

Directrices y principios para la práctica:

evaluación, diagnóstico,
tratamiento y servicios de apoyo
para personas con discapacidad
intelectual y problemas de
conducta

Directrices y principios para la práctica:
evaluación, diagnóstico,
tratamiento y servicios de apoyo
para personas con discapacidad
intelectual y problemas de
conducta

Edición europea

Anton Dosen, William I. Gardner,
Dorothy M. Griffiths, Robert King y Andre Lapointe
MH-ID - Salud Mental en la Discapacidad Intelectual

Versión en castellano

Juan Carlos García Gutiérrez, Mencía Ruiz Gutierrez-Colosía
y Luis Salvador Carulla

Traducido del inglés por Virginia Otón



La presente edición española ha sido realizada por:



Textos de:

Asociación Europea para la Salud Mental en la Discapacidad Intelectual

Directrices y principios para la práctica

Evaluación, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta

Anton Dosen

(Director de la comisión de expertos),

William I. Gardner

(Co-director de la comisión de expertos),

Dorothy M. Griffiths, Robert King y Andre Lapointe

Comisión de expertos europeos

Las personas que se detallan a continuación han contribuido con sus comentarios al borrador inicial de esta publicación y han revisado estas directrices:

Giorgio Albertini (I)

Juan Pascual-Leone (E, CA)

Nick Bouras (UK)

Luis Salvador-Carulla (E)

Ad Van Gennep (NL)

Michael Seidel para DGSGB (D)

Johan De Groef (B)

Jasmina Skrinjar (CRO)

Annemie Geusens (B)

Joost Jan Stolker (NL)

Geraldine Holt (UK)

Paul Koch (NL)

Giampaolo La Malfa (I)

Filip Morisse (B)

Diseño, maquetación e impresión:
ZINK soluciones creativas

Dep. legal: AV-12-2010

Impreso en España

Índice de contenidos

Prefacio	7
Prólogo a la edición europea	9
Prólogo a la edición del NADD	11
PARTE A: MARCO TEÓRICO	12
Sección 1: Descripción de Problema de Conducta	13
Sección 2: Factores que intervienen en la aparición de un Problema de Conducta	16
Sección 3: Procesos de manifestación de un Problema de Conducta	27
PARTE B: DIRECTRICES PRÁCTICAS PARA LA EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	34
Directriz 1: Evaluación	36
Directriz 2: Diagnóstico	39
Directriz 3: Tratamiento	41
Directriz 4: Gestión de crisis de comportamiento	47
Directriz 5: Evaluación de la eficacia	49
PARTE C: DIRECTRICES PARA LA ORGANIZACIÓN	50
Directriz 6: Personal e instalaciones	51
Directriz 7: Coordinación del tratamiento y apoyo	53
Directriz 8: Prestación de servicios	55
PARTE D: PROPUESTAS DE FUTURO	58
Referencias	60

Р

Prefacio

No cabe duda de que *“Directrices y principios para la práctica: evaluación, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta”*, tiene el potencial para convertirse en un documento de referencia en el ámbito de los problemas de conducta. Es un tema de gran complejidad. Modelos e interpretaciones diversos, y en ocasiones antagonistas, sobre las estrategias de tratamiento compiten a menudo entre sí.

Este documento pretende contribuir a resolver esta situación tan poco satisfactoria.

Para la elaboración de esta guía se ha contado con la participación de renombrados expertos internacionales de Europa, Canadá y Estados Unidos, durante un proceso largo y concienzudo, de manera que proporciona una plataforma integradora de enfoques diferentes y complementarios.

Algunas de las características más importantes que definen este documento son la posición central que tienen la discapacidad, la consideración del entorno de la persona, la combinación de aspectos teóricos y prácticos y las recomendaciones dirigidas al sistema organizativo.

El punto fuerte de este documento es su enfoque biológico, psicológico, social y del desarrollo que permite abrir la perspectiva y no limitarse a considerar determinados trastornos de conducta únicamente como características propias de la persona. De esta manera, se amplían las posibilidades estratégicas de intervención, ya que pueden realizarse cambios concretos en situaciones del entorno. Esta estrategia respeta los derechos humanos y los esfuerzos actuales por conseguir la inclusión y la participación social de este colectivo.

En el proceso de elaboración de este documento se recopilaban opiniones y posturas distintas y se contó con representantes de muchas naciones. Esperamos por ello que este documento demuestre su potencial para favorecer el intercambio profesional y acercar a expertos de todo el mundo.

Michael Seidel
Ex-presidente de la Asociación Europea para la
Salud Mental en la Discapacidad Intelectual
(MH-ID).

Р

Prólogo a la edición europea

Este documento sobre problemas de conducta, es el segundo de una serie de directrices para la práctica, elaborado por la Asociación Europea para la Salud Mental en la Discapacidad Intelectual. La publicación inicial de esta serie, proporcionaba pautas para la evaluación y el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en adultos con discapacidad intelectual (Deb et al., 2001).

Existe una versión anterior¹ de estas directrices publicada por NADD Press (National Association for Dually Diagnosed). La Asociación Europea para la Salud Mental en la Discapacidad Intelectual, que apoyó esta versión original, ha decidido publicar ahora una versión revisada para reflejar la práctica actual en los distintos países europeos. Los profesionales de estos países, que constituyen la Asociación Europea, aportaron sus recomendaciones a esta publicación, que se incorporaron a la Edición Europea de las directrices prácticas para problemas de conducta (véase Comisión de expertos europeos).

El tema de los problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual es objeto de debate frecuente entre los profesionales, ya que la discapacidad supone con frecuencia un grave obstáculo a la provisión de servicios de atención sanitaria para este colectivo.

Los problemas de conducta interfieren en la interacción social entre la persona y su entorno, influyen en su calidad de vida y causan sufrimientos a la persona en cuestión y a las de su entorno.

Los trastornos del comportamiento también influyen negativamente, de forma significativa, en el desarrollo psicosocial y en la salud mental del indi-

viduo, dando lugar incluso, en algunos casos, a la aparición de una enfermedad mental.

Para poder desarrollar un mejor sistema de atención sanitaria para estas personas, es necesario que los profesionales de la salud tengan un mayor conocimiento de los problemas de conducta.

Históricamente se consideraba que los problemas del comportamiento se producían por una discapacidad intelectual del individuo. Una vez que se reconoció que las personas con problemas de conducta también podían tener enfermedades mentales, los profesionales asumieron que dichos problemas eran síntoma de una enfermedad mental. En la actualidad se consideran fenómenos específicos, con formas de presentación y mecanismos de manifestación concretos. Hay que distinguir los problemas de conducta como tales, de otro tipo de problemas que afectan a esta población, y necesitan recibir el cuidado y tratamiento adecuados por parte de los profesionales de los servicios de atención y salud.

A menudo se deriva a las personas con problemas de conducta a los servicios de salud mental para una evaluación y tratamiento profesionales. En algunos países europeos, existen en la actualidad servicios especializados en salud mental para personas con discapacidad intelectual que incluyen estos problemas (Holt et al., 2007). Sin embargo, sigue habiendo numerosas diferencias y cuestiones sin resolver en relación con este tema, lo que dificulta considerablemente el tratamiento y la gestión del problema. Quedan, además, algunos puntos sin resolver, tales como definir el fenómeno, diferenciar entre comportamiento normal o anormal en

¹ Practice Guidelines for Diagnostic, Treatment and Related Support Services for Persons with Developmental Disabilities and Serious Behavioural Problems' (Gardner et al., 2006)

las distintas etapas del desarrollo, distinguir síntomas de enfermedades psiquiátricas de problemas de conducta, los problemas relacionados con la interpretación del fenómeno en circunstancias cambiantes y los problemas para identificar los mecanismos implicados en la aparición de un problema de conducta. Esta publicación trata todos estos temas y otros conceptos básicos relativos a los problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual y cómo tratarlos.

Estas directrices europeas se ocupan, en particular, del concepto de la perspectiva del desarrollo. Esta perspectiva tiene especial importancia ya que, aunque la práctica clínica basada en el desarrollo ha producido resultados favorables muy prometedores (Dosen, 2007) los ensayos clínicos sobre salud mental y problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual no han estudiado lo suficiente los rasgos de desarrollo de estas personas.

El documento presenta enfoques integradores para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento, y se discuten los aspectos organizativos del sistema de atención sanitaria. La estructura de la publicación es la siguiente:

- Descripción del fenómeno (Parte A, sección 1).
- Explicación de los factores y procesos que conducen al fenómeno (Parte A: secciones 2 y 3).
- Evaluación y diagnóstico del problema (Parte B: directrices 1 y 2).
- Tratamiento y gestión del problema (Parte B: directrices 3, 4 y 5).
- Organización de los servicios (Parte C: directrices 6, 7 y 8).
- Propuestas de futuro (Parte D)

Algunos miembros de la comisión de expertos consideran que estas directrices también se pueden aplicar para el tratamiento de personas con discapacidad intelectual y con trastornos del espectro autista. Dada la diversidad terminológica en este ámbito en los distintos países europeos, en estas directrices se utilizará el término “Problema de Conducta” (véase Parte A, sección 1).

Los objetivos de estas directrices son los siguientes:

- Proporcionar un marco conceptual para explicar y comprender el fenómeno del problema de conducta en personas con discapacidad intelectual, con la finalidad de promover un mejor acercamiento profesional.
- Extender el consenso entre profesionales de distintos países a la hora de hacer frente a este fenómeno, y apoyar la cooperación en el desarrollo futuro de los servicios de atención para este colectivo.
- Apoyar las políticas nacionales en diversos países europeos, para organizar adecuadamente los servicios necesarios de atención para la salud mental en individuos con problemas de conducta.
- Proporcionar ejemplos de buenas prácticas de los que puedan servirse los profesionales de la salud, en apoyo del desarrollo de un servicio de atención para la salud mental en los distintos países, de manera que se adecuen a los estándares europeos.

Prólogo a la edición del NADD

Estas directrices prácticas han sido elaboradas por una comisión de expertos profesionales con amplia experiencia educativa, investigadora y clínica, al servicio de personas con discapacidades del desarrollo, que presentan a su vez problemas graves de conducta.

El documento ha contado con el apoyo técnico y la financiación del Programa regional de experiencia multidisciplinaria en problemas de conducta (PREM-TGC - *Programme Regional D'Expertise Multidisciplinaire en Troubles Graves du Comportement*) de Québec, Canadá.

La comisión de expertos está compuesta por:

- William I. Gardner, Ph.D., catedrático emérito, University of Wisconsin-Madison, Estados Unidos. Antiguo vicepresidente y miembro de la Junta Directiva, *National Association for the Dually Diagnosed* (Director de la comisión de expertos).
- Anton Dosen, M.D., Ph.D., catedrático emérito, Radboud University, Nimega, Países Bajos. Antiguo presidente y actual miembro de la Junta Directiva, Asociación Europea de Salud Mental y Retraso Mental.
- Dorothy Griffiths, Ph.D., catedrática, Brock University, Ontario, Canadá. Antigua presidenta y miembro de la Junta Directiva, *National Association for the Dually Diagnosed*.
- Robert King, M.D., psiquiatra, North Bay Psychiatric Hospital, Ontario, Canadá.
- Andre Lapointe, Ph.D., psicólogo, PREM-TGC. Apoyo técnico y enlace entre la PREM y la Comisión de expertos.

En la elaboración de estas directrices, la comisión de expertos reconoce que los recursos limitados o la actual estructura administrativa y de servicio, pueden impedir en algunos ámbitos locales, regionales o nacionales, la aplicación de todos los componentes de las mismas. No obstante, el trabajo de la comisión estuvo marcado por el deseo de identificar las necesidades de las personas con problemas graves de conducta y describir los tipos de servicios, el personal y la estructura institucional necesarios para satisfacer estas necesidades.

Como tales, estas directrices para la práctica proporcionan: (a) un modelo para las instituciones públicas y privadas a nivel local, provincial, autonómico y nacional para evaluar el estado de la práctica clínica actual y de los servicios de atención relacionados y (b) un anteproyecto para modificar o ampliar los servicios existentes, de manera que aseguren el tratamiento de las necesidades no cubiertas.

Es conveniente que el lector distinga las presentes directrices para la práctica de unas pautas específicas para el tratamiento, que serían aquellas que “proporcionan recomendaciones específicas sobre posibles tratamientos que se pueden ofrecer a los clientes” (Reid, McLaughlin y Newman, 2002, p. 1042).

Las *National Guidelines Clearinghouse* proporcionan un listado de más de cien directrices de este tipo para el ámbito de la conducta (www.guideline.gov). Rush y Frances (2000) ofrecen un ejemplo de directrices para el tratamiento de problemas psiquiátricos y conductuales en personas con retraso mental.

A

marco teórico

Descripción de problema de conducta, factores que intervienen en su aparición, procesos de manifestación.

SECCIÓN 1: Descripción

Problema de conducta y criterios para el diagnóstico

Algunas conductas de personas con discapacidad intelectual, tales como agresión física, destrucción de la propiedad, autolesiones, pica y otros episodios de conducta conflictiva o disruptiva se consideran problemas de conducta en el entorno social por su: (a) *frecuencia*, (b) *gravedad* (potencial de daño físico o psicológico para la persona, los demás o la propiedad) y (c) *duración* en el tiempo. Pese a la escasa recurrencia de algunos problemas de conducta, la intensidad de los mismos puede hacer que se consideren de mayor gravedad. En otros casos, se consideran problemas graves algunas situaciones en que, a pesar de tener una intensidad relativamente baja, se manifiestan con gran frecuencia o de manera continuada (Emerson, 1995). Para valorar el daño a sí mismo, a los demás o a la propiedad, hay que considerar varios aspectos: grado de daño material, nivel de interferencia en la interacción social, grado y frecuencia de interferencia con el aprendizaje y la rehabilitación, nivel de exposición a procedimientos aversivos o restrictivos, limitación del acceso a los servicios sociales, reducción de derechos civiles, (por ejemplo, ingreso en prisión) y potencial para la restricción de las libertades personales por hospitalización o institucionalización (O'Brien, 2003).

Los autores de DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001) proponen los siguientes criterios para el diagnóstico de un problema de conducta:

- la frecuencia, gravedad o duración, es lo suficientemente importante como para requerir de evaluación médica e intervención o apoyo especial;
- el problema de conducta no es consecuencia directa de otro trastorno psiquiátrico, de la medicación o de una enfermedad física;
- presenta uno de los siguientes rasgos:

- tiene un impacto considerable en la calidad de vida de la persona o de los demás.
 - supone riesgos importantes para la salud y/o la seguridad de la persona o de los demás.
- d) Es persistente y dominante.

Los autores de DC-LD distinguen entre los siguientes tipos de problema de conducta: verbalmente agresivo, físicamente agresivo, destructivo, autolesivo, sexualmente inadecuado, desafiante, demandante, de distracción, combinado, otros problemas de conducta y una combinación de varios de ellos.

Problemas de conducta en los distintos periodos de la vida

Las personas con discapacidad intelectual que presentan problemas de conducta, constituyen un grupo heterogéneo en edad, tipo y grado de discapacidad. De hecho, dado que los problemas comportamentales se desarrollan, normalmente, de manera gradual a lo largo de un periodo de varios meses o años, y se presentan en un número cada vez mayor de situaciones vitales, no es raro que estos aparezcan en los primeros años del desarrollo y que aumenten en frecuencia y gravedad en la adolescencia y primera juventud (Emerson, 1995; Richardson, Koller y Katz, 1985). Como consecuencia de ello, aparecen necesidades individuales muy distintas y que requieren una atención individualizada para el diagnóstico.

Prevalencia, etiología y mecanismos de aparición

Distintos autores han fijado la tasa de prevalencia de problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual entre el 10 y el 60%

SECCIÓN 1: Descripción

Problema de conducta y criterios para el diagnóstico

(Emerson et al., 1999). Los expertos en el tema están de acuerdo en que estos problemas no pueden limitarse a un único diagnóstico psiquiátrico o de otra especialidad médica (Tsiouris, 2001; Tsiouris et al., 2003; Pary, 2005; Hemmings, 2007).

El hecho de que un trastorno psiquiátrico y un problema de conducta coexistan, no quiere decir que necesariamente estén relacionados causalmente. La etiología y los mecanismos de aparición de un problema de conducta pueden ser numerosos. Este tema se tratará en las siguientes secciones.

Los autores de estas directrices, en general, consideran el problema de conducta como resultado de una interacción negativa entre la persona (con su sustrato biológico y psicológico) y su entorno físico y social.

Problema de conducta y sus consecuencias

La naturaleza crónica del problema de conducta, limita la participación por parte de la persona en una gama de experiencias sociales, educativas, vocacionales y recreativas que resultan adecuadas y deseables para el desarrollo. Tales restricciones van en contra del objetivo de normalización: inclusión social, acceso ilimitado a las opciones normales del sistema, y libre expresión de las elecciones y preferencias personales. La presencia de problemas de conducta supone además un peso considerable para la familia y el resto de cuidadores y personas que apoyan al enfermo, en servicios de atención, en residencias o en centros de día (Jacobson, Holburn y Mulick, 2002).

Carencias en la gestión de servicios genéricos de salud mental

En las instalaciones de los servicios generales de salud mental, hay disponibles servicios de diagnóstico, tratamiento, gestión de casos y demás servicios auxiliares, así como servicios para discapacidades del desarrollo, salud, educación y servicios sociales.

Sin embargo, muchos de estos servicios no se apoyan en modelos de tratamiento bio-psico-sociales con una visión exhaustiva del problema. Estos servicios suelen carecer de personal con formación específica, y con experiencia en el tratamiento de personas con discapacidad intelectual.

Los miembros del grupo de expertos, en base a su práctica médica, indican que los servicios médicos generales se quedan en una gama reducida de circunstancias biomédicas, psicológicas o del entorno social. Este enfoque reducido suele tener como consecuencia la utilización excesiva e inapropiada de medicación psicotrópica y procedimientos conductuales y ambientales restrictivos para tratar los problemas de conducta.

Por último, estos servicios genéricos, normalmente, no tienen capacidad para proporcionar un apoyo completo y coordinado a lo largo de la vida del paciente. Esto sería necesario para asegurar un tratamiento adecuado en el inicio o recurrencia del problema de conducta, para de esta manera fomentar y mantener la calidad de vida de la persona. Como consecuencia de esto, numerosas circunstancias biomédicas, psicológicas y sociales influyen y hacen que la aparición, gravedad y cronicidad de un problema de conducta no se reconozcan y no reciban tratamiento (Grif-

SECCIÓN 1: Descripción

Problema de conducta y criterios para el diagnóstico

fiths y Gardner, 2002a, 2002b; Jacobson, Holburn y Mulick, 2002; Jacobson, Mulick y Holburn, 2002).

Necesidad de servicios especializados

Dada la variedad de factores biológicos, médicos y psicológicos, que pueden contribuir al desarrollo y recurrencia crónica de un problema de conducta en personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo, es necesario desarrollar una gama completa y coordinada de diagnósticos, tratamientos y sistemas de apoyo, que permitan la gestión adecuada de estos problemas. Los servicios básicos y de apoyo son necesarios para emitir un diagnóstico experto y proporcionar un tratamiento adecuado de los factores desencadenantes y de continuidad del problema de conducta.

Estos servicios y apoyos deben estar dirigidos a la persona, estar disponibles en los servicios sociales próximos a su residencia, y ofrecerse de forma que cubran las necesidades personales de la manera más normalizada posible.

Para conseguir estos objetivos, es necesario contar con una fusión de conocimientos del ámbito de la discapacidad intelectual y de la salud mental, y de los servicios sociales, educativos y sanitarios generales, de la zona y de la región. De esta manera, se designarán todos los servicios básicos y de apoyo necesarios para la consecución de los objetivos personales y, el respeto de las preferencias de cada paciente (Griffiths y Gardner, 2002a, b.).

Se considera problema de conducta una interacción inadecuada (desadaptada) entre la persona (con un determinado sustrato biológico, médico, psicológico y del desarrollo) y su entorno. Dado que el problema de conducta no se limita a una única categoría de diagnóstico, hay que explorar posibles trastornos biológicos, médicos o psicológicos coexistentes que puedan influir en la aparición de este problema. El problema de conducta como tal debería afrontarse desde varias disciplinas profesionales que colaboran en los servicios básicos de este colectivo.

Los problemas de conducta más frecuentes en personas con discapacidad intelectual son los siguientes:

- Agresión intensa, frecuente y duradera, conducta autolesiva, daño o destrucción de la propiedad, violencia sexual.
- Conductas disruptivas.

Este tipo de conductas y otras similares limitan el acceso de la persona a la comunidad o llevan incluso a la restricción de su libertad.

SECCIÓN 2:

Factores que intervienen en la aparición de un problema de conducta

Factores que intervienen en la aparición de un problema de conducta

Desde una perspectiva ascendente, muchos y muy diversos factores influyen en la aparición de un problema de conducta. Desde el punto de vista descendente, hay que tener en cuenta la vitalidad de la persona, sus rasgos de personalidad y sus estrategias de afrontamiento.

El nivel de desarrollo de estos rasgos personales es una característica importante. Si una situación adversa (interna o externa) supera la capacidad de la persona, se tiende a desarrollar un problema de conducta (Pascual-Leone, 2007). Desde esta perspectiva, tendría que considerarse el desarrollo de la persona (incluidos aspectos biológicos y psicosociales) como el principal factor causante del problema. (véase Cuadro 1)

Evidentemente, durante la evaluación de posibles factores para la aparición de un problema de conducta, también se tienen que observar

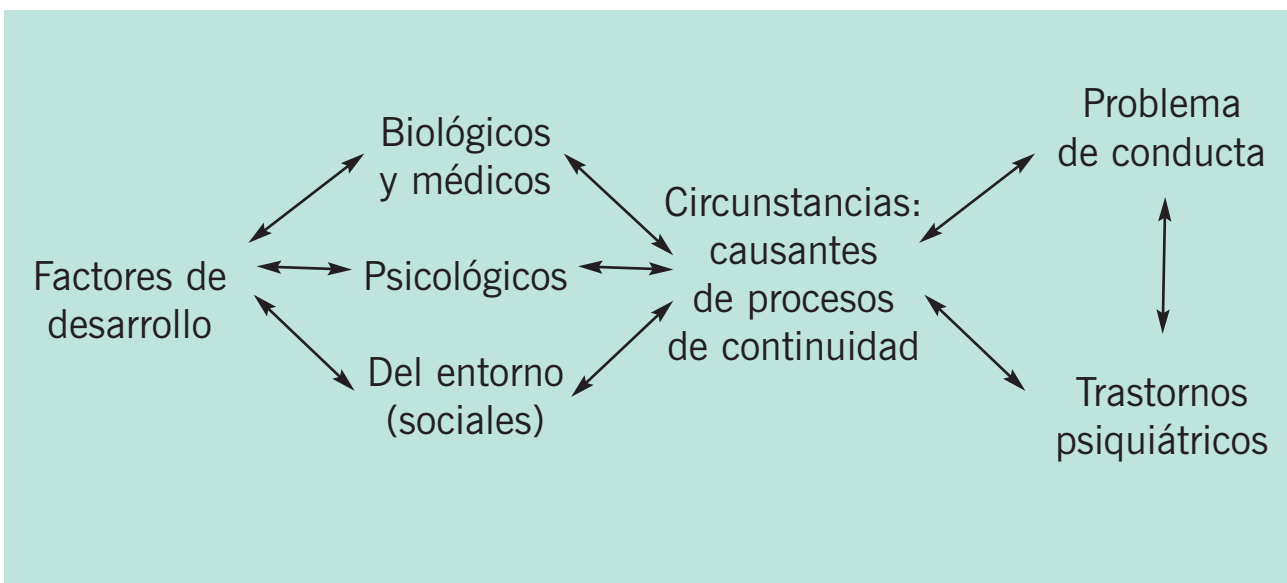
atentamente las características médicas, funcionales y ambientales, así como la naturaleza de la interacción entre ellas. De todas maneras, conviene destacar que esta multiplicidad de posibles factores causantes requiere una concepción de causalidad probabilística más que determinista.

El siguiente cuadro presenta esquemáticamente el proceso de aparición de un problema de conducta.

Problemas de conducta y niveles de desarrollo

Perspectiva del desarrollo

Estas directrices y principios para la práctica reflejan una perspectiva de desarrollo individualizada y centrada en la persona. Hacen hincapié en favorecer las competencias personales del individuo que presenta un problema de conducta. Dicho problema se aprecia mejor en el contexto de su desarrollo biológico, así como en áreas



Cuadro 1: Factores que intervienen en la aparición de un problema de conducta.

SECCIÓN 2:

Factores que intervienen en la aparición de un problema de conducta

específicas de desarrollo psicológico: función cognitiva, social, emocional y de desarrollo de la personalidad.

Tales rasgos influyen tanto en la manera en que la persona procesa e interpreta los factores causantes, como en la tipología de problemas de conducta que pueden servir para hacer frente a estos factores. En este sentido, el paradigma tridimensional (biológico, psicológico y social) que se aplica actualmente para la evaluación y el diagnóstico psiquiátricos en personas con discapacidad del desarrollo se debería situar en la perspectiva del desarrollo (Cuadro 1).

Desde este punto de vista, el nivel de desarrollo de la persona se considera un conjunto central de características personales, que determinan lo que la persona percibirá como doloroso y cómo la persona afrontará y reaccionará ante este daño. En la práctica diaria, la perspectiva del desarrollo, junto con el extendido enfoque bio-psico-social, se han convertido en elementos de gran ayuda para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de personas con discapacidad intelectual (Dosen, 2004, 2005a, b), (véanse las Directrices 1, 2 y 3 sobre diagnóstico y tratamiento).

Desarrollo de la personalidad y necesidades psicosociales básicas

Se ha introducido el concepto de desarrollo de la personalidad para comprender mejor los rasgos del comportamiento que caracterizan determinados niveles de desarrollo.

La personalidad se conceptualiza en función del desarrollo cognitivo, social y emocional (Greenspan, 1997; Harris, 1998). Los niveles de desarrollo de estos tres aspectos determinan por

tanto el nivel de desarrollo de la personalidad. Un sujeto con un determinado nivel de desarrollo de la personalidad, tiene determinadas necesidades psicosociales básicas que requieren de su satisfacción, para conseguir una conducta de adaptación y continuar el desarrollo psicosocial (Dosen, 2005a).

Necesidades psicosociales básicas y conducta desadaptativa.

Cuando las circunstancias del entorno no permiten cubrir las necesidades básicas del individuo, se producen problemas de motivación, que influyen en la gestación de una conducta desadaptativa. Reiss y Haverkamp (1998) emplean el término “motivaciones aberrantes” para describir este estado.

En los casos que existen situaciones de estrés duraderas o recurrentes, el problema de conducta se puede convertir en la principal, o incluso en la única, forma de interacción con el entorno.

Pascual-Leone (2004, 2007) ofrece una perspectiva dialéctico-constructivista del funcionamiento personal. “Constructivista” describe el proceso por el que la persona reacciona por adaptación, mediante la creación /síntesis de nuevas estrategias de afrontamiento, que a partir de entonces se internalizan (se aprenden) si el funcionamiento es adaptativo. “Dialéctico” describe el proceso de coordinar dinámicamente todos los procesos “causales” provocados en el organismo del individuo por diversas circunstancias, y por tanto, resuelve las contradicciones resultantes de los distintos procesos mediante el desarrollo de una conducta desadaptativa, en caso de que no haya mejor reacción disponible.

SECCIÓN 2:

Factores que intervienen en la aparición de un problema de conducta

Nivel de desarrollo de la personalidad y comportamiento

En cada uno de los estadios de desarrollo, el niño que evoluciona siguiendo un determinado patrón adquiere conductas adaptativas o desadaptativas en circunstancias particulares. Por ejemplo, un niño pequeño reaccionará ante una situación de estrés con irritabilidad excesiva, golpeándose la cabeza, con una pataleta/un berrinche y con una conducta destructiva. Un niño un poco mayor reaccionará ante una situación similar de forma desafiante, o con hiperactividad y actos de agresión impulsiva. Los niños en edad escolar pueden presentar un comportamiento obsesivo compulsivo o una conducta destructiva o agresiva.

Niveles de desarrollo de la personalidad y comportamiento en personas con discapacidad intelectual

En el proceso de evaluación de personas con discapacidad intelectual, y en otras discapacidades del desarrollo que presentan problemas de conducta, se puede observar que individuos con ciertos niveles de discapacidad cognitiva presentan conductas desadaptativas, similares a las que presentan los niños en varias fases del proceso de desarrollo normal. Esta progresión del desarrollo sugiere que la manera en que la persona con discapacidad intelectual procesa situaciones desfavorables o estresantes, y las reacciones de afrontamiento que derivan de las mismas, difiere según los niveles de desarrollo de forma similar a cómo lo hacen niños con un desarrollo típico en un estadio de desarrollo similar.

Por ejemplo, una persona con una discapacidad intelectual profunda con problemas graves de

regulación de sus necesidades fisiológicas básicas (ritmo sueño-vigilia, comida, digestión), y con dificultades en el procesamiento de estímulos sensoriales, presentará gran dificultad para procesar y hacer frente a cualquier circunstancia desfavorable, como estímulos sensoriales excesivamente intensos, cambios en el entorno, etc.

Es probable que se produzcan reacciones de comportamiento desadaptado, tales como una conducta autolesiva. En personas con problemas para crear y mantener enlaces afectivos seguros, la dificultad de hacer frente a las exigencias del entorno puede tener como consecuencia la aparición de una conducta inadaptada, por ejemplo, la agresión hacia la persona que representa el enlace afectivo.

De forma similar, una persona con problemas para desarrollar su autonomía personal considerará una amenaza las situaciones que requieran de mayor independencia, y probablemente intentarán afrontarlas con conductas desadaptativas, como un comportamiento de búsqueda de atención excesiva (Dosen, 2005a, c). Véase Tabla 1 para referencias adicionales.

En resumen, los niveles de desarrollo psicológico de una persona (niveles cognitivo, social, emocional y de personalidad), constituyen rasgos críticos que influyen en la manera en que la persona procesa e interpreta circunstancias desfavorables, lo que dará lugar a determinadas conductas.

Los niveles de desarrollo cognitivo, social, emocional y de personalidad, desempeñan un papel importante en la manera en que una persona con discapacidad intelectual procesa estímulos que le

SECCIÓN 2:

Factores que intervienen en la aparición de un problema de conducta

Perspectiva del desarrollo y comportamiento	Referencias
Niveles de desarrollo y comportamiento	Cicchetti y Toth, 1995; Greenspan, 1997; Izard y Harris, 1995
Necesidades psicosociales y motivación	Dosen, 2005a; Reiss y Havercamp, 1997
Conducta adaptativa y desadaptativa	Glick, 1998; Greenspan y Wieder, 1998
Desarrollo de la personalidad	Greenspan, 1997; Harris, 1998; Pascual-Leone, 2004; Rutter, 1980; Zigler and Burack, 1989

Tabla 1: Referencias sobre la perspectiva del desarrollo y comportamiento.

resultan dolorosos. Conocer el nivel de desarrollo de la persona permite entender conductas particulares en circunstancias concretas.

Problemas de conducta y enfermedad física

Papel de la enfermedad física en los problemas de conducta

Determinadas enfermedades físicas (patologías agudas y crónicas) producen situaciones psicofisiológicas desagradables como dolor, incomodidad, fatiga, ansiedad, excitación, irritabilidad o cambios de humor. Varios estudios demuestran que el aumento del malestar de la persona puede influir en la variabilidad, en la aparición y en la gravedad del problema de conducta en personas con discapacidad intelectual. Como se describirá a continuación, en la Parte B, estas experiencias personales pueden influir de diversos modos.

Entre estas afecciones médicas figuran dolor de cabeza crónico, malestar menstrual, infecciones de oído, reacciones alérgicas, problemas de la piel, problemas cardíacos, trastornos del sueño,

estreñimiento, problemas gastrointestinales, convulsiones, infecciones dentales, así como los efectos secundarios de medicamentos psicotrópicos u otros fármacos (véase Tabla 2 para referencias relativas a esta influencia).

De hecho, cambios en la frecuencia de aparición y/o en la gravedad del problema de conducta, en ausencia de cambios de las circunstancias psiquiátricas, psicológicas o del entorno, sugiere la presencia de enfermedades físicas o patologías coexistentes. El tratamiento o gestión con éxito de estas afecciones médicas, intentará eliminar o reducir los niveles de malestar personal relacionados con las mismas, para así contribuir a reducir la frecuencia o gravedad del problema de conducta.

Problemas de conducta crónicos y problemas médicos

Cabe destacar que algunas afecciones médicas se producen de manera cíclica, y pueden tener una duración relativamente corta en un momento determinado. Es el caso, por ejemplo, de las molestias premenstruales o de las alergias. Como

Enfermedades/afecciones físicas	Referencias
Afecciones agudas y crónicas (ej. irritación ocular, estreñimiento, dolor de oídos, forúnculos, eccema)	Peine et al., 1995
Anemia ferropénica Trastornos del sueño	Tu, Shafey, y VanDewetering, 1994; Brylweski y Wiggs, 1999; Carr y Neumann, 1999; O'Reilly, 1995; O'Reilly y Lancioni, 2000
Efectos secundarios de la medicación contra ataques (ej. irritabilidad)	Kalachnik, Hanzel, Harder, Bauernfeind, y Engstrom, 1995
Ataques del lóbulo frontal y temporal	Creaby, Warner, Jamil y Jawad, 1993; Deb y Hunter, 1991; Tucker, Price, Johnson, y McAllister, 1986
Dolores menstruales o por infección dental	Carr, 2002; Gardner y Whalen, 1996
Efectos secundarios de la medicación psicotrópica (ej. fatiga, ansiedad, irritabilidad, manía y excitabilidad)	Friedman, Kastner, Plummer, Ruiz y Henning, 1992; Gardner y Sovner, 1994

Tabla 2. Estudios sobre la influencia de la enfermedad física y las patologías en los problemas de conducta.

estas enfermedades pueden permanecer ocultas tras un problema de conducta, es importante que la evaluación integral incluya un análisis metódico de los cambios en frecuencia y gravedad, de los trastornos conductuales que no responden a otros problemas médicos.

Sin embargo, por lo general, los problemas de conducta crónicos no desaparecen completamente tras el tratamiento exitoso de la enfermedad o afección física en cuestión si sigue habiendo otros factores psicológicos, psiquiátricos o del entorno no identificados o que no han recibido tratamiento.

En resumen, las enfermedades o trastornos físicos contribuyen a incrementar la incidencia, gravedad y variabilidad de los trastornos de conducta. Estos procesos afectan normalmente a la

conducta en interacción con otros rasgos psicológicos y del entorno.

Es necesario formular el diagnóstico y diseñar el tratamiento teniendo en cuenta la interacción entre el problema de conducta y la enfermedad física. De esta manera, se asegura la inclusión de todos los factores implicados en la formulación de un tratamiento individualizado adecuado, y de un plan auxiliar de apoyo adecuados al problema de conducta de la persona en cuestión.

Los problemas médicos pueden contribuir a la aparición de un problema de conducta. Para desarrollar la formulación del diagnóstico se deben identificar los posibles efectos de otros problemas médicos, además de los rasgos psicológicos y ambientales coexistentes, para poder así

SECCIÓN 2:

Factores que intervienen en la aparición de un problema de conducta

desarrollar un plan de tratamiento que trate cada uno de esos problemas.

Trastornos biológicos y genéticos y problemas de conducta

Probabilidad de incidencia de los problemas de conducta

Muchos autores destacan que algunas características emocionales y conductuales, se muestran con mayor frecuencia en personas con malformaciones específicas del sistema nervioso central y en trastornos genéticos. Por ejemplo, malformaciones en áreas específicas del SNC, como las que provocan las lesiones en el córtex prefrontal y la epilepsia (especialmente en el caso de ataques convulsivos incontrolados), suponen factores de riesgo significativos para la aparición de episodios de impulsividad.

En el ámbito de los trastornos genéticos se utiliza el término “fenotipo conductual” para describir la relación entre un trastorno genético y un comportamiento determinado. Gualtieri (2002) utiliza el término “fenotipos patoconductuales”. En este contexto, algunos autores destacan “una mayor probabilidad o posibilidad de mostrar determinadas conductas y secuelas del desarrollo en personas con un determinado síndrome que en personas sin dicho síndrome” (Dykens, 1996, p. 523).

Fenotipos conductuales y problemas de conducta

Personas con síndromes como el de Cornelia de Lange, maullido de gato, X-frágil, Prader-Willi, Retts, Smith-Magenis, Tourette o Williams, presentan una serie de características neuropsicológicas que suponen un riesgo significativo para la aparición o el agravamiento de problemas de conducta.

Estas afecciones incluyen hiperactividad dominante, comportamientos rituales, impulsividad, fatiga e irritabilidad asociada con trastornos del sueño, ansiedad, déficit de atención, hiperexcitación en respuesta a estímulos menores del entorno e inestabilidad emocional con ciclos de afectos positivos y negativos (Anderson y Ernst, 1994; Dykens, 1996; Dykens, Hodapp y Finucane, 2000; Griffiths y King, 2004; Griffiths y Watson, 2004; Tuinier y Verhoeven, 1993).

Por ejemplo, personas con el síndrome de Lesch-Nyhan, Smith-Magenis, Prader-Willi o Cornelia de Lange, tienen mayor riesgo de desarrollar problemas de conducta que impliquen agresividad o conductas autolesivas. Para evaluar un problema de conducta en estas personas es importante examinar los posibles efectos de estas circunstancias de riesgo y la manera en que se combinan con otros factores.

Síndromes genéticos	Referencias
Síndrome de Lesch-Nyhan	Anderson y Ernst (1994)
Síndrome del cromosoma X frágil	Barnhill (2001)
Síndrome del grito de gato	Collins y Cornisa (2002)
Síndrome de Williams	Einfeld, Tonge y Forio (1997)

Tabla 3. Estudios sobre la influencia de los síndromes genéticos en los problemas de conducta.

SECCIÓN 2:

Factores que intervienen en la aparición de un problema de conducta

En resumen, los trastornos biológicos y genéticos producen numerosas características neurológicas y fisiológicas, que pueden aumentar el riesgo de incidencia de un problema de conducta en distinta medida. Estas características varían tanto en la magnitud de sus efectos, como en la aparición de problemas de conducta y su gravedad, o en la manera en que interactúan con otras enfermedades físicas y con otras circunstancias psiquiátricas, psicológicas y/o del entorno. Es necesario realizar una reformulación del caso que reconozca los posibles efectos de la interacción de estas enfermedades.

Los síndromes de origen genético aumentan la probabilidad de ciertos trastornos del comportamiento (fenotipo conductual). La aparición de determinados problemas psicosociales y ambientales pueden llevar a un problema de conducta. Para poder explicar de manera adecuada el problema de conducta de estas personas es indispensable reconocer estos problemas y aclarar los procesos nocivos.

Problemas de conducta y trastornos funcionales

Existen numerosas disfunciones del sistema nervioso central, además de los trastornos generales de la función cognitiva y de la adaptación, en las personas con discapacidad intelectual, como problemas de percepción, de la función ejecutiva, del lenguaje, de excitación y control de los afectos, entre otros.

Estos trastornos funcionales pueden dificultar la comprensión de la persona y de su entorno, así como su interacción con los demás, y con el propio entorno (por ejemplo, por un problema del lenguaje receptivo), generando así un problema de conducta. Otras disfunciones, como la hipofunción del lóbulo frontal o los trastornos del sueño, pueden interferir en el control de los impulsos o aumentar la irritabilidad, lo que provoca problemas de conducta graves.

Los profesionales del sector manifiestan cada vez mayor interés por la posible relación entre los problemas funcionales del sistema nervioso central y la psicopatología (véase Tabla 4 para referencias). Para conseguir identificar adecuadamente estos trastornos es necesario realizar una evaluación neurológica, neuropsicológica y neuropsiquiátrica meticulosa, además de otras pruebas multidisciplinarias.

Determinados trastornos funcionales del sistema nervioso central pueden dificultar la interacción de la persona con su entorno, generando como resultado un problema de conducta y la aparición de trastornos psiquiátricos.

Problemas de conducta y condiciones del entorno

Condiciones del entorno inadecuados y problemas de conducta

Las condiciones del entorno suelen influir de manera considerable en la aparición de problemas

Trastornos funcionales	Referencias
Psicopatología funcional	Charlot, 2003; Van Praag, 2000
Excitación y problemas de control de los afectos	Bradley, 2000; Sovner y Lowry, 2001

Tabla 4: Referencias seleccionadas sobre problemas de conducta y trastornos funcionales

SECCIÓN 2:

Factores que intervienen en la aparición de un problema de conducta

de conducta. En personas con discapacidad intelectual se refieren con frecuencia experiencias de abuso, que dificultan la interacción social y dan lugar a conductas desadaptativas.

Además del entorno abusivo, la falta de comprensión de las necesidades psicosociales básicas genera problemas de interacción, que potencian la aparición de distintos problemas de comportamiento. Un buen ejemplo, son los casos en los que se produce un nivel demasiado alto de exigencia, o una estimulación inadecuada del desarrollo psicosocial de la persona.

Las expectativas y exigencias inadecuadas por parte del entorno pueden provocar reacciones socialmente no deseables. Sin embargo, tales conductas no deben ser siempre consideradas desadaptativas, sino más bien como las estrategias adecuadas para hacer frente a afecciones patológicas.

Estilo de educación familiar y problemas de conducta

La educación de una persona con discapacidad intelectual también desempeña un papel importante en la manera en que la persona hará frente a situaciones adversas. Los problemas relacionados con el desarrollo de vínculos seguros y la dificultad de adquirir una autonomía personal se consideran rasgos de la personalidad que pue-

den conducir a problemas de conducta duraderos y de gravedad.

Con el enfoque educativo y pedagógico adecuado se puede apoyar el procesamiento de estímulos del entorno y el control de los afectos. Un estilo de paternidad protectora con estructuración adecuada de los estímulos del entorno y las actividades de la persona, con introducción de normas sociales claras siempre que sea posible para orientar en estas interacciones, puede estimular el desarrollo de un mecanismo adecuado de afrontamiento. Sin estos factores de protección, la persona se encontrará en una situación más vulnerable ante los problemas de conducta y los trastornos psiquiátricos (Hodapp y Zigler, 1995; Masten y Coatsworth, 1995). Véase Tabla 5 para más detalle y referencias adicionales.

Las circunstancias del entorno desempeñan un papel importante en la aparición de problemas de conducta. Se considera que no sólo las situaciones de abuso, sino también una educación nociva por parte de los padres y la consiguiente ausencia de elementos de protección pueden tener un grave impacto en las interacciones sociales y el comportamiento de la persona.

Problemas de conducta y situaciones de estrés

Es probable que se produzcan con mayor fre-

Condiciones del entorno	Referencias
Conducta adaptativa	AAMR, 2002; Loveland y Tonali-Kotoski, 1998
Abuso infantil y psicopatología	Cicchetti y Coth, 1995; Cole y Zahn-Waxler, 1992
Enfoque educativo y pedagógico	Irblich, 2003; Van Gennepe, 2005

Tabla 5: Referencias seleccionadas sobre condiciones ambientales y problemas de conducta.

SECCIÓN 2:

Factores que intervienen en la aparición de un problema de conducta

cuencia situaciones de estrés en personas con discapacidad debido a su mayor vulnerabilidad, a la falta de factores de protección y a sus problemas de afrontamiento ante circunstancias adversas (Jansen et al., 2002). Las consecuencias de estas situaciones desfavorables de estrés se manifiestan a nivel fisiológico, emocional y de desarrollo. A nivel emocional, una situación de estrés puede generar ansiedad y miedo acompañados de un aumento de excitación y activación que aparecen con la intención de evitar la situación de estrés. Como consecuencia se pueden producir más problemas de conducta. A nivel de desarrollo, puede aparecer una conducta regresiva, que provoca en ocasiones un bloqueo prolongado del desarrollo psicosocial. A nivel fisiológico se pueden producir cambios neuro-endocrinológicos específicos. En los casos en que la persona percibe la situación de estrés como una amenaza al control se activa un mecanismo de lucha-huida, que se asocia con un sistema de excitación noradrenérgico y consiste en un aumento de la secreción de noradrenalina y adrenalina, con el consiguiente aumento de la movilidad y agresividad de la persona. Si el estrés está relacionado con la pérdida de control y desamparo se activa el sistema hipotalámico – pituitario - adrenal (HPA). Se produce un aumento de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y de los niveles de cortisol, lo que lleva a retraimiento y a síntomas de depresión (Henry, 1980; Ciarnello, 1983).

Situaciones de estrés continuadas o repetidas evocan emociones de temor, rabia o tristeza. Se activan mecanismos de defensa que suelen dar lugar a una conducta agresiva o autolesiva. Algunos de estos individuos presentan rasgos de un trastorno de estrés postraumático. Véase Bradley (2000), Pynoos et al. (1995), Ryan (1994) y Szymanski y King (1999) para mayor información

sobre el estrés y su relación con los problemas de conducta y psicopatologías.

Las personas con discapacidad intelectual padecen estrés debido a sus problemas de adaptación y a la falta de estrategias de afrontamiento. Los problemas de conducta que se producen como consecuencia de situaciones de estrés generan problemas continuados de relación con el entorno y trastornos psiquiátricos.

Problemas de conducta y trastornos psiquiátricos

Síntomas psiquiátricos y problemas de conducta

Varios autores destacan que la prevalencia de un problema de conducta es mayor en personas que también presentan síntomas de uno o más trastornos psiquiátricos (Moss et al., 2000). La Tabla 6 muestra una serie de síntomas psiquiátricos de los que se ha escrito mucho para demostrar esta relación. Antes se aplicaban los “equivalentes conductuales” como criterios para el diagnóstico psiquiátrico en personas con discapacidad intelectual profunda (como el comportamiento agresivo, autolesivo y los gritos en la depresión). Sin embargo, en la actualidad los profesionales del sector no se muestran de acuerdo con este enfoque (Tsiouris et al., 2003; Hemmings, 2007).

Las modificaciones en la frecuencia y gravedad de los problemas de conducta en ausencia de cambios aparentes en el entorno o en las condiciones psicológicas, o en el caso de enfermedad física, sugieren la presencia de síntomas psiquiátricos tales como alto grado de irritabilidad, ansiedad, alucinaciones o temperamento disfórico. Estas características patológicas pueden influir en la interacción de la persona con el entorno y provocar

SECCIÓN 2:

Factores que intervienen en la aparición de un problema de conducta

Características psiquiátricas	Referencias
Flashbacks	Ryan, 1994, 2000
Hiperexcitación emocional	Sovner et al., 1993; Sovner y Lowry, 2001; Tsiouris, 2001; Vitiello, Spreat y Behar, 1989; Vitiello y Stoff (1997)
Cognición ilusoria	Cole y Gardner, 1990
Delirio	Gedye, 1997
Síntomas de ansiedad	Moss et al., 2000

Tabla 6. Estudios sobre la influencia de síntomas psiquiátricos en problemas de conducta.

conductas agresivas o autolesivas. Sin embargo, el problema de conducta que se produce en este caso no se debe considerar como un síntoma primario de un trastorno psiquiátrico, sino más bien como una consecuencia secundaria de la enfermedad psiquiátrica y se debe interpretar como una alerta de la necesidad de una intervención profesional. En estos casos, para desarrollar una práctica clínica adecuada, es necesaria la identificación del problema psiquiátrico así como el tratamiento de ese problema. Un tratamiento exitoso del trastorno psiquiátrico y demás síntomas relacionados contribuiría, a su vez, a reducir o eliminar los problemas de conducta propiciados por estas afecciones.

Trastornos psiquiátricos en combinación con otras enfermedades que contribuyen a la aparición de problemas de conducta

Es muy poco habitual que un trastorno psiquiátrico sea la única causa de un problema de conducta. Lo normal es que los trastornos psiquiátricos se presenten en combinación con circunstancias del entorno y problemas psicológicos que aumenten la incidencia, la gravedad y la variabilidad en la frecuencia y la gravedad de los problemas de conducta. Los síntomas psiquiátricos

influyen en el problema de conducta de diversas maneras. Informes médicos sugieren que el grado de influencia de trastornos psiquiátricos coexistentes sobre la incidencia y la gravedad de un problema de conducta, y en la probabilidad de recurrencia del mismo es muy amplia (desde muy poco importante hasta muy relevante) (Deb et al., 2001; Royal College of Psychiatrists, 2001).

Los problemas de conducta pueden influir en la aparición de trastornos psiquiátricos

Si un problema de conducta afecta a la incidencia de un trastorno psiquiátrico se producen problemas más complejos. Es el caso, por ejemplo, en que el problema de conducta de una persona genera un conflicto grave con su entorno social y le lleva, por lo tanto, al aislamiento social, maltrato, restricciones físicas repetidas o un uso excesivo o inapropiado de medicación. Estas situaciones de estrés crónico interrumpen los sistemas de regulación biológica y psicológica y pueden precipitar la aparición de una enfermedad mental.

En resumen, los trastornos psiquiátricos suelen influir en los problemas de conducta en combinación con una situación de enfermedad física,

SECCIÓN 2:

Factores que intervienen en la aparición de un problema de conducta

problemas psicológicos y circunstancias del entorno ya existentes. En la mayoría de los casos, el problema de conducta no es un síntoma específico de una enfermedad mental sino que se trata de una consecuencia secundaria de la situación psicopatológica del individuo. Es necesario realizar un diagnóstico y una formulación del caso exhaustivos para asegurar la identificación de (a) el papel específico desempeñado por las enfermedades psiquiátricas a la hora de influir en el problema de conducta, (b) la magnitud del efecto de estos problemas psiquiátricos en el problema de conducta cuando se producen en combinación con otras enfermedades físicas, psicológicas e influencia del entorno, y (c) el papel potencial del problema de conducta y su contri-

bución a la incidencia de enfermedades psiquiátricas.

Un problema de conducta no se debe considerar en primera instancia como síntoma de una enfermedad mental. Los trastornos psiquiátricos combinados con otras afecciones psicológicas y problemas del entorno pueden influir en la incidencia y en las características del problema de conducta. Cabe destacar, sin embargo, que un problema de conducta, debido a graves conflictos con el entorno social, podrá influir en la aparición de trastornos psiquiátricos. Se necesitan formulaciones adecuadas en el diagnóstico para seleccionar el tratamiento adecuado.

SECCIÓN 3:

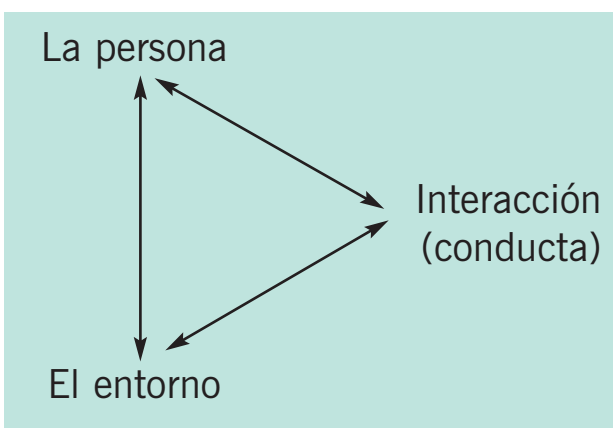
Procesos de manifestación de un problema de conducta

El triángulo de aparición y la dinámica del problema de conducta

Triángulo de aparición

El cuadro 2 ofrece una idea clara del proceso complejo de aparición de un problema de conducta. La conducta se considera un fenómeno interactivo observable entre la persona en cuestión y su entorno, con los siguientes componentes del fenómeno:

- la persona (con sus aspectos biológicos y psicosociales y sus problemas médicos, funcionales y psiquiátricos)
- el entorno (con sus aspectos materiales, personales, sociales, pedagógicos y culturales, características sistémicas y la importancia de la persona en cuestión)
- la interacción – la conducta como resultado visible de los procesos entre la persona y su entorno.



Cuadro 2: Triángulo de aparición de problemas de conducta

En este triángulo, los factores adversos, como los cambios de humor, pueden tener un efecto significativo en la forma en que la persona se relaciona con el entorno social (por ejemplo, cam-

bios en las circunstancias habituales), lo que a su vez puede llevar a reacciones negativas del entorno. Este tipo de relación propicia la aparición de un patrón de interacción particular entre ambos componentes, como por ejemplo la agresión. El punto central de esta interacción se sitúa normalmente en el comportamiento de la persona. De manera similar, puede desarrollarse un modelo de interacción determinado cuando se producen ciertas situaciones adversas en el entorno, como por ejemplo un cambio en las condiciones de vida que tenga implicaciones negativas para la persona en cuestión (por ejemplo, produciéndole angustia). Como consecuencia pueden verse modificados los patrones de interacción anteriores, acompañados de una conducta desadaptativa, como la agresión.

Un patrón de interacción ejerce una influencia significativa en los otros dos factores. Una conducta agresiva puede modificar la actitud de los demás en el entorno, por ejemplo mediante la aplicación de medidas restrictivas. Este tipo de alteraciones acrecienta el conflicto y en caso de que sean continuadas y de gran intensidad, pueden llegar a causar un trastorno psiquiátrico.

Esto constituye obviamente una representación bastante simplificada del mecanismo de aparición de un problema de conducta, que también se podría expresar como $R(\text{conducta}) = \text{persona} \leftrightarrow \text{entorno}$. Pascual-Leone (2007) destaca acertadamente la complejidad de los procesos que se producen en la persona y en el entorno y que pueden afectar a la interacción y al comportamiento. Los procesos que se producen pueden ser implícitos (procesos neurobiológicos inconscientes que subrayan estados internos) y explícitos (procesos centrales conscientes; representación - persona). El entorno está formado por factores

SECCIÓN 3:

Procesos de manifestación de un problema de conducta

contextuales, así como por otras personas y su conducta. La R (interacción; conducta) está determinada por la interrelación entre los dos sistemas de procesos (la persona y el entorno).

Dinámica del problema de conducta

Para comprender adecuadamente los problemas de conducta recurrentes hay que estudiarlos en un contexto dinámico interactivo que conste de:

- 1 factores causantes
- 2 el procesamiento central de estos factores causantes
- 3 factores de continuidad

Estos factores se deben estudiar en el contexto del triángulo de aparición de problemas de conducta. Cada uno de los tres componentes del triángulo incluye uno o más de estos factores dinámicos. La influencia específica de los factores causantes de la conducta se determina mediante la interacción entre tales circunstancias y las características personales de procesamiento central. Una determinada conducta puede afectar a la motivación actual que lleva a dicha conducta, lo que a su vez determinará la probabilidad de recurrencia del problema. Esto representa los factores de continuidad o refuerzo que contribuyen a la intensidad habitual del problema de conducta (probabilidad de recurrencia con una exposición a circunstancias similares a las anteriores). La secuencia de situaciones sería: *factores causantes* \leftrightarrow *influencia del procesamiento central* \rightarrow *respuesta conductual* \leftrightarrow *consecuencias personales y del entorno*.

Como se detalla en las secciones siguientes, la selección de un determinado tipo de tratamiento y gestión del problema de conducta se basa en

la información del diagnóstico sobre las circunstancias en cada uno de los tres contextos de influencia que constituyen el triángulo de aparición del problema y sobre la manera en que interactúan entre sí. A continuación se incluye una breve descripción de cada uno de los contextos.

Contextos interactivos dinámicos

Factores causantes

Los problemas de conducta o los episodios conductuales no se producen de cualquier modo o al azar, sino de manera selectiva en circunstancias anteriores específicas e individuales que generan o intensifican experiencias de angustia personal. Estas situaciones previas de angustia constan de factores causantes de influencia que pueden proceder del entorno físico y social en que se produce el problema de conducta. Los antecedentes del entorno se pueden combinar con la situación psicológica y biomédica actual de la persona, que puede a su vez alterar la influencia de los factores del entorno. En otros casos, estos factores causantes pueden proceder de estados internos, como se aprecia en algunos episodios de conducta autolesiva que ocurren independientemente de causas externas del entorno. A continuación se muestran los efectos aditivos de diversas fuentes de factores causantes previos:

Como respuesta a la orden de un profesor (factor causante del entorno social), un niño incurre en una conducta autolesiva grave. Asimismo se observa que, en ocasiones, tras las órdenes de un profesor, tales episodios de conducta autolesiva se agravan en intensidad y duración. Mayor análisis de la situación revela que los episodios de mayor intensidad y duración se producen cuando el niño se enfrenta a niveles elevados de irri-

SECCIÓN 3:

Procesos de manifestación de un problema de conducta

tabilidad, presumiblemente como consecuencia de la medicación prescrita para tratar sus ataques (factores causantes psicológicos internos como consecuencia de los efectos secundarios de fármacos). El aumento de la gravedad y duración de los episodios de conducta autolesiva constituye la primera indicación en el diagnóstico de que algunos factores causantes, además de las exigencias del profesor, afectan al problema de conducta. La combinación de factores causantes requiere una adecuada identificación para asegurar la elaboración de un plan de intervención que trate ambas fuentes previas que influyen en el problema.

Otro ejemplo:

La actuación agresiva de un joven con trastorno bipolar como reacción de rechazo a las directrices por parte de los padres (factores causantes procedentes del entorno social) aumenta en frecuencia (de una a cinco veces al día) y gravedad (de baja intensidad con probabilidad mínima de daño físico a gran intensidad con alta probabilidad de daño físico a sí mismo) durante episodios maniáticos, de hipomanía o depresión (factores causantes de origen interno provocados por afecciones psiquiátricas angustiosas). Un diagnóstico con múltiples fuentes interactivas de factores causantes constituye la base para la selección de un tratamiento tanto del problema psiquiátrico como de la manera en que la persona responde a las exigencias familiares.

En resumen, los factores causantes influyen no sólo en la persona sino también, de manera indirecta, en el entorno, ya que producen un determinado comportamiento como reacción. En otras palabras, se producirá interacción y los factores causantes del entorno afectarán a la respuesta

de la persona → la respuesta afectará a la reacción del entorno a la conducta ←, todo ello lleva a una relación ↔ interactiva. Para determinar la interacción entre el entorno y la conducta son importantes el aspecto social, cultural, pedagógico y otras circunstancias del entorno. En este modelo de interacción, el efecto sobre la persona de un entorno tolerante y comprensivo será distinto al de un entorno intolerante y restrictivo. Hay más posibilidades de que un entorno tolerante permita la adaptación del mismo a las necesidades actuales de la persona, mientras que un entorno intolerante puede agravar la angustia interna de la persona y llevar a mayores conflictos y a un empeoramiento del problema de conducta (Hastings et al., 2004; Moss et al., 2005).

Los factores causantes pueden surgir del estado interior de la persona, así como de su contexto físico y entorno social, creando o intensificando situaciones personales de angustia.

Características de procesamiento central

El grado de riesgo y el modelo concreto del problema de conducta que se produce cuando hay una exposición a factores causantes individuales dependen del tipo, número e intensidad de los siguientes factores:

- (a) factores biológicos y psicosociales de procesamiento central;
- (b) características de desarrollo de la persona en distintas dimensiones funcionales (cognitiva, social, emocional, de personalidad).

Cabe destacar que estas características influyen tanto en la manera en que la persona procesa los factores causantes como en la respuesta gene-

SECCIÓN 3:

Procesos de manifestación de un problema de conducta

radora de mecanismos de afrontamiento. Conocer las condiciones actuales de procesamiento central de mediación de la persona permitirá al médico determinar las razones por las que una persona tiene mayor riesgo que otra de desarrollar un problema de conducta, incluso cuando ambas están expuestas a situaciones previas similares, como una provocación equivalente, determinadas órdenes del personal o niveles elevados de ira.

(a) Características bio-psico-sociales

Un sistema bio-psico-social de procesamiento central que constituya factor de riesgo para un problema de conducta consta de características producidas por o asociadas a:

- anomalías neurológicas y neuroquímicas;
- trastornos y síntomas psiquiátricos;
- otras anomalías médicas y síndromes genéticos.

Las anomalías neurológicas y bioquímicas de una persona favorecen una excitación afectiva excesiva generalizada (hiperexcitabilidad o hiperirritabilidad, véase Sovner y Lowry, 2001), incluso como respuesta a amenazas o provocaciones aparentemente menores. Otros problemas en el proceso de modulación de estados de hiperexcitabilidad prolongan estados de excitación excesiva durante mucho tiempo y aumenta el riesgo de respuestas conductuales impulsivas exageradas ante fuentes de provocación en apariencia menores, como una instrucción por parte del personal sanitario o de apoyo (Bradley, 2000). Tales anomalías se presentan con mayor frecuencia y gravedad en personas con discapacidad intelectual profunda. Además, las personas con discapacidad intelectual que presentan también diversos trastornos psiquiátricos y de personalidad, enferme-

dades físicas agudas o crónicas y varios síndromes genéticos poseen unas características personales similares.

Síntomas emocionales (irritabilidad, disforia, ansiedad), cognitivos (delirios), perceptivos (alucinaciones auditivas y visuales), asociados con trastornos psiquiátricos importantes y rasgos y trastornos de personalidad diversos influyen en el significado o la función personal de los estímulos percibidos como desencadenantes, como es el caso, por ejemplo, de una persona con tendencia a sospechar de las acciones de los demás o a percibir su comportamiento como una amenaza. Estos rasgos de personalidad paranoica aparecen con relativa frecuencia en personas con discapacidad intelectual que desarrollan problemas de conducta (Bouras y Drummond, 1992; Reiss, 1990). Esta perspectiva cognitiva y emocional de los actos de los demás influye en las actividades de procesamiento de la información que se ocupan de codificar e interpretar los acontecimientos sociales e influyen, a su vez, en la selección y valoración de alternativas a problemas de conducta como posibles estrategias para hacer frente a lo que se percibe como fuentes de amenaza. Como resultado de esto, esta dificultad de procesamiento en combinación con los hábitos de conducta problemática adquiridos por la persona muy probablemente generarán un episodio conductual (como una agresión) dirigido contra la que se percibe como fuente de la amenaza o como respuesta a ésta (conducta autolesiva). Véase Sección 2 para mayor información sobre las características de procesamiento central que reflejan anomalías médicas y síndromes genéticos.

(b) Características de desarrollo

Se pueden distinguir dos grupos de característi-

SECCIÓN 3:

Procesos de manifestación de un problema de conducta

cas de desarrollo que influyen en el procesamiento central. Ambos grupos constituyen condiciones de riesgo para la aparición de problemas de conducta.

- 1 El bajo nivel de desarrollo actual de cada una de las áreas de funcionamiento (cognitiva, social, emocional y personalidad) puede influir especialmente en el procesamiento central.
- 2 Carencias de habilidades funcionales, como problemas para la gestión de la ira, comunicación, control de impulsos, resolución de conflictos o problemas de autonomía pueden influir en las características de procesamiento central.

Las características personales que determinan el procesamiento de los factores causantes reflejan los niveles biológico, psicológico, social y de desarrollo. Para comprender un problema de conducta es fundamental reconocer los procesos internos de la persona que determinan los efectos de situaciones anteriores.

Factores de continuidad

Los factores de continuidad del problema de conducta se encuentran en los siguientes niveles:

- nivel psicosocial
- nivel neurobiológico
- nivel ambiental

1 Nivel psicosocial

Los problemas de conducta que se producen de manera persistente, como agresión física y verbal, conducta autolesiva, destrucción de la propiedad y otras acciones disruptivas o conflictivas

suelen representar conductas aprendidas que se han convertido en funcionales para producir efectos valorados por la persona. Los problemas de conducta se vuelven funcionales cuando permiten evitar, retrasar o acabar con situaciones de angustia personal. Esta reducción del malestar supone la existencia de estados emocionales subyacentes adversos, como dolor provocado por problemas físicos, rabia provocada por el entorno social, miedo o frustración aparejados a excitación fisiológica, o temor, ansiedad e irritabilidad ocasionados por trastornos o enfermedades psiquiátricas. El malestar también puede producirse por la falta de satisfacción de las expectativas deseadas, como la interacción social, la atención personal, estimulación sensorial, variedad en la rutina de actividades o estimulación sexual. En todo caso, la persona comienza a desarrollar un problema de conducta como medio de hacer frente a un estado de angustia y malestar asociado con carencias o estimulación excesiva. El caso que se expone a continuación ilustra este proceso de refuerzo.

La Sra. Jamison, adulta con discapacidad cognitiva grave, un historial de abusos físicos por parte del padre y un trastorno de estrés postraumático, de pronto empezó a mostrar excesiva inquietud y agresividad física contra un nuevo miembro del equipo que intentaba ayudarle a realizar una tarea de dificultad física. La presencia de un varón con rasgos físicos similares a los de su padre provocaba gran inquietud en la paciente. El nivel de angustia personal, combinado con el contacto físico que suponía la actividad, eran los causantes del ímpetu de sus respuestas agresivas. Como consecuencia de esta situación, se decidió acabar inmediatamente con el contacto físico y cambiar a otro programa al profesional varón que estaba en contacto con la pacien-

SECCIÓN 3:

Procesos de manifestación de un problema de conducta

te. Su agresividad como reacción a esta estimulación desencadenante del problema ganó en fuerza ya que su arrebató condujo a la disminución del estado emocional tenso tras la conclusión del contacto físico que desencadenaba el sentimiento de temor.

2 Nivel neurobiológico

La investigación actual en neurociencia indica que determinadas conductas se producen por la activación de determinados circuitos neuronales en áreas específicas del cerebro. Según algunos autores (Kandel, 1998), un circuito neuronal refleja, en cualquier momento, cambios del desarrollo biológico, efectos de estrés (incluido reiterado trauma físico o psicológico) y demás experiencias sociales de la persona. Las experiencias sociales nuevas se pueden procesar mediante dos circuitos neuronales diferentes: circuito subcortical (*low road*) o cortical (*high road*) (LeDoux, 1996). Algunos factores causantes, como los que suponen riesgo para la vida o son muy estresantes, así como las experiencias vividas en los primeros años de vida, siguen la vía subcortical y originan una reacción conductual inmediata a falta de la influencia de la mediación cortical (cognitiva). Estas experiencias se registran en la amígdala y suelen ser automáticas y no procesadas de manera consciente. El aprendizaje emocional constituye circuitos neuronales, para un comportamiento de salida, que no están sujetos a controles cognitivos (como en el caso de las fobias). Conforme el niño se desarrolla, las experiencias sociales se van procesando gradualmente con influencia córtico-subcortical (*high road*), junto con un aprendizaje (cognitivo) consciente y la formación de circuitos neuronales de mediación cognitiva y comportamientos asociados.

Según esta hipótesis, los circuitos neurológicos probablemente producen problemas conductuales persistentes en los casos en que ya no existen los factores causantes anteriores (por ejemplo, en el caso de una conducta autolesiva). La conducta autolesiva puede mantenerse tras la eliminación de la situación de estrés que la originaba o una vez que se reduce un trastorno psiquiátrico que previamente influía en la aparición de este problema de conducta. Es probable que, en estos casos, el sistema neurotransmisor también esté afectado y por ello se mantienen las reacciones típicas de la persona a estímulos de intensidad mínima (véase Sovner y Lowry, 2001). Esta visión de los distintos modos de transmisión neural de los factores causantes anteriores es muy útil tanto para entender el mecanismo de aparición de un comportamiento específico y su gravedad como para la selección del tratamiento adecuado. Un tratamiento basado en el aprendizaje cognitivo será menos eficaz que el que se centre en las necesidades emocionales básicas y en la motivación de personas que aún no muestran unas condiciones de desarrollo compatibles con la adquisición de las habilidades necesarias para el control cognitivo de las acciones conductuales.

Nivel ambiental

Diversas características del entorno funcionan normalmente como factores de continuidad para un problema de conducta. En estos casos, las personas del entorno social no suelen entender el mecanismo de aparición de los problemas de conducta y no son conscientes de su propia contribución a la aparición y a la recurrencia persistente del mismo. El problema de conducta suele interpretarse como un trastorno exclusivo de la persona en cuestión. Las diversas medidas inadecuadas que el entorno adopta para controlar tal

SECCIÓN 3:

Procesos de manifestación de un problema de conducta

comportamiento no sólo son ineficaces, sino que además las interacciones nocivas entre la persona y su entorno aumentan la fuerza y la gravedad del problema.

Puede haber numerosos factores de continuidad. Es necesario conocer adecuadamente estos factores mediante una evaluación completa que incluya aspectos biológicos, psicológicos y del entorno.

Resumen de la Parte A

El primer paso para diseñar el tratamiento y el apoyo auxiliar adecuado a las personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta consiste en identificar las situaciones que producen y perpetúan el malestar personal. Al hacer la evaluación final, un tratamiento con éxito sólo puede tener lugar siempre que se comprenda el problema de conducta desde la perspectiva de

las experiencias de la persona en cuestión. Las personas que ofrecen un apoyo al paciente sólo podrán ser de ayuda cuando tengan la habilidad de detectar las vivencias (pensamientos, sentimientos, percepciones) que le inducen al problema de conducta. Hay que reconocer si la persona se encuentra en un entorno dañino y explicar cómo éste contribuye al problema. La identificación de las situaciones nocivas es fundamental para la elección del contenido y del enfoque que debe tener el apoyo auxiliar de la intervención para reducir la angustia del paciente. Un intervención adecuada y exitosa, tanto si se dirige a mejorar los aspectos biológicos, médicos, psicológicos o del entorno, (a) reducirá o eliminará las situaciones que producen angustia, (b) mostrará nuevas habilidades alternativas, o reforzará las anteriores, para hacer frente a las situaciones que generan tensión, (c) cambiará el entorno físico y social para asegurar la satisfacción de las necesidades básicas de la persona.

B

Directrices prácticas para la evaluación,
diagnóstico y tratamiento

El cuadro 3 presenta un enfoque paso a paso en el caso de problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual.

Paso 1

Evaluación: identificación de los factores causantes, características de procesamiento central y factores de continuidad en el marco del triángulo de aparición de problemas de conducta

- (a) En la interacción entre la persona y su entorno
- (b) En la persona
- (c) En el entorno

Paso 2

Diagnóstico/ formulación del caso multimodal/ integral

- (a) Elementos biológicos, psicológicos y sociales que desempeñan un papel fundamental en el problema de conducta
- (b) Mecanismo de aparición
- (c) Formulación del diagnóstico del problema de conducta

Paso 3

Tratamiento

- (a) Enfoque integral para recuperar el bienestar mental del individuo
- (b) Tratamiento integrador de las circunstancias desencadenantes de una problema de conducta

Cuadro 3: Enfoque paso a paso de los problemas de conducta.

A continuación se discute esta propuesta.

DIRECTRIZ 1: Evaluación

Evaluación exhaustiva biológica, psicológica y social del desarrollo

La función de la evaluación es descubrir los factores causantes en el marco del triángulo de aparición de problemas de conducta (véase Cuadro 2) y explicar este fenómeno, identificando las características de procesamiento central y factores de continuidad del malestar de la persona en los diferentes niveles bio-psico-sociales de desarrollo cuando se someten a circunstancias específicas del entorno.

El cuadro 4 ofrece un modelo completo de evaluación.

Cuadro 4: Evaluación

(D) Evaluación del comportamiento (problema de conducta):

- Historial e informes médicos actuales
- Entrevista personal
- Información de los cuidadores
- Observación directa de la conducta
- Procedimientos formales y estandarizados (checklist, notación en escalas, análisis de conductas)

(E) Evaluación de la persona:

- Aspectos biológicos (anomalías genéticas y orgánicas del sistema nervioso central)
- Aspectos psicosociales (niveles de desarrollo cognitivo, social, emocional y de personalidad)
- Estado de salud física
- Condición psiquiátrica
- Problemas funcionales

(F) Evaluación del entorno:

- Entorno físico (hogar, colegio, trabajo, centro de día, etc.)
- Relevancia de la persona para el entorno (ej. aceptación)
- Problemas sistémicos
- Problemas pedagógicos
- Problemas sociales
- Aspectos culturales

Los profesionales del sector conocen la mayoría de los factores que requieren atención médica para realizar la evaluación. Sin embargo, para estudiar algunos de estos factores sería necesario contar con una explicación más detallada del objetivo y la metodología de la evaluación.

Componentes de una evaluación psicológica exhaustiva

Durante la evaluación psicológica, además de valorar la función cognitiva es importante observar el desarrollo social, emocional y de la personalidad del individuo. Toda percepción sobre el nivel de desarrollo emocional y de la personalidad permite comprender mejor las necesidades básicas y la motivación de la persona (véase Parte A, Sección 2, Factores de desarrollo).

Hay distintas escalas para la evaluación de aspectos sociales y cognitivos. Sin embargo, la evaluación del desarrollo emocional suele ser bastante complicada ya que no hay instrumentos de medida adecuados. A pesar de todo se puede extraer información útil con la *Vineland Adaptive Behaviour Scale – Socialization Domain* (Sparrow et al., 1984), así como de otras escalas creadas para la medición de conductas adaptativas: *AAMR Adaptive Behavior Scale* (Lambert et al., 1993), *Scales of Independent Behavior-Revised* (Bruninks et al., 1991) y *Comprehensive Test of Adaptive Behavior-Revised* (Adams, 1999). Recientemente se han intentado desarrollar otros sistemas y escalas para establecer el nivel de desarrollo emocional (DeGangi y Greenspan, 1989; Carter y Briggs-Gowan, 1999). Sin embargo, la falta de instrumentos estandarizados obliga a los médicos a guiarse por su propio juicio clínico para valorar el desarrollo emocional. Dosen (2005a) ha desarrollado un instrumento de uso extendido en las zonas de influencia lingüística del neerlandés: *Framework for*

DIRECTRIZ 1: Evaluación

the Appraisal of Emotional Development (FAED). **Evaluación funcional y psiquiátrica**

La evaluación psiquiátrica de personas con discapacidad intelectual, especialmente personas con menor nivel de desarrollo, requiere de una adaptación adecuada de la metodología de evaluación estándar (Levitas et al., 2001; Deb et al., 2001; Royal College of Psychiatrists, 2001).

Los trastornos funcionales tales como los trastornos del sueño, determinados trastornos del aprendizaje o trastornos del habla, necesitan atención especial ya que pueden provocar en gran medida un problema de conducta y dificultar considerablemente la interacción de la persona con su entorno.

Evaluación del entorno

La valoración de las condiciones del entorno es de gran importancia. Es muy fácil obviar problemas familiares o de estilo de vida que influyen considerablemente en el problema en casos en que el paciente no puede hablar sobre sus preocupaciones por falta de las habilidades verbales necesarias. En estos casos es muy recomendable contar con una evaluación de sistemas (Hennicke, 1993; Rotthaus, 2001). La tabla 8 ofrece referencias adicionales que tratan distintas áreas de evaluación.

El punto central de la evaluación es la identificación de los factores causantes, de procesamiento central y de continuidad. Dichos factores se enmarcan en el contexto del triángulo de aparición de problemas de conducta (persona – interacción – entorno), teniendo en cuenta las características biológicas, médicas, psicológicas, sociales y de desarrollo del individuo, así como las condiciones físicas y sociales en el entorno actual.

Caso clínico 1: Jan

Jan, un niño de 7 años, fue enviado al médico por su conducta autolesiva, inquietud, lloros y dificultades para dormir y comer. Estos problemas comenzaron tres meses antes de su visita médica, mostrando irritabilidad y una conducta autolesiva cada vez que se intentaba un tratamiento. Durante varias semanas su conducta autolesiva fue aumentando gradualmente y se volvió inquieto y desesperado, no podía dormir, se negaba a comer y presentaba diarrea.

Diversas pruebas somáticas descartaron cualquier problema físico. Jan presentaba rasgos de autismo y discapacidad intelectual profunda asociada a lesión cerebral prenatal, cuyas causas no estaban claras. Las causas de dicho daño no estaban claras. Vivía con sus padres y acudía a un centro de día para niños discapacitados. No hablaba y su comunicación se limitaba a una serie de gestos. Cuando estaba solo, solía hacer movimientos estereotipados

Áreas de evaluación	Referencias
Valoración somática	Gualtieri, 2002; Harris, 1998
Valoración psicosocial	Dosen, 2005a; Greenspan y Wieder, 1998; Harris, 1998; Sparrow et al., 1984
Valoración psiquiátrica	Levitas et al., 2001; Szymanski y King, 1999; Volkmar et al., 1999

Tabla 8: Referencias seleccionadas en distintas áreas de evaluación.

DIRECTRIZ 1: Evaluación

del torso. Se producían breves episodios de conducta autolesiva tras una situación de frustración. La observación médica y las pruebas mostraban a un niño desesperado, con autolesión continua y tan solo breves periodos de descanso tras una ligera estimulación táctil y visual. Sus niveles de desarrollo cognitivo y social correspondían aproximadamente a los de un niño de quince meses (Bayley Scale). El análisis con la *Vineland Adaptive Behaviour Scale* (VABS) y el *Framework for the Appraisal of Emotional Development* (FAED) indicaban un nivel de desarrollo inferior a los seis meses. Los padres afirman que el desarrollo emocional del niño fue mejor hasta la aparición del problema de conducta. Su desarrollo de personalidad antes de la aparición de este se encontraba a un nivel similar a sus niveles cognitivo y social.

Los cambios en el nivel emocional de Jan se produjeron a raíz de experimentar situaciones de mucho estrés que dañaron, a su vez, su nivel de funcionamiento anterior, así como su homeostasis psicofisiológica. La valoración del entorno reveló que se habían producido varios acontecimientos y cambios en el entorno del niño en un periodo relativamente corto de tiempo (formación comunicativa excesiva y demasiado exigente, cambios en el grupo, enfermedad de la madre). Estas situaciones supusieron probablemente un estrés excesivo para Jan. Debido a su bajo nivel de desarrollo psicosocial y su escasa capacidad de afrontamiento reaccionó desarrollando una conducta autolesiva, que alteró otras funciones fisiológicas y psicológicas y llevaron a la enfermedad mental.

Formulación de las principales conclusiones de la evaluación presentada en el caso clínico 1 (véase Cuadro 4)

A) Evaluación del problema de conducta. Historial: conducta autolesiva, inquietud y otros problemas desde hace tres meses. Observación de la conducta: el problema de conducta es intenso, se pro-

longa durante todo el día con pequeñas pausas de pasividad y retraimiento; el problema de conducta es prácticamente independiente de estímulos externos.

- B) Evaluación de la persona. Factores biológicos y médicos: sin observaciones. Factores psicosociales: discapacidad intelectual profunda, autismo, nivel de desarrollo cognitivo de quince meses, nivel de desarrollo social de quince meses, nivel de desarrollo emocional inferior a seis meses, nivel de personalidad diverso. Pruebas psiquiátricas: cuadro clínico de desarreglos de la función psicosocial y fisiológica similares a un estado psicótico atípico.
- C) Evaluación del entorno. Observaciones: entorno demasiado exigente, falta de comprensión de las necesidades básicas del niño; diversos cambios en el entorno tuvieron un efecto estresante sobre el niño.

Enfoque paso a paso (véase Cuadro 3)

Paso 1.- Evaluación: identificación de los factores causantes, características de procesamiento central y factores de continuidad para el caso clínico 1 (véase Cuadro 3).

Factores causantes: entorno desfavorable, interacción inadecuada, experiencia de estrés para el niño. Características de procesamiento central: el problema de conducta se produce como consecuencia de una estrategia de afrontamiento desadaptativa con frustración para un niño con retraso importante de su desarrollo psicosocial (especialmente emocional), homeostasis psicofisiológica vulnerable y trastorno psiquiátrico.

Factores de continuidad: el problema de conducta se mantiene debido a una respuesta inapropiada del entorno (no se comprenden las necesidades psicosociales básicas del niño) y a un trastorno psiquiátrico coexistente.

Paso 2.- Véase la sección siguiente.

DIRECTRIZ 2: Diagnóstico

Integración de los resultados de la evaluación, formulación de caso multimodal y diagnóstico integrador

La evaluación de los factores que influyen en los problemas de conducta y la integración de esos datos con los historiales médicos e informes anteriores permiten emitir hipótesis que reflejan múltiples factores de influencia (ej. enfermedades físicas, factores genéticos, psiquiátricos, psicológicos y el entorno social y físico). La existencia de numerosos factores causales obliga a adoptar una formulación multimodal del caso, para integrar los resultados de las distintas evaluaciones en una matriz completa con las posibles circunstancias de riesgo patológico. Dicha matriz incluiría las condiciones que producen o influyen en la incidencia, la gravedad y los cambios de incidencia y gravedad, así como la recurrencia del problema de conducta. Un ejemplo de esto es el enfoque para la formulación del caso multimodal descrito por Gardner (2002), Gardner et al. (2006) y Gardner y Sovner (1994): *The Multimodal Contextual Case Formulation Approach*. Algunos autores del DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001) proponen criterios de diagnóstico para problemas de conducta (véase Parte A, Sección 1), describiendo varias categorías de problema de conducta que se incluyen en un marco para el diagnóstico.

Otros autores (Szymanski, 1988; Dosen, 2005b) proponen un diagnóstico integrador. En este enfoque de formulación del caso los resultados diagnósticos obtenidos de diversas fuentes se integran, como en un puzzle, en un único marco integrador, para presentar así un cuadro clínico completo. Dosen (2005b, c) propone un marco para un diagnóstico integrador en trastornos psiquiátricos. La ventaja de tal diagnóstico integrador es su carácter exhaustivo y que ofrece una visión general de los distintos aspectos, factores y procesos que influyen en la aparición de problemas de conducta y que

deben tenerse en cuenta para el tratamiento y la gestión de los mismos.

La formulación de un diagnóstico integrador cuando se detecta que un trastorno psiquiátrico es la principal causa del desarrollo de un problema de conducta supone una explicación de primer nivel del trastorno de psiquiátrico (Dosen, 2005a, b) y del papel que juega para provocar dicho problema de conducta.

Cuadro 5

(Enfoque paso a paso. Paso 2)

1.2) Formulación del caso/diagnóstico multimodal/integrador del problema de conducta
Formulación de distintos aspectos biológicos, psicológicos, sociales, de desarrollo, somáticos y psiquiátricos en relación con los factores causantes, de procesamiento central y de continuidad del problema de conducta.

1.3) Descripción del mecanismo de aparición y la dinámica del problema de conducta haciendo especial hincapié en los factores causantes, de procesamiento central y de continuidad.

1.4) Formulación del diagnóstico del problema de conducta.

1.5) Tratamiento.

Para profundizar en el contenido del cuadro 5, una formulación del caso o diagnóstico integrador debería incluir los siguientes aspectos:

2) Resultados de las distintas evaluaciones de aspectos biológicos, observaciones somáticas, aspectos neuro-fisiológicos, aspectos cognitivos y de aprendizaje, desarrollo de la personalidad, rasgos de la personalidad, necesidades

DIRECTRIZ 2: Evaluación

emocionales básicas, problemas básicos de afrontamiento, aspectos ambientales y observaciones psiquiátricas.

- 3) Mecanismos y dinámica de manifestación del problema de conducta, con una breve descripción de los procesos que llevan al mismo.
- 4) Formulación de las consideraciones diagnósticas, con terminología descriptiva del problema de conducta y designación de las circunstancias subyacentes. Mencionar cualquier trastorno psiquiátrico coexistente.
- 5) Designación de la estrategia de tratamiento basándose en las diversas formulaciones del diagnóstico.

A continuación se ofrece un ejemplo del proceso descrito anteriormente basado en el caso clínico 1 (véase sección anterior).

Enfoque paso a paso.

Paso 2.- Formulación del caso/ diagnóstico multimodal/ integrador del problema de conducta

- 6) Formulación de factores bio-psico-sociales, del desarrollo, somáticos y psiquiátricos.
 - 6.1.1 Factores biológicos: lesión cerebral prenatal; ventrículos cerebrales laterales extendidos.
 - 6.1.2 Pruebas somáticas: sin observaciones.
 - 6.1.3 Factores neuro-fisiológicos: electrocardiograma sin observaciones; trastornos del sueño.
 - 6.1.4 Factores cognitivos y de aprendizaje: edad mental de quince meses; aprendizaje reflexivo.
 - 6.1.5 Desarrollo de la personalidad: desarrollo social de quince meses; desarrollo emocional inferior a seis meses; nivel de personalidad diverso.
 - 6.1.6 Características de la personalidad: proble-

mas para mantener una homeostasis psicofisiológica; estereotipicidad; conducta autolesiva.

- 6.1.7 Necesidades emocionales básicas: constancia en el entorno; adecuada percepción sensorial; adecuada interacción social.
- 6.1.8 Problemas básicos de afrontamiento: entorno cambiante; problemas de integración de estímulos sensoriales; entorno socialmente muy exigente.
- 6.1.9 Factores ambientales: falta de comprensión de las necesidades básicas del niño y de sus problemas de afrontamiento.
- 6.1.10 Observaciones psiquiátricas: diagnóstico DSM-IV: trastorno motor estereotípico con conducta autolesiva. Diagnóstico de desarrollo psiquiátrico: pérdida de homeostasis psico-fisiológica como consecuencia de situaciones de estrés (estado psicótico reactivo atípico).

- 7) Mecanismos y dinámica de aparición del problema de conducta (descripción de factores causantes, de procesamiento central y de continuidad). El problema de conducta se produce como consecuencia de la frustración (dadas las condiciones ambientales de estrés) de un niño con un nivel de desarrollo psicosocial discrepante y muy bajo. Esta situación se mantiene, por un lado, debido a una respuesta inapropiada del entorno a las necesidades básicas del niño y, por otro lado, a la coexistencia de un trastorno psiquiátrico.
- 8) Formulación del diagnóstico del problema de conducta: conducta autolesiva como consecuencia de un trastorno de la homeostasis psicofisiológica. Trastorno psicótico atípico reactivo comórbido.
- 9) Tratamiento (véase en la siguiente sección, Paso 3).

DIRECTRIZ 3: Tratamiento

Tratamiento y plan auxiliar de apoyo

Todo tratamiento y servicio auxiliar biológico, psico-social y del desarrollo que se aplique para atajar las situaciones que influyen en la incidencia y gravedad de un problema de conducta debe incluirse en un plan individualizado integral de tratamiento y apoyo auxiliar (CITSP, por sus siglas en inglés). Este plan individualizado integral está diseñado para hacer frente de manera específica a las necesidades y a los objetivos personales del paciente y se basa en la información obtenida en la evaluación individualizada integral y el diagnóstico integrador, tal y como se explica en la sección anterior (véase Cuadro 5).

Intervención basada en la hipótesis

Cada componente del CITSP se basa en la hipótesis, es decir, está diseñado para tratar el complejo específico e individualmente único que constituyen los factores causantes, de procesamiento central y de continuidad en el contexto de las circunstancias biológicas, médicas, psicológicas, de desarrollo y ambientales que se identifican durante el proceso de evaluación y que quedan determinadas mediante la formulación de diagnóstico integrador. El desarrollo de un enfoque exhaustivo de tratamiento destaca dos aspectos: (a) un acercamiento integral al paciente, (b) el tratamiento integrador de los factores que producen el problema de conducta (véase Cuadro 6).

Cuadro 6: Dos componentes del tratamiento del problema de conducta

- 1) Tratamiento integral de la persona
- 2) La persona y su entorno son el punto central del tratamiento y los servicios auxiliares.
- 3) Tratamiento integrador de las circunstancias que producen el problema

Aplicación de una estrategia adecuada para el tratamiento.

Selección de metodología para el tratamiento.

a) *Tratamiento integral de la persona*

El tratamiento y servicios auxiliares pretenden contribuir al bienestar mental de la persona, más que ejecutarse meramente para reducir o eliminar el problema de conducta. Este acercamiento se centra en la persona y en su interacción con el entorno físico y social.

j) Enfoque en la persona

La persona recibe el apoyo necesario para eliminar sus molestias satisfaciendo sus necesidades psicosociales básicas. Las modalidades de apoyo se eligen para promover el bienestar de la persona. Los enfoques que apoyen el desarrollo y aplicación de acciones e interacciones adecuadas para el desarrollo constituirán el centro principal de atención del enfoque integral. Se debe conseguir que los momentos de placer en la vida del paciente sean más y mejores. Se deben controlar la situación médica de la persona, los trastornos psiquiátricos coexistentes y otras condiciones psicológicas relacionadas que crean malestar e influyen negativamente en el procesamiento central de otros factores causantes.

k) Enfoque en el entorno

El entorno debe adaptarse para responder a las necesidades básicas de la persona, de manera que se pueda establecer una interacción adecuada, por ejemplo mediante la reducción o eliminación de las situaciones que generan estrés: ruido excesivo, muchedumbre, alto nivel de exigencia para implicar a la persona en actividades que superan su capacidad o que no se acomodan a sus preferencias personales, excesivo conflicto interpersonal con sus

DIRECTRIZ 3: Tratamiento

padres y otras características del entorno que producen ansiedad o irritabilidad extrema. Para los autores, el tratamiento de un problema de conducta en un entorno inadecuado (ej. un entorno traumático, amenazante, inseguro, demasiado exigente o que da miedo) suele producir resultados insatisfactorios. Crear las condiciones adecuadas en el entorno es condición previa para el tratamiento de la persona. Hay que evitar las situaciones que exponen a las personas a interacciones que consideran intolerables o que van en contra de sus necesidades básicas. Un ejemplo de ello sería esperar de una persona con el síndrome del cromosoma X frágil que supiera afrontar de manera rutinaria el hecho de encontrarse en un entorno ruidoso y masificado (Griffiths et al., 1998).

a) Tratamiento integrador de las circunstancias que producen el problema de conducta

El problema de conducta desaparecerá o se reducirá significativamente tras eliminar o minimizar las circunstancias médicas o del entorno que generan malestar y considerar la satisfacción de las necesidades básicas de la persona. En caso de que el problema persista se aplicará un tratamiento integrador dirigido al objetivo concreto. Todo tratamiento integrador se aplica mediante la observación individualizada de los distintos factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen, desde una perspectiva del desarrollo. Como ya se ha comentado, la perspectiva de desarrollo aún no se aplica lo suficiente en la práctica médica con personas con discapacidad intelectual. Para destacar su importancia en el tratamiento de los problemas de salud mental y problemas de conducta (véase Parte A, Sección 2) se introduce la perspectiva de desarrollo en modelo de tratamiento integrador como la cuarta dimensión del tratamiento (Dosen, 2007). Esta especial atención a la dimensión de desarrollo refleja la necesidad

de cubrir las necesidades psicosociales básicas de la persona como un componente crítico del tratamiento integrador.

El tratamiento de cada una de las dimensiones se proporciona secuencialmente según los resultados del diagnóstico (véase Cuadro 7), con la intención de influir en los procesos que reflejan cada una de las dimensiones que llevan a un problema de conducta.

Los resultados interrumpen el círculo vicioso que mantiene el problema de conducta, y pueden llegar a romperlo, en vez de estar dirigidos a eliminar directamente algunos rasgos conductuales inadecuados. En cada dimensión se pueden aplicar distintos tratamientos (véase Dosen y Day, 2001). La formulación de un diagnóstico integrador recomienda la selección de una estrategia de tratamiento y la metodología específica que se puede utilizar para determinadas circunstancias que pueden influir en el problema de conducta. Los cuadros 7 y 8 presentan distintas estrategias y metodologías derivadas de diversos diagnósticos integradores.

El triángulo de aparición de problemas de conducta (véase Cuadro 2) es de gran utilidad en la selección de la estrategia y metodología del tratamiento. En el caso en que las causas del problema se encuentren sobre todo en los patrones de interacción, la planificación del tratamiento integrador puede seguir las pautas indicadas en el cuadro 7. En este caso, el problema suele producirse por los conflictos existentes entre la persona y su entorno, tanto por las características específicas de la persona como por las circunstancias concretas del entorno. Por lo general, ambos contribuyen a provocar y mantener el problema de conducta.

En los casos en que el problema se produce por un trastorno psiquiátrico subyacente, o cuando dicho

DIRECTRIZ 3: Tratamiento

trastorno aparece como consecuencia del problema de conducta o como condición comórbida, el tratamiento se planificará según se indica en el cuadro 8.

Cuadro 7: Tratamiento integrador de un problema de conducta conocido y producido por causas basadas principalmente en patrones de interacción

Un tratamiento integrador consta de 4 fases o dimensiones.

■ **Primera fase del tratamiento**

Se consideran los factores del desarrollo (dimensión de desarrollo): encuentro con la persona al nivel de su desarrollo emocional e interacción con ella según sus necesidades emocionales básicas (Dosen, 2005c). Es probable que una experiencia positiva de interacción lleve a una motivación social positiva que modifique su procesamiento desadaptativo previo.

■ **Segunda fase del tratamiento**

Se modifica la dimensión social proporcionando información, formación y educación al entorno. Se intenta adaptar el entorno a las necesidades psicosociales básicas de la persona y establecer una relación significativa (Gath, 2001; Rotthaus, 2001).

■ **Tercera fase del tratamiento**

Se trata la dimensión psicológica. Mediante la formación para el desarrollo de habilidades o la psicoterapia se intenta ayudar a la persona a activar su capacidad de resolver problemas de manera independiente, y a adaptarse a las circunstancias del entorno (por ejemplo, mediante tratamientos de aprendizaje social y cognitivo o con un tratamiento multimodal (Benson y Valenty-Hein, 2001; Gardner et al., 2001; Griffiths, 2001).

■ **Cuarta fase del tratamiento**

Se trata la dimensión biológica. En los casos en que sea necesario se puede recurrir a medicación psicotrópica para apoyar otras intervenciones (véase Reiss y Aman, 1998).

Cuadro 8. Planificación del tratamiento integrador de problemas de conducta con trastornos psiquiátricos subyacentes o coexistentes

En primer lugar, se tratará el trastorno psiquiátrico sirviéndose de un enfoque integral e integrador tal y como se describe más arriba.

Si el problema de conducta no desaparece, se tratarán otros factores adicionales que se identificaron durante la evaluación multimodal como factores que contribuyen al problema de conducta. Este tratamiento se aplicará paralelamente al tratamiento del trastorno psiquiátrico, o de manera complementaria al mismo.

Utilización de medicación psicotrópica

Hay que destacar que varios profesionales se muestran en contra del uso de medicación psicotrópica para el tratamiento de problemas de conducta. En resumen, las circunstancias que influyen en la aparición de estos problemas reflejan múltiples factores y procesos relacionados, por lo que se deberían tratar con una combinación de enfoques terapéuticos seleccionados en base a un proceso de diagnóstico exhaustivo (tratamiento integrado). El tratamiento farmacológico puede tener efectos positivos si está indicado para una acción concreta, como por ejemplo disminuir la ansiedad o irritabilidad, así como en los casos en que la inquietud, excitabilidad o impulsividad de la persona dificultan la aplicación de otros tratamientos. Para el tratamiento de los problemas de conducta se considera que la

DIRECTRIZ 3: Tratamiento

monoterapia con agentes psicofarmacológicos no es suficiente y, si se aplica de manera crónica en dosis elevadas y sin control adecuado puede incluso tener efectos negativos (véase Aman y Reiss, 1998 y King, 2007).

Tratamiento de problemas de conducta con un trastorno psiquiátrico subyacente o coexistente

En el caso de trastorno psiquiátrico grave (ej. psicosis) subyacente o coexistente con un problema de conducta, Dosen (2007) propone la siguiente estrategia de tratamiento:

- 2 Tratamiento integral de la persona
- 3 Tratamiento integrador del trastorno psiquiátrico
 - Primera fase: dimensión biológica
 - Segunda fase: dimensión de desarrollo
 - Tercera fase: dimensión social
 - Cuarta fase: dimensión psicológica

En trastornos psiquiátricos menos graves el orden de prioridad sería diferente. Por ejemplo, en un trastorno distímico, la dimensión psicológica ocuparía la primera fase y la dimensión biológica pasaría a la cuarta. En caso de necesidad se añadirá algún tratamiento adicional para el problema de conducta.

Caso clínico 1: Jan

(El historial clínico, la evaluación y el diagnóstico integrador se han descrito en las secciones anteriores).

Enfoque paso a paso

Paso 3.- Tratamiento.
Tratamiento integral de la persona.

Adaptación del entorno a las necesidades emocionales básicas de Jan proporcionando un entorno seguro, familiar, con actividades estructuradas, adecuada estimulación sensorial y reducción al mínimo de experiencias frustrantes.

Tratamiento integrador de las condiciones detectadas

- Primera fase: dimensión biológica
Regulación de las funciones psicológicas y fisiológicas del niño con medicación psicotrópica para conseguir la homeostasis psico-fisiológica.
- Segunda fase: dimensión desarrollo
Encuentro con el niño a su nivel emocional para llevarle a experiencias emocionales positivas.
- Tercera fase: dimensión psicológica
Estimulación del niño para realizar actividades apropiadas distintas de la conducta autolesiva, por ejemplo mediante la activación de sus manos de modo agradable o con interacción social placentera.
- Cuarta fase: dimensión social
Informar en el entorno y formar a las personas a su alrededor sobre distintos métodos de asegurar que las necesidades básicas del niño están cubiertas.

Ejemplo práctico de aplicación de las directrices 1, 2 y 3

Ejemplo práctico de un acercamiento integral a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de personas con problemas de conducta.

Caso clínico 2: Tom

Historial

Tom, un hombre de 21 años con discapacidad intelectual leve, acudió al médico por sus explosiones abruptas y en ocasiones peligrosamente agresivas.

DIRECTRIZ 3: Tratamiento

Presentaba este problema de conducta desde los primeros años de la infancia. En sus primeros años de vida, Tom tuvo que hacer frente a problemas sociales graves: su madre tenía una enfermedad mental, su padre falleció cuando él tenía dos años de edad y tuvo que estar hospitalizado con frecuencia por problemas físicos de importancia menor. Comenzó a mostrar ataques agresivos, especialmente contra personas de su entorno, desde los dos años aproximadamente y aumentaron en gravedad tras la pubertad. Dado su comportamiento agresivo internaron a Tom en una institución a los siete años de edad. Su agresividad también le llevó a estar ingresado en diversos hospitales psiquiátricos con relativa frecuencia. Diagnósticos psiquiátricos previos muestran trastorno de conducta y trastorno de personalidad antisocial. Ha recibido dosis elevadas de medicación psicotrópica.

Paso 1

Evaluación

Evaluación del problema de conducta.
Consúltese el historial.

Evaluación de la persona.- Resultados biomédicos sin observaciones. La observación psicológica revela un coeficiente intelectual de 60. El desarrollo emocional estaba en un estadio muy bajo, en un equivalente inferior a los dos años de edad. La personalidad del joven se considera inestable y vulnerable. La observación en el entorno revela que los principales antecedentes de su conducta agresiva están relacionados con su frustración en la interacción con el entorno. Las pruebas psiquiátricas revelaron síntomas de un trastorno de control de impulsos.

Evaluación del entorno.- El entorno institucional pretendía fundamentalmente controlar el comportamiento agresivo mediante la aplicación de medicación psicotrópica, modificación de conductas y

otros métodos de control del entorno. Las causas del problema incluían la interacción inadecuada del joven con su entorno. Las exigencias del entorno, que no reconocía sus necesidades emocionales básicas, superaban la capacidad del joven. Su capacidad de afrontamiento mediante procesamiento central era muy pobre debido al bloqueo de su desarrollo emocional, lo que le llevaba a una conducta desadaptada. El problema de conducta se mantenía debido a la reacción negativa del entorno social.

Paso 2

Formulación del caso /diagnóstico integrador

Resultados

Factores cognitivos y de aprendizaje: discapacidad intelectual leve (CI 60), aprendizaje por imitación/ejemplo.

Desarrollo de la personalidad: diverso debido a la gran diferencia entre desarrollo cognitivo (edad mental: 9 años) y emocional (edad mental: 2 años). Rasgos de la personalidad: búsqueda de atención y de una relación positiva con otras personas importantes; cambios rápidos de humor; agresión impulsiva hacia los cuidadores.

Necesidades básicas: necesita de la aceptación de otras personas importantes; necesita gente de confianza y actividades que le den seguridad.

Problemas básicos de afrontamiento: no puede afrontar la pérdida de aceptación social, empatía de otras personas importantes o competencia social. Factores ambientales: falta de comprensión de sus necesidades básicas a raíz de una excesiva focalización en el control del problema de conducta.

Resultados psiquiátricos: DSM-IV, Eje I: trastorno explosivo intermitente.

DIRECTRIZ 3: Tratamiento

Diagnóstico psiquiátrico del desarrollo: conducta agresiva impulsiva en una persona con una discrepancia significativa entre el desarrollo cognitivo y emocional y dificultades de afrontamiento en circunstancias desfavorables.

Mecanismos de manifestación y dinámica del problema de conducta

La conducta agresiva se produce como reacción a las exigencias inadecuadas del entorno en un joven con un desarrollo de la personalidad desigual (bloqueo del desarrollo emocional en la etapa de apego). El entorno no comprende sus necesidades emocionales básicas y contribuye a su frustración debido a sus expectativas inadecuadas y a diversos intentos sin éxito de controlar su comportamiento. El problema de conducta se mantiene debido al consecuente patrón erróneo de interacción.

Formulación del diagnóstico del problema de conducta

Conducta agresiva provocada y mantenida por la interacción inadecuada entre Tom y su entorno.

Paso 3

Tratamiento

(a) Tratamiento integral de la persona

Se comunica al entorno las posibles causas de la conducta agresiva de Tom y se proporcionan indicaciones de cómo tratarle de manera que se sienta seguro, para evitar así el conflicto.

(b) Tratamiento integrador de las condiciones identificadas como causa del problema de conducta

- Primera fase del tratamiento: dimensión de desarrollo.
- Partiendo del supuesto que el joven se sentía inseguro en el área de los apegos, se indicó a los cuidadores que le ayudaran a sentirse seguro y favorecieran un acercamiento individual próximo. El objetivo principal era cubrir las necesidades emocionales básicas de Tom en vez de centrarse en controlar su comportamiento agresivo.
- Segunda fase del tratamiento: dimensión social.
- Se estructuraron el espacio vital de Tom, sus objetos materiales, sus actividades e interacciones sociales de manera que aseguraran resultados positivos. El objetivo era aumentar su confianza y proporcionarle un espacio propio y un rol social en el entorno.
- Tercera fase del tratamiento: dimensión psicológica.
- Se enseñó a Tom a reconocer y a verbalizar sus propios sentimientos. Se le enseñó asimismo a reconocer los primeros síntomas de frustración y enfado y se le indicó cómo reducir y controlar estos sentimientos (formación para el control de la ira).
- Cuarta fase del tratamiento: dimensión biológica.
- Prescripción de medicación (ácido valproico) para reducir la irritabilidad crónica.

DIRECTRIZ 4: Gestión de crisis de comportamiento

Estrategias y servicios auxiliares para hacer frente a una crisis de comportamiento.

El plan individualizado integral (CITSP) incluye una sección específica que describe los servicios auxiliares de estrategias de deceleración y tratamiento de crisis (DSCM, por sus siglas en inglés). La finalidad de esta sección del CITSP consiste en: (a) reducir la tensión emocional o física de la persona con la mayor eficacia y menor intervención o restricción posibles, (b) asegurar la protección del entorno (personas y propiedad), y (c) terminar con el episodio de crisis de comportamiento lo antes posible en función de las necesidades de tratamiento del individuo.

Contenido de la sección de gestión de crisis

La sección DSCM hace referencia a:

A. Enfoque integral

1. Adaptación específica individualizada al entorno y al contexto social de la persona para minimizar o eliminar aspectos que puedan contribuir al problema de conducta (ej., ruptura de rutinas u horarios, órdenes o solicitudes, niveles de hiperactividad, etc.).
2. Modificación de las interacciones sociales o ambientales de la persona, con la intención de promover comportamientos prosociales específicos que planteen una alternativa a las crisis de comportamiento.
3. Identificación precoz de los signos de las crisis, para poder anticiparlas.
4. Diseño de estrategias proactivas específicas de tratamiento. Qué hacer, y quién es la persona res-

ponsable, para intentar reducir o eliminar los antecedentes que pueden influir en el desencadenamiento de las crisis

B. Tratamiento integrador

1. Estrategias múltiples, incluido, si es preciso, el tratamiento farmacológico, para gestionar el episodio crítico en sus distintas fases, (qué hacer en circunstancias específicas, y quién es la persona responsable de poner en marcha y supervisar los efectos de las distintas estrategias que se apliquen).
2. Responsabilidad específica del centro de salud local, incluido el uso potencial de la fuerza policial.
3. Procedimiento a seguir tras la resolución de una crisis. Informar y apoyar tanto al individuo afectado como a sus compañeros, familia y personal involucrado en su caso.
4. Tras la resolución de la crisis, el tratamiento procurará una reestructuración de los precursores socio-ambientales previos a la misma, que servirá como método de aprendizaje de habilidades de afrontamiento, que podrán servir para hacer frente a la misma situación o a otras similares en un futuro.

Revisión y modificación del DSCM

La sección del plan individualizado integral referido específicamente a la gestión de las crisis se debe consultar, tras un análisis detallado de la misma, y se modificará, si es preciso, para asegurarse que todos los tratamientos (preventivos, de apoyo y otros) siguen siendo adecuados, y que pueden hacer frente a los problemas que provocan dichas crisis. Los otros componentes del CITSP se actualizarán a medida que se considere necesario.

DIRECTRIZ 4: Gestión de crisis de comportamiento

Continuidad de los servicios de atención de crisis en entornos naturales

La sección DSCM del CITSP incluye planes específicos para el tratamiento de un episodio de crisis en el entorno en que ésta se produce. Cuando tales intervenciones no contemplen la seguridad de la persona, de sus compañeros o del personal que proporciona un apoyo inicial, y/o cuando estas personas no sean capaces de hacer frente a la crisis, debido a su gravedad o duración, habrá que proporcionar un servicio adicional de apoyo continuado. Se valorarán las siguientes opciones:

1. Un equipo móvil se trasladará al entorno en que se produce la crisis y estará disponible en este entorno hasta que (a) la crisis se atenúe y (b) la persona pueda adaptarse a su entorno, sus rutinas y apoyos diarios.
2. En las situaciones en que no se pueda proceder a un tratamiento in situ, ya sea en el lugar de residencia o en el entorno natural en que se produzca la crisis (colegio, centro de formación profesional, programa de día), se debe disponer de enclaves alternativos. Éstos asegurarán una estabilización adecuada de los síntomas psicológicos, psiquiátricos y conductuales de mayor gravedad. Entre los enclaves a usar destacan:

- una residencia ambulatoria de apoyo auxiliar para crisis, con personal de apoyo especializado en el tratamiento de personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta,
- un centro de tratamiento especializado para personas con discapacidad intelectual;
- una unidad especializada de estabilización (periodos breves) de un hospital local;
- una unidad de tratamiento especializado en un hospital psiquiátrico.

La mayoría de los servicios de salud requieren de un proceso de admisión en estas instalaciones, lo que obliga a pasar por una evaluación previa de los servicios de urgencias de un hospital. Por tanto, estos servicios deben estar familiarizados con el manejo de técnicas específicas adaptadas a personas con discapacidad intelectual (véase Bradley, 2002).

3. Se empleará la alternativa menos invasiva de cuantas sean posibles.
4. Cuando el tratamiento de urgencia se haya completado y se cumplan los requisitos de seguridad precisos, se facilitará el regreso del paciente a su lugar de residencia, con todo el apoyo auxiliar que requiera para garantizar el éxito de su reintegración. El personal del equipo de apoyo estará involucrado en el seguimiento durante el mayor tiempo posible, lo que permitirá optimizar la continuidad de la atención y de la comunicación.

DIRECTRIZ 5: Evaluación de la eficacia

Evaluación de la eficacia del CITSP

Sistema de información objetiva

La eficacia del proceso, y los resultados de los diversos componentes del plan individualizado integral (CITSP), por separado y combinados, se controlan mediante un sistema objetivo de seguimiento, evaluación y recogida de datos. El proceso de evaluación basado en datos, (siempre que se hayan tenido en cuenta los problemas de fiabilidad y validez de los mismos), implica el uso de escalas estandarizadas e inventarios, así como un proceso de observación y registro diseñado de manera individual.

Contenido de la sección de gestión de crisis

Funciones de los sistemas de información

Estos sistemas de datos se utilizan para:

1. Comprobar hipótesis durante la formulación del caso;
2. Apoyar el proceso de toma de decisiones durante la intervención en crisis; y
3. medir el impacto de las intervenciones individuales y de la combinación de las mismas.

Continuidad de la evaluación

La evaluación de la eficacia del proceso y del resultado, comienza con la intervención inicial y prosigue, en un proceso continuado, hasta que se alcanzan los objetivos del tratamiento, y pueden concluir tanto éste como los programas auxiliares.

C

Directrices para la organización

DIRECTRIZ 6: Personal e instalaciones

Composición y credenciales del personal de evaluación

La evaluación de cada una de las áreas: enfermedades físicas, psiquiatría, psicología y entorno, están a cargo de personal formado profesionalmente en hospitales e instituciones residenciales de servicios. Estos profesionales deben contar con experiencia clínica y credenciales en las siguientes áreas:

- salud mental y discapacidad intelectual
- evaluación y tratamiento de personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta
- realización de evaluaciones y puesta en marcha de planes de intervención, con especial consideración a la cuestión del desarrollo individual.

Los profesionales con estas credenciales de especialización y experiencia en medicina, enfermería, psiquiatría, psicología, pedagogía (incluido el análisis conductual), trabajo social, y especialistas relacionados, como logopedas o terapeutas ocupacionales, trabajan juntos formando equipos profesionales especializados en problemas de salud mental en personas con discapacidad intelectual.

En caso de necesidad, habrá un equipo de atención móvil que proporcionará el servicio de tratamiento y apoyo, tanto al individuo en cuestión, como a las personas relevantes de su entorno, (familia, colegio, personal de una institución residencial, etc.), dentro del entorno natural en que se produce el problema de conducta.

Los supervisores y los profesionales encargados del diagnóstico y tratamiento, tendrán acceso fácil y regular a documentos de referencia profesional y de formación. Esto es necesario para asegurar que los profesionales estén informados de los hallaz-

gos clínicos y de investigación más recientes, y por tanto, actualizados en las técnicas terapéuticas más efectivas en estos trastornos.

Marco para la evaluación y actividades relacionadas

La evaluación y el tratamiento individual, así como los servicios de apoyo que fueren precisos, se proporcionarán en entornos que supongan la menor restricción e interrupción de la rutina diaria.

Dado que los antecedentes de los entornos sociales y físicos cotidianos influyen, en gran medida, en la aparición de los problemas de conducta, el mejor lugar para obtener información relativa a estos antecedentes se halla en dichos entornos. Si los problemas de conducta se producen en el hogar, se recomienda realizar ahí la evaluación de los antecedentes específicos: sociales, interpersonales y físicos, del entorno, de las consecuencias de éste sobre el comportamiento y de la interacción de la persona con estos factores. Del mismo modo, si se producen en el colegio, el trabajo o durante la realización de programas diurnos, será allí donde se realice la evaluación para el diagnóstico.

De esta manera, se consigue comprender el entorno en que se producen las interacciones del sujeto, que en combinación con otros factores, determinan la aparición del problema de conducta. Estos entornos (colegio, casa, trabajo, etc.), y la interacción con determinados aspectos sociales y físicos de estos lugares, se convierten en el objetivo principal de los posibles tratamientos y de los servicios de apoyo relacionados.

Una adecuada práctica clínica requiere que los procesos de diagnóstico y tratamiento, y los servicios de apoyo derivados de los mismos, se desarrollen

DIRECTRIZ 6: Personal e instalaciones

en entornos que minimicen cualquier intromisión, restricción o interrupción en la rutina diaria del individuo.

Sin embargo, algunos servicios especializados se tienen que proporcionar en otro tipo de entornos, como puede ser una consulta médica. Si se sospecha que una circunstancia física, como un dolor de cabeza recurrente, contribuye al malestar de la persona, poniéndola en ocasiones en un mayor riesgo de presentar un problema de conducta, la evaluación médica de esta condición podrá desarrollarse en una consulta o en un hospital.

Ahora bien, incluso en estas circunstancias, sólo se podrá comprender la importancia que tiene la afección médica en el problema conductual, considerándola en conjunto con las interacciones con otros rasgos personales y ambientales prevalentes. Como ya se ha comentado, normalmente no se presenta un problema de conducta únicamente por la existencia de una enfermedad o afección médica. En ocasiones, puede ser necesario, por la gravedad o cronicidad de sus manifestaciones, trasladar a la persona desde la institución residencial en que se produce el problema de conducta. De esta manera se accede a cuidados auxiliares o a fuentes para un diagnóstico y tratamiento especializados.

El nuevo entorno ofrece a su vez nuevas expectativas e interacciones, con el consiguiente incremento del estrés. Esta nueva situación, en muchos sentidos, no recreará las circunstancias y rutinas sociales y físicas del entorno, que eran críticas a la hora

de influir en el problema de conducta. De hecho, es frecuente que este traslado suponga una eliminación del trastorno, o una reducción en su frecuencia y gravedad. En otras ocasiones, puede que el problema de conducta se torne más grave y se repita con mayor frecuencia, ya que la persona tiene que hacer frente a nuevas demandas y circunstancias que le generan angustia y malestar.

El valor de la información obtenida en este marco especializado debe ser limitado. Sobre todo en lo referente a la identificación de los factores y de las interacciones que se encuentran presentes en el entorno habitual del sujeto, y que suponen un factor decisivo en la génesis del problema.

Se puede concluir, por tanto, que la información más relevante para la evaluación del diagnóstico, incluirá los factores presentes en los múltiples entornos de la vida diaria, en los cuales tengan lugar la aparición del problema.

Algunas de las fuentes de información fundamentales para la evaluación incluyen a la propia persona, su familia, los profesionales de los servicios de atención sanitaria, profesores, personal auxiliar o cualquier otra persona involucrada en la vida diaria del sujeto.

Como se mencionó anteriormente, debido a la multiplicidad de causas potenciales, y para reflejar la complejidad de las condiciones causales más importantes, es necesario un modelo de formulación de casos y un diagnóstico integrador que dirija las evaluaciones y permita integrar la información obtenida.

DIRECTRIZ 7: Coordinación del tratamiento y apoyo

Coordinador del tratamiento

El coordinador del tratamiento debe tener unas aptitudes adecuadas, y una experiencia suficiente como para poder realizar una formulación multimodal del caso con perspectiva del desarrollo. Se encargará de asegurar la aplicación del tratamiento y el apoyo auxiliar coordinados, tal y como se indica en el CITSP.

Funciones del coordinador del tratamiento

Las obligaciones del coordinador del tratamiento o, en caso de necesidad, su sustituto (una persona familiarizada con las especificidades del paciente y su plan individualizado integral) serán las siguientes:

1. Asegurar la completa integración de los distintos componentes del plan de apoyo individualizado o CITSP.
2. Facilitar la aplicación oportuna y coordinada del tratamiento y de los servicios auxiliares, tal y como se indica en el CITSP de la persona.
3. Asegurarse de que el CITSP se actualiza periódicamente, con información novedosa, y a medida que ésta se obtiene, dado que el plan individualizado integral es dinámico, y se encuentra en cambio permanente. Asegurarse de que todas las personas involucradas cuentan con información acerca de estas actualizaciones.
4. Facilitar la remisión, cuándo se envía al paciente a otro servicio médico, para una evaluación, un tratamiento o un servicio auxiliar específico, preparando a la persona (y a su familia, si se considera oportuno) para tomar parte en este proceso de evaluación y tratamiento.
5. Acompañar a la persona y a su familia o cuidadores, cuando sea necesario, a las citas con los especialistas para evaluación, tratamiento o servicios auxiliares de apoyo. Esta función del coordinador es particularmente importante cuando los profesionales especialistas que deben evaluar o tratar al paciente no conocen a la persona, o si apenas han tratado a personas con discapacidades del desarrollo. El objetivo de esta función del coordinador es facilitar la comunicación para:
 - Asegurar que los profesionales que proporcionan la atención especializada conocen el historial del paciente y sus remisiones a especialistas.
 - Facilitar al paciente la comunicación de sus preocupaciones y de la información concreta que requieran los especialistas.
 - Asegurar que la información completa y pertinente sobre el enfermo y el problema de conducta está actualizada, y que está a disposición de los profesionales que le atienden. También se asegurará de que disponga de suficiente información relativa a las revisiones realizadas por otros especialistas. La información incluirá un breve resumen del historial pertinente, y una presentación detallada de la información actual sobre la evaluación y el tratamiento.
6. Informar al equipo encargado del tratamiento de los resultados de la visita al especialista una vez completada. De este modo se asegura que todo el personal involucrado en el tratamiento o los servicios auxiliares, así como sus familiares, posean toda la información de una forma exhaustiva y actualizada.
7. Coordinar una respuesta rápida a una crisis de comportamiento.

DIRECTRIZ 7: Coordinación del tratamiento y apoyo

Número de casos del coordinador del tratamiento

El número de casos de los que se ocupará un coordinador de tratamiento, vendrá determinado por las necesidades de apoyo individual que exijan los pacientes bajo su supervisión. En todo caso, este número debe permitir una atención y contacto suficientes con los mismos, (por ejemplo, la persona con el problema de conducta y las personas que le proporcionan el apoyo rutinario en su entorno natural), con una frecuencia y duración que permitan mantener un contacto continuado adecuado, y que aseguren que las necesidades de tratamiento y los servicios de apoyo auxiliares están cubiertos de manera regular y adecuada.

Duración del servicio del coordinador del tratamiento

El coordinador del tratamiento tendrá que estar disponible para proporcionar un apoyo individualizado siempre que surja la necesidad, aunque sus actividades pueden variar en contenido y dedicación, en función de las necesidades de tratamiento o apoyo del individuo o de su familia.

Los horarios de trabajo del coordinador se estructurarán de tal manera que pueda cumplir con las necesidades que surjan fuera del horario de trabajo, incluidas noches y fines de semana, ya que pueden ocurrir problemas graves en cualquier momento. En ocasiones, el trabajo del coordinador puede extenderse durante largo tiempo con algunos pacientes, dada la naturaleza de algunos problemas de conducta y los factores que afectan a su incidencia, tales como determinadas enfermedades psiquiátricas crónicas.

DIRECTRIZ 8: Prestación de servicios

Propuestas para la prestación de servicios básicos y auxiliares

Los servicios básicos y auxiliares consisten en los siguientes servicios y funciones:

1. Evaluación y diagnóstico multimodal (si así lo requiere su naturaleza multidisciplinar)
2. Tratamiento especializado y apoyo auxiliar, y
3. Coordinación del programa.

Los profesionales encargados de proporcionar los servicios básicos tendrán, además, que estar en contacto con especialistas de los servicios generales de la comunidad que ofrezcan atención sanitaria, de salud mental, educación y apoyo familiar y social, para proporcionar sus servicios auxiliares a personas con problemas de conducta.

Tendrán que ofrecerse cursos de formación a los profesionales de la salud y de los servicios auxiliares, para la identificación, tratamiento y gestión de problemas de conducta, así como de otros temas relacionados que sean necesarios para las personas con discapacidad intelectual. Los familiares y todas las personas de apoyo también deberían tener acceso a estas oportunidades formativas que les permitan prevenir, identificar precozmente y gestionar los problemas de conducta.

Sistemas actuales de prestación de servicios en Europa

La tendencia más extendida entre los profesionales es que las personas con discapacidad intelectual deberían estar atendidas, básicamente, por los servicios de salud mental generales. Sin embargo, los servicios especializados siguen siendo necesarios debido a la complejidad de los problemas de este colectivo, que hace necesario un conocimiento y

unas habilidades médicas especializadas para la comunicación, el diagnóstico y el tratamiento (Holt et al., 2007; Cumella, 2007). Los servicios especializados de salud mental son los que mejor cubren las necesidades de este colectivo.

En línea con los objetivos de los servicios de salud mental para personas con DI, como destaca la Asociación Europea para la Salud Mental en la Discapacidad Intelectual, el papel de estos servicios no debe quedarse exclusivamente en la lucha contra la enfermedad mental y los problemas de conducta, sino que debe promover la salud mental y el bienestar de las personas con discapacidad, como medio para prevenir enfermedades mentales y problemas de conducta.

Los servicios especializados de salud mental también requieren de personal formado en servicios de la comunidad para personas con discapacidad intelectual. En la actualidad se están desarrollando los sistemas de salud mental para personas con discapacidad intelectual en la mayoría de países europeos. De todas maneras, las diferencias en los distintos países son considerables con respecto al tipo, la calidad y el nivel de desarrollo de los mismos.

En algunos países europeos, los servicios de salud mental especializados para este colectivo están muy bien estructurados, y tienen un papel determinado y reconocido, tanto en los servicios generales de asistencia sanitaria para este colectivo como para los servicios genéricos de salud mental. En otros países se están desarrollando sistemas especializados de salud mental y, por ello, se enfrentan a problemas estructurales y organizativos. Por último, en algunos países, los problemas de salud mental de las personas con discapacidad intelectual se tratan exclusivamente desde el sistema sanitario para la población general.

DIRECTRIZ 8: Prestación de servicios

Ejemplos de buenas prácticas

En el **Reino Unido** se han desarrollado servicios especializados para personas con discapacidad intelectual y otros problemas de salud mental. Estos servicios incluyen hospitales de larga estancia, servicios para la discapacidad integrados en los centros de salud, servicios especializados para la discapacidad intelectual y para los problemas de conducta integrados en los centros de salud mental junto con el resto de la salud mental general (Bouras y Holt, 2001). Por ejemplo, el Estia Center es parte integral de los servicios locales para personas con discapacidad intelectual proporcionados por la fundación del servicio británico de salud para South London y Maudsley. (NHS Trust, 2006). Este centro ofrece los siguientes servicios:

- un dispositivo de salud mental especializado en la discapacidad intelectual, que proporciona un servicio muy especializado de evaluación, tratamiento y prevención. Las consultas pueden ser a domicilio o ambulatorias. Ofrece además servicio de asesoramiento, consulta y apoyo a otros servicios médicos como los de atención hospitalaria o los centros de salud;
- un servicio especializado para pacientes que requieran un periodo de ingreso;
- un servicio psicológico especializado con diversas posibilidades terapéuticas y conductuales.

El centro ofrece asimismo posibilidades formativas a profesionales y cuidadores, sobre las necesidades en materia de salud mental de las personas con discapacidad intelectual.

Holanda cuenta con diversos servicios especializados (Dosen y Van Belle-Kusse, 2007), que incluyen:

- centros médicos especializados para adultos

con discapacidad intelectual leve y problemas psiquiátricos y de conducta;

- departamentos especializados para personas con discapacidad intelectual en hospitales psiquiátricos generales;
- centros especializados para niños y adolescentes con discapacidad intelectual ligera y problemas psiquiátricos y de conducta;
- equipos psiquiátricos de alcance especializados para niños y adolescentes con discapacidad intelectual media y profunda y problemas de salud mental;
- Centros de Conocimiento y Consulta, con capacidad para atender a niños y adultos en todos los niveles de discapacidad intelectual y problemas de salud mental.

En **Cataluña, España**, se han inaugurado recientemente dos sistemas de servicios especializados:

- el Servicio Especializado en Salud Mental para personas con discapacidad intelectual (SESM-DI), que funciona como un servicio psiquiátrico de enlace, proporcionando apoyo a los centros de salud mental y centros de atención primaria sobre este colectivo de personas con déficit intelectual;
- Unidades Hospitalarias Especializadas para personas con discapacidad intelectual (UHE-DI). Este modelo servirá de base para desarrollar centros específicos de enlace que traten los problemas de salud mental en personas con discapacidad intelectual en otras partes de España (Salvador-Carulla y Martínez, 2007).

En **Alemania**, las personas con déficit intelectual y problemas de salud mental reciben, en su mayoría, atención sanitaria del sistema psiquiátrico y psicoterapéutico general. Existen además unidades especializadas para personas con discapaci-

DIRECTRIZ 8: Prestación de servicios

dad intelectual tanto en hospitales psiquiátricos como en hospitales generales. Por último, existen algunos mecanismos especiales en unidades residenciales y talleres supervisados.

En estos ejemplos y otros muchos similares, se aprecian diferencias significativas entre los distintos países europeos, en relación al nivel de desarrollo de los servicios de atención en salud mental para personas con discapacidad intelectual.

El intercambio de conocimientos y el uso de ejemplos de buenas prácticas entre profesionales de distintos países, constituye una fuente valiosa para aquellos sistemas que se encuentran en las primeras fases de desarrollo de servicios especializados.

D

Propuestas de futuro

Para conseguir un enfoque más adecuado en el tratamiento de problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual, hay que tener en cuenta diversos aspectos profesionales, culturales y organizativos:

Aspectos profesionales. La patogénesis del problema de conducta en pacientes con discapacidad intelectual requiere de una mayor atención por parte de los profesionales de la salud mental. La evaluación debe centrarse en identificar procesos subyacentes. Deben crearse instrumentos que permitan la evaluación y diferenciación del problema de conducta de otros trastornos médicos o psicosociales. Hay que crear una taxonomía relativa a estos problemas o ampliar la existente. Sería de gran utilidad contar con un sistema de diagnóstico adecuado, ya que permitiría mejorar la comunicación entre los profesionales, y ayudaría a mejorar la investigación científica en este ámbito. Todos los profesionales que trabajen en este sector deberán contar con formación especializada, esencial para el desarrollo de un servicio de atención adecuado en el ámbito de la salud mental.

Aspectos culturales. Es necesario aumentar la conciencia social de que los problemas de comportamiento en personas con discapacidad intelectual son, fundamentalmente, una consecuencia de la interacción entre la persona y su entorno. Para poder obtener cambios positivos en la conducta de la persona hay que modificar su entorno. Debe abandonarse la antigua creencia de que los problemas de conducta estaban ligados inextricablemente a la discapacidad intelectual, o de que éstos eran un síntoma de un trastorno psiquiátrico subyacente.

Aspectos organizativos. Hay que fomentar el desarrollo de servicios especializados de salud mental para esta población en distintos países de Europa, con el objetivo de lograr la conformidad nacional con las directrices europeas. A fin de conseguir este propósito, es extremadamente importante contar con un intercambio de experiencias y conocimientos profesionales, así como entablar un diálogo abierto, a todos los niveles, en relación con los temas de la atención de salud mental adecuada para personas con discapacidad intelectual. De esta manera se conseguirá desarrollar un enfoque adecuado para este problema.

Referencias

- AAMR (2002). Mental Retardation, definition, classification and systems of supports. Washington, AAMR.
- Adams G.L. (1999) Comprehensive test of adaptive behavior – Revised. Seattle WA, Educational Achievement system.
- Allen, M. H., Currier, G. W., Hughes, D. H., Reyes-Harde, M, Docherty, J. P. y Ross, G. W. (2001). Treatment of behavioral emergencies. *Expert Consenses Guideline Series. Postgraduate Medicine Special Report. May 2001*. White Plains, NY: Expert Knowledge Systems.
- Benson B., Valenti-Hein D. (2001). 'Cognitive and social learning treatments'. In Dosen A., Day K. (eds.): Treating mental illness and behaviour disorders in children and adults with mental retardation. Washington. Am. Psychiatric Press, pp. 101-118.
- Bouras, N., Drummond, C. (1992). Behavior and psychiatric disorders of people with mental handicaps living in the community. *Journal of Intellectual Disability Research*, 36, 349-357.
- Bouras, N., Holt G. (2001): Psychiatric treatment in community care; in Dosen A., Day K. (2001). Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation. Washington, American Psychiatric Press, pp. 493-502.
- Bradley, E. (2002). *Guidelines for managing the client with intellectual disability in the emergency room*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto.
- Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Bruninks R.H., Morreau L.E., Gilman C.J., Anderson J.L.(1991) Adaptive living skills curriculum. Itasca, IL, Riverside.
- Brylewski, J., y Wiggs, L. (1999). Sleep problems and daytime challenging behaviour in a community-based sample of adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43, 504-512.
- Carr E., Neumann J (1999). Graphic sleep monitoring. A clinical program to improve sleep in residents with mental retardation. *J Developmental and Physical Disabilities*, 11, 91-103.
- Carter A.S., Briggs-Gowan M.J. (2000). Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): Manual New Haven CT, Yale University.
- Charlot L.R. (2003). 'Mission impossible?; Developing an accurate classification of psychiatric disorders for individuals with developmental disabilities'. *Mental health Aspects of Developmental Disabilities*. 6, 1, 26-35.
- Ciarnello R.D. (1983): Neurochemical aspects of stress. In Germazy N., Rutter M. (eds.) *Stress, coping and development in children*, New York, McGraw-Hill.
- Cicchetti D., Toth S.L. (1995). 'A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect'. *J. Am. Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 5, 541-564.
- Cole P.M., Zahn-Waxler C. (1992) Emotional dysregulation in disruptive behavior disorders. In Cicchetti D., Toth S. (eds): *Developmental perspectives on depression*. Rochester, Univ. of Rochester Press, pp.173-211.
- Collins P.F., Depue R.A. (1992) A neurobehavioral systems approach to developmental psychopathology; Implications for disorders of affect. In Cicchetti D., Toth S.L.(eds): *Developmental perspectives on depression*. Rochester, Univ. Rochester Press, p. 29-102.
- Creaby, M., Warner, M., Jamil, N., y Jawad, S. (1993). Ictal aggression in severely mentally handicapped people. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 10, 12-15.
- Cumella S. (2007): Mental health and intellectual disabilities:

Referencias

- the development of services; in Bouras N. y Holt G. (eds): *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities*, Cambridge, Cambridge Univ. Press, pp. 353-363.
- Davidson, P. W., Caine, N. N., Sloane-Reeves, J. E., Gresow, V. E., Quigano, L. E., Vanltheyningen, J., y Shoham, I. (1995). Crisis intervention for community-based individuals with developmental disabilities and behavioral and psychiatric disorders. *Mental Retardation*, 33, 21-33.
- Deb S., Hunter D. (1991). 'Psychopathology of people with mental retardation and epilepsy II: Psychiatric illness'. *Br. J. Psychiatry*. 169, 26-30.
- Deb S. (1997). Behavioural phenotypes. In Read S. (ed): *Psychiatry in learning disability*. London, W.B. Saunders Co. pp. 93-116.
- Deb S., Matthews T., Holt G., Bouras N. (2001). Practice guidelines for the assessment and diagnosis of mental health problems in adults with intellectual disability. Brighton, Pavilion.
- Dosen, A. (2004). The developmental psychiatric approach to aggressive behaviors among persons with mental retardation. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 57-68.
- Dosen A. (2005 a). 'Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part I – assessment'. *J. Intellectual Disabilities Research*. 49,1, 1-8.
- Dosen A. (2005 b). 'Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intellectual disability: part II – diagnosis'. *J. Intellectual Disabilities Research*. 49, 1, 9-15.
- Dosen A. (2005 c) Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Assen, Van Gorcum
- Dosen A. (2007): Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 1, 66-74.
- Dosen A., Day K. (2001). Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation. Washington, American Psychiatric Press.
- Dosen A., Van Belle-Kusse P. (2007): The Netherlands; in Holt G., Costello H. and Bouras N.: *European Service Perspectives for People with Intellectual Disability and Mental Health Problems*; to be published in Themes for International Psychiatry.
- Dykens, E. M. (1996). DNA meets DSM: The growing importance of genetic syndromes in dual diagnosis. *Mental Retardation*, 34, 125-127.
- Dykens, E. M., Hodapp, R. M., y Finucane, B. M. (2000). *Genetics and mental retardation syndromes*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Emerson, E. (1995). *Challenging behaviour. Analysis and intervention in people with learning difficulties*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Emerson E., Moss S., Ciernan C. (1999): The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe intellectual disability, in Bouras N. (ed): *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 38-48.
- Friedman, D. L., Kastner, T., Plummer, A. T., Ruiz, M. Q., y Henning, D. (1992). Adverse behavioral effects in individuals with mental retardation and mood disorders treated with carbamazepine. *American Journal of Mental Retardation*, 96, 541-546.
- Gardner W.I., Graeber-Whalen J., Ford D.R. (2001). Self-injurious behaviours: Multimodal contextual approach to treatment. In Dosen A. Day K. (eds.): *Treating mental illness and*

Referencias

- behaviour disorders in children and adolescents with mental retardation. Washington. Am. Psychiatric Press, 323-343.
- Gardner, W. I. (2002). *Aggression and other disruptive behavioral challenges: Biomedical and psychosocial assessment and treatment*. Kingston, NY: NADD Press.
- Gardner, W. I., y Hunter, R. H. (2003). Psychosocial diagnosis and treatment services in inpatient psychiatric facilities for persons with mental retardation: Practice Guides. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 6, 68-80.
- Gardner, W. I., y Sovner, R. (1994). *Self-injurious behaviors: Diagnosis and treatment*. Willow Street, PA: Vida Press.
- Gardner, W. I., y Whalen, J. P. (1996). A multimodal behavior analytic model for evaluating the effects of medical problems on nonspecific behavioral symptoms in persons with developmental disabilities. *Behavioral Interventions*, 11, 147-161.
- Gardner, W. I., Dosen A., Griffiths D.M., King R. (2006): Practice guidelines for diagnostic, treatment and related support services for persons with developmental disabilities and serious behavioural problems. Kingston, NADD Press.
- Gennep van A.(2005) Een orthopedagogische perspectief op psychosociale gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke handicap. In Dosen A. (Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Assen, van Gorcum, pp. 36-45.
- Glick M. (1998). 'A developmental approach to psychopathology in people with mild mental retardation'. In Burack J.A., Hodapp R.M., Zigler E. (eds.): *Handbook of mental retardation and development*. Cambridge. Cambridge Univ. Press, pp. 563-582.
- Greenspan S.J. (1997). *Developmentally based psychotherapy*. Madison, International University Press.
- Greenspan S.J., Wieder S., (1998). *The child with special needs*. Reading, Perseus Books.
- Griffiths D. (2001). Strategic behavioral intervention in aggression. In Dosen A., Day K. (eds): *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation*. Washington, Am. Psychiatric Press, pp. 305-322.
- Griffiths, D. M., y Gardner, W. I. (2002a). Programs and intervention approaches for the treatment of persons with dual diagnosis: A summary. In J. W. Jacobson, S. Holburn, y J. A. Mulick (Eds.), *Contemporary dual diagnosis: MH/MR. Service models Vol II: Partial and supportive services* (pp. 141-149). Kingston, NY: The NADD Press.
- Griffiths, D. M., y Gardner, W. I. (2002b). Residential and day programs for persons with dual diagnosis: A summary. In J. W. Jacobson, S. Holburn, y J. A. Mulick (Eds.), *Contemporary dual diagnosis: MH/MR. Service models Vol I: Residential and day services* (pp. 123-139). Kingston, NY: The NADD Press.
- Griffiths, D. M., Gardner, W. I., y Nugent, J.A. (1998). *Behavioral supports: Individual centered interventions*. Kingston, NY: NADD Press.
- Griffiths, D., y King. (2004). *Demystifying syndromes: Clinical and educational implications of common syndromes associated with persons with intellectual disabilities*. Kingston, NY: NADD Press.
- Griffiths, D. M., Stavrakaki, y Summers, J. (Eds.). (2002). *Dual diagnosis: An introduction to the mental health needs of persons with developmental disabilities*. Sudsbury, Ontario: Habilitative Mental Health Resource Network.
- Gualtieri C.T (2002) *Brain injury and mental retardation*. Philadelphia, Lippincott, WilliamsyWilkins.
- Hastings R.P, Hatton C., Taylor J.L., Maddison C (2004) Life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disabilities, *J. Intellectual Disability research*, 48, 42-46.
- Harris J.C. (1998). *Developmental neuropsychiatry, vol. II* Oxford, Oxford Univ. Press

Referencias

- Hemmings C. (2007): The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe intellectual disabilities; in Bouras N. y Holt G. (eds): *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities*, Cambridge, Cambridge Univ. Press, pp. 62-75.
- Hennicke K. (1993). Systems therapy for persons with mental retardation. In Fletcher R., Dosen A. (eds.): *Mental health aspects of mental retardation*. New York. Lexington Books, pp. 402-418.
- Henry J. P.(1980) Present concepts of stress theory. In Usdin E. (ed.) *Catecholamines and stress; Recent advances*, New York, Elsevier.
- Hodapp R.M., Zigler E. (1995). 'Past, present and future issues in the developmental approach to mental retardation and developmental disabilities'. In Cicchetti D., Cohen D.J. (eds): *Developmental psychopathology*, New York, John Wiley y Sons.
- Holt G., Costello H., Bouras N. (2007): *European Service Perspectives for People with Intellectual Disability and Mental Health Problems*; to be published in *Themes fo International Psychiatry*.
- Irblich D. (2003) Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen geistig behindereter Menschen. In Irblich D., Stahl B. (eds)(*Menschen mit geistiger Behinderung*. Gottingen, Hogrefe, pp. 312-374.
- Izard C.E., Harris P. (1995). 'Emotional development and developmental psychopathology'. In Cicchetti D., Cohen D.J. (eds.): *Developmental psychopathology*. New York, John Wiley y Sons, pp. 467-504.
- Jacobson, J. W., Holburn, S., y Mulick, J. A. (Eds.). (2002). *Contemporary dual diagnosis: MH/MR service models Vol II: Partial and supportive services*. Kingston, NY: The NADD Press.
- Jacobson, J. W., Mulick, J. A., y Holburn, S. (Eds.). (2002). *Contemporary dual diagnosis: MH/MR service models Vol I: Residential and day services*. Kingston, NY: The NADD Press.
- Janssen C.G.C., Schuengel C., Stolk J. (2002). 'Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model'. *J. Intellectual Disability Research*. 46, 6, 445-453.
- Kandel E.R. (1998). 'A new intellectual framework of psychiatry'. *Am. J. Psychiatry*. 155, 4, 457-469.
- Kalachnik, J. E., Hanzel, T. E., Harder, S. R., Bauernfeind, J. D., y Engstromn, E. A. (1995). Antiepileptic drug behavioral side effects in individuals with mental retardation and the use of behavioral measurement techniques. *Mental Retardation*, 33, 374-382.
- King B. (2007): *Psychopharmacology in intellectual disabilities*; in Bouras N. y Holt G. (eds): *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities*, Cambridge, Cambridge Univ. Press, pp. 310-329.
- King, R., Fay, G., y Croghan, P. (2000). Pro Re Nata: Optimal use of psychotropic PRN medication. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 3, 8-16.
- Lakin, K. C. y Larson, S. A. (2002). The social and policy context of community-centered behavioral supports and crisis response. In R. H. Hanson, N. A. Wieseler, y K. C. Lakin (Eds.), *Crisis: Prevention and response in the community* (pp. 3-32). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Lambert N., Nihira K., Leland H. (1993) *AAMR Adaptive Behavior Scale – School and Community*, Austin, TX, Pro-Ed.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon y Schuster.
- Levitas A.S., DesNoyers Hurley A., Pary R. (2001) The mental status examination in patients with mental retardation and

Referencias

- developmental disabilities. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 4, 2-17.
- Loveland K., Tunali-Kotoski B. (1998) Development and adaptive behavior in persons with mental retardation. In Burack J., Hodapp M., Zigler E. (eds.) *Handbook of mental retardation and development*. Cambridge, Cambridge Univ. Press, pp. 521-541.
- Masten A.S., Coatsworth J.D (1995) Competence, resilience and psychopathology. In Cicchetti D., Cohen D. (eds) *Developmental psychopathology*. New York, John Wiley y Sons. pp. 715-753.
- Moss, S. C., Emerson, E., Kierman, C., Turner, S., Hatton, C., y Alborz, A. (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 452-456.
- Moss J., Oliver C., Hall S. et al. (2005) The association between environmental events and self-injurious behaviour in Cornelia de Lange syndrome. *J. Intellectual Disability Research*, 49, 269-277.
- NHS Trust (2006): Estia Centre; Five years report; Institute of Psychiatry at the Maudsley, King's College, London
- O'Brien, G. (2003). The classification of problem behaviour in Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD). *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 32-37.
- O'Reilly, M. F. (1995). Functional analysis and treatment of escape-maintained aggression correlated with sleep deprivation. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 28, 225-226.
- O'Reilly M., Lancioni G. (2000). Response covariation of escape-maintained aberrant behavior correlated with sleep deprivation. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 125-136.
- Pary R.J (2005). The referral dilemma of challenging behaviors, psychiatric disorders and treatment: Are there shortcuts in 2005?. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 8, 126-128.
- Pascual-Leone J. y Jonson J. (2005): A dialectical constructivist view of developmental intelligence. In O. Wilhelm y R. W. Engle *Handbook of Understanding and Measuring Intelligence*, pp. 177-201,, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pascual-Leone J. (2007): Comments to the Practice Guidelines for diagnostic, treatment and related support services for persons with intellectual disabilities and problem behaviour.
- Peine, H. A., Darvish, R., Adams, K., Blakelock, H.,m Jenson, W., y Osborne, J. G. (1995). Medical problems, maladaptive behaviors, and the developmentally disabled. *Behavioral Interventions*, 10, 149-159.
- Praag H.M. van (2000). 'Nosologomania: A disorder of psychiatry. *The World Journal of Biological psychiatry*. 1, 151-158.
- Pynoos R.S., Steinberg A.M., Wraith R. (1995) A developmental model of childhood traumatic stress. In Chicchetti D., Cohen D. (eds) *Developmental Psychopathology*, New York, John Wiley y Sons, pp 72-96.
- Reiss, S. (1994). *Handbook of challenging behavior: Mental health aspects of mental retardation*. Worthington, OH: IDS Publications.
- Reiss, R., y Aman, M. G. (Eds.). (1998). *Psychotropic medication and developmental disabilities: The international consensus handbook*. Ohio State University Nisonger Center. Columbus, Ohio.
- Reiss, S., y Havercamp, S. M. (1997). Sensitivity theory and mental retardation: Why functional analysis is not enough. *American Journal of Mental Retardation*, 101, 553-566.

Referencias

- Reiss, S., y Havercamp, S. M. (1998). Toward a comprehensive assessment of fundamental motivation: Factor structure of the Reiss Profiles. *Psychological Assessment*, 10, 97-106.
- Richardson, S. A., Koller, H., y Katz, M. (1985). Continuities and change in behavior disturbance: A follow-up study of mildly mentally retarded young people. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 220-229.
- Rotthaus W. (2001). 'System therapy'. In Dosen A., Day K. (eds.): *Treating mental illness and behaviour disorders in children and adolescents with mental retardation*. Washington. Am. Psychiatric Press, pp. 167- 182.
- Royal College of Psychiatrists (2001). DC-LD: Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/ mental retardation. London, Gaskell Press.
- Rutter M. (1980). *Developmental psychiatry, scientific foundations*. London, Heinemann
- Ryan R. (1994). 'Posttraumatic stress disorder in persons with developmental disabilities'. *Community Mental health Journal*. 34, 1, 45-54.
- Salvador-Carulla L., Martinez R. (2007): Spain; in Holt G., Costello H. and Bouras N.: *European Service Perspectives for People with Intellectual Disability and Mental Health Problems*; to be published in *Themes for International Psychiatry*.
- Seidel M., Schanze C. (2007): Germany; in Holt G., Costello H. and Bouras N.: *European Service Perspectives for People with Intellectual Disability and Mental Health Problems*; to be published in *Themes for International Psychiatry*.
- Sovner R., Lowry M. (2001). 'Mood and affect as determinants of psychotropic drug therapy: Response in mentally retarded persons with organic mental syndromes'. In Dosen A., Day K. (eds.): *Treating mental illness and behavioural disorders in children and adults with mental retardation*. Washington. Am. Psychiatric Press, pp. 265-282.
- Sparrow S.S., Balla D., Chicchetti D. (1984). *The Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines MN, American Guidance Service.
- Szymanski L.S. (1988). 'Integrative approach to diagnosis of mental disorders in retarded persons'. In Stark J, Menolascino F.J., Alberelli N., Gray V. (eds.): *Mental retardation and mental health*. New York. Springer, pp. 124-140.
- Szymanski L.S., King B.H.: (1999). 'Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with mental retardation and comorbid mental disorders'. *J. Am. Academy Child and Adolescent Psychiatry, Supplement*, 38, 12, 5S-31S.
- Tager – Flusberg H. (1999). *Neurodevelopmental disorders*. Cambridge, A. Bradford Book.
- Tsiouris J.A. (2001): The Diagnosis of depression in people with severe/profound intellectual disability, *J. Intellectual Disability Research*, 45, 115-120.
- Tsiouris J.A., Mann R., Patti P.J., Sturmey P. (2003): Challenging behaviours should not be considered as depressive equivalents in individuals with intellectual disability, *J. Intellectual Disability Research*, 47, 14-21.
- Tu, J., Shafey, H., y VanDewetering, C. (1994). Iron deficiency in two adolescents with conduct dysthymic and movement disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 371-375.
- Tucker, G. J., Price, T. R., Johnson, V. B., y McAllister, T. (1986). Phenomenology of temporal lobe dysfunction. A link to atypical psychosis - a series of cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 348-356.
- Tuinier, S., y Verhoeven, W. M. A. (1993). Psychiatry and mental retardation: Towards a behavioural pharmacological concept. *Journal of Intellectual Disability Research* 37, 16-24.

Referencias

Tyrer S. (2001). 'Psychopharmacological approaches'. In Dosen A., Day K. (eds.): *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation*. Washington, Am. Psychiatric Press, pp. 45-68.

Volkmar F., Cook E.H., Pomerroy J., Realmuto G. et al. (1999) Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with autism and other pervasive developmental disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Supplement 38, 12, 32S-53S.

Zelenski, S. (2002). Evaluation for and use of psychopharmacologic treatment in crisis intervention for people with mental retardation and mental illness. In R. H. Hanson, N. A. Wieseler, y K. C. Lakin (Eds.), *Crisis: Prevention and response in the community* (pp. 243-256). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Zigler E., Burack J.A. (1989). 'Personality development and the dually diagnosed persons'. *Research in Developmental Disabilities*, 10, 225-236.

'Practice Guidelines for Diagnostic, Treatment and Related Support Services for Persons with Developmental Disabilities and Serious Behavioural Problems' (Gardner et al., 2006)

OBRA SOCIAL CAJA MADRID
T. 902 13 13 60 · www.obrasocialcajamadrid.es

Edición española realizada por:



OBRA SOCIAL

Evaluación, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta

solidaridad

solidaridad

Evaluación, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta

