades padecidas:
.....
.....
.....

Situación actual

Situación familiar:

- Tutor legal del usuario:
- Relación con él:
- Parientes en contacto:
- Frecuencia de contacto por teléfono:
- Frecuencia de visitas al mes:
- Tiempo aproximado que dura la visita:

Valoración psicológica (resultados de la última exploración):

- C.I.: Fecha:
- Diagnóstico:
- Limitaciones significativas:

- | | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------------|---|
| Comunicación | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Autogobierno | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Autocuidado | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Salud/seguridad | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Vida en el hogar | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Hab. Académicas Funcionales... | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Habilidades sociales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Ocio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Utilidades de la comunidad | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Trabajo..... | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Describa los puntos fuertes y débiles, basándose en evaluaciones clínicas, observaciones comportamentales o un diagnóstico formal. Indique la fuente:

Comunicación

- | | |
|----------------------|--------------|
| Puntos fuertes | Fuente |
| | |
| | |
| Puntos débiles | Fuente |
| | |
| | |

Cuidado personal

- | | |
|----------------------|--------------|
| Puntos fuertes | Fuente |
| | |
| | |
| Puntos débiles | Fuente |
| | |
| | |

Vida en el hogar

- | | |
|----------------------|--------------|
| Puntos fuertes | Fuente |
| | |
| | |
| Puntos débiles | Fuente |
| | |
| | |

Habilidades sociales

Puntos fuertes	Fuente
.....
.....
Puntos débiles	Fuente
.....
.....

Utilización de la comunidad

Puntos fuertes	Fuente
.....
.....
Puntos débiles	Fuente
.....
.....

Auto-gobierno

Puntos fuertes	Fuente
.....
.....
Puntos débiles	Fuente
.....
.....

Salud/Seguridad

Puntos fuertes	Fuente
.....
.....
Puntos débiles	Fuente
.....
.....

Habilidades académicas funcionales

Puntos fuertes	Fuente
.....
.....
Puntos débiles	Fuente
.....
.....

Ocio

Puntos fuertes	Fuente
.....
.....
Puntos débiles	Fuente
.....
.....

Trabajo

Puntos fuertes	Fuente
.....
.....
Puntos débiles	Fuente
.....
.....

Consideraciones psicológicas / Emocionales

Puntos fuertes	Fuente
.....
.....
Puntos débiles	Fuente
.....
.....

Consideraciones ambientales, grado en que el ambiente de vivienda, trabajo y educativo facilitan o restringen oportunidades para la integración comunitaria, los apoyos sociales (familia y amigos) y bienestar material (ingresos, vivienda, posesiones).

Condiciones de vida

Puntos fuertes	Fuente
.....
.....
Puntos débiles	Fuente
.....
.....

Trabajo

Puntos fuertes	Fuente
.....
.....
Puntos débiles	Fuente
.....
.....

Educativo

Puntos fuertes	Fuente
.....
.....
Puntos débiles	Fuente
.....
.....

Entorno óptimo: que podría facilitar la independencia/interdependencia, productividad y la integración en la comunidad.

.....

.....

.....

.....

Valoración médica:

Diagnóstico de la salud (Marcar con una X):

- Normalmente buena salud
- No limita sus actividades diarias
- Limita un poco sus actividades diarias
- Limita significativamente sus actividades diarias

Visión:

- Visión buena (con o sin gafas)
- Problemas de visión que limitan la lectura o su movilidad (con o sin gafas)
- Visión nula

Audición:

- Puede oír voces normales (con o sin audífono)
- Puede oír sólo voces altas (con o sin audífono)
- Audición pobre o nula (incluso con audífono)

Frecuencia de ataques epilépticos:

- Ninguno o controlados
- Uno cada dos o más meses
- Mensualmente
- Uno o más a la semana

Movilidad:

- Camina sin problemas y sin ayudas
- Generalmente en silla de ruedas o no camina
- Limitado a la cama durante la mayor parte del día
- En cama todo el día

Medicamentos que toma actualmente (indicar cuales):

- Ninguno
- Para problemas de salud (física):
- Para problemas anímicos o emocionales:
- Para epilepsia:
- Otros psicofármacos:

Comentarios que considere oportunos a nivel médico:

.....

.....

.....

.....

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN FUNCIONAL (CEF)

Nombre y apellidos:

Componentes del equipo de apoyo conductual positivo (indicar cuántos):

- Cuidadores Trabajador social Médico
 Educadores P. Enfermería Psicólogo
 Responsables de residencia Otros:

I. Describan la(s) conducta(s).

	Tipo de Conducta	Descripción	Frecuencia¹	Duración²	Gravedad³
Ejemplo	Lanza objetos	Lanza zapatos y cubiertos contra el personal	5/6 veces a la semana	De 15 a 30 segundos	Muy grave
1					
2					
3					
4					
5					
6					

¹ Cada cuánto ocurre por día, semana o al mes

² Cuánto dura cuando ocurre

³ Leve - Ligeramente grave - Medianamente grave - Muy grave - Problema crítico

Indíquese si algunas de estas conductas es probable que ocurran juntas, en la misma situación, con el mismo estímulo antecedente, o con el mismo propósito

.....

Seleccionen la conducta problemática, de las anteriormente mencionadas, sobre la que consideren que se debe intervenir de modo prioritario.

.....

2. Definición de sucesos contextuales que predicen las conductas problemáticas.

Sucesos contextuales fisiológicos o fisiopatológicos: Indiquen si el usuario está menos tolerante cuando:

- a) No ha dormido bien (o no echa la siesta)
- b) Toma determinado tipo de medicación
- c) Tiene catarro, gripe, dolor de oídos, etc.
- d) Sufre crisis alérgicas o de asma
- e) Va a tener o tiene la menstruación
- f) Está a dieta
- g) Otros

Sucesos contextuales físicos: Indiquen si el usuario está menos tolerante cuando:

- a) Hay mucho ruido
- b) Hace mucho calor / frío
- c) Le molesta la ropa o el calzado
- d) El número de personas que comparten espacio con él
- e) Se le ha cambiado de módulo de residencia
- f) Se le ha cambiado de grupo de actividades
- g) Se le han cambiado el horario
- h) Otros

Sucesos contextuales sociales: Indiquen si el usuario está menos tolerante cuando:

- a) Ha discutido (o peleado) con alguien
- b) Ha recibido o no ha recibido visita de su familia
- c) Inicia una actividad después de hacer otra muy difícil
- d) Alguien ha estado bromeando con él
- e) Alguien le ha reñido o reprendido
- f) Otros

3. Definan en la tabla siguiente los antecedentes que predicen cuándo es más y cuándo es menos probable que ocurran las conductas problemáticas.

	Es más probable que ocurran	Es menos probable que ocurran
Horas del día		
Contexto físico		
Con qué personas		
En qué actividades		
Ante qué tipo de órdenes		

¿Hay alguna situación concreta que parece poner en marcha la conducta problemática, como por ejemplo alguna orden concreta, determinados ruidos, luces o ropa?

.....

.....

Indiquen cómo sería la conducta del usuario si ...

- a) Se le ordena una tarea difícil para él
- b) Se le interrumpe en una actividad que le gusta mucho (ver la tele, comerse una bolsa de patatas, pasear...)
- c) Se le cambia inesperadamente su rutina diaria
- d) Quiere algo y no se le puede dar en ese momento
- e) No se le presta atención durante un rato largo

¿Qué cosa concreta habría que hacer para que fuera muy probable la aparición de la conducta problemática?

.....
.....

4. Indiquen las consecuencias o resultados que pueden estar manteniendo las conductas problemáticas.

Conducta	Situación	¿Qué obtiene o qué evita?
.....
.....

5. Valoren la eficiencia de las conductas problemáticas. Para valorar la eficiencia consideren el esfuerzo que hace la persona, el número de veces que debe mostrar la conducta problemática antes de lograr lo que desea y el tiempo de demora hasta lograr el refuerzo.

Conducta	Baja	Eficiencia	Alta
.....	1 2	3 4	5 6
.....	1 2	3 4	5 6
.....	1 2	3 4	5 6
.....	1 2	3 4	5 6
.....	1 2	3 4	5 6

6. Qué conducta o conductas alternativas, socialmente adecuadas, puede realizar la persona para lograr el mismo resultado que el conseguido por la conducta problemática.

.....
.....
.....

7. Qué estrategias comunicativas utiliza generalmente la persona para comunicarse con otros (pueden ser frases, palabras, gestos, signos, dibujos...).

.....
.....

Indiquen las conductas que utiliza para las funciones enumerados en la primera columna:

Funciones	Medios	Lenguaje normal	Una palabra	Ecolalias	Otras vocalizaciones	Lenguaje de signos	Gestos	Señalar	Llevar de la mano	Agarrar	Lanzar	Objetos	Agitarse	Fijar la mirada	Irse o alejarse	Expresiones faciales	Agresión	Autolesión	Otros...	
Pedir atención																				
Pedir ayuda																				
Pedir comida																				
Pedir objetos																				
Pedir actividades																				
Pedir descanso																				
Pedir ir a algún lugar																				
Protestar por algo																				
Indicar malestar																				
Indicar malestar físico																				

En cuanto a la habilidad de la persona para entender a otros:

a) ¿Cumple instrucciones verbales? (Enumerarlas si son pocas)

b) ¿Comprende instrucciones dadas mediante gestos convencionales?

c) ¿Puede cumplir instrucciones o realizar actividades/tareas imitando a otros?

d) ¿Cómo indica sus preferencias (cómo dice si o no) cuando se le ofrece algo, o se le indica si quiere ir a algún sitio por ejemplo?

8. Qué tipo de cosas deberían hacerse y cuales deberían evitarse en el trabajo de apoyo a esta persona.

Qué tipo de cosas hay que hacer para que sea muy probable que la persona funcione bien en cualquier actividad.

.....
.....
.....

Qué que tipo de cosas hay que evitar porque podrían interferir en el funcionamiento de la persona en cualquier actividad.

.....
.....
.....

9. Qué cosas le gustan o le refuerzan.

Comida:

.....
.....
.....

Materiales u objetos:

.....
.....

Actividades que se hacen en el centro:

.....
.....
.....

Actividades que pueden realizarse fuera del centro:

.....
.....
.....

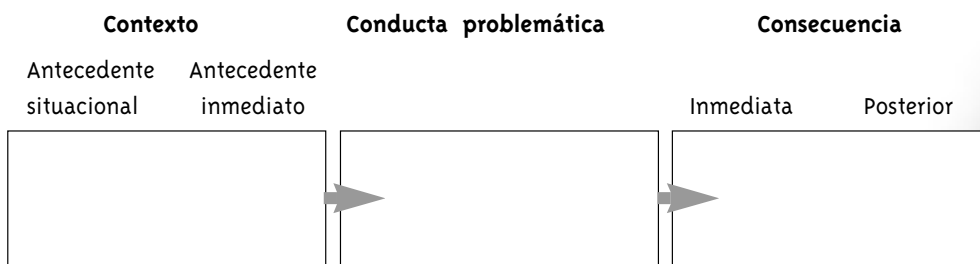
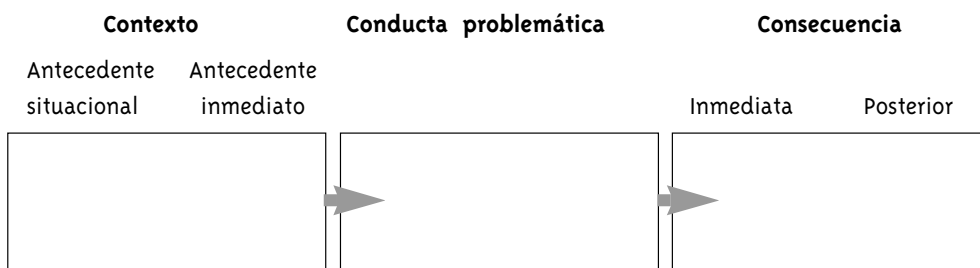
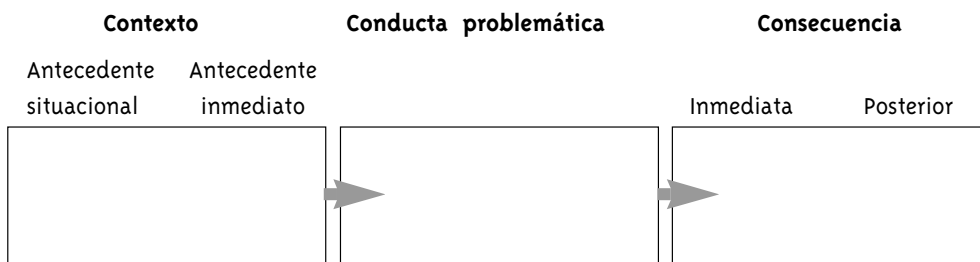
Otros

.....
.....
.....

10. Qué información hay sobre la historia de comportamiento problemático de la persona, tipo de programas aplicados y los efectos que produjeron.

Conducta	Cuánto tiempo hace	Tipo de programa	Efecto
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

11. Resumen del antecedentes y consecuencias que mantienen las conductas problemáticas:



ESCALA SUBJETIVA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA*

Nombre: Fecha:

Entrevistador: Parentesco:

Lugar:

Problema de conducta:

1. ¿La conducta amenaza la vida del sujeto? SI NO
2. ¿La conducta produce un riesgo para la salud del sujeto? SI NO
3. ¿La conducta interfiere el aprendizaje? SI NO
4. ¿La conducta será un problema serio en el futuro del sujeto? SI NO
5. ¿La conducta es peligrosa para los demás? SI NO
6. ¿La conducta es preocupante para los cuidadores? SI NO
7. ¿La conducta puede ir a peor o hacerse más inapropiada? SI NO
8. ¿La conducta ha sido un problema durante un tiempo? SI NO
9. ¿La conducta daña el material educativo? SI NO
10. ¿La conducta interfiere en la aceptación social del sujeto? SI NO
11. ¿Mejorarían otras conductas si lo hiciera esta? SI NO

* Adaptado por R. CANAL de Y. M. EVANS & L. H. MEYER (1985). *An Educative Approach to Behavior Problems*. Baltimore, Paul H. Brokes.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA MOTIVACIÓN*

Nombre: Entrevistador Fecha:

Descripción de la conducta:

Descripción de la situación:

Instrucciones: Este es un cuestionario para identificar las situaciones en las que el sujeto se comporta de un modo determinado. A partir de esta información, se deben recopilar más datos sobre la selección de los refuerzos apropiados, y el tratamiento. Para completar este cuestionario, seleccione una conducta que sea de interés. Es muy importante que identifique la conducta específicamente. "Agresivo", por ejemplo, no es una buena descripción de "pegar a su compañero". Una vez que ha descrito la conducta a evaluar, lea detenidamente cada una de las preguntas que aparecen a continuación, y marque con un círculo el número que mejor describe sus observaciones sobre esa conducta.

Nunca
 Casi nunca
 Rara vez
 A veces
 Normalmente
 Casi siempre
 Siempre

1. ¿La conducta ocurre continuamente, si se le deja solo por periodos largos de tiempo (Ej. una o dos horas)?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---
2. ¿La conducta ocurre después de pedir que realice una tarea difícil?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---
3. ¿La conducta parece ocurrir en respuesta a que usted está hablando con otra persona en la misma habitación?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---
4. ¿La conducta ocurre para obtener un juguete, comida, o actividad que se le ha negado antes?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---
5. ¿La conducta puede ocurrir repetidamente, de la misma forma por periodos largos de tiempo, si no se interviene?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---
6. ¿La conducta ocurre cuando el sujeto no ha hecho ninguna petición?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---
7. ¿La conducta ocurre siempre cuando usted deja de prestarle atención?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---
8. ¿La conducta ocurre cuando se le ha quitado un juguete favorito, comida, o una actividad deseada?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---
9. ¿Cree que el sujeto disfruta cuando está realizando la conducta?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

(Ej. Lo toca, huele, mira, y/o hace sonar con placer)

10. ¿El sujeto parece realizar la conducta para alterarle a usted o, molestarle cuando intenta conseguir que él haga algo que le ha mandado?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

11. ¿El sujeto parece realizar la conducta para alterarle o, molestarle cuando usted no le está atendiendo? (Ej. si usted está en otra habitación interactuando con otra persona).

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

12. ¿La conducta se detiene brevemente después de que usted le da el juguete, comida, o actividad que él había pedido?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

13. ¿Cuando está ocurriendo la conducta el sujeto parece calmarse sin tener en cuenta lo que ocurre en su entorno?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

14. ¿La conducta se detiene brevemente después de (1 a 5 minutos) que usted deja de responder a sus demandas?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

15. ¿Parece que el sujeto realiza la conducta para conseguir que usted pase algún tiempo con él?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

16. ¿La conducta parece ocurrir cuando se le ha dicho que no puede hacer algo que él quería hacer?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

PUNTUACIONES

	SENSORIAL	EVITACIÓN	ATENCIÓN	OBJETO			
1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	10	<input type="text"/>	11	<input type="text"/>	12	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	14	<input type="text"/>	15	<input type="text"/>	16	<input type="text"/>
Punt. Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Punt. Media	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Orden según punt.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

COMENTARIOS

.....
.....

* Adaptado por R. CANAL DE M. DURAND (1990). *Severe behavior Problems. A Functional Communication Training Approach*. Londres: The Guildford Press.

EVALUACIÓN DE PREFERENCIAS*

Nombre: Fecha:

Evaluador:

Presente un objeto a la persona y demuéstrela cómo se usa, después evalúe el interés por el objeto de acuerdo a los siguientes criterios de conducta:

1. La persona manipula el objeto durante más de 15 segundos sin ayuda del evaluador.
2. El sujeto se resiste cuando el evaluador intenta recuperar el objeto que le había dejado.
3. Cuando el objeto se pone fuera del alcance del sujeto, éste intenta recuperarlo dentro de los tres segundos posteriores. (la persona se desplaza, o mira alternativamente al objeto y al evaluador).
4. El sujeto muestra afecto positivo mientras manipula el objeto (sonríe, ríe, o lo mira absorto).

Si el sujeto muestra tres o más de las conductas anteriores, este es un objeto preferido.

Si muestra interés por un objeto no evaluado, evalúelo. Si el sujeto empieza a aburrirse con una actividad ya evaluada como preferida, deje el objeto y busque un nuevo objeto. Las conductas asociadas con el aburrimiento son:

- a) Mirar a otro sitio durante la actividad.
- b) Cambiar de tema, o preguntar por cosas no relacionadas con la actividad.
- c) Iniciar autoestimulaciones.
- d) Detener la actividad.

Item o Actividad	Manipula el objeto 15 segundos	Se resiste	Lo recupera dentro de 3 segundos	Afecto positivo

* Adaptado por R. CANAL DE K. DYER (1987). *The competition of autistic stereotyped behavior with usual and specially assessed reinforcers*. Research in Developmental Disabilities, 8; 607-626.

CUESTIONARIO DE MODALIDAD DE RESPUESTA COMUNICATIVA*

Nombre: Fecha:

Evaluador:

1. ¿La persona usa una de las siguientes formas de comunicación de modo regular? (Si usa más de uno, marque la forma más habitual).

VERBAL SIGNOS/GESTOS SIMBÓLICA NO

Si ha marcado una de las formas anteriores, esa puede ser la modalidad de respuesta que se use para la respuesta comunicativa. Si ha marcado NO, pase a la pregunta número 2.

2. ¿El sujeto usa una o más respuestas verbales para comunicarse ocasionalmente? (Ej: "galleta", "no"). SI NO

Si ha marcado SI, la respuesta comunicativa puede ser verbal. Si es NO pase a la pregunta número 3.

3. ¿El sujeto usa uno o más signos, o gestos comprensibles para comunicarse ocasionalmente?.

SI NO

Si ha marcado SI, la respuesta comunicativa puede ser gestual. Si es NO pase a la pregunta número 4.

4. ¿El sujeto usa una o más formas verbales simbólicas de comunicación para comunicarse ocasionalmente? (Ej: señala dibujos en un libro).

SI NO

Si ha marcado SI, la respuesta comunicativa puede ser simbólica. Si es NO pase a la pregunta número 5.

5. ¿Se puede aprovechar algún método de comunicación para la enseñanza de habla/lenguaje?

SI NO

Si ha marcado SI, la respuesta comunicativa puede estar en la modalidad del sistema de comunicación que esté aprendiendo el sujeto. Si la enseñanza previa del método de comunicación ha fracasado con todas las modalidades, intente gestos o símbolos muy simples al principio.

* Ricardo CANAL BEDIA adaptado de *Severe Behavior Problems, A Functional Communication Training Approach*. V. Mark Durand.

CUESTIONARIO DE "FORMA" DE RESPUESTA COMUNICATIVA*

Nombre: Fecha:

Respuesta que se espera de los otros:

(Ej: atención, objetos...)

Respuesta comunicativa:

Marque SI o NO en cada una de las preguntas que se indican a continuación

1. ¿La respuesta se puede enseñar fácilmente?

SI NO

2. ¿La respuesta la puede entender alguien que no sea familiar al niño?

SI NO

3. ¿La respuesta es apropiada a aquellas situaciones en las que normalmente ocurren los problemas de conducta?

SI NO

4. ¿Otras personas pueden responder apropiadamente a esta respuesta?

SI NO

5. ¿Si esta respuesta se usa apropiadamente, podría resultar molesta para otras personas?

SI NO

Si ha respondido con NO a alguna de estas preguntas, deberá estudiar la elección de una respuesta comunicativa diferente (en modalidad y/o en forma).

* Ricardo CANAL BEDIA adaptado de *Severe Behavior Problems. A Functional Communication Training Approach*. V. Mark Durand.