

## **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

ANA BELÉN MARTÍN CRISTÓBAL  
Psicóloga Experta en Integración de Personas con  
Discapacidad  
Algazara Psicología



# Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Intervención Psicológica en Discapacidad Intelectual. Aspectos generales	
FICHA 1.....	17
Intervención Comunicativa	
FICHA 2 .....	30
Apoyo Conductual Positivo	

# Documento base.

## Intervención Psicológica en discapacidad intelectual. Aspectos generales

Los adultos con discapacidad intelectual tienen un mayor nivel de riesgo de desarrollar trastornos mentales debido a la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos, sociales y familiares. Los estudios de prevalencia han mostrado de forma consistente que entre el 20 y el 40% de las personas con discapacidad intelectual también tienen alguna forma de trastorno mental (Bouras, Holt, Day y Dosen, 1999).

*“Dependiendo del tipo de enfermedad mental y de la severidad de los síntomas, variarán las características de la atención necesaria. Sin embargo, sí encontraremos que, en la mayoría de los casos, una combinación de intervenciones de carácter psicológico y de carácter farmacológico será la orientación más adecuada. En este sentido, no podemos perder de vista las intervenciones sociales o los cambios en los entornos de la persona que harán que se encuentre más incluida en la comunidad en la que vive”* (Discapacidad Intelectual y Salud Mental, Comunidad de Madrid).

*“Los tratamientos psicológicos más frecuentemente utilizados son las terapias conductuales, las terapias individuales con un clínico, centradas más en el autoanálisis, y los entrenamientos cognitivos. Pueden ser también de enorme utilidad las terapias familiares, en las que se den pautas a los miembros que conviven con la persona en el hogar. En todas ellas, es muy recomendable que también se trabaje en el hogar o, al menos, en aquellos lugares en los que se den los comportamientos que queremos tratar”* (Discapacidad Intelectual y Salud Mental, Comunidad de Madrid).

Así, cuando hablamos de intervención psicológica en población con discapacidad intelectual, podemos hacer referencia a dos realidades fundamentalmente: las alteraciones conductuales/trastornos de conducta o bien otro tipo de trastornos psicológicos comunes con respecto al resto de la población pero con sus especificidades propias de la realidad concreta de la discapacidad intelectual.

Los adultos con discapacidad intelectual presentan los mismos tipos de trastorno mental que las personas con una función intelectual normal. Sin embargo, la prevalencia de los mismos, también parece diferir según el grado de discapacidad intelectual, aunque la bibliografía al respecto no ha presentado datos concluyentes y aún no está claro si las diferencias existentes en cuanto a prevalencia no se deben a las limitaciones de profesionales e instrumentos para diagnosticar y evaluar los síntomas. Según algunos estudios, la prevalencia de trastornos mentales disminuye según aumenta el grado de discapacidad intelectual.

A lo largo de este curso, vamos a abordar sobre todo las primeras, es decir, las alteraciones de la conducta, ya que éstas son más específicas de esta población y existen planteamientos y planes de intervención diseñados para ajustarse a la realidad y a las necesidades y capacidades de las personas con discapacidad intelectual.

En cuanto al abordaje del resto de trastornos mentales, podemos afirmar que se van diseñando algunos programas de intervención específicos para esta población pero, en la mayoría de los casos, el trabajo del psicólogo consiste en adaptar lo que existe a nivel general a la persona concreta que tiene delante, con sus destrezas y sus limitaciones y con las manifestaciones individuales del problema que padezca.

El hecho de que los trastornos mentales estén infradiagnosticados y/o no reciban un tratamiento apropiado en las personas con discapacidad intelectual está motivado por varios factores:

- ✓ Los profesionales y personal de servicios relacionados con la discapacidad intelectual no reciben, generalmente, formación específica sobre los problemas de salud mental en esta población.
- ✓ Esta falta de información puede hacer que se atribuya a la discapacidad intelectual síntomas propios de un trastorno mental.
- ✓ Por otro lado, existe el problema de la heterogeneidad en cuanto a la presentación de los síntomas del trastorno mental, ya que dependerá de los niveles cognitivos, comunicativos, físicos, de funcionamiento social, historia personal, contexto cultural y de sus influencias medioambientales. Sin embargo, en este colectivo, la presentación del

trastorno se ve especialmente mediada por el grado intelectual alcanzado y por la capacidad de comunicación verbal del sujeto.

✓ Existe una carencia histórica en cuanto a la disponibilidad, especificidad y fiabilidad de instrumentos de diagnóstico y de evaluación del trastorno mental y los trastornos de conducta en personas con discapacidad intelectual

Por otro lado, respecto a los problemas o alteraciones de la conducta, éstos son el principal motivo de consulta médica y a su vez la principal causa de tratamiento psicofarmacológico incorrecto. Es de fundamental importancia distinguir los trastornos mentales de los trastornos de conducta y proveer el tratamiento adecuado para cada uno de ellos. El mayor conocimiento de este tema, la mejor formación de los profesionales, el conocimiento de las nuevas herramientas y sistemas de evaluación y la creación de equipos y servicios comunitarios especializados son claves para la atención de las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales y/o trastornos de conducta asociados.

### ¿Cuándo Resulta Necesaria la Intervención Psicológica?

Teniendo presente que hablamos de alteraciones de conducta, en general, se debe intervenir sobre aquellas conductas que constituyen un problema para el individuo y/o para los que le rodean pero, más específicamente, podemos concretar lo siguiente:

✓ Se interviene sobre las conductas peligrosas y aversivas, física, social o económicamente, para la persona o para los que le rodean.

✓ Una conducta será objetivo de intervención si con ésta se aumenta el bienestar individual y social de la persona.

✓ No sólo se debe plantear la reducción de la conducta problema, sino también su sustitución por una conducta adaptada que cumpla la misma función que la que se pretende eliminar.

✓ Se interviene sobre aquellas conductas en las que no se obtienen los niveles óptimos de funcionamiento.

✓ Son objeto de intervención aquellas conductas que supongan una restricción en el acceso a actividades y servicios comunitarios.

✓ Se interviene sobre las conductas que provocan un malestar y estrés elevado en los cuidadores y/o familiares, e inciden sobre la calidad de las relaciones entre éstos y el sujeto.

✓ Son objeto de intervención las conductas que obligan a realizar actividades restrictivas o de contención física como encierros, sujeción mecánica, etc.

✓ También se interviene sobre las conductas disfuncionales que el contexto continuará manteniendo de forma natural.

✓ Siempre se interviene teniendo en cuenta los recursos con que cuenta la persona con discapacidad intelectual y los medios disponibles en un determinado momento.

Con respecto a qué tipo de problemas de conducta tienen mayor prioridad, vamos a tener en cuenta los siguientes aspectos:

a) La **gravedad** y **distorsión** que provoca en la persona, en otros o en el medio:

1º El problema de conducta amenaza la vida de la persona.

2º La conducta amenaza el bienestar físico de la persona.

3º El problema de conducta amenaza la integridad física de los que le rodean.

4º La conducta problema interfiere en el progreso educativo – formativo de la persona.

5º La conducta interfiere el desarrollo educativo de los compañeros.

6º El problema de conducta da lugar a destrucción o daños materiales.

7º El problema de conducta puede empeorar si no se realiza una intervención.

8º La conducta determina una menor aceptación e integración en entornos normalizados. Puede conducir a una exclusión de los servicios comunitarios o de su familia.

9º La conducta provoca estrés o tensión en los monitores e interfiere en las relaciones entre éstos y la persona afecta del problema de conducta.

10º De no mejorar el problema de conducta, puede ser necesaria la aplicación de medidas de contención mecánica.

b) Que sea más **fácil** de modificar.

c) Que garantice la máxima **generalización** de los efectos de la intervención.

d) Si varias conductas constituyen una **cadena comportamental**, se comienza por la más sencilla de modificar.

### Abordajes Psicoterapéuticos y Entrenamiento Cognitivo

*“Existe un debate sobre si las personas con discapacidad intelectual pueden beneficiarse de las terapias psicológicas*

individuales. Con ésta nos referimos a terapias más centradas en el habla y en el análisis de lo que sucede, bien sea en el ahora o en el pasado. Sin embargo, cada vez es mayor el consenso de que, bien orientadas, la discapacidad intelectual ligera o moderada no es una contraindicación para una terapia individual, siempre y cuando la persona conozca el propósito de la terapia y esté motivada para ella” (Discapacidad Intelectual y Salud Mental, Comunidad de Madrid).

“Sin embargo, sí es cierto que las personas con una discapacidad intelectual severa o profunda no van a poder beneficiarse de una intervención de este corte. Las limitaciones cognitivas y las bajas o inexistentes habilidades verbales impedirán resultados adecuados. En estos casos, el uso de terapias no verbales para trabajar los desajustes emocionales sí puede arrojar resultados satisfactorios. Terapia a través del teatro, el arte, la música y demás formas más creativas son cada vez más empleadas (...)” (Discapacidad Intelectual y Salud Mental, Comunidad de Madrid).

“El entrenamiento cognitivo, tanto individual como en grupo, es otra intervención cada vez más empleada en personas con discapacidad intelectual. Al igual que con el resto de gamas de intervenciones psicológicas, si la persona está motivada, se han encontrado buenos resultados. Está indicado en personas con discapacidad intelectual ligera y moderada que padezcan depresión, trastornos de ansiedad o trastorno obsesivo-compulsivo. También ha resultado beneficioso para el control de la agresividad, en cuanto que enseña a la persona a analizar los estímulos del ambiente que desencadenan las respuestas agresivas, así como para aprender técnicas de autocontrol” (Discapacidad Intelectual y Salud Mental, Comunidad de Madrid).

### Buenas Prácticas

A continuación se van a presentar algunas pautas o buenas prácticas que, según FEAPS, resulta aconsejable poner en práctica para determinadas tipologías de trastornos mentales en población con discapacidad intelectual.

De este modo, comenzaremos abordando la situación de una **posible esquizofrenia**, situación en la cual FEAPS (2004) recomienda que, cuando se acompañe a la persona con discapacidad intelectual al médico o especialista:

- ✓ Es importante disponer de información del “estado basal” de la persona: cómo era antes; para ello, se pueden usar instrumentos de evaluación periódicamente como el ABS: RC – 2 o similares.
- ✓ Debemos verificar con otras personas toda conducta o expresión que le parezca “psicótica”.
- ✓ Conviene tener a mano todos los datos médicos desde el nacimiento, incluyendo la causa de la discapacidad intelectual. Esto es especialmente importante en el caso de que la persona padezca epilepsia.
- ✓ Es necesario verificar si ve y oye bien ya que los déficits sensoriales pueden agravar los síntomas.
- ✓ Hay que tener a mano el registro de todas las medicaciones pasadas y actuales prescritas al paciente ya que algunas de ellas pueden ocasionar síntomas parecidos a los de la esquizofrenia.
- ✓ Es importante descartar factores ambientales y del aprendizaje como hábitos y conductas aprendidas, institucionalización, reacciones ante el estrés agudo,...
- ✓ Tenemos que analizar el programa diario de actividades y ver si éste se ajusta a las necesidades y deseos de la persona ya que puede estar muy aburrida.
- ✓ Comentaremos con el médico el resultado del análisis funcional de la conducta si éste se ha llevado a cabo.
- ✓ Debemos evaluar, mediante una escala adecuada, si la conducta “psicótica” no es más que una forma de comunicarse en una persona que carece de esta habilidad.
- ✓ Valoraremos previamente la conducta (Escala ABC – ECA) para tener un “índice” en el que fundamentar la eficacia de un tratamiento.
- ✓ No debemos atribuir como “psicótica” toda conducta que no podamos o sepamos explicar sin haber considerado todo lo anterior.
- ✓ Hay que trabajar en equipo e incorporar al médico en las evaluaciones.

Para el caso de una persona con discapacidad intelectual con un **posible diagnóstico de depresión**, las recomendaciones de FEAPS (2004) cuando se acompaña a esta persona al médico o especialista son las siguientes:

- ✓ Es importante disponer de información del “estado basal” de la persona: cómo era antes; para ello, se pueden usar instrumentos de evaluación periódicamente como el ABS: RC – 2 o similares.
- ✓ Hay que verificar si se han producido hechos recientes en la vida de la persona que puedan haberle afectado.
- ✓ Es necesario tener a mano todos los datos médicos desde el nacimiento, incluyendo la causa de la discapacidad intelectual. Esto es especialmente importante para aquellas personas con Síndrome de Down.
- ✓ Tenemos que verificar si ve y oye bien ya que los déficits sensoriales pueden agravar los síntomas.

- ✓ Debemos tener a mano el registro de todas las medicaciones pasadas y actuales prescritas a la persona con discapacidad intelectual ya que alguna de ellas puede ocasionar, provocar o agravar una depresión.
- ✓ Hay que tener a mano el registro de la evolución del peso y de los patrones de sueño nocturno y diurno de las últimas semanas.
- ✓ Tenemos que analizar el programa diario de actividades y ver si éste se ajusta a las necesidades y deseos de la persona ya que puede estar muy aburrida.
- ✓ Comentaremos con el médico el resultado del análisis funcional de la conducta si éste se ha llevado a cabo.
- ✓ Debemos evaluar, mediante una escala adecuada, si los síntomas pueden sugerir un trastorno del estado de ánimo. Por ejemplo, con el Inventario de Síntomas de Depresión.
- ✓ Valoraremos previamente la conducta (Escala ABC – ECA) para tener un “índice” en el que fundamentar la eficacia de un tratamiento.
- ✓ No debemos atribuir como “psicótica” toda conducta que pueda ser una forma de manifestarse una depresión en una persona con discapacidad intelectual gravemente afectada.
- ✓ Hay que trabajar en equipo e incorporar al médico en las evaluaciones.

En cuanto a la **posible presencia de trastornos del sueño**, cuando hablamos de una persona con discapacidad intelectual, FEAPS (2004) nos hace las siguientes recomendaciones:

- ✓ Establecer un horario regular y razonable para ir a la cama y levantarse los siete días de la semana.
- ✓ Atender las necesidades individuales de la persona en lugar de dar prioridad a las necesidades del servicio.
- ✓ Evitar el sedentarismo. El ejercicio diario ayuda a conciliar y mantener el sueño; sin embargo, el ejercicio vigoroso demasiado cercano a la hora de acostarse puede hacer difícil dormir.
- ✓ Evitar las interrupciones nocturnas por cambios de postura innecesarios, hábitos de higiene mal entendidos, entrar en la habitación de forma ruidosa y encendiendo luces, etc.
- ✓ Mantener una temperatura confortable en la habitación.
- ✓ No acostar a la persona inmediatamente después de cenar, especialmente, si padece reflujo gastroesofágico. El hambre o la plenitud excesivas pueden interferir con el sueño.
- ✓ No tomar alcohol, café o té antes de acostarse.
- ✓ Dejar de fumar.
- ✓ No administrar excesivos líquidos antes de acostarse.
- ✓ No dormir siestas excesivamente largas.
- ✓ Asegurarse de que se va a orinar antes de acostarse y vigilar una posible “impactación” de las heces si padece estreñimiento.
- ✓ Mantener un peso razonable. El peso excesivo puede producir demasiada fatiga diurna y empeorar la “apnea del sueño”.
- ✓ Conocer si existe algún problema físico o enfermedad que pueda agravar el sueño. Es recomendable, por ejemplo, adelantarse a la hora de comienzo de un dolor crónico administrando la suficiente analgesia pautada.
- ✓ En caso de alteraciones del sueño, utilizar “registros” para identificar las posibles causas.

Para aquellos casos de personas con discapacidad intelectual en los que exista la **sospecha de una posible demencia**, FEAPS (2004) nos indica las siguientes buenas prácticas:

- ✓ Evaluar periódicamente (como mínimo una vez al año) el funcionamiento y conducta de la persona mediante escalas y registros para determinar el nivel máximo de competencias a partir del que podremos observar cambios.
- ✓ En personas con discapacidad intelectual en un nivel grave y profundo puede ser difícil observar deterioro de las funciones intelectuales por lo que debemos fijarnos en pérdidas de habilidades adquiridas, aunque sean limitadas.
- ✓ Obtener información conductual de múltiples informadores para confirmar los cambios observados.
- ✓ La información debe ser proporcionada por personas que conozcan al sujeto por un tiempo suficiente.
- ✓ Ante la sospecha de deterioro, se debe remitir a un equipo especializado para un estudio completo.
- ✓ Proporcionar la atención necesaria en cada fase de la enfermedad: atención médica, social, funcional,...

Cuando estamos ante personas con discapacidad intelectual que presentan **conductas desafiantes**, FEAPS (2004) nos sugiere las siguientes buenas prácticas:

- ✓ Las personas que presentan alteraciones conductuales siguen teniendo los mismos derechos que cualquier otro miembro de la sociedad.
- ✓ No debemos perder el respeto hacia las personas con alteraciones conductuales. El respeto es un derecho humano básico.
- ✓ Las buenas prácticas incluyen ayudar a las personas para que aprendan mejores maneras de comportarse.
- ✓ Las buenas prácticas incluyen reducir las consecuencias perniciosas de las alteraciones conductuales.
- ✓ El personal no debe tener como objetivo castigar a las personas que presentan alteraciones conductuales.
- ✓ Los sistemas de control físico (sujeción mecánica) deben ser utilizados como último recurso para proteger a la propia persona o a los demás de daños.
- ✓ La restricción física no debe ser una estrategia rutinaria para controlar con conductas difíciles. Las buenas prácticas incluyen buscar formas alternativas para ello.
- ✓ Las buenas prácticas evitan los enfrentamientos personales con las personas que presentan alteraciones conductuales.
- ✓ Las buenas prácticas se aseguran de que haya un equilibrio entre las estrategias para reducir las conductas desafiantes y las oportunidades para aprender conductas más apropiadas.
- ✓ Las buenas prácticas tienen como objetivo promover el desarrollo personal y el bienestar emocional en personas con alteraciones conductuales.

### Ética en la Intervención

Tomando de nuevo como referencia la guía sobre Discapacidad Intelectual y Salud Mental de la Comunidad de Madrid, tenemos que otro aspecto clave en la atención a las conductas problemáticas y la salud mental de las personas con discapacidad intelectual es la ética. No se puede hacer cualquier cosa en la intervención, no se pueden utilizar sistemas que vulneren los derechos de las personas. Las intervenciones han de ser socialmente valoradas y lo son:

- ✓ Cuando se afronta un problema socialmente significativo.
- ✓ Cuando se lleva a cabo de un modo que es aceptable para los grupos principalmente implicados.
- ✓ Cuando producen resultados o efectos socialmente importantes.

Las intervenciones han de estar centradas en la persona. Esto es, han de asegurar:

- ✓ Respeto a los derechos de la persona.
- ✓ La importancia central de la persona (...).
- ✓ Tratar a las personas con dignidad.
- ✓ Un trato libre de abuso o negligencia.

No todo depende de la persona con discapacidad; la respuesta sobre todo depende de nosotros, de nuestras actitudes, de nuestra competencia, de nuestra voluntad para crear un entorno que incluya a la persona y le permita la participación y la relación y de nuestra capacidad para enseñarle habilidades significativas que sean relevantes para comprender y regular de modo positivo y enriquecedor su entorno físico, social y personal.

Mención especial merece todo lo concerniente al consentimiento **informado**. Antes de iniciar un tratamiento, farmacológico o no, es importante discutir con los padres o tutores legales y, si es posible, con la persona afectada, sobre el riesgo y el beneficio de su utilización. Obtener el consentimiento informado para su utilización debe ser una norma en toda intervención terapéutica.

Debemos asumir que los adultos, incluidas las personas con discapacidad intelectual, son siempre competentes a menos que se demuestre lo contrario. En caso de dudas sobre su competencia, la pregunta a responder es ¿puede este paciente entender y considerar la información necesaria para tomar esta decisión? Decisiones imprevistas no prueban que el paciente sea incompetente, pero pueden indicar la necesidad de obtener más información.

En la mayoría de las ocasiones, los paciente con discapacidad intelectual son competentes para tomar decisiones sobre su salud, incluso aunque no sean competentes para tomar decisiones de otro tipo.

Solicitar y recibir el consentimiento es un proceso, no un acto excepcional. Los pacientes pueden cambiar de opinión y retirar su consentimiento en cualquier momento. Si tenemos alguna duda, debemos asegurarnos siempre de que le paciente mantiene el consentimiento para el tratamiento.

Debemos ajustar la información al paciente, a sus condiciones ya que, si por algún motivo éste no está capacitado para otorgar el consentimiento, igualmente tiene derecho a estar informado.

En el caso en que el profesional sanitario considere que la información será perjudicial para la salud del paciente de un modo grave, dicho profesional deberá dejar constancia razonada de esta decisión a las personas vinculadas con el paciente, bien porque son su familia, bien porque son sus tutores legales.

La información que fundamentalmente se debe facilitar al paciente es la siguiente:

- ✓ La finalidad y naturaleza de la asistencia que se le está prestando.
- ✓ El tratamiento, sus opciones y, si las hubiera, otras alternativas.
- ✓ Las consecuencias más relevantes que la intervención origina con seguridad.
- ✓ Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- ✓ Los riesgos probables en condiciones normales según el tipo de intervención.
- ✓ Las contraindicaciones.

Esta información debe estar adaptada a las características y capacidades de la persona con discapacidad para que sea plenamente comprensible. En general, estas personas tienen dificultades para comprender el lenguaje abstracto y los tecnicismos y pueden tener dificultades para almacenar información.

El consentimiento debe otorgarse de forma voluntaria y no bajo ninguna forma de coacción o influencia indebida de profesionales, familiares o amigos. Para los tratamientos farmacológicos lo habitual es que sea suficiente con que la persona dé su consentimiento de forma oral.

Cuando el paciente es una persona con discapacidad intelectual legalmente incapacitada, el consentimiento deberán prestarlo sus representantes legales, habitualmente familiares, si bien deberán tenerse en cuenta las circunstancias particulares de cada caso ya que la incapacitación no implica necesariamente la pérdida de la posibilidad de ejercicio de los derechos del incapacitado, salvo que la sentencia indique lo contrario.

Todos los pacientes tiene derecho a rechazar el tratamiento, a excepción de personas con enfermedades mentales graves, pero siempre teniendo en cuenta todas las garantías de protección al paciente. En todo caso, cuando no se acepte el tratamiento, debe informarse al paciente de las consecuencias de su decisión.

Así mismo, todos los pacientes tienen el derecho de no ser informados si así lo expresan.

En el caso de ingresos hospitalarios o en instituciones de salud mental, si la persona con discapacidad intelectual no da su consentimiento para el mismo, no se contemplará dicho ingreso sólo por razón de la incapacitación legal y/o trastorno mental del paciente, sino sólo si éste no estuviera en condiciones de decidirlo por sí mismo y siempre amparado por decisión judicial que garantice los derechos de la persona.

Si un paciente con discapacidad intelectual presentara trastorno mental grave asociado y por ese motivo no pudiera expresar su voluntad, podría ser sometido a intervención sanitaria exclusivamente en el caso de que la ausencia de tratamiento presuponga riesgo grave para la salud del paciente y siempre bajo supervisión y control.

## PLANES Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

### Acciones Previas a la Intervención

- ✓ Generar en la persona con discapacidad intelectual una percepción positiva de la propia vida.
- ✓ Identificar el estilo de vida de la persona y qué factores parecen contribuir al mantenimiento de las conductas problemáticas y cuáles no.
- ✓ Valorar la calidad de las relaciones sociales de la persona.
- ✓ Valorar las oportunidades de la persona para elegir, decidir y participar en la dinámica del entorno físico y psicosocial.
- ✓ Identificar las oportunidades reales que tiene la persona para desarrollar actividades significativas.
- ✓ Valorar el grado de inclusión comunitaria.
- ✓ Establecer apoyo a largo plazo.
- ✓ Establecer una relación positiva con la persona.
- ✓ Trabajar teniendo en cuenta la ética.

### Intervención Proactiva

Cuando hablamos de **intervención proactiva** nos estamos refiriendo a un grupo de estrategias que resulta más efectiva a largo plazo para potenciar las competencias socialmente adaptativas de las personas.

Estas estrategias se basan en técnicas procedentes de la psicología de la instrucción, el aprendizaje y la modificación de conducta y tienen como premisa clave la siguiente: la mejor forma de atajar una conducta-problema es precisa-



mente cuando ésta no se ha producido aún (prevención primaria) o cuando, estando presente en el repertorio del sujeto, éste no la emite (prevención secundaria) en el momento del apoyo.

Con este tipo de intervención, se deben esperar siempre resultados a medio y a largo plazo ya que se trata de programas instructivos, estructurados sistemáticamente, progresivos, adaptados a la persona y que deben tener un control de evaluación de los resultados muy claro.

Entre los programas más habituales que se utilizan en intervención proactiva, vamos a destacar los siguientes:

- **Programas de desarrollo de habilidades generales.** Consisten en enseñar a la persona con discapacidad intelectual habilidades de comportamiento general en entornos variados.
- **Programas de desarrollo de habilidades específicas.** Entre ellos, podemos encontrar:
  - ✓ *Entrenamiento de conductas y habilidades alternativas funcionalmente equivalentes.* Identificar la función de la conducta problema y sustituirla por otra socialmente aceptable que sea equivalente.
  - ✓ *Entrenamiento en conductas y habilidades alternativas funcionalmente relacionadas.* Identificar la función de la conducta problema y entrenar a la persona para que emita conductas alternativas a la conducta problema pero no directamente relacionadas con ella.
- **Programas de enseñanza de habilidades de adaptación personal y tolerancia.** Aplicando técnicas de moldeamiento y desensibilización:
  - ✓ *Entrenamiento en relajación y respiración.*
  - ✓ *Entrenamiento en el uso del humor y el mantenimiento del estado emocional positivo.*
  - ✓ *Entrenamiento en la persistencia en el esfuerzo.*
  - ✓ *Entrenamiento de resistencia ante la frustración.*
- **Manipulación ecológica del entorno.** Aunque se trata de un tipo de intervención que, como los anteriores, debe adaptarse al individuo y su situación específica, a continuación indicamos algunas de las manipulaciones del entorno más frecuentes y eficaces:
  - ✓ Facilitar oportunidades diarias y cotidianas para escoger y decidir.
  - ✓ Trabajar para que las expectativas generales del grupo hacia la persona tengan una perspectiva positiva.
  - ✓ Supervisar y modificar, si procede, la naturaleza de los materiales, de las actividades,... adecuándolas a las preferencias y capacidades del sujeto.
  - ✓ Aumentar la calidez del trato, trabajando con estilos de gestión del comportamiento cercanos, participativos y generadores de experiencias positivas para el sujeto.
  - ✓ Controlar los tiempos de desarrollo de cada actividad y adecuarlos, si procede, a las características psicológicas de los sujetos.
  - ✓ Controlar los elementos físicos que pueden actuar como contaminantes del confort del entorno: ruido, polución, luz, temperatura, etc.
  - ✓ Ofrecer oportunidades guiadas de interacción social e interpersonal.
  - ✓ Supervisar los estados fisiológicos básicos de la persona: hambre, sed, micción, defecación, calor-frío, dolor, enfermedad, sueño,... e intervenir sobre ellos.
  - ✓ Adecuar las actividades diarias a la edad cronológica del sujeto.
  - ✓ Ofrecer al sujeto actividades funcionales y administrar detalladamente las no funcionales; es decir, aquellas que, si no las realiza el sujeto, alguien debería realizarlas por él.
  - ✓ Controlar el número de personas y el hacinamiento espacial, tanto en todo el espacio físico de la unidad, como en la formación de grupos para la realización de tareas.
  - ✓ Organizar y estructurar el espacio físico para facilitar el control, la seguridad y la comprensión espacial.
  - ✓ Supervisar las repercusiones en el sujeto de la conducta de los otros.
  - ✓ Tener en cuenta el estilo y la amplitud ambiental física que el sujeto necesita.
  - ✓ Tener en cuenta los cambios recientes en la biografía del sujeto: relaciones, experiencias emocionales, clima y situación familiar, duelos, enfermedades, operaciones,...
  - ✓ Estar atento a las señales ambientales que pueden actuar como predictoras de la conducta del sujeto.
  - ✓ Favorecer el acceso a consecuencias positivas y reforzantes tras el logro parcial o total de las tareas a realizar.
  - ✓ Proporcionar gran cantidad de actividades para que la persona pueda escoger.
  - ✓ Programar las actividades de la rutina diaria.

• **Tratamiento directo específico y apoyo protésico.** Se trata de estrategias que sirven para solventar o disminuir problemas conductuales de intensidad grave y/o de alta frecuencia que responden a un programa muy concreto y estructurado, diseñado expresamente para el individuo por parte del psicólogo y con procedimientos de evaluación muy precisos. Su aplicación debe estar coordinada siempre con otras estrategias de tipo ecológico y de programación de apoyo positivo ya que, en muchas ocasiones, el uso exclusivo de alguna de las técnicas incluidas no suele ser eficaz. Se utilizan para sustituir la conducta problema por otras cadenas conductuales socialmente más adaptadas y se hace por medio de las siguientes técnicas:

- ✓ Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO).
- ✓ Reforzamiento diferencial de tasa baja de respuesta (RDB).
- ✓ Reforzamiento diferencial de respuestas alternativas (RDA).
- ✓ Control de antecedentes.
- ✓ Saciación de estímulos.

### Intervención Reactiva e Intervención en Crisis

Las **estrategias de intervención reactiva** resultan útiles para controlar la conducta problema si se cumplen unos requisitos específicos de aplicación, pero pocas veces llegan a modificarla a medio o largo plazo.

Se trata de procedimientos efectivos si se aplican de manera inmediata, justo en el momento que antecede o en el que se inicia la conducta problema.

Las distintas estrategias de intervención reactiva son compatibles entre sí, pero no con las estrategias de programación positiva. En este caso, estamos hablando de aquellas estrategias que primero se deben aplicar en el momento de la crisis basándonos en que, antes que nada, hay que controlar la conducta problema. Pero se trata de un control conductual momentáneo.

Las **técnicas** más comúnmente utilizadas dentro de la intervención reactiva son las siguientes:

- ✓ Ignorar.
- ✓ Redirección.
- ✓ Tiempo fuera.
- ✓ Cambio de estimulación.
- ✓ Retroalimentación.
- ✓ Aprendizaje contingente.
- ✓ Inyección de humor.
- ✓ Acercamiento positivo.
- ✓ Control instruccional.
- ✓ Facilitar la comunicación.
- ✓ Escucha activa.
- ✓ Espacio simbólico.
- ✓ Restricción física.
- ✓ Respuesta 100% incompatible.

Con respecto a la **intervención en crisis**, se trata de procedimientos de control que no suponen una forma de intervención, sino que son procedimientos de sentido común cuyo manejo se debe hacer caso a caso y que se pueden agrupar en **cinco categorías** de procedimientos útiles para tal fin:

- ✓ Cuando sea posible, ignorar la conducta problemática.
- ✓ Proteger al sujeto o a los otros de las consecuencias físicas de la conducta.
- ✓ Contener momentáneamente al sujeto durante los episodios de la conducta problemática.
- ✓ Retirar a todo el que corra peligro de los alrededores donde tenga lugar la crisis.
- ✓ Proporcionar señales (estímulos discriminativos) que susciten una conducta no problemática.

Dentro de la intervención en crisis, merecen una dedicación específica los procedimientos de intervención física ante crisis conductuales graves. Con intervención física restrictiva estamos haciendo alusión a “*cualquier método de responder a una conducta desafiante que implique algún grado de fuerza física dirigida a limitar o restringir el movimiento o la movilidad*” (Harris y cols., 1996).

Es importante señalar que la intervención física debe utilizarse siempre como último recurso, después de que otros métodos más proactivos o reactivos pero menos invasivos no hayan resultado eficaces y en situaciones en las que no queda más remedio que recurrir a ella.

Dentro de la intervención física de carácter restrictivo, podemos encontrar tres tipologías:

- a) Materiales o equipamiento que restringen o impiden el movimiento.
- b) El uso de barreras.
- c) Contacto físico directo entre un miembro del personal y una persona usuaria del servicio.

Es preciso indicar que el uso de intervenciones físicas en respuesta a conductas graves o crisis es problemático por una serie de razones (tomado de *“Protocolo de actuación ante conductas desafiantes graves y uso de intervenciones físicas”* de la Fundación Uliazpi):

- ✓ El uso de la fuerza para sobreponerse a una persona que es violenta o agresiva puede tener consecuencias lesivas para el personal y personas del servicio.
- ✓ El uso de intervenciones físicas no planificadas es posible que se asocie con altos niveles de estrés psicológico, tanto para el personal como para las personas.
- ✓ El uso de intervenciones físicas no reguladas puede llevar al abuso e ir contra la ley.
- ✓ El uso de intervenciones físicas puede que no se haga para el mejor interés de la persona.
- ✓ Las intervenciones físicas puede que, a veces, se utilicen en situaciones donde otros métodos no físicos podrían ser más efectivos.
- ✓ El uso de intervenciones físicas puede conducir a una escalada de conductas desafiantes.
- ✓ El uso de intervenciones físicas puede estar en conflicto con los valores del servicio tales como: respeto, dignidad y elección para las personas del mismo.

No obstante, también es cierto que, según Escribano, Gómez, Márquez y Tamarit (2002), las intervenciones físicas también pueden ser: necesarias por el bien de la persona, imprescindibles para evitar riesgos y/o estratégicas vistas como una oportunidad para el aprendizaje.

A continuación, tal y como aparece en la publicación de la Fundación Uliazpi, comparto un resumen sobre los principios políticos clave referidos a las intervenciones físicas, información extraída de *“Physical interventions: a policy framework, de Harris, Allen, Cornick, Jefferson y Mills (2000). Págs. 57 – 60, Kidderminster: Bild Publications, 3ª reimpresión.*

#### LEY

1. Cualquier intervención física debería ser consistente con las obligaciones legales y con las responsabilidades de las agencias de cuidado y las de sus equipos y con los derechos y protección ofrecida a las personas con discapacidad intelectual bajo el amparo de la ley.
2. Trabajando en un “marco legal” los servicios son responsables de la provisión de cuidado, incluyendo las intervenciones físicas, hechas en el mejor interés de las personas.

#### VALORES

1. Las intervenciones físicas sólo deben utilizarse en el mejor interés del usuario del servicio.
2. Los usuarios de un servicio deben ser tratados con justicia, cortesía y respeto.
3. Se debe ayudar a los usuarios de un servicio a realizar elecciones y a implicarse en tomar decisiones que afecten a sus vidas.
4. Debe haber experiencias y oportunidades de aprendizaje que sean apropiadas a las capacidades e intereses de las personas.

#### PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA DESAFIANTE

1. A menudo, las conductas desafiantes se pueden prevenir mediante una cuidadosa gestión de las condiciones del contexto.
2. Para cada usuario de un servicio cuya conducta suponga un reto, debería explorarse la interacción entre las condiciones ambientales y las condiciones personales. Se deberían modificar las condiciones del contexto para reducir la probabilidad de que ocurra una conducta desafiante (prevención primaria).

3. Deberían desarrollarse procedimientos de prevención secundaria para asegurarse que los episodios problemáticos se gestionan adecuadamente con intervenciones no físicas, antes de que el usuario del servicio exprese un comportamiento violento.
4. Para cada usuario de un servicio que presente un reto debería haber estrategias individualizadas para responder a los incidentes de violencia y a la conducta peligrosa. Cuando sea apropiado la estrategia debe incluir directrices para usar intervenciones físicas.

#### PROMOVER EL MEJOR INTERÉS DE LOS USUARIOS DE UN SERVICIO

1. Se deben establecer procedimientos individualizados para dar respuesta a los usuarios de un servicio que sea probable que presenten una conducta violenta o peligrosa. Los procedimientos debe capacitar al equipo de cuidadores para responder con efectividad a las conductas violentas o peligrosas a la vez que aseguren la seguridad de todos los implicados.
2. Las intervenciones físicas sólo deben usarse en conjunción con otras estrategias diseñadas para ayudar a los usuarios del servicio a aprender conductas alternativas no desafiantes.
3. Las intervenciones físicas planificadas deben ser justificadas con respecto a lo que se conoce del cliente a través de una evaluación formal multidisciplinar; los enfoques alternativos que se han intentado; una valoración de los riesgos potenciales involucrados; referencia al conjunto de conocimiento experto y a la buena práctica establecida.
4. El uso de intervención física debe estar sujeto a una revisión periódica.

#### INTERVENCIÓN FÍSICA Y EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. Se deben explorar sistemáticamente los peligros potenciales asociados con el uso de intervenciones físicas, utilizando un procedimiento de gestión del riesgo. Las intervenciones físicas no deben implicar riesgos no razonables.

#### MINIMIZAR EL RIESGO Y PROMOVER EL BIENESTAR DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS

1. Las intervenciones físicas deben emplearse usando la fuerza mínima razonable.
2. Cualquier intervención física debe emplearse durante el menor tiempo posible.
3. Para un usuario de un servicio las intervenciones físicas deben ser decididas para un periodo de tiempo lo más corto posible y consistente con su mejor interés.
4. Las intervenciones físicas no causarán dolor.
5. Los usuarios de un servicio deben tener evaluaciones individuales que identifiquen las contraindicaciones de intervenciones físicas antes de ser éstas aprobadas.
6. Se debe evaluar periódicamente a los usuarios de un servicio que reciban intervenciones físicas para detectar si hay signos de lesión o malestar psicológico.

#### GESTIÓN DE RESPONSABILIDADES

1. Los directivos de un servicio son responsables de desarrollar e implementar políticas sobre el uso de intervenciones físicas.
2. El uso de cualquier procedimiento debe estar claramente establecido en forma de guía escrita para el equipo de profesionales.
3. Los directivos de un servicio son responsables de asegurar que todos los incidentes que implica el uso de intervenciones físicas se registren de un modo detallado, con claridad y prontitud.
4. Todos los usuarios de un servicio, así como sus familiares o representantes legales, han de tener acceso disponible a un procedimiento efectivo de quejas.
5. Se debe dar una cuidadosa consideración al impacto de la gestión de los recursos sobre el uso de intervenciones físicas.

#### RESPONSABILIDAD DE LOS DIRIGENTES HACIA EL EQUIPO DE PROFESIONALES

1. Los directivos y gerentes son responsables de la seguridad y bienestar del equipo de profesionales.
2. Se debe animar al equipo de profesionales a registrar todas las intervenciones físicas e informar de cualquier incidente que sea motivo de preocupación.

## FORMACIÓN DEL EQUIPO DE PROFESIONALES

1. El equipo de profesionales al que pueda requerirse para usar intervenciones físicas debe recibir periódicamente formación sobre conocimiento, habilidades y valores.
2. La formación debe darla un instructor con experiencia y cualificación adecuadas.
3. El equipo de profesionales sólo debe emplear intervenciones físicas para cuyo uso haya sido formado.
4. Se debe organizar el equipo de profesionales de tal manera que se asegure que quienes están convenientemente formados estén disponibles para responder a cualquier incidente que requiera una intervención física.

Del mismo modo, también tal y como aparece en la publicación de la Fundación Uliazpi, comparto un resumen sobre los puntos de la agenda para la acción, información extraída de "Physical interventions: a policy framework, de Harris, Allen, Cornick, Jefferson y Mills (2000). Págs. 57–60, Kidderminster: Bild Publications, 3ª reimpression.

## SECCIÓN 2. LA LEY Y LAS INTERVENCIONES FÍSICAS

1. ¿En tu servicio se emplean las intervenciones físicas con niños? Si es así, consulta el informe y guía para cuidadores escrito por Christina Lyon y publicado por la Mental Health Foundation.
2. ¿Se emplean intervenciones físicas con adultos? Si es así, ¿cuál es la justificación (defensa legal) para este enfoque en cada persona?
3. ¿Los adultos que reciben la intervención física son capaces de dar su consentimiento al tratamiento? Si es así, ¿han sido consultados acerca del uso de intervenciones físicas?
4. ¿Se usan las intervenciones físicas en el mejor interés del usuario del servicio?

## SECCIÓN 3. UNA BASE COMÚN DE VALORES

1. ¿Tienes claro cómo la intervención física ayuda a la persona concernida, esto es, se usa en su mejor interés? ¿Hay algún conflicto de intereses en que tú o los miembros del personal experimentéis pocas demandas y menos estrés cuando se usa la intervención física?
2. ¿Las personas que experimentan las intervenciones físicas son consultadas antes de su uso? ¿Qué pasos se han seguido para asegurar que las intervenciones físicas minimizan cualquier pérdida de dignidad en aquellos a los que se aplican?
3. ¿Hasta qué punto y en qué modo las intervenciones físicas que empleas en tu servicio reducen las oportunidades de elegir y tomar decisiones? ¿Qué pasos se han dado para reducir la probabilidad de que las intervenciones físicas se necesiten en un futuro?
4. ¿Qué se ha hecho para asegurar que las intervenciones físicas combinan su uso con oportunidades de nuevas experiencias y oportunidades de aprendizaje?

## SECCIÓN 5. PROMOVER EL MEJOR INTERÉS DEL USUARIO DEL SERVICIO

1. ¿Se proporciona al equipo de profesionales una guía escrita con los métodos de intervención física permitidos para ser usados con cada usuario del servicio?
2. Para cada usuario del servicio que puede experimentar alguna forma de intervención física ¿qué estrategias se han puesto en marcha para promover formas de conducta alternativa más apropiadas?
3. ¿Están todas las formas de intervención física claramente justificadas en términos de la historia previa de los usuarios del servicio (incluyendo el rango de estrategias alternativas que se han intentado) y de una evaluación multidisciplinar actualizada?
4. ¿Todos los usuarios del servicio que experimentan intervenciones físicas reciben revisiones periódicas de rutina? ¿Pueden producirse más revisiones si cambian las circunstancias que rodean el uso de las intervenciones físicas?

## SECCIÓN 6. INTERVENCIÓN FÍSICA Y EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. ¿Qué intervenciones físicas se están llevando a cabo actualmente o están decididas para ser usadas a través de miembros del equipo de profesionales?
2. ¿Cuáles son los riesgos potenciales asociados con cada procedimiento que está siendo usado?
3. ¿Quién está en situación de riesgo cuando se emplea cada una de las intervenciones físicas?
4. ¿Qué pasos se han dado para minimizar la probabilidad de que las intervenciones físicas tengan consecuencias adversas para los usuarios del servicio, para el personal y miembros del público?

5. ¿Cuáles con las intervenciones físicas menos restrictivas que capacitarán al personal para responder efectivamente a los incidentes previsibles que se darán en algún usuario del servicio?

#### SECCIÓN 7. MINIMIZAR LOS RIESGOS Y PROMOVER EL BIENESTAR DE LOS USUARIOS

1. ¿Qué pasos se han dado para asegurar que todos los tipos de intervención física que se utilizan lo hacen empleando la mínima fuerza razonable?
2. ¿Cómo se controlan las intervenciones físicas para asegurar que cualquiera de ellas se aplica durante el menor tiempo posible consistente con el mejor interés del usuario del servicio?
3. ¿Cuándo a menudo se revisa a los usuarios de un servicio que están recibiendo intervención física y qué procedimientos se ponen en marcha para asegurar que se han explorado en profundidad enfoques alternativos?
4. ¿Qué pasos se han dado para asegurar que las intervenciones físicas utilizadas no causan dolor?
5. ¿Cómo se evalúa a los usuarios del servicio para detectar posibles contraindicaciones antes de que se apruebe la intervención física?
6. ¿Los usuarios del servicio que están expuestos a intervenciones físicas son evaluados periódicamente para detectar señales de malestar inmediatamente después de un incidente? ¿Qué pasos se dan si hay evidencia de malestar o lesión?

#### SECCIÓN 8. GESTIÓN DE RESPONSABILIDADES

1. ¿Hay una política escrita para guiarte a ti o a los miembros del personal bajo tu responsabilidad en el uso de intervenciones físicas? ¿Tanto tú como ellos tenéis amplio conocimiento de los contenidos de las políticas relacionadas con el uso de intervenciones físicas? ¿El personal, los usuarios del servicio, sus padres y defensores han sido consultados sobre los contenidos de esas políticas? ¿Han sido consultadas otras organizaciones que comparten la responsabilidad de proporcionar servicios a las personas que presentan conductas desafiantes?
2. ¿Hay directrices escritas que describen el uso de las intervenciones físicas? ¿Esas directrices para la práctica son completamente consistentes con las políticas relacionadas con el uso de intervenciones físicas?
3. ¿Qué métodos se utilizan para registrar el uso de las intervenciones físicas? ¿Cómo se utiliza esta información para mejorar la práctica?
4. ¿Cómo utilizan los usuarios del servicio, sus familias y representantes el procedimiento de quejas?
5. ¿Cómo afecta al uso de intervenciones físicas la gestión de los recursos de la organización? ¿Cómo se puede mejorar esto?

#### SECCIÓN 9. RESPONSABILIDAD DE LOS DIRECTIVOS CON EL PERSONAL

1. ¿En el documento de política está descrita la responsabilidad de los directivos con respecto a la seguridad y bienestar del personal? ¿Cuáles son los derechos del personal en el caso de lesión o malestar psicológico causado por el uso de intervenciones físicas?
2. ¿Cómo se anima al personal a registrar la buena práctica y a informar de incidentes en los que esté implicada una mala práctica?

#### SECCION 10. FORMACIÓN DEL PERSONAL

1. ¿Tu organización proporciona un programa de formación para el personal que trabaja con usuarios del servicio que presentan conductas desafiantes?
2. ¿Los instructores que dan la formación tienen experiencia y cualificación apropiadas?
3. ¿Cómo se comunica al personal quiénes pueden (y quiénes no) usar intervenciones físicas con los usuarios del servicio?
4. ¿Cuáles son las disposiciones tomadas para asegurar que el personal cuenta con la formación y experiencia adecuadas estará disponible para responder a incidentes de conducta desafiante?

#### Técnicas de Modificación De Conducta

No vamos a extendernos a explicar cada una de las **técnicas de modificación de conducta** puesto que se trata de las mismas técnicas que se pueden aplicar a la población sin discapacidad, aunque, lógicamente, habrá que realizar adaptaciones en función de las características, capacidades y limitaciones de la persona con discapacidad intelectual que nos ocupe en cada caso.

En su lugar, vamos a seleccionar aquellas técnicas de modificación de conducta más frecuentemente utilizadas con esta población y cuya eficacia está demostrada.

En primer lugar, como **procedimientos para adquirir, ocasionar, incrementar y fortalecer conductas**, podemos citar las siguientes:

- ✓ Reforzamiento positivo.
- ✓ Reforzamiento negativo.
- ✓ Economía de fichas.
- ✓ Reforzamiento diferencial de tasas altas.
- ✓ Control del estímulo.
- ✓ Preparación de la respuesta.
- ✓ Entrenamiento en generalización.
- ✓ Desvanecimiento.
- ✓ Moldeamiento.
- ✓ Encadenamiento.
- ✓ Entrenamiento de habilidades sociales.

Con respecto a aquellas técnicas de modificación de conducta que nos sirven para **reducir o eliminar conductas**, las más usadas son las siguientes:

- ✓ Extinción.
- ✓ Reforzamiento diferencial de tasas bajas.
- ✓ Reforzamiento diferencial de tasa cero.
- ✓ Reforzamiento diferencial de conductas alternativas o incompatibles.
- ✓ Coste de respuesta.
- ✓ Tiempo fuera.
- ✓ Sobrecorrección.
- ✓ Castigo.
- ✓ Incremento estimular ambiental y refuerzo no contingente.

Por último, como **otros procedimientos de intervención** habituales en intervención mediante modificación de conducta, podemos citar los que se indican a continuación:

- ✓ Contratos de conducta.
- ✓ Métodos de autocontrol.
- ✓ Autoinstrucciones.
- ✓ Entrenamiento en solución de problemas.
- ✓ Entrenamiento en relajación.
- ✓ Condicionamiento encubierto.
- ✓ Modelo sensible a la motivación.
- ✓ Estrategias reactivas.
- ✓ Otras manipulaciones ecológicas.
- ✓ Contención física.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ayuso J. L., Martorell, A., Novell, R., Salvador – Carulla, L. y Tamarit, J. *Discapacidad intelectual y salud mental. Guía práctica*. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Belinchón, M., Díez-Picazo, G., Maeso, P., Mosquera, A., Muñoz, J. Pérez, R. y Tamarit, J. (2009). *Claves para solicitar el consentimiento informado a una persona con discapacidad intelectual. Guía para profesionales*. FEAPS, Madrid.
- Franco Martín, M. A. (2004). *Trastornos mentales y de conducta en el retraso mental. Evaluación e intervención*. Valladolid: Editorial Edintras.
- FUNDACIÓN ULIAZPI. *Protocolo de actuación ante conductas desafiantes graves y uso de intervenciones físicas*. FEAPS: Colección Cuadernos de Buenas Prácticas.

- Gavino, A. (2007). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide, Psicología Pirámide.
- Harris, J., Allen, D., Cornick, M., Jefferson, A. y Mills, R. (1996). *Physical interventions: a policy framework*. Kidderminster (Reino Unido): Bild Publications.
- Novell Alsina, R., Rueda Quillet, P. y Salvador Carulla, L. (2003). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Madrid: Colección FEAPS.
- Salvador-Carulla, L., Martínez – Leal, R. y Salinas, J. A. (2007). *Trastornos de la salud mental en personas con discapacidad intelectual: Declaración FEAPS e informe técnico*. Madrid: FEAPS.
- WPA (World Psychiatric Association) (2010). *Problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual. Directrices internacionales para el uso de medicamentos*. Fundación Española de Síndrome de Down (edición española)



# Ficha 1.

## Intervención Comunicativa

Según **Carr**, la intervención comunicativa consiste en cómo averiguar el propósito comunicativo que un problema de comportamiento puede estar encubriendo para, a continuación, valorar de qué manera enseñar a la persona nuevas formas de expresión de sus necesidades que reemplacen las conductas problemáticas.

Trabajar con individuos que muestran conductas agresivas puede llegar a ser frustrante: las técnicas que parecen dar resultado en un momento determinado resultan ineficaces en la siguiente ocasión. El mismo comportamiento agresivo vuelve a surgir una y otra vez. La clave para evitar su reaparición radica en buscar la causa de tales conductas. **Edward G. Carr** ha probado que constituyen un medio, utilizado por sujetos con limitaciones graves en su capacidad de comunicarse, para intentar mostrar a su entorno sus sentimientos de rechazo o apetencia.

### Tesis Fundamentales

Por lo tanto, el planteamiento de **Carr** sobre la intervención comunicativa parte de una serie de tesis fundamentales que podemos resumir del siguiente modo:

- ✓ *La conducta problemática generalmente cumple un objetivo para la persona que la manifiesta.* Estamos acostumbrados a referirnos a la conducta problemática como “aberrante” o “inadaptada” pero, por el contrario, una conducta problemática puede ser adaptativa y por eso aparece con tanta frecuencia.
- ✓ *La evaluación funcional se utiliza para identificar la finalidad de la conducta problemática.* Dado que una conducta problemática posee una finalidad, no se puede cambiar con garantía de éxito a largo plazo sin intentar descubrir cuál es dicha finalidad. Este proceso es el denominado “análisis funcional” o “evaluación funcional”.
- ✓ *El objetivo de la intervención es la educación, no simplemente la supresión de la conducta.* La consecuencia más importante de la evaluación funcional es que la intervención implica educación. Debido a que una conducta problemática, a menudo, cumple una finalidad para el sujeto que la manifiesta, el objetivo principal de la intervención es enseñarle nuevas formas de influir en las otras personas para que dichas conductas problema ya no sean necesarias.
- ✓ *Los problemas de comportamiento generalmente tienen muchas finalidades y, por lo tanto, requieren muchas intervenciones.* Los problemas de comportamiento tienen lugar en un contexto social que puede ser variado (hogar, escuela, centros, comunidad,...) y en cada contexto el problema puede tener una finalidad distinta. Por lo tanto, serán necesarias intervenciones multidimensionales.
- ✓ *La intervención implica cambiar sistemas sociales, no individuos.* Dado que el contexto social es tan importante, la intervención no es algo que se hace a la persona que tiene discapacidad, sino algo que se hace con la persona con discapacidad. Esto es particularmente cierto cuando se opera con el modelo de intervención comunicativa ya que ambas personas deben estar motivadas para interactuar. En este contexto, la intervención implica un proceso de influencia recíproca que conduce a un cambio de conducta deseable por parte de todos los implicados.
- ✓ *El objetivo último de la intervención es el cambio de estilo de vida.* El objetivo más amplio de la intervención es producir un cambio que afecte de forma positiva a cómo las personas viven su vida. Las intervenciones eficaces permiten a la persona con discapacidad participar en la comunidad y tener más oportunidades sociales, profesionales y de ocio de las que tuvo anteriormente.

### Evaluación Funcional

La evaluación funcional implica intentar descubrir las funciones que tiene la conducta problemática, es decir, las razones por las que ocurre. Cuando se descubre a qué propósito sirve la conducta problemática, se tiene más capacidad para diseñar intervenciones que proporcionen al sujeto alternativas con sentido para sus conductas problema.

Para ello, se llevan a cabo **tres pasos** (*descripción, categorización y verificación*) y tiene **tres componentes** fundamentales:

- 1) La entrevista. Consiste en realizar preguntas a las personas que están habitualmente con la persona con discapacidad intelectual para que describan la naturaleza de la conducta detalladamente, las circunstancias en las que es más probable que aparezca y la reacción que provoca en los otros cuando la conducta ocurre.
- 2) La observación directa. En este caso hablamos de seguir a la persona con discapacidad intelectual para observarla en una variedad de situaciones diarias cotidianas, incluidas aquellas que durante el proceso de la entrevista se identificaron como asociadas con la conducta problemática.
- 3) La experimentación. Mediante ella, se establecen, intencional y sistemáticamente, ciertas situaciones para determinar si el problema de conducta ocurre consistentemente en esas situaciones.

#### A. Etapa 1. La descripción

Es la etapa inicial e implica tanto la entrevista como la observación directa para tener una imagen clara del contexto social del problema de conducta, de la naturaleza específica del problema y de la reacción que este problema suscita en los demás (en la documentación anexa está disponible el modelo de registro de conductas desafiantes o problemáticas que se utiliza para esta fase durante la observación directa).

Hay dos componentes en esta fase de evaluación: la entrevista y la observación directa. De cara a un adecuado desarrollo de esta fase, como requiere un entrenamiento técnico específico y experiencia, normalmente, el evaluador es un pedagogo, psicólogo, profesor de escuela de padres, responsable de piso tutelado o supervisor laboral.

Las personas que están más directamente implicadas con la persona que muestra el problema de conducta funcionan mejor, al menos inicialmente, en el papel de informadores que en el de evaluadores. Con el tiempo, una vez que se ha completado la evaluación inicial y se ha formulado el programa de intervención, muchos informadores son capaces de continuar el proceso de evaluación e intervención con una mínima supervisión y apoyo.

Por supuesto, hay otras personas que pueden estar cualificadas y ser competentes para realizar una evaluación, entre las que se incluyen quienes tienen responsabilidades directas en los servicios. El problema es que si una persona está directamente implicada en la provisión de servicios, le será difícil disponer del tiempo necesario para llevar a cabo una evaluación detenida sobre un individuo determinado, particularmente, cuando también es responsable de proporcionar servicios a otras personas. Esto también le sucederá al personal de atención directa, además de que, a veces, está demasiado cerca del problema de conducta, hecho que puede interferir en una evaluación minuciosa y correcta.

Además de conseguir que los informadores definan el problema de conducta de forma precisa y correcta, los evaluadores deben emplear la entrevista para obtener información sobre el contexto social y la reacción social a la conducta problemática. Esta información servirá después para formular hipótesis sobre por qué los sujetos agreden, se autolesionan,... ya que esta hipótesis sirve luego de base para la selección y planificación de la intervención.

Es esencial que a la entrevista le sigan al menos dos semanas de observación directa para confirmar la exactitud de la información. La entrevista ayuda al observador a saber hacia dónde mirar.

Es necesario que las observaciones se lleven a cabo en una variedad de situaciones diferentes, para asegurarse de que se ha hecho un muestreo adecuado de todas las situaciones problemáticas. También es necesario distribuir las observaciones a lo largo de suficientes situaciones distintas, para así controlar la posibilidad de que el informador pueda hacer omitido u olvidado informar de ciertos problemas que ocurran regularmente.

La observación directa, en particular, y la evaluación funcional, en general, no son actividades que ocurren al inicio de un programa de intervención y después se suprimen. Más bien, la evaluación funcional es un proceso dinámico, que debe continuar periódicamente a lo largo de toda la intervención, especialmente cuando hay razones para creer que una evaluación adicional puede proporcionar nueva información.

Si el problema de conducta es poco frecuente, puede ser necesario un periodo de observación más largo. Probablemente sea necesario realizar evaluaciones adicionales en momentos específicos, asociados a situaciones que se sabe suscitan el problema de conducta. En la práctica, esta estrategia implica que la evaluación necesita hacerse de modo continuo, aún cuando se haya iniciado la intervención. La evaluación continua es la regla más que la excepción.

Las posibles conexiones que pueden existir entre ambas durante esta fase consisten en lo siguiente:

- 1) La observación directa confirma la descripción obtenida a través de la entrevista. Continuamos con el proceso.
- 2) La observación directa no confirma la descripción obtenida a través de la entrevista. Normalmente, esto es debido a:
  - ✓ La reacción social que se especificó en la entrevista es diferente de la que se ha registrado en la observación directa.
  - ✓ Cambios en la motivación de la conducta problema; posiblemente, porque ha habido cambios significativos en la vida de la persona.

✓ Atribución incorrecta de un propósito al problema de conducta: habitualmente, cuando el propósito identificado en la entrevista se identifica como social, pero el propósito que se infiere de la observación directa no lo es.

3) La observación directa identifica un nuevo problema que no fue descrito durante la entrevista. Porque pueden existir nuevas situaciones en el momento de la observación que no estaban vigentes durante la fase de entrevistas.

Conviene llevar a cabo una nueva evaluación funcional si se produce una de estas circunstancias:

a. Se producen cambios significativos en la vida de las personas: actividades laborales o educativas, personal de atención directa, situaciones de vida o relaciones sociales,... y estos cambios están asociados a nuevos casos de conducta problemática.

b. Hay un problema de conducta residual después de una intervención, por lo demás, exitosa.

c. La conducta problemática que ya estaba bajo control ha empezado a reaparecer.

#### A. Etapa 2. La categorización.

Implica agrupar toda la información recogida a partir de la descripción por medio de situaciones específicas, de acuerdo a los diferentes propósitos a los que parecen servir las conductas problemáticas. Durante la etapa de categorización, se llevan a cabo tres pasos:

✓ *Paso 1: Formular hipótesis sobre el propósito.* ¿Qué quería el sujeto que ocurriera como consecuencia de su conducta problemática? La reacción social nos puede guiar para determinarlo.

✓ *Paso 2: Agrupar en categorías.* Se trata de categorías de hipótesis (propósitos) y son las siguientes: atención, evitación, objeto o actividad y otros, o no fiable.

✓ *Paso 3: Encontrar temas comunes en la categoría de hipótesis.* El contexto interpersonal es la mejor guía para agrupar situaciones según temas comunes relacionados con un propósito.

Veamos a continuación estos tres pasos con algo más de detalle.

##### *Paso 1: Formular hipótesis sobre el propósito.*

El primer paso útil en la categorización es emplear los conocimientos de los propósitos para formular hipótesis acerca de por qué un sujeto presenta un problema de conducta en una situación concreta.

Se debe formar un equipo de tres personas para que se reúnan y examinen cada ficha. Los miembros de este equipo son dos personas que hayan estado realizando la evaluación y una tercera de atención directa (padre, profesor, preparador laboral,...).

Después de establecer el equipo, cada miembro estudia individualmente cada ficha y se le plantea la siguiente pregunta: ¿Qué quería el sujeto que ocurriera como consecuencia de su conducta problemática? Hay que prestar especial atención a la reacción social ante la conducta problema ya que esta reacción generalmente proporciona los indicios más sólidos en cuanto al propósito de la conducta problemática.

La regla que utilizaremos es que, si al menos dos de los tres miembros del equipo están de acuerdo en el propósito, entonces este propósito (hipótesis) se anotará en la ficha. Pero si una ficha supone una hipótesis diferente para cada miembro del equipo, ésta no se tendría en cuenta.

Esas fichas para las que no existe acuerdo se agrupan en la categoría de "otros" y rara vez suponen un porcentaje significativo del número de situaciones registradas. Además, suelen ser conductas problemáticas que no tienen un propósito social y que pueden tener más que ver con aspectos médicos, sensoriales, etc. Por tanto, no estamos diciendo que no deba intervenir sobre esas situaciones, sino, más bien, que no serían objeto de una intervención de tipo comunicativo como la que se está describiendo en este momento.

##### *Paso 2: Agrupar en categorías.*

Una vez que el equipo haya formulado las hipótesis, el siguiente paso es agrupar las fichas en categorías de propósitos/hipótesis.

Lo que se hace evidente de forma inmediata es que, en numerosas ocasiones, las conductas problemáticas tienen múltiples propósitos y que, en la gran mayoría de las situaciones, este comportamiento está mediado por variables sociales.

Es así mismo frecuente encontrar que suele haber un propósito que suele sobresalir del resto para cada sujeto. Recordemos que los propósitos son atención, evitación y obtención de objeto/actividad.

A partir de la categorización, en lugar de trabajar con las fichas de cada una de las situaciones, tendremos grupos

de fichas, cada uno de ellos definido por propósito similar. Además, con toda probabilidad, uno de los grupos será más grande y numeroso y recogerá la mayor parte de las conductas problemáticas con lo que, en consecuencia, resultará menos costoso planificar la intervención.

### *Paso 3: Encontrar temas comunes en la categoría de hipótesis.*

Mediante discusión, los miembros del equipo deben intentar identificar temas comunes entre los grupos de fichas de cada categoría concreta. Se debe prestar especial atención al contexto interpersonal porque, generalmente, es la mejor pauta para agrupar fichas en temas comunes dentro de una categoría.

Si, como debe ser, cada categoría contiene un número relativamente pequeño de temas, se posibilita que se diseñen un número relativamente pequeño de planes básicos de intervención. Además, si este agrupamiento de temas resulta preciso, nos llevará al diseño de intervenciones que demuestren ser útiles a largo plazo.

Puesto que temas distintos implican intervenciones distintas, casi siempre es un error pensar que podemos abordar un problema de comportamiento diseñando una única intervención para resolver las dificultades en cualquier situación. Incluso dentro de un tema, debemos estar preparados para ser flexibles y estar abiertos, por si es necesario modificar la intervención.

Merece la pena destacar que, puesto que la evaluación funcional se considera un proceso dinámico y continuo, con el tiempo, se generarán nuevas fichas una vez comenzada la intervención. Por lo tanto, los miembros del equipo tienen que reunirse periódicamente para tomar decisiones acerca de cómo agrupar las fichas nuevas y, quizá, crear nuevos grupos en torno a temas nuevos.

### C. Etapa 3. La verificación.

La verificación implica cambiar radicalmente la reacción social al problema de conducta, así como el contexto físico y social, para estar más seguros de que un caso específico de conducta problemática sirve, en efecto, a un propósito específico (función).

La experimentación es el rasgo esencial del componente de la verificación. En un experimento, la persona que realiza la evaluación manipula intencionadamente cada factor que se considera que contribuye al problema de conducta.

Para la verificación, se seleccionan aleatoriamente el 10% de las fichas de cada tema o cuatro fichas del tema según la cantidad que sea mayor. En el caso de las fichas que no puedan ser agrupadas, se tiene que verificar cada una individualmente.

Por cada ficha a verificar, se llevan a cabo cuatro sesiones de evaluación en las que se proporcionará la consecuencia deseada (atención, evitación u objeto/actividad) contingentemente con la conducta problemática para dos de las sesiones y, para las otras dos, se proporcionará de forma contingente con la conducta socialmente apropiada.

Se debe contrabalancear a lo largo de las fichas el orden en el que se presenta la consecuencia deseada en relación a la conducta problemática y no problemática. Esto significa que las consecuencias deseadas sean contingentes a la conducta problema los días uno y tres para algunos temas, mientras que para otros temas lo serían los días dos y cuatro de esta fase de experimentación/verificación.

El propósito del contrabalanceo es asegurar que las conductas cambian debido a las consecuencias que se proporcionan y no al orden en el que han sido presentadas.

El éxito de esta fase está en que se observe que la conducta problemática en un contexto interpersonal concreto ocurre a alto nivel cuando va seguida de la consecuencia relevante, pero ocurre a bajo nivel cuando la misma consecuencia se hace contingente a una conducta alternativa no problemática.

A través de la experimentación pueden pasar dos cosas:

- 1) Se verifican los resultados obtenidos en las fases anteriores.
- 2) No se verifican los resultados obtenidos en las fases de descripción y categorización: los sucesos contextuales (físicos/médicos y sociales).

En aquellos casos en que sucede esto segundo, es decir, que no se verifican los resultados, se debe seguir el siguiente procedimiento de actuación:

1. Reunir al equipo para discutir los casos en los que las sesiones de verificación no confirman los resultados obtenidos durante las fases de descripción y categorización. Los casos pueden incluir sesiones en las que se espera que aparezca la conducta problemática pero ésta no ocurre o sesiones en las que la conducta problemática ocurre con una frecuencia o intensidad mucho mayor que la habitual.

2. El equipo debe entrevistar a las personas relevantes en relación a la discrepancia y/o revisar los informes médicos y educativos. En base a esta nueva información, el equipo debe intentar alcanzar un consenso sobre si está implicado un suceso contextual concreto.
3. Después, se deben realizar observaciones directas en días en que esté presente el suceso contextual supuesto, en un contexto interpersonal concreto y en días en que esté ausente.
4. Cuando la observación directa sugiera que influye un suceso contextual específico, se debe llevar a cabo nuevas sesiones de verificación (si es éticamente razonable) para manipular la presencia o ausencia del suceso contextual en un contexto interpersonal concreto.

### **Intervención: Establecer una Relación Positiva**

Una vez llevada a cabo la fase de la evaluación funcional, deberíamos conocer las motivaciones o funciones que cumplen las conductas problemáticas y dar lugar al diseño y puesta en marcha de un plan de intervención. Siguiendo el modelo de la intervención comunicativa de Carr, el *primer paso* que se debe llevar a cabo en dicha intervención es el *establecimiento de una relación positiva* con la persona con discapacidad intelectual que presenta los problemas de conducta.

Decimos que dos personas establecen una relación positiva cuando su relación se caracteriza por la cercanía, la empatía y el agrado mutuo. Éste es el rasgo clave del enfoque de intervención de Carr. Es un componente dinámico de la intervención, no sólo un estado que se produce una vez al comienzo y luego decae

Para establecer esa relación positiva, este autor propone lo siguiente:

- *Convertirnos en una señal de refuerzo.*

Si nos asociamos repetidamente con una amplia variedad de actividades, personas y cosas que la persona con discapacidad intelectual valora, finalmente, nuestra presencia se convertirá en una señal de que, con nosotros, serán accesibles muchas actividades y situaciones. El propósito que se persigue en este caso es comenzar a cambiar cualquier sentimiento de hostilidad o indiferencia que la persona con discapacidad intelectual pueda sentir hacia nosotros. Con el tiempo, esta persona nos verá como alguien a quien merece la pena prestar atención e interactuar con él, aspecto fundamental si vamos a realizar la intervención, somos alguno de los cuidadores primarios o mantenemos contacto continuado. Lo que se debe hacer es:

- 1) Elaborar una lista de actividades y objetos que le gusten a la persona con quien se está trabajando (reforzadores individualizados).
- 2) Proporcionar estos reforzadores gratuitamente. El objetivo no consiste en llevar a cabo procedimientos técnicos, sino más bien que ambas partes se lo pasen bien.
- 3) Continuar proporcionando las actividades y objetos durante varios días hasta conseguir el éxito, que está en el hecho de que la persona con discapacidad nos mira cuando está cerca, intenta estar cerca de nosotros, continúa la interacción con nosotros cuando nos acercamos y nos habla si puede, así como también está en que nos sonrío y parece que le agrada nuestra compañía.

- *Convertirnos en una señal para el acercamiento y la comunicación.*

Una vez que la persona con discapacidad intelectual nos presta atención de forma consistente, es el momento de asegurarse de que él o ella iniciarán interacciones. Queremos que se nos acerque cuando sea oportuno y, finalmente, se comunique con nosotros de la manera que le sea posible. En esta fase de la intervención, la persona con discapacidad intelectual comienza a aprender que puede influir en los demás para conseguir cosas de valor sin recurrir a los problemas de comportamiento. Lo que se debe hacer es:

- 1) Esperar a que la persona se acerque antes de proporcionarle los reforzadores gratuitamente y continuar con este procedimiento unos días.
- 2) Una vez que la conducta de aproximación de la persona hacia nosotros es estable, hay que esperar un minuto para que la persona haga una petición y entonces le proporcionaremos el reforzados. La forma de la petición no tiene por qué ser verbal.
- 3) Si la persona no hace ninguna petición en un minuto, hay que ayudarle de forma intermitente mientras sea necesario.
- 4) El éxito de este procedimiento estará en el hecho de que la persona se acerca a nosotros a menudo para hacer peticiones.

- *Ayudar a la persona con discapacidad intelectual a sernos agradable.*

Un aspecto igualmente importante es que la persona debe resultarnos agradable. Es mejor ser honesto y reconocer los sentimientos enfrentándose a ellos de forma activa. En nuestra cultura, el entablar amistad, a menudo, depende de consideraciones sobre la apariencia personal y los intereses compartidos, por lo que es necesario ocuparse también de esos dos aspectos. Lo que se debe hacer es:

- 1) Elaborar una lista de razones por las que no nos gusta interactuar con la persona con discapacidad que nos ocupa. La lista puede incluir muchas cosas como higiene personal, aseo, estilo al vestir y condición física.
- 2) Por cada una de estas razones, debemos escribir qué sería preciso cambiar para que nos apeteciera interactuar más con esta persona. Por ejemplo, eliminar el mal olor corporal.
- 3) Elaborar un plan para alcanzar cada objetivo. Siguiendo con el ejemplo, enseñar a la persona a ducharse mejor y a usar desodorante habitualmente.
- 4) Mantener todos los programas y supervisar el éxito, que está en que ya no nos sintamos a disgusto por la apariencia física de la persona y aceptemos de buena gana sus acercamientos e intentos comunicativos. Además, el objetivo de mejorar la apariencia física proporciona oportunidades para hacer más salidas a la comunidad y una vida más variada.

Otro aspecto a tener en cuenta es el poder compartir intereses ya que esto tiene muchas funciones positivas. Los intereses compartidos constituyen la base de la simpatía y de la amistad entre las personas, así como sirven de trampolín para desarrollar habilidades comunicativas porque es algo de lo que ambos interlocutores quieren hablar y proporcionan una plataforma para mejorar el estilo de vida. A este respecto, lo que se debe hacer es:

- 1) Elaborar una lista de actividades que sean de interés común para la persona con discapacidad y para la persona sin la misma.
- 2) Siempre que sea posible, se debe tratar de emparejar a las dos personas para que se dediquen, con frecuencia, a las actividades que a ambas les divierten.
- 3) Hay que continuar con el procedimiento de forma continua y supervisar su éxito que, en este caso, está en que la persona con discapacidad, a menudo, pida que la otra persona le acompañe en la actividad que desea y que la persona sin discapacidad, con frecuencia, inicie la actividad espontáneamente, mostrándose contenta de hacerlo. Además, el objetivo de los intereses compartidos proporciona oportunidades para aumentar las salidas a la comunidad, mayor control personal y, en general, una vida más variada.

### **Intervención: Elegir Formas de Comunicación**

Una vez hecho la anterior, pasamos a una segunda fase de la intervención en la que tendremos que elegir las formas de comunicación más adecuadas para las características específicas e individuales de la persona con discapacidad intelectual, siempre teniendo también en cuenta las características y propósitos de las conductas problemáticas.

En primer lugar, se deben *elegir formas específicas de comunicación que tengan el mismo propósito que la conducta problemática* como una manera de proporcionar una alternativa al problema de conducta.

Para ello, debemos basarnos en el concepto de **equivalencia funcional**, es decir, cuando dos conductas tienen el mismo propósito y son equivalentes mutuamente. En este caso, serán funcionalmente equivalentes porque estarán mantenidas por el mismo reforzador (función o propósito). De este modo, los pasos a seguir serán los siguientes:

- 1) Llevar a cabo la evaluación funcional para determinar los distintos propósitos que tiene la conducta problemática.
- 2) Basándonos en los resultados de la evaluación funcional, se eligen formas de comunicación funcionalmente equivalentes. Hay que considerar cuidadosamente la naturaleza exacta de las consecuencias resultantes de la comunicación, quién proporciona esas consecuencias y en qué situación se proporcionan. Si no hay una equiparación similar o exacta entre las consecuencias de la conducta problemática y las consecuencias de la conducta comunicativa, puede que no se haya alcanzado la equivalencia funcional y los problemas de comportamiento continuarán.
- 3) Enseñar a la persona con discapacidad a responder con la nueva conducta comunicativa en situaciones en las que, anteriormente, se producía la conducta problemática.
- 4) Si la conducta problemática tiene más de un propósito, debemos asegurarnos de enseñar múltiples formas de comunicación que hagan frente a cada uno de los propósitos identificados.

En segundo lugar, *elegiremos las formas de comunicación que sean más eficaces que la conducta problemática*; una conducta es más eficaz que otra si puede conseguir un mismo propósito con más facilidad.

Dos factores parecen tener especial relevancia en la determinación de la eficacia de la conducta: la facilidad de su realización (esfuerzo) y la facilidad de comprensión.

El modo en que se debe desarrollar esta parte de la intervención sería como sigue a continuación:

- 1) Después de escoger una forma funcionalmente equivalente, se debe observar a la persona para ver si los problemas de comportamiento disminuyen hasta un nivel aceptable.
- 2) Si persisten, es preciso evaluar si uno de los factores es la demora en la obtención de la consecuencia deseada. Es necesario determinar si la demora que sigue a la conducta comunicativa es mayor que la demora en obtener el resultado deseado que sigue a la conducta problemática.
- 3) Si la demora en el reforzamiento es un factor, entonces se debe observar a la persona para comprobar si la conducta comunicativa supone demasiado esfuerzo. Notaremos que el esfuerzo es un problema si la persona necesita mucho tiempo para realizar la conducta comunicativa correctamente y/o requiere muchas ayudas por parte de los demás para responder correctamente. También hay que observar si la conducta comunicativa es fácilmente comprensible para los demás, algo que se sabrá en función de si los demás no responden a ésta o se muestran confusos o a menudo ofrecen a la persona reforzadores equivocados.
- 4) Si el esfuerzo o la inteligibilidad plantean problemas, se debe elegir una forma nueva de comunicación funcionalmente equivalente que sea más eficaz que aquella a la que intenta sustituir. Después de enseñar la nueva forma de comunicación, hay que repetir los pasos 1 a 3.
- 5) Hay que reducir al mínimo nuestras reacciones ante la conducta problemática para que la persona con discapacidad aprenda que dicha conducta ya no es un medio muy eficaz para provocar los resultados deseados.
- 6) La nueva forma de comunicación debe producir reforzamiento fiable y con poca demora. La persona debe mostrar la nueva forma de comunicación de manera consistente en todas las situaciones adecuadas de manera que, finalmente, la conducta problemática debe disminuir o desaparecer del todo en las situaciones que constituyen nuestro objetivo.

Todo ello se llevará siempre a cabo teniendo siempre presente la *elección de un sistema de comunicación*. El lenguaje oral es el sistema preferido porque lo utilizamos todos. Desgraciadamente, no todas las personas con discapacidad intelectual pueden hablar o hablan muy bien. Por lo tanto, para estas personas, es preciso tomar en consideración otros sistemas de comunicación como la palabra escrita, señas, gestos, tableros de imágenes, etc. En este caso, los pasos a seguir serán los que se indican a continuación:

- 1) Para cada persona se debe hacer un listado de sistemas de comunicación que creamos que puede aprender con rapidez o para el que haya demostrado tener alguna habilidad. La lista puede incluir sistemas como el lenguaje oral, el lenguaje de signos, los gestos, imágenes y las palabras escritas, así como cualquier otro que pensemos que puede resultar útil.
- 2) Después de seleccionar formas funcionalmente equivalentes de un sistema concreto para sustituir la conducta problemática, debemos preguntarnos si la forma elegida es, por lo menos, tan eficaz como la conducta problemática. Sabremos que la forma no es eficaz si hay muchas personas que tienen dificultades para comprenderla.
- 3) Si la inteligibilidad es un problema, tendremos que decidir si elegimos una forma equivalente del mismo sistema o lo intentamos con otro sistema. Sabremos que es el momento de cambiar a un sistema distinto si la persona tiene dificultades, en general, con el sistema que está utilizando en el momento actual. En caso de elegir un nuevo sistema, se tiene que volver al paso anterior.
- 4) Si la forma escogida en el paso 3 es comprensible en una situación pero no en otras, hemos de preguntarnos si estamos intentando obligar a la persona a comunicarse utilizando un solo sistema, cuando sería mejor que utilizara varios distintos, asociando cada uno de ellos a un contexto concreto. Sabremos que estamos reforzando las habilidades comunicativas si la persona puede hacerse entender fácilmente en un contexto, con un sistema de comunicación concreto, pero no puede hacerlo en otros contextos.
- 5) Si un sistema de comunicación es inadecuado para enfrentarse a todas las situaciones, hay que trabajar con varios sistemas e intentar armonizar cada uno de ellos con las exigencias de cada situación en que la persona tiene que desenvolverse. Este paso es una repetición ampliada de los pasos 2 y 3. Sabremos que es eficaz si la persona es capaz de cambiar de un sistema de comunicación a otro en función de la situación.

Una vez elegido el sistema de comunicación específico para cada caso, se debe llevar a cabo la *elección de las primeras formas de comunicación*, de manera que conviene enseñar primero las indicadas para aquellas situaciones en las que la conducta problemática ha estado con frecuencia presente. Debemos tener siempre presente que, si sobrecargamos la capacidad de aprendizaje de la persona, recurrirá de nuevo a la conducta problema porque requiere menos esfuerzo. En este caso, los pasos a seguir son:

- 1) Al elegir una forma de comunicación funcionalmente equivalente para sustituir a la conducta problemática, hay que empezar eligiendo una forma que se pueda utilizar en una amplia variedad de situaciones afines, en lugar de sólo en unas pocas situaciones concretas.
- 2) Si es posible, se debe comenzar eligiendo una forma de comunicación que ya esté en el repertorio de la persona.
- 3) El éxito en este aspecto está en que la ejecución de la forma que se ha elegido requiera poco esfuerzo. La persona con discapacidad debe ser capaz de aprender la forma nueva rápidamente, con relativamente pocas ayudas, y mostrar esta forma adecuadamente en muchas situaciones afines. La conducta problemática disminuirá considerablemente o desaparecerá para dichas situaciones.

Dentro de la elección de formas de comunicación, un último aspecto que se debe tener en consideración es la *mejora del lenguaje comprensivo* ya que también es importante comprender a los demás. Además, la comunicación expresiva se ve dificultada, con frecuencia, por habilidades de lenguaje expresivo limitadas. Por lo tanto, para fomentar este tipo de lenguaje, se debe:

- 1) Hay que asegurarse de que se ha enseñado a la persona con discapacidad una forma adecuada de comunicación expresiva para cada situación que previamente ha servido de señal para la conducta problemática.
- 2) Se debe comprobar si nos hemos convertido en una persona a quien el sujeto con discapacidad se acerca y con quien se comunica brevemente para conseguir algo y después abandona en cuanto lo ha obtenido.
- 3) Si es así, hay que determinar si esto se ha producido porque la persona con discapacidad tiene habilidades pobres de lenguaje comprensivo. En general, se necesitará la ayuda de un especialista de comunicación para realizar esta evaluación.
- 4) Si las habilidades de comprensión son limitadas, debemos enseñarle habilidades particularmente relacionadas con situaciones en las que los problemas de comportamiento han sido frecuentes.
- 5) Podemos considerar que se ha conseguido un éxito en este aspecto si nosotros y la persona con discapacidad tenemos intercambios conversacionales de mayor duración en general, así como en situaciones concretas que solían servir de señal para la conducta problemática.

### **Intervención: creación de un Contexto Apropriado**

Para que cualquier planteamiento de intervención en problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual sea exitoso, son muy importantes las condiciones del contexto en el que se produce. Por ello, desde el modelo de la intervención comunicativa, se propone que este contexto cuente, al menos, con:

- ✓ Personal suficiente, cooperativo y motivado.
- ✓ Compromiso con una intervención orientada a la comunidad.
- ✓ La educación funcional como meta principal.
- ✓ Crear oportunidades de comunicación.

Son aspectos recomendables para cualquier entorno educativo y para cualquier entorno de trabajo con población con discapacidad que se hacen más necesarios aún cuando tratamos de trabajar por la disminución o eliminación de las alteraciones de conducta.

A este respecto, desde la intervención planteada por Carr, las recomendaciones sobre cómo llevarlo a cabo son las siguientes:

- 1) Determinar si hay personal adecuado disponible para responder a las habilidades comunicativas recién surgidas. Si no es así, hay que trabajar con quien sea el responsable para asegurar un incremento del personal, particularmente, para las fases iniciales de la enseñanza de la comunicación.
- 2) Tenemos que asegurarnos de que todo el personal implicado en la intervención comparte los mismos valores en cuanto a la importancia de la intervención comunicativa y están dispuestos a cooperar entre sí para aplicar este planteamiento. También hay que asegurarse de que los miembros del personal se ven a sí mismos principalmente



como educadores (no sólo como cuidadores) y están motivados para llevar a cabo estrategias destinadas a fortalecer y extender las habilidades de comunicación.

- 3) Tomar medidas para garantizar que la intervención tiene una orientación fuerte hacia la comunidad, que se esfuerza por llevar a la persona con discapacidad al contacto directo con la comunidad más amplia en la que vive.
- 4) Evaluar si la principal meta del programa es promocionar la vida independiente y la máxima participación en la comunidad. Si no es así, hay que cambiar la programación para alcanzar esa meta o trabajar con las personas que comparte esa meta.

También de cara a la creación de un contexto adecuado, el autor nos propone otra serie de pasos a llevar a cabo:

- 1) Revisar la lista de situaciones identificadas previamente por la evaluación funcional como indicativas de conducta problemática y evaluar si esas situaciones están presentes con suficiente frecuencia como para asegurar que las habilidades comunicativas pueden adquirirse con rapidez y amplitud suficientes como para ser útiles.
- 2) Si la frecuencia no es adecuada para asegurar que las habilidades comunicativas se puedan fortalecer y ampliar, hay que organizar las situaciones relevantes para presentarlas con más frecuencia para proporcionar mayor número de oportunidades para dominar las habilidades.
- 3) Cuando se dominen las habilidades, se tiene que reducir de forma gradual el número de oportunidades extra y volver al nivel normal que experimenta la persona en su vida diaria.
- 4) El éxito en este caso está en que la persona con discapacidad muestre las habilidades comunicativas relevantes en cada situación identificada por la evaluación funcional y lo haga con fiabilidad y sin ser ayudado.

### Procedimientos Adicionales

Hasta ahora hemos abordado las fases y las herramientas básicas del modelo de intervención comunicativa que nos propone Carr pero este autor también nos ofrece una serie de procedimientos adicionales cuyo uso puede ser de gran utilidad en algunos casos por sus características específicas o que pueden complementar el trabajo realizado en las fases incluidas en el procedimiento “estándar”.

La **mejora de la tolerancia a la demora del refuerzo** es uno de los procedimientos adicionales ya que, una vez que las alternativas comunicativas a los problemas de comportamiento están bien establecidas, es el momento de enseñar a la persona con discapacidad intelectual a tolerar cierta “demora del refuerzo”, es decir, aprender que no todas las peticiones pueden ser satisfechas inmediatamente.

La táctica básica consiste en que la persona con discapacidad complete una tarea antes de que se satisfaga su petición. Podemos aumentar gradualmente la cantidad y la calidad de las exigencias de la actividad para alargar el tiempo de demora para, por último, enseñarle cuándo es apropiado realizar las peticiones.

El procedimiento a seguir para entrenar esa mejora de la tolerancia a la demora del refuerzo quedaría como sigue:

- 1) Cuando la persona con discapacidad ha aprendido a pedir descansos, atención o cosas concretas utilizando habilidades comunicativas adecuadas en lugar de problemas de comportamiento, es necesario enseñarle que el refuerzo no siempre puede obtenerse de forma inmediata. La persona debe aprender a tolerar, al menos ocasionalmente, demoras en conseguir lo que quiere.
- 2) Cuando la persona pide un refuerzo concreto, el padre, el profesional,... deben reconocer la petición y decir a la persona que podrá tener lo que quiere después de realizar algún trabajo (tareas domésticas, escolares o laborales). Si es necesario, se le ayudará a llevar a cabo la tarea y, con el tiempo, se desvanecerán las ayudas.
- 3) Se debe ayudar a la persona (si es necesario) a pedir lo que quiere una vez que ha finalizado su tarea de forma satisfactoria y el padre, profesional,... no esté ocupado y, por tanto, esté disponible para satisfacer su petición.
- 4) Si la calidad del trabajo es baja, se le debe decir a la persona que corrija sus errores. A continuación de una corrección adecuada, hay que ayudar a la persona a pedir otra vez lo que quiere.
- 5) El padre, el profesional,... deben plantear situaciones que enseñen a la persona a reconocer cuándo los demás están ocupados y no pueden satisfacer su petición y cuándo no están ocupados y, por consiguiente, pueden satisfacer su petición.
- 6) Con el tiempo, se incrementará progresivamente la exigencia de trabajo. Si vuelven a aparecer los problemas de comportamiento, disminuirémos la exigencia de trabajo temporalmente. Cuando los problemas de comportamiento estén de nuevo bajo control, aumentaremos la exigencia en menor medida de lo que se hizo con anterioridad.
- 7) Desvaneceremos las ayudas que se han utilizado para conseguir que la persona pida otra vez el refuerzo después

de haber completado la tarea. Ahora, las señales naturales deben servir de pistas a la persona para reconocer cuándo el trabajo ha sido completado satisfactoriamente y cuándo los demás están disponibles para satisfacer su petición.

- 8) Debemos asegurarnos de que el refuerzo que sigue a la finalización de una tarea satisfactoriamente realizada es algo que la persona quiere.
- 9) Para ampliar la habilidad de tolerancia a la demora, se repetirían los pasos 1 a 7, utilizando a muchas otras personas, incluyendo a los padres y profesores, en muchas situaciones diferentes.
- 10) Cuando no es posible proporcionar al sujeto lo que quiere, se le puede ofrecer un refuerzo sustituto relacionado, de igual valor o superior.
- 11) El éxito en esta tarea está en que la persona con discapacidad no plantee la conducta problemática cuando no se satisfaga inmediatamente su petición de un refuerzo. El éxito también está en que la persona sea capaz de terminar una tarea correctamente durante el tiempo de demora, periodo que puede durar de 15 a 20 minutos o más. Finalmente, la persona es capaz de responder a las señales naturales relevantes, pidiendo otra vez el refuerzo después de haber terminado la tarea.

También podemos contar con el **procedimiento de inserción** que resulta especialmente útil en situaciones en las que las órdenes activan una conducta problemática. Es un procedimiento que implica situar las órdenes en un contexto positivo, el cual es cualquier situación que pone de buen humor a la persona con discapacidad intelectual.

Como la inserción implica un esfuerzo adicional, sólo se usará cuando otros procedimientos no den buen resultado. Generalmente, la inserción se reserva para dos situaciones: primero, se deben emplear todos los procedimientos necesarios, incluyendo la inserción, para asegurar la colaboración cuando la petición que se hace es fundamental para la salud y la seguridad del individuo; segundo, se debe considerar la inserción como una opción de la intervención cuando se desarrolla un patrón de comportamiento problemática en respuesta a peticiones que son importantes para vivir eficazmente en la comunidad.

Para ponerla en práctica, lo que se debe hacer es:

- 1) Usando la información procedente de la evaluación funcional, hacer una lista de las órdenes que son señales facilitadoras de la conducta problemática.
- 2) Si ya se ha establecido una relación positiva, entonces hay que hacer una lista de las cosas concretas, actividades, conversación e intereses compartidos que fueron parte del proceso de establecer la relación positiva y que sean signos de conductas no problemáticas indicativas de buen humor, incluyendo la sonrisa, la risa y otras conductas indicadoras de placer e interés.
- 3) Si aún no se ha establecido la relación positiva, habría que hacerlo usando los procedimientos indicados anteriormente y, cuando se haya hecho, se llevaría a cabo el paso anterior.
- 4) Si la persona con discapacidad responde a la orden con una conducta problemática en dos episodios consecutivos, empezaremos el tercer episodio presentando señales facilitadoras de conducta no problemática, al menos tres o cuatro veces. Después de la presentación final de la señal no problemática, presentaremos la orden de nuevo (porque la orden está insertada ahora en un contexto positivo). Podemos continuar presentando la señal no problemática mientras la persona está respondiendo apropiadamente a la orden. Sin embargo, si la señal no problemática parece distraer o interferir con el trabajo de la persona, entonces no continuaremos presentando esta señal.
- 5) El éxito está en que haya seguridad de que la persona con discapacidad muestra conductas que indican buen humor después de la presentación de señales facilitadoras de conducta no problemática. El éxito también está en que, cuando se presentan de nuevo las órdenes que han evocado conducta problemática, la persona cumpla esas demandas y no muestre la conducta problemática.

También es posible **proporcionar alternativas a través del control compartido**, o, lo que es lo mismo, proporcionarles oportunidades de elegir como otra forma de enseñar a las personas con discapacidad intelectual que pueden influir sobre los demás sin tener que recurrir a los problemas de conducta.

El control compartido no significa que dejemos que la persona haga todo lo que quiera, sino más bien que permitimos al sujeto elegir, como una parte de un planteamiento de intervención que hace hincapié en la educación funcional y en la participación en la vida en la comunidad. Padres, monitores y personal de atención directa proporcionan un menú de opciones pero la persona con discapacidad intelectual, siempre que sea posible, hace la elección final.

Lo que se debe hacer, entonces, sería lo que sigue:

- 1) Siempre que sea adecuado y factible, proporcionaremos a la persona con discapacidad una serie de alternativas en relación a las tareas sobre las que tiene que trabajar, personas con las que puede interactuar, cosas concretas y actividades sociales.
- 2) Intentaremos crear alternativas que estén relacionadas con los factores que controlan la conducta problemática.
- 3) Permitiremos a la persona elegir entre las alternativas y tendremos que satisfacer esta elección. Las elecciones deben comunicarse mediante el lenguaje oral, lenguaje por señas, gestos, tableros de imágenes o cualquier otro medio disponible.
- 4) Si la persona elige una alternativa que no se le ha ofrecido, podemos satisfacer esta elección a menos que sea perjudicial o impida alcanzar objetivos importantes.
- 5) Proporcionaremos consecuencias naturales para la no realización de las elecciones. Por ejemplo, si la persona no elige una de las tareas opciones ofrecidas, tendremos que elegir nosotros por ella. Puede que tengamos que ayudarle en la realización de la tarea que hemos elegido y puede que necesitemos utilizar procedimientos de inserción. En el caso de la atención (preferencias de interacción social), tendremos que elegir al otro sujeto con quien interactuará la persona y, en el caso de las cosas concretas, no le proporcionaremos ninguno de los refuerzos, pero después de un breve espacio de tiempo, podemos ofrecerle las opciones de nuevo.
- 6) Cuando sea conveniente, incorporaremos la opción elegida a un procedimiento de inserción.
- 7) El éxito está en que, cuando a la persona con discapacidad se le proporcionan alternativas, generalmente elegirá una. Cuando se satisfacen las elecciones dentro del contexto de situaciones que están asociadas con la conducta problemática, dicha conducta se hará menos frecuente o desaparecerá. Finalmente, aumentará la eficacia de los procedimientos de inserción, cuando éstos se basen en las opciones elegidas por la persona con discapacidad.

Un procedimiento adicional de especial relevancia es la **generalización** que puede darse de dos formas:

- 1) *Generalización no programada*. Es la excepción más que la norma, aunque también ocurre cuando se ha llevado a cabo suficiente generalización programada.
- 2) *Generalización programada*. Si se quiere que las mejorías en la conducta ocurran a través de las personas, de los contextos físicos y de las tareas, entonces, se debe establecer la intervención a través de las personas, los contextos físicos y las tareas. Es decir, la intervención se realizará en una amplia variedad de situaciones para lograr una mejoría amplia de la conducta.

La generalización tiene dos componentes principales: empezamos en una situación controlada y luego pasamos gradualmente a situaciones menos controladas por un lado y, por el otro, elegimos los ambientes de enseñanza cuidadosamente para que representen un amplio rango de situaciones naturales. El procedimiento a seguir sería el siguiente:

- 1) Empezamos programando la generalización en situaciones controladas y, después, cambiamos gradualmente a situaciones menos controladas. Una situación controlada es la que contiene relativamente pocas señales para la conducta problemática y pocos estímulos distractores. Una situación controlada también es aquella en la que es posible controlar la crisis si aparece sin tener que abandonar a causa de la presión social, peligros potenciales o sentirse violento.
- 2) Programamos la generalización siempre en situaciones naturales, que son aquellas en las que la persona con discapacidad se encuentra o es probable que se encuentre en su vida diaria en la comunidad.
- 3) Cuando programemos la generalización, utilizaremos muchas situaciones naturales. La programación debe incluir una variedad de tareas, personas y contextos.
- 4) Debemos recordar que para la mayoría de las personas con discapacidad la conducta problemática tiene más de un propósito. Por tanto, la programación de la generalización debe tener en cuenta que diferentes situaciones probablemente requerirán la enseñanza de distintas habilidades.
- 5) El éxito está en que la persona muestre una amplia variedad de habilidades comunicativas en muchas tareas, con muchas personas y en muchos contextos en la comunidad, sin mostrar ninguna conducta problemática significativa en estas situaciones. Como consecuencia, la persona experimenta un estilo de vida más normalizado. El éxito también está en que la generalización que se desea tiene lugar en situaciones nuevas, que no estaban incluidas en la programación inicial, lo que significa que también está teniendo lugar una generalización no programada.

Pero, aunque parezca muy sencillo, se suelen dar habitualmente una serie de fallos en la generalización entre los que podemos destacar los siguientes:

- ✓ Se ha establecido una relación inadecuada.
- ✓ Existe ausencia de una evaluación funcional adecuada.
- ✓ Presencia de señales claras que favorecen la conducta problemática y que dominan sobre los efectos de la intervención.

Por lo que habrá que ser sumamente cuidadosos en estos aspectos para poder garantizar unos mejores resultados y con mayores posibilidades de generalización. En este caso, lo que se debe hacer es:

- 1) Evaluar si ha ocurrido un fallo en la generalización. El fallo está en que, aunque la intervención cuidadosamente programada ha sido eficaz en el pasado, no aparecen incrementos en la comunicación funcional ni reducciones en la conducta problemática con respecto a personas nuevas, nuevas tareas o nuevas situaciones.
- 2) Si hay un fallo en la generalización, determinaremos si las personas nuevas a las que hemos pedido que lleven a cabo la intervención tienen una relación más neutra que positiva con la persona con discapacidad. Si es así, estas personas tienen que llevar a cabo los procedimientos de establecimiento de una relación positiva antes de proceder a la intervención basada en la comunicación.
- 3) Si el fallo en la generalización no se debe a una relación neutra, llevaremos a cabo una evaluación funcional en la situación nueva para determinar si el propósito de la conducta problemática es el mismo que en las situaciones en las que las intervenciones han sido eficaces. Si el propósito no es el mismo, rediseñaremos la intervención para reflejar el nuevo propósito y, entonces, procederemos con la intervención comunicativa.
- 4) Determinaremos si la situación de generalización contiene señales poderosas para la conducta problemática que anulan los efectos de la intervención. Si es así, rediseñaremos la situación para excluir estas señales. Si no es posible o deseable esa estrategia, entonces cambiaremos las señales para que ya no susciten la conducta problemática. Cuando se hayan dado estos pasos, proseguimos con la intervención comunicativa.
- 5) El éxito está en que se alcanzan rutinariamente incrementos en la comunicación y las reducciones correspondientes en la conducta problemática en aquellas situaciones en las que previamente había fallado la programación de la generalización.

Por último, no debemos olvidarnos del **mantenimiento** como un procedimiento adicional de la intervención comunicativa que hace referencia a la duración de los efectos de la intervención a lo largo del tiempo.

Los procedimientos más interesantes y habituales se relacionan con la enseñanza de habilidades funcionales, entendidas como aquellas que permiten al sujeto conseguir lo que desea de forma fiable y eficaz en su vida diaria, y el uso de refuerzos intermitentes para consolidar estas habilidades, de manera que las peticiones dan resultado sólo de forma intermitente, al contrario que se hacía al inicio de la intervención, ya que entonces se hacía uso del refuerzo continuo.

Para llevar a cabo el mantenimiento, lo que se debe hacer es lo siguiente:

- 1) Evaluar si se producen dificultades en el mantenimiento, es decir, si los problemas de comportamiento aumentan después de un periodo en el que habían desaparecido o eran poco frecuentes.
- 2) Si hay dificultades en el mantenimiento, evaluar entonces si se ha seguido enseñando habilidades funciones y consolidándolas usando refuerzo intermitente. Si no es así, se debe reanudar esta enseñanza.
- 3) Si el problema no está en la funcionalidad ni en el refuerzo intermitente, entonces hay que evaluar si la dificultad en el mantenimiento puede deberse a problemas de generalización tales como una relación inadecuada. En este caso, se usarían los procedimientos descritos anteriormente para la solución de problemas en la generalización.
- 4) Si tampoco hay problemas de generalización, hay que evaluar si los criterios acerca de la durabilidad de una intervención adecuada son demasiado estrictos y si se está aplicando injustamente un doble criterio, sólo porque en una ocasión la persona con discapacidad presentó problemas graves de comportamiento. Si el problema consiste en la aplicación de criterios inadecuados, cambiaremos esos criterios educando a las personas implicadas en el proceso de intervención sobre lo que debe ser un criterio adecuado y razonable.
- 5) Si el problema no está en los criterios, evaluaremos si el fallo en el mantenimiento se debe al aburrimiento o saciación del refuerzo por parte de la persona con discapacidad. Si es así, introduciremos más variaciones en su vida cotidiana y, de ese modo, evitamos la sobreexposición a los refuerzos relevantes.

- 6) Si ese no fuera el problema, se evalúa si el fallo se debe a sistemas de apoyo social inadecuados para los padres, profesores, personal de la residencia y otras personas. Si es así, cambiaremos la estructura de estos sistemas para que sean más eficaces en proporcionar apoyo a los esfuerzos de intervención de estas personas.
- 7) Debemos considerar la posibilidad de que puedan darse circunstancias en que sean relevantes varios o todos los problemas que acabamos de describir, para sujetos concretos, en cuyo caso debe hacerse frente a todos los problemas en conjunto.
- 8) El éxito estaría en que la recaída es superada y de nuevo la persona con discapacidad muestra pocos o ningún problema de comportamiento a lo largo del tiempo y utiliza sus habilidades funcionales de comunicación de forma adecuada y consistente.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Carr, E. G. et al. (1.994/1.996). *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento. Guía práctica para el cambio positivo*. Madrid: Alianza.
- Magerotte, G., Houchard, V., Deprez, M., Bury, F. y Magerotte, C. *Educautisme, Módulo 3: los problemas de comportamiento*. Servicio de Publicaciones del Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco.

# Ficha 2.

## Apoyo conductual positivo

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.

Pero debemos pensar en este planteamiento no sólo para el tratamiento de las alteraciones conductuales, sino que también resulta válido para los problemas de salud mental, aspecto que está sufriendo un gran cambio en los últimos años.

La investigación de los trastornos psicológicos/psiquiátricos en personas con discapacidad intelectual está resultando un tema de gran interés clínico ya que sus resultados son muy útiles a la hora de poner en marcha intervenciones eficaces, además de ayudar a planificar los servicios de salud mental que este grupo de población precisa.

Sin embargo, se debe hacer frente a la creencia existente de que las conductas problemáticas son propias de la discapacidad intelectual, para, en su lugar, asumir que estas personas pueden padecer todo tipo de enfermedades mentales y que estas alteraciones conductuales pueden ser un síntoma de un trastorno mental.

Numerosas investigaciones avalan que los trastornos en la salud mental son más frecuentes en personas con discapacidad intelectual que en la población general, si bien la magnitud de esta diferencia no está aún totalmente definida.

La alta prevalencia de trastornos mentales en esta población es debida, sobre todo, a las dificultades de adaptación y de comunicación. Pero, si partimos de un modelo bio – psico – social, debemos considerar factores biológicos, psicológicos y sociales, además del nivel de limitación intelectual y de la presencia o no de otras discapacidades en la persona.

Siendo así, tenemos que, en los planes resultantes de la aplicación del Apoyo Conductual Positiva, se incluyen tratamientos terapéuticos que pueden dar respuesta a los problemas de salud mental más allá de las alteraciones conductuales pero, además, estarían incluidos dentro de un marco más amplio de actuación que da coherencia a la intervención y que trata de abarcar todos los aspectos que pueden influir en la posible mejora del estado de la persona.

### Definición del Apoyo Conductual Positivo

Antes de entrar en la definición del Apoyo Conductual Positivo, debemos recordar que, para la AAMR (Asociación Americana de Retraso Mental) los **apoyos** son: *“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, 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.

Teniendo ese concepto presente, podemos afirmar que 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 (Carr, 1995). Es un planteamiento con entidad propia que integra características técnicas del análisis conductual aplicado y se fundamenta en valores centrados en la persona.

No es tanto un proceso de seleccionar una intervención como la construcción de un conjunto comprensivo de procedimientos. Su objetivo principal no consiste sólo en reducir la conducta problemática, sino también en conseguir un cambio de estilo de vida del sujeto, respetando su dignidad, potenciando sus capacidades y ampliando sus oportunidades para mejorar su calidad de vida.

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 y hablamos de técnicas cuando nos referimos a otros procedimientos de intervención psicológica útiles cuando las alteraciones conductuales constituyen síntomas de un problema de salud mental.

Desde el apoyo conductual positivo, los usuarios han evolucionado desde un papel pasivo en el que les instruye un experto hacia un papel activo en que:

- ✓ Presentan perspectivas valiosas a nivel cualitativo de cara a la evaluación.
- ✓ 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.
- ✓ Evalúan si el enfoque global es práctico o no, es decir, si es compatible con los valores, necesidades y estructuras organizacionales asociadas con la persona y su red de apoyo.
- ✓ 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.

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 ACP**

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 y la enseñanza de conductas alternativas.

Entre las características más representativas del Apoyo Conductual Positivo, podemos encontrar las siguientes:

- ✓ **Está basado en la evaluación funcional, vinculando variables ambientales con las hipótesis relativas a la función de la conducta problemática.** Uno de los elementos más importantes, si no 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. 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.
- ✓ **Es global e incluye intervenciones múltiples.** 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.
- ✓ **Trata de enseñar habilidades alternativas y adaptar 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. 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, las investigaciones han 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. 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.
- ✓ **Refleja los valores de la persona, respeta su dignidad y sus preferencias y trata de mejorar su estilo de vida.** El apoyo conductual positivo trata de identificar la función de las conductas y acepta los propósitos que las personas ma-



nifiestan mediante las mismas. Se trata, en realidad, de mejorar la calidad de vida de la persona, porque una calidad de vida deficiente o la insatisfacción con el estilo de vida propio es, en la mayoría de los casos, el contexto facilitador del comportamiento problemático, además de aquellos casos en los que esta conducta es un síntoma de un problema de salud mental. 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. 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. 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). 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 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. Se pueden y deben aplicar procedimientos de intervención en situaciones de crisis, 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.

✓ **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.** 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). 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 planifican conjuntamente las acciones que se lleven a cabo (tanto de evaluación como de tratamiento) y 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. 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.
- 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.

✓ **Mide el éxito de los programas por el incremento de la frecuencia de la conducta alternativa, el descenso de la frecuencia de la conducta problemática y por mejoras en la calidad de vida de la persona.** 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. 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.

También podemos considerar otra serie de características del apoyo conductual positivo que serían las siguientes:

- ✓ Considera a los padres o profesores no solamente como ayudantes, sino como participantes activos y personas que colaboran con los expertos.
- ✓ Pone de relieve la prevención.
- ✓ Utiliza la evaluación funcional, no sólo para conocer cuándo es más probable que tenga lugar la conducta problemática y qué sucesos pueden mantenerla, sino también para establecer una relación directa entre los resultados del análisis funcional y el programa de intervención.
- ✓ Implica una distinción entre procedimientos de emergencia o crisis (que tratan de poner fin a una situación que puede ser peligrosa para el sujeto o para otras personas u objetos que le rodeen) y la intervención (que produce un cambio positivo y estable en el tiempo al enseñar al sujeto formas adaptativas y estables para lograr sus propósitos).
- ✓ Las características de las intervenciones de un enfoque ACP son tres: son educativas, son de orientación sistémica y son multicomponentes.
- ✓ La intervención no se termina nunca, de manera que la red de apoyos de un sujeto sigue funcionando durante años e incluso durante décadas, es decir, este enfoque prefiere la planificación a largo plazo para la vida de cada persona con discapacidad en lugar del manejo de crisis a corto plazo.

### Principios del ACP

La premisa fundamental de la filosofía subyacente de este enfoque es que las deficiencias que existen en el ámbito vital de un individuo y las deficiencias en su repertorio comportamental adaptativo son los factores principales responsables de la conducta problemática, y que por lo tanto, el esfuerzo se debe concentrar en identificar y modificar estas deficiencias que constituyen el contexto del problema en lugar de la conducta problemática *per se*, que se ve simplemente como un efecto de un contexto problemático (Carr, Carlson, Langdon, Magito-McLaughlin, & Yarborough, 1998).

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:

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

#### 1) La conducta problemática tiene una función para la persona

Generalmente nos referimos a la conducta problemática como “socialmente inapropiada”, “psicótica”, o “inadaptada”. Estas expresiones se han venido utilizando en décadas pasadas, pero hoy no es del todo apropiado.

Las razones que sustentan este cambio de denominación se basan en el intento de encontrar un término más descriptivo de las dificultades que suponen para la persona y los profesionales este tipo de conductas y de evitar, al mismo tiempo, la descalificación de la persona.

Las conductas problemáticas pueden ser adaptativas, suelen servir a una función para la persona que las desempeña y precisamente por eso son tan estables y aparecen con tanta frecuencia.

El apoyo conductual no puede tener lugar si no se parte de este principio de funcionalidad.

## **2) 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. También pueden influir factores ambientales más generales o la interacción múltiple de diferentes aspectos del ambiente.

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 (o un síntoma de una enfermedad mental).

## **3) Una intervención eficaz está basada en la comprensión de la persona, su conducta y contexto social**

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.

## **4) El plan de apoyo debe tener en cuenta los valores de la persona, respetar a su dignidad, y aceptar sus preferencias y 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 y, 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.

### **LA INTERVENCIÓN PARA CAMBIAR EL COMPORTAMIENTO PROBLEMÁTICO SE BASA EN:**

- 1. La conducta problemática generalmente cumple algún objetivo para la persona.**
- 2. El mismo comportamiento problemático suele tener más de una finalidad y por tanto se requieren múltiples intervenciones en múltiples contextos.**
- 3. Es imprescindible utilizar la evaluación funcional para identificar la finalidad o finalidades de la conducta problemática.**
- 4. Tanto si la conducta problemática tiene una función comunicativa o no, el cambio en los sucesos contextuales y los sistemas de apoyo ayuda a reducir su frecuencia y severidad.**
- 5. Hay que evitar a toda costa el uso de castigos. La alternativa es reducir al máximo las consecuencias reforzantes de la conducta problemática.**
- 6. Cuando la conducta problemática es muy peligrosa o dañina pueden necesitarse procedimientos de control de la crisis. Pero sabemos que éstos no constituyen una verdadera intervención.**
- 7. El objetivo de la intervención es enseñar conductas adecuadas, no sólo eliminar conductas.**
- 8. No obstante el punto anterior, toda intervención implica cambiar sistemas sociales, no personas.**
- 9. El objetivo último de la intervención es mejorar la calidad de vida de las personas**

## Fases del ACP

Antes de detallar cada una de las fases que componen el procedimiento del Apoyo Conductual Positivo, es importante conocer cuáles son los niveles de intervención ante el comportamiento problemático que se tienen en consideración dentro de este marco de actuación.

Dicho niveles se refieren a las diferentes opciones con que cuentan los profesionales para el desarrollo de programas de apoyo conductual.

**Nivel 1.** Intervenciones espontáneas e inmediatas sobre conductas problemáticas nuevas o sobre las que no hay un programa específico. Se debe informar al resto de los profesionales sobre estas intervenciones y comportamientos, ya que el trabajo en equipo favorecerá la consecución de los objetivos. Las intervenciones son:

1. Refuerzo positivo contingente de conductas adaptativas.
2. Modelado.
3. Contrato de Contingencias (no incluido en los niveles 2 y 3).
4. Cambios ambientales (de modo positivo: ganancia o pérdida de beneficios).
5. Extinción.
6. Sobrecorrección dentro de las actividades del centro.
7. Las siguientes formas de intervención en crisis: ignorar la conducta (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 por programas específicos que requieren la participación del Psicólogo y del Responsable de área así como el trabajo en equipo. Dichos procedimientos serán conocidos por la familia del usuario a la que, si fuera necesario, se pediría su autorización y colaboración.

1. Refuerzo diferencial de conductas funcionalmente equivalentes o conductas incompatibles.
2. Costo de Respuesta (pérdida de puntos, fichas y comidas no esenciales como refrescos, café, golosinas...).
3. Restitución (remediar algo), que no implica forzar físicamente.
4. Práctica positiva (practicar la conducta correcta de modo masivo).
5. Tiempo fuera sin exclusión (observacional): El usuario es retirado de la actividad permaneciendo a la vista del responsable o bien se retira la actividad que está realizando el usuario (máximo 5 minutos) en cualquier de los dos casos.

**Nivel 3.** Procedimientos pautados en programas específicos que requieren el conocimiento del director del centro, el Psicólogo y el Responsable de área. Asimismo se requiere la aprobación del Equipo Multiprofesional.

1. Sobrecorrección usando guía física (corregir las consecuencias ambientales de la conducta y entonces practicar la conducta alternativa incompatible).
2. Tiempo fuera excluyente: retirar al usuario a un área fuera de la vista del responsable (máximo 10 minutos) o retirar al usuario a una sala ventilada e iluminada con la puerta abierta o retirar al usuario a una sala ventilada e iluminada con la puerta cerrada (sin cerrar con llave, máximo 10 minutos).
3. Costo de respuesta (eliminar una actividad agradable para el usuario existente en su plan individual).

El primer nivel de intervención, el más básico, corresponde a las fases iniciales del ACP, donde la intervención es muy puntual, con poca o ninguna implicación del centro en su totalidad y sujeta a las circunstancias situacionales.

El compromiso del personal del centro consiste básicamente en informar y en establecer las bases comunes de la filosofía general de la intervención.

Las técnicas son simples, no requieren prescripción de especialistas y la mayoría de ellas con estrategias de respuesta para cuando aparecen las 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 más importante, implican tanto a la dirección del centro, como a la familia (o el propio usuario).

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.

### Paso 1. Establecimiento de un equipo de apoyo.

El equipo para llevar a cabo el Apoyo Conductual Positivo es un grupo de personas que comparte y evalúan la información sobre las conductas problemáticas que manifiesta la persona con discapacidad intelectual así como las circunstancias que la rodean, con el fin de desarrollar apoyos efectivos, preventivos y personalizados. Los miembros de este grupo pueden ser:

- ✓ Aquellos profesionales de atención directa que mantienen un contacto habitual con la persona con discapacidad intelectual.
- ✓ La familia de esta persona.
- ✓ Profesionales especializados.

Respecto a la selección y al número de componentes que deben conformar este equipo, se trata de una cuestión abierta, a determinar para cada caso y tomando como base que quienes se incorporan al equipo son personas dispuestas a ayudar a la persona con discapacidad a alcanzar sus metas y dispuestas a trabajar en equipo. Es recomendable que estos grupos no sean demasiado numerosos.

Todos los miembros del equipo de apoyo deben asumir una serie de compromisos de colaboración de los que se les informará previamente antes de que puedan decidir si aceptan o no formar parte del mismo y son:

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

Los compromisos de colaboración son unas reglas que tienen la finalidad de que las interacciones entre los miembros del grupo sean productivas y positivas. Deben permitir llegar a acuerdos de una forma más rápida, ya que los acuerdos son necesarios en todas las fases.

Los acuerdos son los que consolidan la estrategia que se adopte y fortalecen los vínculos de colaboración entre profesionales, con independencia del nivel de implicación de cada profesional.

Para conseguir estos acuerdos, debe existir la oportunidad de discutir los distintos puntos de vista de los profesionales, es decir, hay que reunirse y hablar.

### Paso 2. Desarrollo de la evaluación funcional.

La evaluación funcional consiste en una serie de procedimientos para conocer y comprender las variables que influyen en la conducta de la persona. Se trata de conocer las funciones o propósitos de la conducta problemática. Es un punto común con la intervención comunicativa de Carr.

Para que la evaluación funcional sea completa y cumpla con su función, se debe recoger la siguiente información general:

- ✓ Los puntos fuertes y los puntos débiles en las habilidades de la persona con discapacidad intelectual.
- ✓ El diario de actividades cotidianas.
- ✓ Las preferencias y las metas, tanto de la persona con discapacidad intelectual, como de su familia.
- ✓ Cuestiones de salud.
- ✓ Calidad de vida de la persona: relaciones sociales, bienestar emocional, capacidad para elegir y autocontrol, acceso a las actividades preferidas e inclusión en la comunidad.

Esta información, normalmente, es aportada y/o elaborada por diferentes profesionales como el psicólogo, trabajador social, médico,... ya que disponen de instrumentos eficaces para ello.

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. Los más utilizados con las entrevistas a profesionales, familiares y al propio usuario, discusiones en grupo, revisión de informes, revisión de planes de trabajo con la persona y/o instrumentos estandarizados como test, cuestionarios de estilo de vida, escalas de conducta, motivación, etc.

Y, en cuanto a la información relativa a la conducta problema, ésta debe incluir aspectos como los siguientes:

- ✓ Descripción clara de las conductas problemáticas y la secuencia en la que aparecen.

- ✓ Sucesos, momentos o situaciones que predicen la aparición o no de la conducta problema.
- ✓ Consecuencias habituales que mantienen la conducta problemática.
- ✓ Hipótesis funcionales que incluyen las situaciones y las consecuencias habituales de cada conducta problemática.
- ✓ Observación directa de la conducta.
- ✓ Verificación.

La información se empieza a recoger en la primera reunión del grupo de apoyo conductual, después de poner en común la información general. Posteriormente, la información se contrasta o amplía mediante la observación directa.

En la mayor parte de las ocasiones, 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.

### Paso 3. Elaboración de hipótesis en base a los resultados.

Las hipótesis suponen el resumen que define la mejor de las conjeturas acerca de la relación entre la conducta problemática y las características del contexto. No sólo son una explicación lógica de dicha relación, sino que lo más importante es que constituyen la base del Plan de Apoyo Conductual ya que el éxito del mismo depende de la formulación de estas hipótesis. Siendo así, tendremos una hipótesis general y una o más hipótesis específicas.

La **hipótesis general** nos permite una explicación global de las condiciones que pueden estar influyendo en el comportamiento de la persona con discapacidad intelectual. Proviene de resumir toda la información relevante y contextual que se ha obtenido durante el proceso de evaluación.

En este tipo de hipótesis, se reúnen 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. 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.

Las **hipótesis específicas o funcionales** consisten en un resumen de la secuencia de la conducta problemática que se ha observado, donde se incluyen los antecedentes de la conducta problema, la propia conducta y la consecuencia que la mantiene.

### Paso 4. Diseño y desarrollo del plan de apoyo.

Un **Plan de Apoyo Conductual** consiste en la elaboración y aplicación simultánea o sucesiva de diferentes estrategias de apoyo y se diseña entre todos los miembros del equipo de apoyo, teniendo en cuenta que:

- ✓ El diseño esté basado en los resultados obtenidos por la evaluación funcional.
- ✓ Tiene en cuenta y define todas las conductas problemáticas que manifiesta la persona.
- ✓ Debe indicar qué y cómo cambiará la persona que le da el apoyo y el contexto y no sólo qué conducta deben cambiar en la persona con discapacidad intelectual.
- ✓ Esté dirigido a hacer que la conducta problema sea ineficaz e ineficiente.
- ✓ Debe tener en cuenta los valores, recursos y habilidades del equipo de apoyo que va a desarrollar el plan, así como ajustarse al contexto donde va a desarrollarse.

Dentro de este plan, se pueden incluir distintas estrategias de intervención. Una parte de ellas, son intervenciones sobre el estilo de vida mientras que, por otro lado, tenemos las intervenciones que se hallan dirigidas a las hipótesis específicas.

Con las **intervenciones sobre el estilo de vida** se trata de proporcionar a la persona con discapacidad intelectual un entorno predecible, que ofrezca oportunidades y apoyos y que fomenten una actitud positiva con la propia vida (que es la que impulsa el cambio de comportamiento y favorece su mantenimiento). Son las que primero deben ponerse en marcha porque, aun siendo las menos sistemáticas, son las que tienen una influencia más global sobre la persona y su conducta.

Si nos paramos a pensar en las actividades que realiza la persona con discapacidad, sus relaciones sociales y las preferencias que expresa o se le atribuyen y las igualamos a aquellas que manifiestan las personas sin discapacidad similares a su edad, vemos un gran discrepancia. Para tratar de evitar dichas discrepancias o dirigirse hacia una mejora de la calidad de vida, se incluyen las siguientes *estrategias*:

- ✓ Establecer una relación positiva con la persona con discapacidad intelectual.
- ✓ Proporcionar apoyo emocional.

- ✓ Facilitar la comunicación.
- ✓ Realizar adaptaciones dentro de las actividades o las relaciones o cambios en las mismas.
- ✓ Revisiones médicas (en no pocas ocasiones, un problema de conducta viene originado por un dolor o problema de salud no expresado por parte de la persona con discapacidad intelectual).

Por otro lado, las **intervenciones dirigidas a las hipótesis específicas**, están orientadas a que la conducta problemática se convierta en irrelevante, ineficaz e ineficiente, siendo sustituida por otra conducta alternativa que obtenga la misma función que la problemática.

Para llevar a cabo la planificación estratégica, se parte de la secuencia de la conducta problemática que se ha obtenido en la evaluación funcional. Teniendo en cuenta cómo se produce dicha secuencia (antecedentes–conducta problemática–consecuentes), se plantearán estrategias para cada momento.

Para diseñar el tipo de intervención que se desarrollará en cada una de las secuencias encontradas, nos podemos servir del modelo de conducta operante. En este caso, podemos contar con las siguientes *estrategias*:

- ✓ Modificación de los antecedentes y sucesos contextuales: cómo cambiarlos para evitar la conducta problema y qué añadir a la rutina para favorecer la conducta alternativa.
- ✓ Enseñar habilidades: la conducta alternativa, habilidades generales y habilidades de afrontamiento, fundamentalmente.
- ✓ Intervención sobre las consecuencias: incrementar el uso de habilidades, reducir los refuerzos de la conducta problemática y controlar las situaciones de crisis.

Una vez discutido cómo será el plan, debe debatirse cómo se introducirán cada una de las estrategias que se van a llevar a cabo, dónde y por quién(es). Y, por último, reflejar lo acordado por el equipo en un documento que nos servirá como guía de lo acordado y/o de lo que hay que hacer en cada momento.

#### Paso 5. Seguimiento del plan para futuras mejoras o modificaciones.

Sabemos que un Plan de Apoyo Conductual es eficaz cuando constatamos cambios significativos para la persona con discapacidad intelectual, su familia y los contextos habituales. Por lo tanto, los cambios que se persiguen son:

- ✓ Incrementar las habilidades de la persona con discapacidad intelectual.
- ✓ Reducir la frecuencia de aparición de las conductas problemática.
- ✓ Mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad intelectual.

La mayoría de los Planes de Apoyo Conductual necesitan ser modificados y/o ajustados, especialmente, al comienzo de las primeras etapas de las diferentes intervenciones. Por ello, es necesario llevar a cabo este seguimiento para ir ajustando el plan en función de los resultados que se vayan obteniendo.

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 (gráficos, por ejemplo) que serían puestos en común con el resto del equipo o, por lo menos, con una comisión de seguimiento en reuniones establecidas periódicamente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Canal, R. y Martín, V. (2007). *Apoyo conductual positivo*. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León. Colección: Manuales de Trabajo en Centros de Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León.
- Carr, E. G. et al. (1.994/1.996). *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento. Guía práctica para el cambio positivo*. Madrid: Alianza.
- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades (2003). *Manual de apoyo conductual para personas con discapacidad*. Madrid.
- Goñi, M. J., Martínez, N. y Zardoya, A (2007). *Apoyo conductual positivo. Algunas herramientas para afrontar las conductas difíciles*. Madrid: FEAPS, Cuadernos de Buenas Prácticas.
- Magerotte, G., Houchard, V., Deprez, M., Bury, F. y Magerotte, C. *Educautisme, Módulo 3: los problemas de comportamiento*. Servicio de Publicaciones del Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco.