

problemas de conducta en el retraso mental

luis salvador-carulla y ramón novell 

universidad complutense de madrid y fundación síndrome de down de madrid

resumen

La evaluación de los problemas de conducta constituye uno de los grandes dilemas no resueltos en el retraso mental (RM). En la presente revisión se analiza la relación de los problemas de conducta con los trastornos psiquiátricos en el RM, se comentan las premisas fundamentales para una evaluación estandarizada de estos problemas y se introduce el concepto de fenotipo comportamental como elemento clave en la evaluación de los problemas de conducta en el RM de origen genético.

summary

Challenging behavior assessment is still one of the major dilemmas still not solved in the field of mental retardation. in the current review, the relationship between challenging behavior and psychiatric disorders is analyzed, core premises for a standardized assessment of these problems are discussed, and the concept of behavioral phenotype is introduced as a key element in the assessment of challenging behavior in the field of mental retardation with a genetic source

1. relación entre los problemas de conducta y los trastornos psiquiátricos en el retraso mental

Existe una gran variabilidad entre los diferentes estudios con respecto a la prevalencia de trastornos psiquiátricos y conductuales en la población con retraso mental, oscilando para el diagnóstico psiquiátrico entre el 10 al 50% de los casos; y para los problemas de conducta entre el 5 y el 60% de los casos encuestados (Salvador y Novell, 2002). A esta variabilidad contribuyen diversos problemas metodológicos (emplazamiento o área de cobertura, gravedad del RM, representatividad de las muestras, uso de instrumentos estandarizados y sistemas de diagnóstico, categorías diagnósticas consideradas en el análisis) (Deb et al, 2001). De hecho no contamos todavía con datos transculturales fiables sobre la prevalencia real de trastornos psiquiátricos en esta población. La mayoría de

estudios se refieren a prevalencia asistida, y en su mayoría no recogen muestras representativas de las áreas de referencia. Las tasas de los estudios sobre poblaciones hospitalarias o institucionalizadas y sobre las derivaciones a los servicios de Salud Mental son claramente superiores a las encontradas en estudios sobre poblaciones comunitarias. Los estudios publicados en nuestro país en centros ocupacionales señalan una tasa entre el 20 y el 35. Un dato contrastado es la elevada morbilidad oculta (casos de trastorno psiquiátrico no detectados por el clínico) en sujetos con RM. En un estudio sobre 205 personas con RM asistidas en centros comunitarios, sólo uno de cada cuatro de los sujetos con trastornos psiquiátricos fue diagnosticado (Reiss, 1990). En nuestro entorno en un centro de empleo con un alto nivel de atención, el 50% de los trastornos psiquiátricos no había sido diagnosticado previamente (Salvador-Carulla et al, 2002).

Parece, además, que la inclusión de los proble-

mas conductuales constituye el factor fundamental en el exceso de morbilidad psiquiátrica en esta población. Esta tasa aumenta si se consideran en el análisis además de los problemas conductuales otros trastornos como el autismo, el déficit atencional con hiperactividad y los trastornos de personalidad (Deb et al, 2001).

Es destacable que el rango de variabilidad de las tasas de problemas conductuales es mucho mayor que la de trastornos psiquiátricos. En ello influyen las dificultades metodológicas en la evaluación de estos problemas señaladas en la siguiente sección. Emerson y cols. (1995, 1999) señalan que entre el 10-15% de las personas con RM que utilizan servicios educativos, sociales o sanitarios presentan alteraciones de conducta. Otros autores señalan tasas entre el 46 y el 60% (Deb et al, 2001). De acuerdo con Emerson, las alteraciones conductuales más frecuentes son los comportamientos limitadores de la actividad y la participación, los de tipo disocial, en 9-12%, agresión (7%), comportamiento destructivo (4-5%) y autolesiones (4%). En nuestro medio (Salvador y cols, 1998), sobre una muestra de 130 sujetos con RM leve y moderado encontramos una tasa global de aparición de problemas de conducta del 27%. Los más frecuentes fueron: gritos o ruidos molestos, demandas de atención, rabieta y/o agresividad verbal, heteroagresividad física, conducta antisocial, hiperactividad, hábitos personales inadecuados y deambulación o escapadas. Se analizó la severidad de dichas conductas, concluyendo que las rabieta y/o agresividad verbal son el problema de conducta que más frecuentemente es valorado como grave en estos sujetos, seguida de la demanda frecuente de atención, la heteroagresividad física, la conducta antisocial y los hábitos personales inadecuados. También se hizo un estudio de diversas variables que pudieran influir en las tasas de problemas de conducta, encontrando que los sujetos alojados en régimen residencial exhibieron un mayor número y severidad en los problemas de conducta evaluados que aquellos que vivían en la comunidad (en el domicilio familiar o en vivienda protegida). Se relacionó de modo significativo el consumo de psicofármacos con la presencia de problemas de conducta. Sin

embargo, no tuvieron repercusión alguna en la aparición de problemas de conducta la presencia de trastorno psiquiátrico, el nivel de gravedad del RM, la edad ni el sexo (Salvador et al, 1994; 1998 cfr Salvador y Novell, 2002).

En un estudio realizado en un Centro Residencial para personas con grave retraso mental (Residencia Ibera, APASA - Amposta) las conductas más relevantes que se apreciaron en un grupo de 30 sujetos fueron las estereotipias y la conducta autoagresiva (ver Tabla 1).

De las variables que influían en la aparición de las alteraciones conductuales, la edad y nivel del retraso mental mostraron una correlación similar a la de los estudios publicados. Así, los trastornos conductuales disminuirían a medida que el sujeto envejece, y serían más graves en aquellas personas con mayor afectación cognitiva y funcional, relacionándose, de forma estadísticamente significativa ($p < 0.001$) con la ausencia de formas de comunicación verbal o alternativa y con el empobrecimiento sensorial.

Tabla 1. Alteraciones conductuales en una muestra de 30 sujetos con retraso mental grave y profundo evaluadas según la escala ABC (Novell y cols, 2000; cfr Salvador y Novell, 2002)

• Conducta	n	%	P.m.	Pmax	Ranqing	
• Agitación	24	80%	5	45	6	
• Hiperactividad		21	70%	6,27	48	4
• Estereotipias		20	66,7%	3,77	21	1
• Letargia		19	63,3%	5	48	8
• Desobediencia		18	60%	1,67	12	3
• Rabieta		14	46,7%	1,47	12	5
• C. Agresiva		11	36,7%	0,97	9	7
• C. Autoagresiva		9	30%	1,27	9	2
• Habla inapropiada		9	30%	0,67	12	11
• Impulsividad		6	20%	0,27	3	10
• Chillar		5	16,7%	0,83	9	9

P.m. (puntuación media ABC); Pmax (puntuación máxima ABC)

En resumen, existe un solapamiento pero no una relación directa entre trastornos psiquiátricos y problemas conductuales. Sin embargo, los problemas de conducta son la primera causa de consulta psiquiátrica en el RM (Day, 1985), y constituyen la causa fundamental de tratamiento psico-

farmacológico de estos sujetos. Así se da la paradoja constatada en repetidos estudios en diferentes entornos y países, de que muchos sujetos con RM siguen tratamiento antipsicótico sin un diagnóstico psiquiátrico asociado, mientras que otros que sí presentan un diagnóstico claro no acuden a los servicios asistenciales ni siguen ningún tratamiento para el mismo (p. ej. pacientes con depresión mayor).

Estos datos reflejan en parte la enorme dificultad que nos encontramos al diferenciar los problemas comportamentales (agresividad, aislamiento) de las categorías correspondientes a trastornos psiquiátricos (depresión, esquizofrenia). De hecho, la interpretación y la categorización de los problemas conductuales en el RM está sujeta a múltiples controversias. ¿Cuál es la relación entre los problemas de conducta y los trastornos psiquiátricos en el RM? La aparición de problemas de conducta puede ser un indicio de la existencia de un trastorno psiquiátrico, aunque en otras ocasiones puede llevar a errores diagnósticos. Emerson y cols. (1999) resumen cuatro tipos de asociaciones entre trastornos de conducta y problemas psiquiátricos:

1. Relación de los factores familiares y de la infancia en el origen y desarrollo de problemas de conducta y trastornos psiquiátricos (p. ej., patrones de cuidado desorganizados, pobre ajuste parental, etc.).
2. Forma atípica de presentación de un trastorno psiquiátrico en los individuos con retraso mental (p. ej. a este respecto, se ha relacionado la conducta autolesiva con una forma de presentación particular del trastorno obsesivo-compulsivo).
3. Rasgo secundario de los trastornos psiquiátricos en los sujetos con retraso mental. Síntomas como agitación, crisis histéricas y trastornos del sueño y del apetito pueden ser indicativos de depresión en las personas con RM cuyo grado de discapacidad les impide o dificulta la expresión verbal (Reid, 1982).
4. Los trastornos psiquiátricos pueden establecer una base motivacional para la expresión de problemas de conducta que, a su vez, se mantienen por procesos conductuales ope-

rantes. Un trastorno psiquiátrico subyacente puede actuar cambiando la valoración de una situación ambiental neutra a priori. Por ejemplo, la depresión puede estar relacionada con la falta de interés por participar en actividades sociales o educativas y, por lo tanto, con el hecho de que tales actividades se conviertan para el sujeto en reforzadores negativos (es decir, estímulos cuya eliminación es reforzante). Si la persona aprende que la conducta inadecuada puede eliminar tales estímulos aversivos, podremos predecir un incremento de problemas de conducta asociados a la depresión. Es importante tener en cuenta que, según este postulado, la depresión no sería así la causa directa de los problemas de conducta, sino que la aparición de éstos está determinada por la combinación de la influencia motivacional de la depresión, que establece reforzadores negativos, y la existencia en el individuo de un conjunto de conductas problemáticas que previamente le han servido para escapar de situaciones.

2. premisas en la evaluación psicopatológica de los problemas conductuales en el RM ■ ■ ■

Las dificultades y posibilidades de asociación antes señaladas deben alertarnos sobre la dificultad de la evaluación psicopatológica de los problemas conductuales en el RM, y que se puede resumir en tres premisas fundamentales: conceptualización clara de los problemas de conducta, cautela en atribución de causalidad, evaluación sistemática e independiente.

2.1. Conceptualización y tipología de las alteraciones de la conducta

No se han establecido definiciones satisfactorias para distinguir entre problema de conducta y enfermedad psiquiátrica. Por "conductual" se entiende que los comportamientos en cuestión son respuestas aprendidas, referidas a situaciones del entorno, del manejo de los cuidadores, etc. El

DSM-IV-TR (APA, 2000) describe el trastorno mental como "síndrome conductual y psicológico" sin efectuar una adecuada categorización de los problemas conductuales. Por otro lado, la distinción entre conducta "normal" y "anormal" no siempre está clara. Desde un punto de vista social, podemos definir como "anormal" aquella conducta que coloca al sujeto en una clara situación de desventaja en su contexto socio-cultural.

Las "alteraciones de conducta" comprenden una serie de comportamientos anormales desde el punto de vista socio-cultural "de una intensidad, frecuencia y duración tales que conllevan una alta probabilidad de poner en grave compromiso la integridad del individuo o los demás, o que conlleva una limitación clara de las actividades del individuo y una restricción importante en su participación en la comunidad (restricción del acceso a los recursos y servicios de la comunidad)" (modificado de Emerson et al, 1999).

Esta definición se basa en un modelo socio-cultural basado en el impacto social de la conducta, no conlleva implicaciones causales o etiológicas, y es ateórica.

Los conceptos y las formas de restricción en la actividad y la participación aparecen en la clasificación internacional de salud, discapacidad y funcionamiento de la OMS.

El carácter patológico de un comportamiento determinado dependerá de una compleja interrelación entre lo que la persona hace, el lugar en el que lo hace y cómo se interpreta o qué significado se le da a lo que hace. La codificación de un comportamiento como patológico no presupone ningún modelo teórico de base ni conlleva por tanto un tipo de análisis o de intervención determinado.

La dificultad de tipificar estos problemas se refleja en una nomenclatura bastante confusa. En la literatura anglosajona se utilizan, entre otros, los términos *challenging*, *defiant* o *aberrant behavior*. El primero de ellos podría traducirse como "conductas reto", ya que fue acuñado con el fin de no focalizar el problema en la persona sino en los servicios, que deben responder ante el reto que les supone este problema socio-sanitario. Estos problemas se han denominado en castellano

conductas perturbadoras, inapropiadas, desafiantes, o aberrantes. Como todos los términos son objetables, preferimos la opción de "Alteraciones de conducta".

Evidentemente, el rango de conductas potencialmente anormales es enorme y resulta necesario delimitar una serie de ellas en función de su impacto sobre el individuo y la sociedad. El sistema ICAP codifica siete tipos de conducta patológica: comportamientos autolesivos o daño a sí mismo, heteroagresividad o daño a otros, destrucción de objetos, conducta disruptiva, hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias), conducta social ofensiva, retraimiento o falta de atención y conductas no colaboradoras; y el sistema diagnóstico DC-LC diez.

Las conductas anormales en el retraso mental se pueden dividir en dos grandes grupos, según se asocien o no a amenaza para sí mismo y para los demás. En el primer caso se pueden agrupar las "conductas disociales o desafiantes" y en el segundo las conductas "no disociales" relacionadas con una restricción de las actividades y de la participación.

• Conductas disociales:

Las conductas disociales o desafiantes abarcan un rango de comportamientos anormales de una intensidad, frecuencia y duración tales que conllevan una alta probabilidad de poner en peligro la integridad física del sujeto o la de los individuos de su entorno (modificado de Emerson et al, 1999), o que suponen una transgresión clara de las normas sociales (p. ej. autoagresividad, heteroagresividad, conducta sexual anormal, acoso). Estas siempre implican una alteración de la actividad y la participación social del individuo.

• Conductas no disociales causantes de restricción en la actividad y participación del individuo:

Hay conductas que sin constituir un riesgo para el individuo o el entorno, y sin tener un carácter antisocial, implican una grave interferencia en la integración del individuo en la comunidad, limitando sus actividades y restringiendo su participación y utilización de los recursos disponibles. Estas conductas pueden ser silentes y motivar una falta de atención por parte de cuidadores (por ejemplo, pasividad, conductas no colaboradoras, falta de

cumplimiento, aislamiento), o perturbadoras (hiperactividad, gritos incontrolados, escapadas, demanda constante de atención).

2.2. Causas de las alteraciones de la conducta

Extremar la cautela antes de atribuir una causa a un problema conductual en el RM

Al igual que ocurre con el diagnóstico psiquiátrico, se produce un enmascaramiento conductual en el RM. Así, se tiende a atribuir automáticamente el problema de conducta a una enfermedad psiquiátrica. Esta tendencia viene favorecida por la consideración de los problemas conductuales en los sistemas de clasificación internacional, que obvian la categorización específica de los mismos (DSM-IV-TR, CIE-10, AAMR). La AAMR al clasificar los problemas de conducta, remite al DSM-IV, forzando una atribución psiquiátrica a las manifestaciones conductuales del sujeto. Existen cuatro causas fundamentales de una alteración conductual en personas con RM:

- **Síntoma de un trastorno psiquiátrico subyacente:** La conducta autoagresiva referida por un paciente con un trastorno grave puede deberse tanto a un trastorno psicótico como a un cuadro depresivo. Así pues, es necesario efectuar una exploración detallada de los antecedentes previos, historial clínico y estado mental actual del sujeto, y después efectuar un seguimiento longitudinal para confirmar el diagnóstico. No existe una delimitación clara de los patrones de conducta asociados a determinados síndromes psiquiátricos (p. ej. relación entre conducta autoagresiva y psicosis). Hasta que no contemos con más datos, es necesario considerar que un problema conductual puede deberse a cualquier trastorno psiquiátrico.
- **Síntoma de un trastorno médico subyacente:** Las personas con RM muestran un amplio rango de problemas médicos, que en muchas ocasiones se asocian directamente a la enfermedad o el síndrome de base, y en otras a una mala salud física por problemas en las habilidades básicas de autocuidado o en la capacidad de expresión verbal. Es muy frecuente que la primera manifestación de un dolor

común (p. ej. un problema dental, cefalea) sea una alteración del comportamiento, sobre todo en sujetos con bajo CI y baja capacidad verbal. Una consideración especial merece la epilepsia asociada a RM. El trastorno conductual también puede relacionarse con efectos adversos del tratamiento farmacológico.

- **Forma de expresión del sujeto:** Una conducta anormal puede deberse a causas no relacionadas con morbilidad psiquiátrica. Una conducta autoagresiva puede constituir una forma de autoestimulación en sujetos con bajo CI. También puede tratarse de una forma de expresión de distrés ante conflictos intrapsíquicos, o ante cambios ambientales (p. ej. cambio de horarios o de cuidador), que ha sido modelada a través del aprendizaje y modeladas a través de contingencias de aprendizaje inadecuadas o de un refuerzo inadecuado.
- **Manifestación de un fenotipo comportamental:** Una conducta anormal puede formar parte del fenotipo comportamental característico del síndrome que presenta el paciente (p. ej. conducta automutiladora en el síndrome de Lesch Nyhan, trastorno alimentario en el Prader Willi, destructiva en la Esclerosis Tuberosa, etc.).

2.3. Evaluación sistemática del problema de conducta

Independiente, exhaustiva y estandarizada

• **Evaluación independiente: (enfoque multiaxial)**
La evaluación de los problemas conductuales debe realizarse de forma independiente a la de otras manifestaciones psiquiátricas para evitar sesgos y atribuciones causales como el efecto halo (atribuir una conducta a un trastorno al explorar ambas de forma conjunta). La exploración psicopatológica estandarizada del adulto tiende a agrupar determinadas manifestaciones conductuales con trastornos psiquiátricos específicos (p. ej. comportamiento extravagante y esquizofrenia). En el RM debe integrarse la información comportamental y clínica después de una exploración diferenciada para evitar este sesgo. Para ello es conveniente añadir un eje adicional en la clasificación en que se codifiquen las alteraciones de conducta.

Recientemente se ha publicado un sistema mul-

ti axial que incorpora la evaluación conductual en un eje independiente. El sistema de Criterios Diagnósticos para la Discapacidad Intelectual - **DC-LD** (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities) desarrollado por el Royal College of Psychiatrist (2001) es una herramienta específica para evaluación dimensional del RM, que propone un sistema de diagnóstico psiquiátrico multiaxial complementario del CIE-10 (tabla 11 -Diapositiva 13 archivo 2). Este sistema se basa en tres ejes, y en el tercero (trastornos psiquiátricos) señala cuatro "niveles" con una serie de códigos diagnósticos:

- Eje I Nivel de retraso mental
- Eje II Causa del retraso mental
- Eje III Trastornos psiquiátricos
 - Nivel A: Trastornos del desarrollo
 - Nivel B: Enfermedad mental
 - Nivel C: Trastornos de personalidad
 - Nivel D: Problemas de conducta
- Evaluación exhaustiva: (enfoque ecológico - topográfico)

La mejor forma de evaluar el deterioro en una demencia es contando con registros previos de tipo neuropsicológico y funcional. De igual forma, la evaluación periódica de la conducta del sujeto puede ser de gran ayuda para identificar los cambios en la conducta, su progreso en el tiempo y su asociación con factores ambientales. Además, la conducta de la persona con RM puede variar sustancialmente de un entorno a otro, por lo que es necesario contar con información de diferentes fuentes (centro de empleo, clínica, residencia y familia). En muchas ocasiones la información de las diferentes fuentes no coincide entre sí, y es necesario ensamblar las diferentes piezas para obtener una visión adecuada del cuadro. Existen diferentes modelos para abordar esta evaluación. El más adecuado en la actualidad es el enfoque ecológico mediante el análisis funcional (Tabla 2). Este plantea la necesidad de constatar la conducta en el entorno natural del sujeto, identificando los factores asociados a la misma. Para ello debemos contar con instrumentos que permitan recoger la información de una forma estandarizada (Scatter Plot, registros Antecedentes-Conducta-Consecuencias).

Tabla 2. Objetivos del análisis funcional de la conducta

Objetivos primarios: Determinar los procesos que explican las alteraciones de la conducta en personas con retraso mental.

1. Identificar las contingencias que mantienen la conducta.
2. Identificar los reforzadores involucrados en el mantenimiento de la conducta problema.
3. Identificar los estímulos precipitadores y las circunstancias ambientales que permiten que aparezca la conducta problema.
4. Identificar a las personas relacionadas o los tipos de respuesta en cada una de las alteraciones conductuales.

Objetivos secundarios: Proporcionar información adicional relevante para el diseño de los planes de intervención.

1. Identificar las conductas apropiadas o alternativas equivalentes a la alterada.
2. Identificar los reforzadores (tipo, cualidad, etc) que intervienen en la conducta problema y en las conductas funcionalmente adecuadas.
3. Identificar el patrón de conductas adaptativas (porcentaje, duración, comorbilidad con las conductas problema).
4. Identificar las características del entorno y su disponibilidad para la intervención.
5. Identificar las emociones de los cuidadores y demás personas en relación a las causas y/o funciones de los problemas conductuales.
6. Identificar el patrón de respuesta de las personas frente a los problemas conductuales.

• Evaluación estandarizada

Una evaluación de conducta debe contar con un sistema estandarizado de exploración: (escalas de evaluación conductual (p. ej. ABC) o inventarios que pueden incorporarse a una entrevista psiquiátrica semiestructurada (p. ej. PAS-ADD 10). Los instrumentos diagnósticos deben adaptarse y validarse en el entorno cultural del sujeto (p. ej. una misma conducta -un empujón- puede considerarse como una conducta heteroagresiva grave en un país anglosajón y moderada o leve en un país latino). Existen diversos instrumentos para la evaluación conductual del RM. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los instrumentos combinan síntomas cognitivos y manifestaciones conductuales. Recientemente se ha efectuado una revisión

exhaustiva de los instrumentos adaptados en castellano (Salvador y Novell, 2002). Tres de ellos deben destacarse al incorporar de forma específica la evaluación comportamental en el RM:

1. *Assessment and Information Rating Profile (AIRP) (Bouras, 1993)*

Se trata de un sistema informatizado para recogida de información clínica de la sección de Minusvalía Psíquica del Guy's Hospital de Londres. Es un instrumento compuesto por cuatro apartados: 1) Datos sociodemográficos y médicos; 2) Habilidades (*Skills Assessment Scale, SAS*); 3) Problemas conductuales; y 4) Síntomas Psicopatológicos (*Clinical Psychopathology Mental Handicap Rating Scale, CPMHRS*). La versión castellana de este instrumento ha sido adaptada por el Grupo de Evaluación en Medicina Psicosocial (Salvador y cols, 1995: 1998). Se han realizado además estudios de validación de las subescalas SAS y CPMHRS. La SAS arrojó índices de validez adecuados, con un porcentaje de acuerdo promedio inter-examinadores para cada uno de los ítems de la escala de 87,9%, índices kappa adecuados en más de la mitad de los ítems, mientras que el porcentaje de acuerdo ponderado promedio test-retest fue del 92,2% y el acuerdo promedio inter-informadores fue del 93,4%. Por su parte, el CPMHRS arrojó también buenos índices de validez. La fiabilidad test-retest e inter-evaluadores fue moderada o casi perfecta. Sin embargo, los resultados de la versión informada no fueron tan buenos, especialmente la fiabilidad inter-informadores. La consistencia interna fue moderada en la versión autoadministrada (alfa de Cronbach = 0,5) y buena en la versión informada (alfa de Cronbach = 0,7). El AIRP se basa en una serie de instrumentos previos. La parte de habilidades se inspira en el DRS, DAS y cuestionarios de Wessex (SPI y SSL) y la parte psicopatológica es una versión abreviada del inventario de síntomas del PIMRA.

2. *Inventory for Client and Agency Planning (ICAP) (Bruininks et al, 1986)*

El ICAP es un instrumento diseñado para valorar y/o evaluar a usuarios con RM en su estado actual, funcionamiento adaptativo y necesidades de servicios. El ICAP recoge para cada usuario información descriptiva, situación diagnóstica,

limitaciones funcionales, conducta adaptativa, conductas problema, emplazamiento residencial, servicios de día, servicios de habilitación y apoyo, servicios de ocio y tiempo libre, información general y recomendaciones. La valoración de los diferentes ítems se hace según gravedad y frecuencia. También se registra la conducta y respuestas que las personas significativas del entorno emiten. A partir de los datos obtenidos, se pueden extraer cuatro índices normativos de los problemas de conducta: Interno, Asocial, Externo y General. Su propósito principal es ayudar en la detección, valoración, manejo, planificación y evaluación de servicios para personas con deficiencia mental, discapacidad o minusvalía psíquica en general. El ICAP es útil para determinar las necesidades de servicios de un usuario y su evolución comportamental. Sus características técnicas, así como su facilidad de aplicación, le hacen particularmente valioso tanto en instituciones pequeñas como en grandes poblaciones. Ha sido diseñado para organizaciones que trabajan con usuarios de todas las edades y con una gran variedad de grados de habilidad. Este instrumento está recomendado por la AAMR para la evaluación clínica y psicosocial de esta población.

El ICAP, que parte de dos instrumentos previos: el SIB (*Scales of Independent Behaviour*) y la Woodcock-Johnson *Psycho-educational Battery*, ha sido ampliamente utilizado en nuestro país. La estandarización de la versión castellana ha sido efectuada por la Universidad de Deusto y la Federación Vasca de Asociaciones en Favor de las Personas con Deficiencias Psíquicas (FEVAS) (Montero, 1993; 1994).

3. *Adaptive Behavior Scale-Residential and Community -Second Edition (ABS-RC:2) (Nihira y cols, 1993)*

La Escala de Conducta Adaptativa-Residencias y Comunidad es la revisión del año 1993 de las anteriores versiones (1969, 1974) de las escalas de conducta adaptativa de la AAMD.

Los ítems de la presente edición han sido modificados desde el año 1969 como resultado del trabajo y revisión intensiva llevado a cabo por diferentes grupos de expertos en cada uno de los niveles de afectación del retraso mental. Los ítems

resultantes de dicho proceso fueron seleccionados en función de la concordancia interexaminadores y de su efectividad para discriminar entre sujetos que previamente habían sido clasificados en diferentes niveles de conducta adaptativa según la Clasificación en el Retraso Mental de la AAMR (Grossman, 1983), y entre diferentes niveles de conducta adaptativa en sujetos que asistían a escuelas públicas. La escala fue pasada a más de 4000 sujetos con retraso mental analizándose su validez en numerosos estudios.

El instrumento está dividido en dos partes. La primera se centra en la evaluación de la *independencia personal*, y está específicamente diseñada para analizar las capacidades del sujeto consideradas como importantes en el mantenimiento de la independencia y la responsabilidad en la vida diaria. Las conductas están agrupadas en 10 Dominios que engloban a 21 subdominios.

- I. Independencia
 - A. Comida
 - B. Uso del servicio
 - C. Limpieza
 - D. Apariencia
 - E. Cuidado de la ropa
 - F. Vestirse y desvestirse
 - G. Viaje
 - H. Otras actividades de independencia
- II. Desarrollo físico
 - A. Desarrollo sensorial
 - B. Desarrollo motor
- III. Destrezas económicas
 - A. Uso del dinero y presupuestos
 - B. Habilidad para ir de compras
- IV. Desarrollo del lenguaje
 - A. Expresión
 - B. Comprensión verbal
 - C. Desarrollo del lenguaje social
- V. Números y tiempo
- VI. Actividades domésticas
 - A. Limpieza
 - B. Cocina
 - C. Otros deberes domésticos cotidianos
- VII. Actividades prevocacionales y vocacionales
- VIII. Auto-dirección
 - A. Iniciativa
 - B. Perseverancia

C. Tiempo libre

IX. Responsabilidad

X. Socialización

La segunda parte de la escala hace referencia a las conductas de tipo social. En este caso las conductas se agrupan en ocho Dominios que nos proporcionan la evaluación las conductas adaptativas relacionadas con trastornos conductuales o de la personalidad.

XI. Conducta social

XII. Conformidad

XIII. Confianza

XIV. Comportamientos estereotipados e hiperactivos

XV. Conducta sexual

XVI. Comportamientos autoabusivos

XVII. Comportamiento social

XVIII. Comportamiento interpersonal molesto o perturbador

El ABS-RC:2 puede ser de gran utilidad para: a/ evaluar las capacidades de un sujeto con retraso mental y determinar los puntos fuertes y debilidades a partir de los cuales podremos diseñar planes individuales de atención; b/ identificar aquellos individuos cuyas capacidades adaptativas son significativamente inferiores a las de sus semejantes; c/ registrar y documentar la evolución de la persona en función de los programas de intervención; y d/ como método de evaluación de la conducta en proyectos de investigación.

La escala ha sido traducida al castellano por el Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos (Isabel García Alonso) y está siendo validada por la Fundación INTRAS de Valladolid (cfr. Salvador y Novell, 2002).

3. fenotipos comportamentales

El "fenotipo comportamental", término introducido por Nyhan en 1972 ("behavioral phenotype"), constituye una de las contribuciones fundamentales del retraso mental a la psicopatología y tiene aplicaciones relevantes en el ámbito de la salud mental, tanto a nivel de investigación como en la clínica.

Este concepto se refiere a los patrones conductuales específicos y característicos de determinadas patologías genéticas. Flint y Yule (1994) lo han definido como "un patrón de anormalidades motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales consistentemente asociadas con un trastorno biológico". Gualtieri (1991) prefiere usar el término Síndromes de Retraso Mental Patoconductuales (Pathobehavioral Mental Retardation Syndromes), ya que en él incluye aquellos síndromes con estereotipos conductuales y un origen genético demostrado (como el síndrome de

Lesch-Nyhan), síndromes con una clara base genética pero un fenotipo comportamental variable (ej., fenilcetonuria, síndrome de Down), y síndromes con un consistente fenotipo comportamental pero sin una demostración sólida de una base genética o metabólica (entre ellos, el síndrome de Cornelia de Lange, el síndrome de Prader-Willi, y el síndrome de Rett). En una reciente monografía hemos descrito las principales características conductuales y psicopatológicas de algunos de estos síndromes (Salvador y Novell, 2002).

bibliografía

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Day, K. (1985). Psychiatric disorder in the middle-aged and elderly mentally handicapped. *British Journal of Psychiatry*, 147, 660-667.
- Deb, S., Matthews, T., Holt, G., and Bouras, N. et al. (2001). *Practice guidelines for the assessment and diagnosis of mental health problems in adults with intellectual disability*. European Association for Mental Health in Mental Retardation, London: Pavillion.
- Evenhuis, H., Henderson, C.M., Beange, H., Lennox, N., Chicoine, B., i Grup de Treball (2000). *Healthy Ageing – Adults with Intellectual Disabilities: Physical Health Issues*. Ginebra, Suïssa: Organització Mundial de la Salut (WHO/MSD/HPS/MDP/00.5).
- Emerson, E. (1995). *Challenging Behaviour: Analysis*

- and Intervention in People with Learning Difficulties*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Emerson, E., Moss, S., Kiernan, C. (1999). The relationship between challenging behavior and psychiatric disorders in people with severe developmental disabilities. En N. Bouras (Ed), *Psychiatric and Behavioral Problems in Developmental Disabilities and Mental Retardation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- Reid, A.H. (1982). *The psychiatry of mental handicap*. Oxford: Blackwell.
- Reiss, S. (1990). Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago metropolitan area. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 578-85.
- Salvador, L. y Novell, R.. (2002). *Guía práctica de la evaluación psiquiátrica del retraso mental*. Barcelona: Aula Médica, 2002.