



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

TESIS DOCTORAL

**EVALUACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA
PROBLEMÁTICA EN ADULTOS CON DISCAPACIDAD
INTELLECTUAL**

Autora: MARÍA VICTORIA MARTÍN CILLEROS

Dirigida por: RICARDO CANAL BEDIA Y CRISTINA JENARO RÍO

Profesores Titulares del Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológicos

SALAMANCA, 2009



Ricardo Canal Bedia y Cristina Jenaro Río, Profesores Titulares del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, e Investigadores del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO)

INFORMAN

De que la Tesis Doctoral realizada bajo su dirección por Dña. M^a Victoria Martín Cilleros, con el título "Evaluación de factores asociados a la conducta problemática en adultos con discapacidad intelectual", reúne los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles a una investigación científica, y está en condiciones de ser sometida a la valoración del Tribunal encargado de juzgarla.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmamos la presente en Salamanca, a 20 de abril de 2009.

Fdo. Ricardo Canal Bedia

Fdo. Cristina Jenaro Río

AGRADECIMIENTOS

Quisiera comenzar mostrando mi agradecimiento hacia mis directores de Tesis, Ricardo Canal y Cristina Jenaro. Gracias por todo vuestro apoyo y por haberme permitido participar en un proyecto de tal calado y del que espero salgan muchos más frutos.

Cuando por fin decides zambullirte en el arduo trabajo de desarrollar una tesis, no sabes qué te vas a encontrar en el camino, ni realmente cuánto tiempo te va a llevar esta aventura. En su andadura vas experimentando un abanico de sensaciones. Comienzas con una ilusión parecida a cuando estrenabas material en los primeros años escolares: tienes un proyecto, haces acopio de libros, material, recoges datos,..., pero esta ilusión se va disipando por el arduo trabajo que va suponiendo, por lo que aún te queda por hacer o porque las fuerzas flaquean.

A partir de ese momento se han entremezclado el estrés, el cansancio o el desánimo. Sin embargo, todo ello se ha ido superando, no sólo por la sensación de crecimiento profesional, sino porque te das cuenta que realmente nunca has estado sola, que están esas personas que te apoyan y a quienes gustosamente les quiero ofrecer un hueco entre estas páginas. Unas páginas que a pesar de reflejar la faceta académica de tu vida no han podido surgir sin el apoyo de aquellas personas que forman parte de tu vida personal. Sobre todo cuando tienes que compaginarlo con otras actividades profesionales, que no he querido en ningún momento que se vieran afectadas, y con la crianza de una maravillosa niña, Ximena, que justo cuando cerraba sus ojitos por la noche marcaban el comienzo de unas cuantas horas de trabajo. Estas horas interrumpidas de vez en cuando para ir a darle un beso "tan dulce como un caramelo", arroparla y decirle: cariño, mamá está aún despierta, duerme tranquila.

A mi pequeña niña que le he quitado tantos momentos y a su padre, Pedro, esa maravillosa persona, la piedra angular de mi vida y que tanto apoyo moral y físico me da siempre, su cariño es mi energía.

Como no, hay otras personas maravillosas alrededor de mi vida, y cuyo apoyo quiero también agradecer.

A toda mi familia (padres, hermanos, suegros y cuñad@s) que siempre están ahí para apoyarme y ayudarme en todo lo que necesite, incondicionales al cien por cien.

A Merche, amiga desde la infancia, con la que he compartido los abatimientos y las alegrías que me ha supuesto este trabajo, y que a pesar de estar pasando por momentos tan difíciles en su vida tiene siempre un rato para escucharme y darme ánimos. A esa pareja de montañeros, y tíos adoptados, que tantos ánimos me han dado para que este trabajo se terminara.

Mi mayor agradecimiento a esa pequeña duende contorsionista, que no sabe decir que no, porque no sólo ha sido un apoyo fundamental para que este trabajo vea la luz sino que me ha hecho disfrutar a nivel profesional. Por todos esos buenos momentos fuera de horario de trabajo que me has concedido, tu calidad humana, entusiasmo y profesionalidad.

A ese “ángel” de ojos claros, porque en las regañinas que me echaba para que hiciera la tesis veía su interés en mi progreso. Su abrazo tan espontáneo y sincero, cuando por fin descubrió que ya estaba hecha, me hizo llenar de orgullo al decirme lo valiente que había sido.

A todos los compañer@s del INICO. A quienes han pasado y están en el grupo infoautismo y han colaborado en la introducción de datos para diversos proyectos, entre ellos los de parte de los cuestionarios utilizados para la presente Tesis Doctoral.

A Carmina, por ofrecer todo su apoyo y creer en lo que hacemos y cómo lo hacemos, esta tesis era una deuda con ella.

Lógicamente quedan muchas otras personas a las que nombrar, personas que se alegran enormemente porque por fin presento esta Tesis. La lista de agradecimientos podría ser interminable, tan larga incluso como el número de personas con discapacidad que han sido partícipes de este estudio y de los profesionales que les ofrecen apoyo, porque ellos han hecho que este trabajo sea posible y de todos ellos me he acordado al escribir estas líneas.

A todos muchas gracias.

Índice

PRESENTACIÓN.....	17
1 <u>CAPÍTULO. CONDUCTA PROBLEMÁTICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD</u>	25
1.1 CONCEPCIÓN HISTÓRICA DEL RETRASO MENTAL Y SU VINCULACIÓN A LA CONDUCTA PROBLEMÁTICA	25
1.1.1 CONCEPCIÓN MÉDICA	26
1.1.2 PROGRESIÓN HACIA UNA PERSPECTIVA EDUCATIVA- PSICOLÓGICA.....	29
1.1.3 ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL	32
1.2 RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTA PROBLEMÁTICA Y LA ENFERMEDAD MENTAL	34
1.3 CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMÁTICA	42
1.3.1 CONDUCTA ESTEREOTIPADA	43
1.3.2 CONDUCTA AUTOLESIVA	47
1.3.3 CONDUCTA AGRESIVA Y DESTRUCTIVA	52
1.3.4 OTROS TIPOS DE CONDUCTA PROBLEMÁTICA	54
1.4 CONCEPCIÓN ACTUAL DE CONDUCTA PROBLEMÁTICA	55
1.5 PREVALENCIA DE LA CONDUCTA PROBLEMÁTICA	59
1.5.1 PREVALENCIA SEGÚN CONDUCTA PROBLEMA	60
1.5.2 PREVALENCIA SEGÚN POBLACIÓN.....	69
1.5.3 PREVALENCIA EN ESTUDIOS GENERALES.....	70
1.5.4 ESTUDIOS NACIONALES SOBRE PREVALENCIA	72
2 <u>CAPÍTULO. MODELOS EXPLICATIVOS DEL COMPORTAMIENTO PROBLEMÁTICO</u>	75
2.1 MODELO MÉDICO.....	77
2.1.1 TEORÍA GENÉTICA	78
2.1.2 TEORÍA BIOLÓGICA	83
2.1.3 TEORÍA NEUROBIOLÓGICA	87
2.1.4 TEORÍA DE LA HOMEOSTASIS.....	100
2.1.5 TEORÍAS NEUROANATÓMICAS Y NEUROFISIOLÓGICAS.....	102
2.1.6 INTERACCIÓN MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS Y GENES	105
2.2 MODELOS PSICOLÓGICOS	106

2.2.1	MODELO PSICOMÉTRICO	106
2.2.2	MODELO COGNITIVO	109
2.2.3	MODELO DEL ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO	121
2.3	MODELOS INTEGRADORES: ENFOQUES BIO-PSICO-SOCIALES.....	129
2.3.1	ANÁLISIS ECOCONDUCTUAL	131
2.3.2	MODELO ANALÍTICO DE CONDUCTA CONTEXTUAL MULTIMODAL	136
2.3.3	EL APOYO CONDUCTUAL POSITIVO	137
3	<u>CAPÍTULO. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN CONDUCTA PROBLEMÁTICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....</u>	<u>143</u>
3.1	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMÁTICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD	144
3.1.1	METODOLOGÍA OBSERVACIONAL	145
3.1.2	METODOLOGÍA CORRELACIONAL	155
3.1.3	EL MÉTODO EXPERIMENTAL	181
3.2	INTERVENCIÓN EN CONDUCTA PROBLEMÁTICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	192
3.2.1	INTERVENCIÓN PSICOFARMACOLÓGICA.....	196
3.2.2	INTERVENCIÓN CONDUCTUAL.....	219
4	<u>CAPÍTULO. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMÁTICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN CONTEXTOS RESIDENCIALES</u>	<u>235</u>
4.1	OBJETIVOS	237
4.2	HIPÓTESIS	238
4.3	MÉTODO	240
4.3.1	PARTICIPANTES	240
4.3.2	INSTRUMENTOS	241
4.3.3	PROCEDIMIENTO	259
4.4	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	260
4.5	RESULTADOS	261
4.5.1	CUESTIONARIO DEL CONTEXTO	261
4.5.2	CUESTIONARIO INDIVIDUAL	273

4.5.3	PERFIL DE USUARIOS CON CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS SEVERAS.....	345
4.6	VARIABLES PREDICTORAS DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA	352
5	<u>CONCLUSIONES</u>	<u>357</u>
6	<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u>	<u>375</u>
7	<u>ANEXO 1. CUESTIONARIO DEL CONTEXTO</u>	<u>405</u>
8	<u>ANEXO 2. CUESTIONARIO INDIVIDUAL</u>	<u>409</u>
9	<u>ANEXO 3. ESCALA BREVE</u>	<u>413</u>

Índice de Tablas

Tabla 1. Criterios Diagnósticos para Trastornos Psiquiátricos en Adultos con Discapacidades del Aprendizaje/Retraso Mental de conducta problemática y conducta autolesiva	61
Tabla 2. Estudios de prevalencia de la conducta autolesiva.....	63
Tabla 3. Estudios de prevalencia de la conducta estereotipada	65
Tabla 4. Estudios de prevalencia de la conducta agresiva.....	68
Tabla 5. Estudios de prevalencia de la conducta problemática	72
Tabla 6. Modelos desde los que se ha abordado la discapacidad intelectual	77
Tabla 7. Conductas problemáticas destacadas en diferentes Síndromes Genéticos	81
Tabla 8. Mecanismos neurobiológicos explicativos de conductas problemáticas	96
Tabla 9. Características de las diferentes metodologías.....	145
Tabla 10. Características de los registros de intervalo.....	149
Tabla 11. Instrumentos de Banda Ancha o de Evaluación de Psicopatología en personas con discapacidad	161
Tabla 12. Instrumentos clínicos de evaluación de conducta problemática	172
Tabla 13. Características de los psicofármacos más comúnmente utilizados para el tratamiento de conductas problemáticas.....	201
Tabla 14. Prevalencias de psicofármacos según contexto.....	204
Tabla 15. Estudios sobre eficacia de los diferentes psicofármacos en personas con discapacidad intelectual y conducta problemática.....	215
Tabla 16. Criterios establecidos por el Grupo de Trabajo 12 para clasificar la validez empírica de los intervenciones psicológicas	223
Tabla 17. Método Sackett para la Investigación de Calidad.....	226
Tabla 18. Intervenciones conductuales para el manejo de conductas problemáticas.....	231
Tabla 19. Prevalencia de conducta problemática por Centro	241
Tabla 20. Estadísticos Item-Total (Escala de Estado Físico)	247
Tabla 21. Estadísticos Item-Total (Autocuidado y Habilidades prácticas)	247
Tabla 22. Estadísticos Item-Total (Habilidades de Comunicación)	248
Tabla 23. Estadísticos Item-Total (Habilidades Sociales)	248
Tabla 24. Estadísticos Item-Total (Habilidades Sociales, Items seleccionados)	249
Tabla 25. Correlaciones entre las subescalas corregidas del Cuestionario Individual	249
Tabla 26. Estadísticos Item-Total (Escala de Estado Físico y Habilidades).....	250
Tabla 27. Baremos del cuestionario de Estado Físico y Habilidades (N=224)	250

Tabla 28. Varianza total explicada (Análisis Factorial. Escala de conducta agresiva)	251
Tabla 29. Matriz de componentes (Matriz factorial de la escala de conducta agresiva).....	252
Tabla 30. Correlaciones entre factores de conducta agresiva y habilidades.....	252
Tabla 31. Varianza total explicada (Análisis Factorial. Escala de conducta autolesiva)	253
Tabla 32. Matriz de componentes (Matriz factorial de la escala de conducta autolesiva).....	253
Tabla 33. Correlaciones entre factores de primer orden de conducta autolesiva.....	255
Tabla 34. Varianza total explicada (Análisis Factorial de Segundo Orden. Escala de conducta autolesiva) .	255
Tabla 35. Matriz de componentes (Matriz factorial de los factores de segundo orden de la escala de conducta autolesiva)	256
Tabla 36. Correlaciones entre factores de primer y segundo orden de conducta autolesiva.....	257
Tabla 37. Varianza total explicada (Análisis Factorial. Escala de otras conductas problema).....	257
Tabla 38. Matriz de componentes (Matriz factorial de la escala de otras conductas problemáticas).....	258
Tabla 39. Correlaciones entre los factores de la escala de otras conductas problemáticas).....	258
Tabla 40. Correlaciones entre factores de otras conductas problemáticas y habilidades.....	258
Tabla 41. Categorías de encuestados que han participado en cada Centro	261
Tabla 42. Servicios que han sido valorados en cada uno de los Centros o Asociaciones	262
Tabla 43. Tipo de Centro evaluado	264
Tabla 44. Personas que hacen uso del servicio por conducta problemática.....	265
Tabla 45. Ratios usuario-profesional	266
Tabla 46. Existencia de características físicas resistentes a ataques deliberados	268
Tabla 47. Síndromes asociados.....	274
Tabla 48. Ingresos en Unidad Salud Mental.....	274
Tabla 49. Diagnóstico de trastornos mentales	275
Tabla 50. Otros trastornos mentales diagnosticados (Frecuencias)	275
Tabla 51. Número de medicamentos.....	276
Tabla 52. Prescripción de fármacos.....	277
Tabla 53. Porcentajes de prescripción de fármacos y conductas agresivas.....	278
Tabla 54. CI de los participantes	279
Tabla 55. Tipo de alternativa residencial	279
Tabla 56. Estadísticos descriptivos de recepción de servicios residenciales.....	279
Tabla 57. Estadísticos descriptivos de recepción de servicios.....	280

Tabla 58. Estadísticos descriptivos de formación y empleo	281
Tabla 59. Estado físico de los participantes (Frecuencias)	282
Tabla 60. Ausencia o presencia de problemas físicos	283
Tabla 61. Autocuidado y Habilidades Prácticas de los participantes (Frecuencias)	284
Tabla 62. Ausencia o presencia de Habilidades de Autocuidado y Prácticas	285
Tabla 63. Habilidades de comunicación de los participantes (Frecuencias).....	286
Tabla 64. Ausencia o presencia de Habilidades de Comunicación.....	287
Tabla 65. Habilidades Sociales de los participantes (Frecuencias)	288
Tabla 66. Ausencia o presencia de Habilidades Sociales	289
Tabla 67. Conductas estereotipadas de los participantes (Frecuencias)	290
Tabla 68. Tipos de conductas problemáticas (Frecuencias)	290
Tabla 69. Severidad de conductas problemáticas (Frecuencias).....	293
Tabla 70. Frecuencia media de las agresiones en el último mes.....	293
Tabla 71. Cambio en la severidad de esta conducta en los últimos 6 meses.....	294
Tabla 72. Hacia quien va dirigida habitualmente la agresión.....	294
Tabla 73. Situaciones que aumentan la probabilidad de la conducta agresiva	295
Tabla 74. Grado habitual de actuación necesario para controlar la agresión en el momento de su ocurrencia.....	295
Tabla 75. Grado máximo utilizado para controlar la agresión	296
Tabla 76. Frecuencia de utilización de actuaciones para controlar de modo inmediato la conducta	296
Tabla 77. Existencia de intervenciones o programas para prevenir o reducir las conductas agresivas.....	297
Tabla 78. Tipos y receptores de las lesiones físicas como consecuencia de la conducta agresiva	297
Tabla 79. Conducta agresiva como peligro físico para el usuario	298
Tabla 80. Reacción de los otros usuarios ante la conducta agresiva	298
Tabla 81. Reacción de los profesionales ante la conducta agresiva	298
Tabla 82. Razones de la conducta agresiva.....	299
Tabla 83. Tipos de conducta autolesiva	300
Tabla 84. Situaciones que aumentan la aparición de la conducta autolesiva	302
Tabla 85. Grado de actuación ante la conducta problema.....	302
Tabla 86. Actuaciones para ejercer control inmediato sobre la conducta autolesiva	303
Tabla 87. Tipos y receptores de las lesiones físicas como consecuencia de la conducta autolesiva	304

Tabla 88. Reacción de los otros usuarios ante la conducta autolesiva	305
Tabla 89. Reacción de los profesionales ante la conducta autolesiva.....	305
Tabla 90. Razones de la conducta autolesiva.....	306
Tabla 91. Tipo de objetos o propiedades que destruye la persona habitualmente	307
Tabla 92. Frecuencia media de las destrucciones de la persona en el último mes.....	307
Tabla 93. Cambio en la severidad de estas destrucciones en los últimos seis meses	307
Tabla 94. Situaciones que aumentan la probabilidad de la conducta destructiva.....	308
Tabla 95. Grado habitual de actuación necesario para controlar la conducta destructiva en el momento de su ocurrencia.....	308
Tabla 96. Grado máximo utilizado para controlar la conducta destructiva	309
Tabla 97. Alguna vez la intervención ha sido imposible porque la conducta destructiva ocurre cuando la persona está sola	309
Tabla 98. Frecuencia de utilización de actuaciones para controlar de modo inmediato la conducta destructiva	310
Tabla 99. Tipos y receptores de las lesiones físicas como consecuencia de la conducta destructiva	311
Tabla 100. Peligro físico derivado de la conducta destructiva.....	311
Tabla 101. Impacto de la conducta destructiva en el contexto de trabajo o en la vida	312
Tabla 102. Reacción de los otros usuarios ante la conducta destructiva.....	312
Tabla 103. Reacción de los profesionales ante la conducta destructiva.....	313
Tabla 104. Razones de la conducta destructiva	314
Tabla 105. Tipos de otras conductas problemáticas, disruptivas o socialmente inadecuadas.....	315
Tabla 106. Frecuencia media de la conducta más seria en el último mes	316
Tabla 107. Cambio en la severidad de estas otras conductas en los últimos seis meses.....	316
Tabla 108. Situaciones que aumentan la probabilidad de otros tipos de conducta problemática	317
Tabla 109. Grado habitual utilizado para controlar otros tipos de conducta.....	317
Tabla 110. Grado máximo utilizado para controlar otros tipos de conducta	318
Tabla 111. Alguna vez la intervención ha sido imposible porque la conducta ocurre cuando la persona está sola	318
Tabla 112. Frecuencia de utilización de actuaciones para controlar de modo inmediato otras conductas	319
Tabla 113. Tipos y receptores de las lesiones físicas como consecuencia de otros tipos de conducta problemática	320
Tabla 114. Peligro físico para la persona por este otro tipo de conductas problemáticas	320
Tabla 115. Reacción de los otros usuarios ante otros tipos de conducta problemática	321
Tabla 116. Reacción de los profesionales ante otros tipos de conducta problemática	321

Tabla 117. Razones de otros tipos de conducta problemática	322
Tabla 118. Ausencia o presencia de conductas problemáticas (Frecuencias)	323
Tabla 119. Ausencia o presencia de conductas estereotipadas (Frecuencias)	323
Tabla 120. Ausencia o presencia de conductas agresivas (Frecuencias)	324
Tabla 121. Ausencia o presencia de conductas autolesivas (Frecuencias)	325
Tabla 122. Ausencia o presencia de conductas destructivas (Frecuencias).....	326
Tabla 123. Ausencia o presencia de otros tipos de conductas problemáticas (Frecuencias).....	326
Tabla 124. Asociación entre problemas físicos y conductas problema.....	331
Tabla 125. Asociación entre Habilidades de Autocuidado y Prácticas y conductas problemáticas.....	332
Tabla 126. Asociación entre Habilidades de Comunicación y problemas de conducta	333
Tabla 127. Asociación entre Habilidades Sociales y problemas de conducta	335
Tabla 128. Ausencia o presencia de conductas agresivas (Frecuencias)	336
Tabla 129. Ausencia o presencia de conductas autolesiva (Frecuencias).....	337
Tabla 130. Correlaciones biseriales puntuales entre conductas problemáticas	339
Tabla 131. Correlaciones entre conductas problemáticas y utilización de medicamentos.....	342
Tabla 132. Correlaciones entre comportamientos problemáticos y variables de interés.....	354
Tabla 133. Coeficientes de regresión parcial del modelo final de predicción de la conducta agresiva física.....	355
Tabla 133. Coeficientes de regresión parcial del modelo final de predicción de la conducta agresiva verbal/psicológica.....	355

Índice de Figuras

Figura 1. Evolución sobre la consideración de Retraso Mental y su relación con la conducta problemática ..	34
Figura 2. Clasificación de las conductas estereotipadas	47
Figura 3. Continuo de gravedad de conducta autolesiva	50
Figura 4. Paraguas de conducta estereotipada-autolesiva	52
Figura 5. Clasificación de otros tipos de conducta problemática.....	54
Figura 6. Ciclo de mantenimiento de la conducta autolesiva	99
Figura 7. Presentación gráfica de los modelos Psicológicos (Fuente: Noguez, 2002)	119
Figura 8. Teorías explicativas del modelo cognitivo sobre el Retraso Mental	121
Figura 9. Ejemplificación del modelo de análisis conductual aplicado (refuerzo positivo)	125
Figura 10. Ejemplificación del modelo de análisis conductual aplicado (refuerzo negativo)	125
Figura 11. Representación esquemática del modelo operante de conducta problemática (Fuente: Emerson, 2007)	126
Figura 12. Esquema del modelo ecológico de Ammerman	135
Figura 13. Proceso de evaluación y formulación de hipótesis	233
Figura 14. Ubicación de los centros (porcentajes).....	264
Figura 15. Modalidad comunicativa utilizada por los usuarios (porcentajes)	267
Figura 16. Distribución de usuarios en función de la presencia de epilepsia (porcentajes)	268
Figura 17. Última vez que se utilizaron recursos adicionales de ayuda (porcentajes)	271
Figura 18. Media de conductas problemáticas a la semana (porcentajes)	271
Figura 19. Estimación de la dificultad en controlar conductas problemáticas (porcentajes)	272
Figura 20. Porcentaje consideración de la gravedad de los diferentes tipos de conducta problemática	291
Figura 21. Porcentaje de tipos de conducta problemática que manifiesta la persona con discapacidad ...	292
Figura 22. Frecuencia media de autolesiones de la persona en el último mes	301
Figura 23. Ausencia o presencia de conducta agresiva en función del sexo	328
Figura 24. Ausencia o presencia de conducta agresiva en función del CI	329
Figura 25. Asociación entre conducta destructiva y ausencia o presencia de problemas para la participación en actividades de grupo.	338
Figura 26. Asociación entre presencia o ausencia de otras conductas problema y alternativa residencial ..	341
Figura 27. Asociación entre presencia o ausencia de otras conductas problema y tiempo máximo en servicios de día	342
Figura 28. Variables relacionadas con la conducta agresiva	343

Figura 29. Variables relacionadas con la conducta autolesiva	344
Figura 30. Variables relacionadas con otras conductas problemáticas	344
Figura 31. Asociaciones significativas entre antecedentes, conducta agresiva y consecuencias.....	348
Figura 32. Asociaciones significativas entre antecedentes, conducta autolesiva y consecuencias.....	350
Figura 33. Asociaciones significativas entre antecedentes, otras conductas disruptivas y consecuencias	351

PRESENTACIÓN

A lo largo del tiempo el concepto de Retraso Mental ha sufrido cambios tanto conceptuales como terminológicos. Estos cambios a su vez han repercutido en la actuación a la hora de considerar o proporcionar los diferentes apoyos a las personas con discapacidad intelectual. Estas personas, ya sean niños o adultos, pueden presentar a lo largo de su ciclo vital gran diversidad de retos y situaciones difíciles para los profesionales que han de proporcionarles los cuidados y los servicios de apoyo que precisan. Uno de los retos más importantes tiene lugar cuando la persona con discapacidad presenta problemas de conducta graves.

Cuando hablamos de problemas graves de conducta nos estamos refiriendo a todo un abanico de comportamientos problemáticos que pueden variar en forma e intensidad, como es el caso de las autoagresiones, las agresiones, la destrucción de objetos, las autoestimulaciones, etc., (Canal y Marfín, 1999). Estas conductas aunque en ocasiones no sean muy graves, ni supongan una amenaza para la vida propia o ajena, llevan a la persona a emplazamientos educativos y residenciales muy restringidos, e interfieren en la calidad de vida del individuo y de quienes conviven con él o ella, ya que impiden o dificultan su integración en contextos comunitarios (Jackobson, 1982). Afectan también a la vida cotidiana dentro de la familia (Cole y Meyer, 1989), al acceso al empleo (Hayes, 1987) y a la integración en programas educativos (Kerr y Nelson, 1989). Además, es más probable que estas personas reciban una intervención psicofarmacológica, (Gadow y Poling, 1988) independientemente de que tengan diagnosticado o no un trastorno mental.

En las dos últimas décadas el problema de la salud mental en personas con discapacidad intelectual ha recibido una creciente atención, motivada sobre todo por dos razones: el reconocimiento de los derechos de estas personas a recibir un

tratamiento adecuado y el principio de normalización, que potencia una mayor interacción y participación de las personas con discapacidad intelectual en contextos comunitarios no segregados.

La evidencia acumulada ha puesto de manifiesto las limitaciones de los modelos médicos en el abordaje de estas personas. Ello es debido a la pobre formación interdisciplinar que se recibe, a la creencia de los psicofármacos son la única vía para controlar las conductas conflictivas y a la tendencia a infradiagnosticar los trastornos mentales en dichas personas, entre otras cosas por considerar los problemas conductuales como específicos del retraso mental. En esta interpretación, se ignora que las personas con discapacidad intelectual pueden padecer todo tipo de enfermedades mentales y que la aparición de conductas problemáticas puede ser un indicio de la existencia de un trastorno psiquiátrico, aunque en muchas otras ocasiones puede llevar a errores diagnósticos (Emerson, 1999). Estudios epidemiológicos han revelado un uso habitual de sedantes, durante muchos años, y en muchos casos sin un control adecuado del tratamiento y con múltiples efectos secundarios (Chadsey-Rusch, 1989; Meador, 1992; Davidson, 1994; Franco, 1998). A veces la medicación se utiliza como solución rápida y cómoda sin tener en cuenta las previsiones ideales a largo plazo, ni realizar una ponderación del beneficio y/o perjuicio que dicha medicación puede aportar (Franco, 1998).

Además y como veremos a lo largo de estas páginas, las conductas problemáticas no siempre son consecuencia de un trastorno mental. Así, se ha tratado de explicar el porqué de estos comportamientos desde diferentes disciplinas y ámbitos, pues no hay una única teoría que explique sus diferentes topografías. Los estudios de prevalencia que tratan también de establecer relaciones entre los factores asociados a la conducta problemática pueden así mismo arrojar luz a la explicación de este tipo de comportamiento.

Sin embargo, de la revisión de estudios de prevalencia, se desprende una falta de homogeneidad en las diferentes investigaciones realizadas. Esta falta de criterios hace que los resultados no puedan extrapolarse, puesto que los estudios llevados a cabo, o bien se han basado en una topografía determinada de conducta problema, o bien se han centrado en una población con determinadas características, o se han utilizado definiciones diferentes para la conducta problemática. Incluso existen estudios de carácter muy general sobre los que es difícil extraer conclusiones.

Hay pocos estudios dirigidos a identificar la prevalencia de múltiples formas de conducta problemática en las personas con discapacidad intelectual y que abarquen a toda la población de una zona geográfica determinada. Una de las excepciones más importante es el estudio desarrollado por Emerson y cols, (2001). Estos autores señalan que entre el 10 y el 15% de las personas con retraso mental que utilizan servicios educativos, sociales o sanitarios presentan problemas de conducta. Este estudio fue replicado años más tarde con población Noruega, encontrándose resultados muy similares con una ratio del 11,1% (Holden y Gitlesen, 2006).

En este sentido, y en ausencia de trabajos previos de tal envergadura a nivel nacional, la presente Tesis Doctoral pretende dar un paso más en la investigación sobre la conducta problemática en las personas con discapacidad intelectual y contribuir al conocimiento de los factores asociados a dicho comportamiento.

Más concretamente, en la presente Tesis Doctoral nos planteamos los siguientes *objetivos*:

1. Evaluar la prevalencia total de la conducta problema en personas con discapacidad intelectual en centros residenciales y ocupacionales de la red pública de Castilla-La Mancha y la prevalencia específica de acuerdo a las distintas topografías clasificadas por Emerson y cols. (1995, 2001).

2. Evaluar los factores antecedentes y consecuentes que ayudan a explicar la aparición y mantenimiento de los problemas de conducta.
3. Evaluar los factores que mejor predicen cada una de las conductas problemáticas previamente mencionadas.
4. Extraer dimensiones o factores del cuestionario individual relacionados con variables personales (habilidades y estado físico) y con la conducta problema y contrastar las propiedades psicométricas de las escalas obtenidas.

Por otro lado, nuestras *hipótesis* se formulan resumidamente como sigue:

1. Existirá un porcentaje de prevalencia cercano al encontrado en estudios realizados con muestras amplias y que tienen en cuenta diferentes tipos de conducta problemática, es decir una prevalencia cercana o superior al 10%.
2. La persona con conducta problemática utilizará diferentes formas de comportamiento problemático y no sólo una topografía.
3. Esperamos encontrar una mayor presencia de conductas agresivas en las personas con más nivel en habilidades y de conductas autolesivas en las de menos nivel de habilidades o con síndromes asociados.
4. Existirá una relación inversa entre habilidades adaptativas y conducta problemática:
 - 1 A menor capacidad física, aumentará la probabilidad de conductas autolesivas frente a heteroagresivas.
 - 2 Cuanto mayores sean las capacidades físicas y habilidades adaptativas, mayor será la probabilidad de que la conducta problemática vaya dirigida a otros.
5. Existirá un mayor porcentaje de personas con discapacidad que presentan conducta problemática en servicios menos integradores

6. Un mayor número de usuarios en un servicio estará asociado a una mayor presencia de comportamiento problemático.
 1. La institucionalización se encontrará asociada a una mayor conducta problemática.
7. La conducta problemática será predicha por una combinación de variables internas o personales (capacidades, habilidades) y externas (contexto).
8. Es posible obtener medidas fiables de la conducta problemática y de variables personales asociadas.

La presente Tesis Doctoral está estructurada en dos partes. Una parte teórica que consta de tres capítulos y una parte empírica en la que se describe el estudio realizado en diferentes centros de la red pública de Castilla-La Mancha.

En el *capítulo 1* presentamos un recorrido histórico de la vinculación del retraso mental con la conducta problemática, y de ésta con un problema de salud mental. Por otra parte no es fácil tratar un problema si no precisamos a qué nos referimos. Por ello en este primer capítulo se abordan los problemas de definición de la conducta problemática y sus diferentes topografías. Tras la revisión de los diferentes estudios de prevalencia, queda de manifiesto cómo, dependiendo de los criterios seleccionados a la hora de realizar la investigación, los datos de prevalencia experimentan porcentajes muy dispares.

En el *capítulo 2* analizamos en profundidad los modelos teóricos del comportamiento problemático en las personas con discapacidad intelectual. Cada uno de estos modelos acentúa las variables personales, contextuales o ambas. La revisión efectuada pone de manifiesto la insuficiencia de un modelo unidimensional para explicar estas conductas. Es necesario acogerse a diferentes perspectivas de acuerdo a la función de la conducta problemática, y siempre teniendo presente que una misma topografía puede tener funciones diferentes dependiendo del contexto

donde se manifieste y las circunstancias presentes en la persona. De ahí la relevancia de adoptar un modelo integrador biopsicosocial en la explicación de estos comportamientos.

El *capítulo 3* consta de dos grandes apartados: la evaluación y la intervención. Se ha optado por agrupar ambos elementos pues consideramos que, al igual que sucede en la práctica, la evaluación y la intervención siempre deben ir unidas, generando un feedback continuo. Partimos de la premisa de que es necesario llevar a cabo una evaluación para comprender la conducta problemática y descubrir los factores asociados a ella, así como para establecer las bases de una intervención eficaz. En el primer apartado abordamos los diferentes métodos de evaluación empleados y los instrumentos más utilizados y representativos de cada enfoque. En el segundo apartado ofrecemos las distintas propuestas de intervención de acuerdo a la evaluación llevada a cabo, haciendo hincapié en dos grandes disciplinas que tienen probada eficacia en el ámbito: la intervención psicofarmacológica y la conductual. Justificaremos cómo ambas disciplinas han estado presentes en la intervención del comportamiento problemático desde sus orígenes.

En el *capítulo 4* presentamos el estudio empírico realizado en 13 centros de la red pública de Castilla-La Mancha. Cada centro ofrece como mínimo dos servicios (centro residencial y de día), algunos pueden llegar incluso a ofrecer hasta cinco servicios diferentes. Todos los centros tienen en común ofrecer algún tipo de servicio residencial, bien sea mediante vivienda tutelada, pequeña residencia o macroresidencia. Del presente estudio cabe destacar que para su desarrollo se ha utilizado la definición de conducta problemática más aceptada para este colectivo y con mayor consenso, como es la propuesta por Emerson y cols., (2001). Así mismo, se han aplicado los instrumentos utilizados en dos de los grandes estudios empíricos de prevalencia con el fin de poder comparar resultados, como son el estudio de Emerson

y cols., (2001) y el estudio de Holden y Gitlensen (2006). Además el estudio se ha realizado con una muestra amplia en comparación con otros estudios existentes. Todo ello permite contrastar los resultados con los obtenidos en otros contextos culturalmente distintos.

Finalmente, presentamos las *conclusiones* generales de esta investigación así como sus principales contribuciones, implicaciones prácticas y sugerencias de mejora para futuras investigaciones. Esperamos que todo ello contribuya en definitiva a mejorar el bienestar no sólo de las personas con discapacidad, sino también de los profesionales o cuidadores primarios quienes muchas veces acuden a los expertos con angustia y desesperación ante la impotencia de no saber cómo actuar o de si su actuación es la correcta, y se encuentran con que tampoco ellos tampoco tienen la solución a sus problemas.

1 CAPÍTULO. CONDUCTA PROBLEMÁTICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1.1 Concepción histórica del Retraso Mental y su vinculación a la conducta problemática

La mayoría de los trabajos sobre Retraso Mental que se pueden encontrar a lo largo de la literatura se centran en el concepto en sí, en cómo se ha definido esta condición a lo largo del tiempo. En dichas definiciones la manifestación conductual del Retraso Mental se caracteriza por ser socialmente inadecuada, e incluso problemática.

Su concepción ha experimentado sucesivas modificaciones a lo largo de los años y se encuentra aún en estudio y evolución. Estos cambios son el reflejo de la actitud de la sociedad acerca de las personas con discapacidad intelectual y afectan también al modo de intervenir con ellas.

Haciendo un recorrido histórico sobre la evolución del término, sus inicios están vinculados a una concepción médica, siendo su principal aportación la distinción entre Retraso Mental y enfermedad mental. Posteriormente, desde una perspectiva educativa psicológica, el desarrollo de las pruebas de inteligencia permitió unificar un criterio diagnóstico y proporcionar a los afectados una educación especial dirigida a mejorar sus capacidades. Finalmente, y en la actualidad, se asume un enfoque multidimensional recogido por la definición que proporciona la Asociación Americana de personas con Discapacidad del Desarrollo Intelectual (AAIDD) (Verdugo, 1995).

En las páginas siguientes profundizaremos sobre estos enfoques.

1.1.1 Concepción médica

Históricamente las personas con discapacidad a lo largo de las civilizaciones han pasado de ser protegidas, como en Egipto donde el dios Osiris velaba por ellas, a tener peor suerte, como en la antigua Grecia donde las mataban, o eran abandonadas, como sucedía en Roma. En dicha ciudad, los niños con alguna discapacidad eran dejados en la Columna Lactaria y personas contratadas por el Estado, se encargaban de rescatarlos. El destino de muchos de ellos no mejoraba, pues eran utilizados como mendigos, sufriendo incluso mutilaciones para ser más rentables. Paradójicamente, gracias al desarrollo de la medicina desarrollada en Roma, junto con la llegada del cristianismo y la filosofía de otras religiones, estas personas comienzan a recibir un trato más humano (Scheerenberger, 1983) y empieza a definirse esta discapacidad a medida que avanza la ciencia.

Los primeros trabajos aparecen en diferentes textos médicos, en los que se trata como una enfermedad y se incluye en los primeros sistemas de nosología psiquiátrica. En cuanto a su vinculación con la conducta problemática, Szymanski (1994) señala que tanto el Retraso Mental como la enfermedad mental son reconocidos en gran medida por sus síntomas comportamentales, siendo éstos unos de los factores más importantes de confusión.

Durante los siglos XVII y XVIII empieza a realizarse una clara distinción entre idiocia y demencia. Podríamos decir que supone el primer intento por diferenciar entre Retraso Mental y enfermedad mental. Así, en los tribunales del Medievo el término idiocia se asociaba a calificativos como congénito o irreversible. En este periodo las definiciones legales incluían pruebas de evaluación de la conducta diaria, como por ejemplo manejar dinero, para decidir el nivel de Retraso Mental (Berrios,

1994). Desde un punto de vista médico, estas definiciones distinguían entre insano, demente y retrasado mental.

En estas primeras épocas, se puede observar una cierta relación entre Retraso Mental y conducta problemática. De esta forma, quien presentaba una discapacidad intelectual por su comportamiento, era considerada persona trastornada, que debía ser internada en orfanatos o manicomio sin recibir ningún tipo de atención específica. También se denominaban imbéciles, amentes, débiles mentales, diferentes o locos. A modo de ilustración, Lombroso (1877) habla de la reacción emotiva de los idiotas, indicando que "cuando sufren cualquier contrariedad reaccionan con explosiones fuertes, desproporcionadas de ira, con verdaderos paroxismos de furor, en los que la conciencia se extingue completamente, por lo cual, pasado el acceso no lo recuerda" (pagina 327).

Desde este modelo médico caben destacar las aportaciones de Cullen (1710-1790), quien desarrolló una clasificación de trastornos mentales tomando los mecanismos etiopatogénicos como principal criterio clasificador. Este autor estableció su propia nosología, incluyendo en las neurosis (Clase II), el orden IV de Versanieae, definido como: "lesiones de la facultad de juicio sin fiebre o coma", que comprendían cuatro géneros: Amencia, Melancolía, Manía y Onoridinia. La categoría relevante para el Retraso Mental es la Amencia definida como: imbecilidad de la facultad de juicio con incapacidad de percibir o recordar, y que se clasifica en tres tipos: congénita, senil y adquirida. La primera constituye una entidad relevante para futuras consideraciones del Retraso Mental, puesto que se define como una enfermedad presente desde el nacimiento. Estas ideas trascendieron hasta tal punto que son necesarias incluso para comprender los cambios recientes en el concepto de Retraso Mental.

En el siglo XIX Pinel (1745-1826), desarrolló su propia nosología, y en su Clase IV, neurosis, incluyó las neurosis que afectaban a los sentidos, a la función cerebral, a la locomoción, a la voz, a las funciones nutritivas y a las de reproducción. El idiotismo aparecía como una de las categorías clasificada bajo las neurosis de las funciones cerebrales y se definía como una abolición, total o parcial de las funciones de comprensión y sentimiento. El autor señalaba además que algunas neurosis podían ser adquiridas o congénitas.

Cabe señalar otras aportaciones históricas, como las realizadas por Esquirol (1772-1840) desde el punto de vista francés, o por Hoffbauer (1766-1827) desde el punto de vista alemán. Estos autores consideraban el Retraso Mental como un trastorno del intelecto y lo relacionaron con la enfermedad mental, utilizando el término de oligofrénico.

Esta situación se prolonga hasta comienzos del siglo XX, momento en que las personas con Retraso Mental son consideradas seres perturbados y perturbadores, antisociales y obsesos sexuales. Así, Goddard (1912) realizó investigaciones que demostraban que el Retraso Mental era característico de ciertas familias y que estaba íntimamente relacionado con una gran variedad de "males sociales" como los crímenes, el alcoholismo, la prostitución y otras "inmoralidades". Concluyó además que la mayoría de estas personas eran "retrasados mentales". Por su parte Fuhrmann y Vogel (1970) dentro de las alteraciones asociadas a la oligofrenia leve, mencionan la presencia de anomalías psíquicas asociadas con trastornos de conducta.

Aunque en el siglo XX aún abundan autores con una clara tendencia médica ya en el siglo anterior comienzan a ser notorias las divisiones entre diferentes enfoques.

1.1.2 Progresión hacia una perspectiva educativa- psicológica

En el siglo XIX surgen autores que desde perspectivas antimédicas tratan de desarrollar experiencias educativas y terapéuticas, situándose en una perspectiva humanitaria y romántica. En esta corriente se posicionan autores como Seguín (1812-1880) o el británico Prichard (1786-1848), quienes muestran ambivalencia sobre si el Retraso Mental es o no una forma de enfermedad mental.

Estos primeros intentos educativos y terapéuticos defienden la posibilidad de entrenar a las personas con Retraso Mental. La primera experiencia educativa fue llevada a cabo por Itard (1800), quien consideraba que las capacidades humanas eran infinitas y estaban determinadas por el ambiente. Este autor se encarga de educar a un niño en estado salvaje encontrado en los bosques de Aveyron, diagnosticado como "deficiente incurable". Aunque gracias al entrenamiento realizado por Itard, el niño llegó a adquirir algunas habilidades sociales, la experiencia no fue del todo exitosa. Sin embargo propició la aparición de discípulos a favor de esta perspectiva a la hora de tratar a las personas con discapacidad intelectual. Tal es el caso de Seguín (1835) quien al igual que su maestro comenzó por educar a un niño "idiotita" y el éxito obtenido le llevó a desarrollar un sistema educativo denominado "método fisiológico". En dicho siglo surge también la institucionalización de quienes presentaban una discapacidad psíquica. Así, por ejemplo, en 1855 se concede el carácter de permanente y oficial a la escuela experimental de Howe, uno de los pioneros del movimiento sobre el Retraso Mental, bajo el nombre de "Escuela para jóvenes Idiotas y Débiles mentales de Massachussets".

Si bien en sus orígenes se pretendía proporcionar una educación específica en centros educativos especiales, regentados por psicólogos y pedagogos, estos centros acabaron convirtiéndose en instituciones de cuidado permanente de quienes se

consideraba que no podían valerse por sí mismos. La evidencia demostró que las buenas intenciones y la capacitación no podían por sí solas “curar” el retraso y quedó claro que la mayoría de los residentes tendrían que permanecer en estas instituciones indefinidamente.

Paulatinamente fue cambiando la actitud hacia la persona con Retraso Mental. Dado que no era posible la “curación” total y debido a las ideas darwinistas sociales imperantes que defendían la necesidad de proteger a las personas normales de las no-normales, la persona con discapacidad pasó de ser considerada una persona desafortunada que merecía recibir ayuda, a ser considerada degenerada que debía ser separada, segregada y discriminada. Se entendía que su existencia rebajaba la calidad de la raza humana y que constituía una amenaza para el futuro de la especie.

En consecuencia, las primeras décadas del siglo XX no se distinguieron por sus progresos en el trato que se dispensaba a las personas con discapacidad. Es a partir de los años 30, debido a acontecimientos políticos que devinieron en una mayor preocupación por parte de los gobiernos hacia los ciudadanos menos afortunados junto a las aportaciones del estudio científico de la deficiencia mental, cuando tuvo lugar un cambio gradual pero profundo en las actitudes de la sociedad hacia sus miembros menos capacitados (Ingalls, 1978).

En 1950 se creó, en los Estados Unidos de América, la Asociación Nacional para Niños Retrasados (National Association for Retarded Children, NARC), formada por padres y otros ciudadanos interesados en estos niños. Este acontecimiento jugó un papel importante en el cambio de actitud y mejora de los servicios proporcionados. La NARC desempeñó un papel fundamental en la creación de casas cuna, guarderías, centros de actividad, programas recreativos y talleres protegidos. Podemos considerar este movimiento como un hito hacia la normalización.

En 1957, a medida que se fue disponiendo de pruebas de evaluación de la inteligencia, se publicó el sistema de clasificación etiológica. En dicho sistema se añadió la categoría numérica de capacidad intelectual. También se incluyeron factores etiológicos asociados a un rendimiento intelectual por debajo de los parámetros establecidos y se estableció la diferencia entre quienes nacían y crecían con una limitación intelectual y quienes disponían inicialmente de capacidades normales pero, que por distintos motivos, experimentaban una reducción importante de dichas capacidades.

En 1959 se aprecia otro avance en el concepto, como es el referido al criterio de conducta adaptativa. El desempeño personal ya no se centra sólo en el rendimiento ante pruebas estandarizadas y por una causa determinada, sino que se comienza a valorar la capacidad personal para adaptarse a las condiciones del medio en que se desenvuelve la persona. Además, la investigación demuestra que la inteligencia no es algo tan fijo como se pensaba, pues surgen evidencias de personas cuyo cociente intelectual aumentaba sustancialmente al ser expuestas a mejores circunstancias ambientales.

Al mismo tiempo se descubrió que el ambiente más negativo era precisamente el institucional, carente de suficiente atención y estímulo. En consecuencia, empezó a variar la imagen que se tenía de las instituciones. Pasaron de ser consideradas como espacios donde las personas recibían los cuidados y entrenamiento necesarios, a ser considerados lugares en los que se mantenía a las personas en contra de su voluntad y en los que su inteligencia experimentaba un deterioro (Ingalls, 1978).

Esta evolución a lo largo del siglo XX deriva en la aparición de diferentes enfoques tanto psicológico, como médico y sociológico a la hora de abordar el Retraso Mental.

1.1.3 Enfoque multidimensional

Desde una perspectiva aplicada, los modelos han experimentado una lenta evolución desde una preponderancia de los criterios psicométricos, que tenían en cuenta exclusivamente el CI, hasta una reciente incorporación más o menos explícita de los aspectos de adaptación social.

A partir de la segunda mitad del siglo XX comienza a surgir una perspectiva más integradora. En 1959 Heber proporciona la quinta definición de la Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (AAMD) que a mediados de los años ochenta pasó a denominarse Asociación Americana sobre personas con Retraso Mental (AAMR), actual Asociación Americana de Discapacidades Intelectual y del Desarrollo (AAIDD). Dicha asociación, desde su fundación en 1876, ha tenido como una de sus principales ocupaciones la de ofrecer una definición clara y no discriminatoria de la condición de las personas con Retraso Mental. La primera edición de su manual sobre la definición del Retraso Mental se publicó en el año 1921 y a partir de entonces se han publicado nueve más, correspondientes a los años 1933, 1941, 1957, 1959, 1973, 1977, 1983, 1992 y 2002, siendo esta última edición la que está vigente. Las nuevas ediciones se han servido de las anteriores como punto de partida para una mejor y mayor comprensión del Retraso Mental en cuanto a claridad, amplitud y delimitación. Cada década se ha visto influenciada por estos manuales clasificatorios y, con cada nueva edición, la definición se ha venido enriqueciendo con matices cada vez más esclarecedores.

En la actualidad, de acuerdo con la definición de Retraso Mental presentada por la AAIDD, es necesario cumplir tres criterios para ser diagnosticado como tal. En primer lugar, la persona ha de tener un funcionamiento intelectual notablemente por debajo del promedio. En segundo lugar, deben existir deficiencias de adaptación evaluadas con escalas de conducta multidimensionales. El tercer criterio es que la

condición debe manifestarse durante el periodo de desarrollo. Esta definición y clasificación, al igual que la proporcionada en 1992, acentúa el criterio de adecuación social. El fracaso por adaptarse al ambiente (incompetencia o inadecuación social de las personas con Retraso Mental) constituye pues el criterio fundamental del entendimiento de esta discapacidad (Verdugo, 1995).

En resumen, la evolución histórica de la concepción del Retraso Mental se puede dividir en dos momentos significativos: antes y después del siglo XX. En el periodo previo se diferenció claramente entre Retraso Mental y otras patologías, considerando al primero como una alteración constitucional del sistema nervioso central. En el periodo posterior, las propuestas de la entonces AAMR en 1959 marcaron la pauta de una concepción ampliamente aceptada en los medios científicos y profesionales en cuyas definiciones se acentuó la importancia de las limitaciones en la conducta adaptativa. Además comienza a considerarse que este déficit se manifiesta, la mayoría de las veces, en forma de conductas problemáticas. En la Figura 1 se representan las diferentes perspectivas desde las que se ha considerado el Retraso Mental y la conducta problemática.

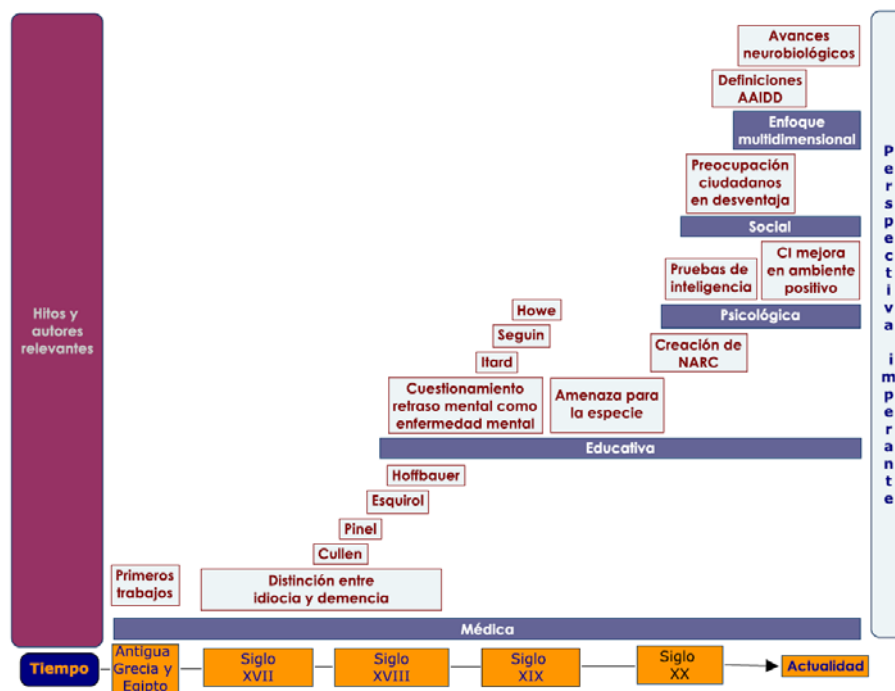


Figura 1. Evolución sobre la consideración de Retraso Mental y su relación con la conducta problemática

1.2 Relación entre la conducta problemática y la enfermedad mental

Al igual que el concepto de Retraso Mental se ha venido asociando al término de enfermedad mental la conducta problemática ha estado y está vinculada a los trastornos mentales desde sus orígenes. Por ello, la complejidad de la conducta problemática depende no sólo de la gran variabilidad topográfica sino también del hecho de que conductas problemáticas como la agresión y los síntomas conductuales disruptivos suelen estar asociados a un amplio rango de desordenes psiquiátricos y conductuales incluidos en los manuales de diagnóstico formales y en los sistemas de clasificación de psicopatología infantil y adulta.

Sin embargo, dichos comportamientos no suelen encajar en una etiología única. Más aún, es clínicamente razonable relacionar la conducta problemática y los

trastornos mentales, puesto que varias categorías diagnósticas del DSM-IV se caracterizan por incluir conductas problemáticas. Por ejemplo, en algunos casos los problemas de agresión y los actos disruptivos socialmente significativo, pueden ser la característica central de un conjunto de síntomas en síndromes variados; como el trastorno de conducta o el trastorno de personalidad antisocial. Sin embargo, en otros casos pueden estar asociados a características sintomáticas más centrales que requieren un tratamiento psicológico y/o psicofarmacológico, como pudiera ser el trastorno de estrés postraumático o el trastorno del estado de ánimo.

A modo de ilustración, si tomamos como referencia tanto los sistemas de clasificación categoriales como el DSM IV (APA, 1994) y la CIE-10, (WHO, 1992) o las categorías descritas mediante el sistema dimensional propuesto por Quay (1999), los problemas de agresión y/o dificultades de conducta clínicamente significativos pueden estar presentes en diagnósticos tan variados como el trastorno de conducta, el trastorno de conducta socializado o infrasocializado, el trastorno de conducta infrasocializado agresivo, el trastorno de conducta hiperkinético, el trastorno disocial desafiante y oposicionista, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno del control de impulsos, el trastorno explosivo intermitente, el trastorno esquizofrénico, el trastorno del ánimo o los trastornos del desarrollo. También en diferentes trastornos de personalidad como el antisocial, límite, pasivo agresivo, el trastorno paranoide de personalidad o el cambio de personalidad debido a condiciones médicas en general.

Profundizando en este aspecto, aunque la CIE 10 plantea que "trastorno" no es un término preciso, lo utiliza para señalar la presencia de un comportamiento o un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Así pues, dicha clasificación adopta un planteamiento confuso a la hora de clasificar los problemas

de conducta, puesto que algunos pueden codificarse en tres lugares diferentes sin establecer cuál es el más apropiado.

Lo mismo ocurre con el DSM-IV (1994) que define el trastorno como “un síndrome psicológico o conductual clínicamente significativo que ocurre en un individuo y que está asociado con dolor (por ejemplo, un síntoma doloroso) o discapacidad (por ejemplo, alteración en una o más áreas importantes de funcionamiento) o con un riesgo significativamente elevado de sufrir muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de libertad”. La definición es tan amplia que puede incluir muchas formas de conducta problemática. Así las autolesiones cumplen los requisitos, ya que implican dolor y sufrimiento para la persona y pueden ser consideradas en la mayoría de los casos, si no en todos, como severamente disfuncionales. Las conductas agresivas presentan más de un problema. Además, si la conducta es percibida como un déficit de inhibición hacia otros, a pesar de seguir siendo conducta problemática puede no estar asociada al dolor o potencial sufrimiento de quien la presenta; más bien este dolor o sufrimiento lo padece quien es objeto de la agresión (Emerson, Moss y Kiernan, 1999).

Como ya mencionáramos, en 1828 Esquirol diferenció entre enfermedad mental y Retraso Mental. Aunque en el DSM III se distinguiera ya entre trastornos psiquiátricos y Retraso Mental, situando a los primeros en el eje I y a los segundos en el eje II, realmente no es posible establecer una línea de corte clara entre los trastornos de conducta y los psiquiátricos en personas con Retraso Mental (Dosen, 1993) a pesar de los múltiples intentos que se han realizado (Jacobson, 1990). Los problemas de conducta pueden deberse a todos o a ninguno de los trastornos psiquiátricos, y a su vez, en los trastornos mentales pueden presentarse todas o ninguna de las habituales alteraciones de conducta (Fraser y Nolan, 1994). Además los comportamientos problemáticos pueden ser síntomas o signos de enfermedades mentales o constituir en

sí mismos problemas de conducta aprendidos (Bodfish y Madison, 1993). La misma conducta desadaptada puede aparecer aisladamente, sin psicopatología subyacente, o como síntoma de una enfermedad (Szymansky, 1994).

Más concretamente Emerson, Moss y Kiernan (1999) plantean cuatro formas posibles en las que un trastorno mental puede estar asociado con la conducta problemática. En primer lugar, pueden existir factores familiares que influyen en el origen y desarrollo de problemas de conducta y trastornos psiquiátricos. Así, el incremento en la prevalencia de desórdenes de conducta o conducta problemática se asocia a estilos educativos o cuidados inadecuados, a discordias familiares o a inestabilidad o desorganización en el hogar, en adultos jóvenes con discapacidad moderada (Nihara, Meyer y Mink, 1980; Richardson, 1987).

En segundo lugar, la conducta problemática puede ser una forma atípica de presentación de un trastorno psiquiátrico en los individuos con Retraso Mental. Por ejemplo, varios estudios sugieren que algunas formas de autolesión pueden constituir una particular manifestación del trastorno obsesivo-compulsivo y ello porque por un lado existen similitudes topográficas claras entre este trastorno y las conductas autolesivas, puesto que ambas categorías constituyen conductas repetitivas, estereotipadas y ritualistas, aparentemente no relacionadas con demandas inmediatas de la situación y extremadamente resistentes al cambio (Kiernan y cols., 1997). Por otro lado las evidencias sugieren que el antagonista de la serotonina o los inhibidores de recaptación (por ejemplo, fluoxetina o clomipramine) pueden reducir los trastornos obsesivo compulsivos en personas sin discapacidad intelectual (Lader y Herrington, 1996) y las conductas autolesivas en personas con Retraso Mental severo (Bodfish y Madison, 1993; Lewis y cols., 1996; Markowitz, 1992; Sovner y cols., 1993).

En tercer lugar, los problemas de conducta pueden constituir un rasgo secundario de los trastornos psiquiátricos en personas con Retraso Mental. De esta

forma, a medida que aumenta el grado de severidad de la discapacidad los síntomas del trastorno mental son más conductuales que cognitivos. Reid (1982) sugiere que los síntomas clínicos indicativos de depresión en personas cuyo nivel de discapacidad es tan profundo que les dificulta verbalizar sus sentimientos incluyen síntomas somáticos (como por ejemplo, dolor de cabeza o abdominal), crisis de histeria y perturbación de funciones psicológicas como el sueño, el apetito y la deposición. Además, Meins (1995) constató que, en personas con Retraso Mental severo, las conductas problemáticas severas aparecen con mayor frecuencia ante la presencia de depresión definida conforme a los criterios del DSM IV.

En cuarto y último lugar, los trastornos psiquiátricos pueden establecer una base motivacional para la expresión de problemas de conducta que, a su vez, se mantienen por procesos conductuales operantes. En este sentido, cada vez es mayor el interés en la literatura conductual por comprender estas bases motivacionales (p.e., Carr y Smith, 1995; Gardner y Whalen, 1996) y por explorar la interrelación entre los procesos neurobiológicos y conductuales en la expresión de la conducta problemática (p.e., Emerson, 1995; Murphy, 1994; Oliver, 1993; Oliver y Head, 1990).

Desde este planteamiento la conducta problemática ocurre como consecuencia directa de, por ejemplo, un estado biológico (así el dolor puede ser una condición suficiente para que tenga lugar la conducta problemática). Por tanto, parece plausible sugerir que un trastorno psiquiátrico subyacente puede actuar de forma similar, modificando la valoración de una situación ambiental a priori neutra. Por ejemplo, la depresión puede estar relacionada con la falta de interés por participar en actividades sociales o educativas y, por lo tanto, con la posibilidad de que tales actividades se conviertan en reforzadores negativos para el sujeto. En consecuencia, si una persona ha aprendido previamente que con la conducta problemática puede

terminar con el evento aversivo, podemos predecir un incremento en la conducta problemática ante un episodio de depresión.

Es importante tener en cuenta, según este postulado, que la depresión no sería en sí la causa directa de los problemas de conducta, sino que la aparición de éstos está determinada por la combinación de la influencia motivacional de la depresión que establece reforzadores negativos, junto con la existencia en el individuo de un conjunto de conductas problemáticas que previamente le han servido para escapar de situaciones.

En definitiva, no existe una frontera delimitada entre los trastornos mentales y la conducta problemática. Si bien, la conducta problemática constituye a menudo un patrón conductual estable en el tiempo, más que una enfermedad con un curso predecible. Como tal, a menudo no se ajusta a los criterios para ser clasificada como trastorno. Sin embargo, la conducta problemática y más específicamente la conducta agresiva, es la razón común principal para derivar a la persona a un centro de salud mental (Cowley y cols., 2005; Gardner y Moffat, 1990). No obstante la posibilidad de que las personas con Retraso Mental presenten un trastorno psiquiátrico ha sido menospreciada por profesionales y por gestores sanitarios, al considerarse menos debilitante que la propia discapacidad intelectual, o por entenderse como una consecuencia inevitable de la misma. Hasta los años 80 algunos creían que las personas con discapacidad intelectual no tenían la capacidad cognitiva necesaria para poder manifestar un trastorno mental y los problemas conductuales eran atribuidos a su discapacidad. Podríamos decir que la coexistencia de ambos trastornos, o diagnóstico dual no ha sido reconocida, casi siempre infradiagnosticada y, consecuentemente, no tratada (Novell y Forgas, 2000). En otros términos Reiss, Levitan y Szyszko (1982) hacen referencia al "diagnóstico eclipsado o enmascarado" para explicar cómo la atribución de cualquier alteración o cambio de la conducta a

la condición de Retraso Mental puede enmascarar un proceso psiquiátrico subyacente. Este fenómeno se explica por el heurístico de saliencia, es decir, la tendencia a atribuir las causas al factor más sobresaliente. En el caso de una persona con discapacidad intelectual su grado de Retraso Mental es una característica suficientemente sobresaliente como para que no se tenga en cuenta cualquier otra condición a la hora de explicar su conducta.

En los últimos 25 años ha habido un considerable interés y esfuerzo por avanzar en el conocimiento de los problemas de salud mental en adultos con discapacidad intelectual. Hoy día se acepta que pueden padecer las mismas enfermedades mentales que las personas sin discapacidad (Smiley, 2005); incluso presentar un mayor riesgo de psicopatología e inadaptación (Borthwick-Duffy, 1994, Hemmings y cols., 2006; Linaker, 1994; Moss y cols., 2000; Rush y cols, 2004, Tenneij y Koot, 2008). Entre la patología identificada en este colectivo se ha documentado la presencia de todos los trastornos psiquiátricos existentes en la población normal, aunque con distintas tasas y sintomatología dependiendo del grado de discapacidad intelectual. Estudios epidemiológicos, junto con el consenso entre expertos, indican que las personas con Retraso Mental son más vulnerables a presentar algún trastorno mental que la población en general. Por ejemplo, Rojahn y cols., (2004) encontraron asociaciones entre problemas de conducta y determinadas condiciones psiquiátricas en personas con Retraso Mental. Concretamente, personas que mostraban conductas autolesivas, estereotipias o conductas destructivas/agresivas obtuvieron puntuaciones más elevadas en psicopatología que quienes no presentaban dichas conductas. Encontraron además que la autolesión y la conducta destructiva/agresiva se asociaba a problemas de conducta y de control de impulsos, y que la conducta estereotipada se relacionaba con trastornos severos del desarrollo, labilidad emocional y, en menor grado, con la esquizofrenia.

La identificación y correcto diagnóstico de los problemas de salud mental en las personas con discapacidad ha sido y sigue siendo compleja. La dificultad deriva en que las personas con discapacidad a menudo no reconocen sus propios síntomas, no pueden informar de ellos, o incluso tienen miedo de expresar lo que sienten. Esto implica tener que confiar en un tercero para conocer su estado de salud. La situación se complica cuando los cuidadores no reconocen fiablemente la sintomatología y a menudo no se dan cuenta de su importancia por su desconocimiento e incomprensión de los problemas de salud mental en la discapacidad intelectual (Cooper y cols., 2007; Smiley, 2005).

Hasta el siglo pasado los diagnósticos se han venido realizando mediante el DSM-IV o la CIE 10, pero estos sistemas han sido diseñados para la población en general y no son del todo apropiados para el colectivo que nos ocupa. En respuesta a las limitaciones de los anteriores sistemas de clasificación surge el Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities (DC-DL). Los criterios recogidos representan un consenso de la opinión profesional en Irlanda y el Reino Unido, desarrollado por el Royal College of Psychiatrist (2001), y que si bien tiene una elevada validez, aún no se han evaluado plenamente sus propiedades psicométricas.

Este sistema se basa en tres ejes, en el tercero (trastornos psiquiátricos) se señalan cuatro niveles con una serie de códigos diagnósticos. El nivel A alude a Trastornos del desarrollo; el nivel B a Enfermedad Mental; el nivel C a Trastornos de personalidad, y el nivel D a Problemas de conducta. En este último nivel se encuentran la agresividad verbal, la agresividad física, la conducta destructiva, la conducta autolesiva, la conducta sexual inapropiada, la conducta oposicional, la conducta de demanda, la deambulación, los problemas conductuales mixtos y otros problemas de conducta.

Como vemos este manual clasifica la conducta problemática de acuerdo a la topografía.

1.3 Clasificación de la conducta problemática

La sociedad en general y los profesionales de atención directa en particular, acostumbran a tener un criterio cambiante sobre lo que constituye o no una alteración de conducta (Revuelta y cols., 1994). Como destacan Infante y Rodríguez (1998) no toda conducta desadaptativa en el Retraso Mental debe ser considerada como patológica.

En la literatura podemos encontrar un amplio espectro de conductas problemáticas y ha habido muchos intentos por clasificarlas. Habitualmente las categorías propuestas se han centrado en la posible función de la conducta (p.e. manipulación versus estimulación), en las causas o factores etiológicos (p.e. trastornos convulsivos o síndrome de Lesch-Nyhan), en la topografía de la respuesta (p.e. manierismos de manos y cabeza) o en la fuente que presumiblemente controla la conducta (p.e. respondiente versus operante). Hasta ahora no se ha llegado a un acuerdo de una nosología basada en un principio unitario. Sin embargo, existe un razonable consenso en que las categorías que posteriormente se detallan son convenientes, pragmáticas y ayudan a identificar algunos aspectos centrales para diseñar una intervención preventiva o proactiva. Estas categorías, que abarcan lo que Meyer y Evans (1989) denominan conductas en exceso, son las estereotipias, las autolesiones, la agresión, la conducta social inapropiada, los trastornos de la regulación física y los trastornos emocionales específicos. Estas tres últimas categorías han sido englobadas por otros autores como Emerson y Bromley (1995), en la categoría de otro tipo de conductas.

Por su parte autores como Achenback y cols. (1989) clasifican las alteraciones del comportamiento en función de la dirección y consecuencias de la conducta. Así distinguen entre:

a) "conductas externalizing" (hacia fuera), que son aquellas cuyas consecuencias pueden observarse, se realizan y son sufridas por el ambiente social externo. Ejemplos serían la agresión, la agitación psicomotriz o las conductas disruptivas;

b) "conductas internalizing" (hacia dentro), que incluyen aquellas conductas cuyas consecuencias afectan al propio individuo, como por ejemplo las autolesiones o estereotipias;

c) "conductas mixtas" que son conductas que comparten aspectos de las dos categorías previas, es decir provocan consecuencias hacia el exterior y hacia el propio sujeto que las ejecuta, como por ejemplo el aislamiento social.

Como se puede observar las categorías mencionadas por Meyer y Evans (1989) se pueden incluir en las de Achenback y cols. (1989) siendo esta última una clasificación más general. Pasamos a continuación a detallar cada una de las categorías previamente mencionadas y la evidencia empírica existente sobre las mismas.

1.3.1 Conducta estereotipada

Las denominadas conductas estereotipadas son consideradas como una de las formas más complejas de psicopatología. Es un fenómeno conductual altamente llamativo, que a pesar de muchos años de investigación y de interés clínico, aún no es del todo comprendido.

Podemos encontrarnos con varias definiciones del término. Así el Diccionario de la Real Academia Española en su vigésimo segunda edición define el término "estereotipia" como "repetición involuntaria e intempestiva de un gesto, acción o palabra, que ocurre sobre todo en ciertos dementes". Esta definición es muy simplista y lo relaciona con un trastorno mental. Entre las definiciones realizadas desde el ámbito médico encontramos la ofrecida por Schroeder (1970) quien la entiende como "movimientos motores o secuencias de movimientos motores, en los que no existe un refuerzo aparente y donde el acto de llevarlo a cabo es considerado patológico". También ha sido definida como "movimientos motores repetidos de forma voluntaria e inadaptados evolutivamente, sin función adaptativa aparente" (Burkhart, 1987). En términos similares la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994) define dicha conducta como un trastorno del movimiento caracterizado por la puesta en marcha de una conducta motora repetitiva, aparentemente dirigida y no funcional. Nótese que en ninguna de estas definiciones se considera la ritmicidad como una condición necesaria, aunque sí está en la mente de los profesionales implicados en su estudio y tratamiento.

Atendiendo a esta última peculiaridad Fernández-Álvarez (2003) indica que fenomenológicamente, las estereotipias pueden ser rítmicas o no rítmicas. Estas últimas incluyen las estereotipias paroxísticas, movimientos complejos, bruscos y espasmódicos como el que se produce en el síndrome de Smith-Magenis, donde se presenta una estereotipia muy peculiar de cruzar con fuerza, durante unos segundos, ambas manos y brazos sobre el pecho, al tiempo que se inclina la mandíbula hacia abajo y ocasionalmente se abre la boca y se saca la lengua.

Las estereotipias pueden también clasificarse, según el tiempo de permanencia, como transitorias o persistentes. Las personas con un desarrollo normal pueden presentar de forma transitoria estereotipias en momentos puntuales del

desarrollo, por ejemplo cuando el niño está a punto de alcanzar un nuevo hito conductual o como preparación al mismo. Estas estereotipias o conductas estereotipadas no patológicas, representan un estado de inmadurez biológica o neurológica previa a la maduración de la conducta, (por ejemplo, movimientos de balanceo del tronco antes de adoptar la sedestación, que ayudan a fortalecerse y a perfeccionar el equilibrio postural, o el chupeteo y el laleo). Estas conductas desaparecen con la neuromaduración del niño (Cantavella y cols., 1992). Pero si la duración de estas conductas permanece en el tiempo, pasan a considerarse patológicas. Las estereotipias persistentes son frecuentes en personas con patologías, por ejemplo con defectos sensoriales (Bachara y Phelan, 1980; Fazzi y cols., 1999; Troster, Brambring y Beelman, 1991), malformaciones cerebelosas (Hottinger-Blanc, Ziegler y Deonna, 2002), Autismo (Ritvo, Ornitz y La Fanchi, 1968), Retraso Mental de etiología variada o trastornos emocionales (Kaufman y Levitt, 1965). También son comunes en personas con privación ambiental grave (Bartlet y Limsila, 1992) y en lactantes institucionalizados (Spitz, 1965). En este sentido algunos autores como Ridley (1994) han propuesto un continuo de conducta estereotipada que abarcaría desde el desarrollo típico pasando por una variedad de trastornos del desarrollo y neuropsiquiátricos. Durante un curso normal del desarrollo, las conductas estereotipadas decrecen a medida que el niño aprende conductas más adaptativas. Sin embargo, pueden seguir presentándose cuando la persona se encuentra en un estado de excitación o de tensión o cuando se aburre o se concentra mentalmente. Los niños que no progresan en concordancia con la trayectoria de un desarrollo normal presentan movimientos repetitivos del cuerpo que constituyen reacciones circulares primarias y secundarias (Inhelder, 1968).

Fernández-Álvarez (2003) realiza otra distinción entre estereotipias "primarias", cuando son la única manifestación anormal del sujeto, y "secundarias", cuando se asocian a otros defectos neuroconductuales. Entre estas últimas encontramos las

estereotipias de manos, la mordedura del pulgar, las presiones sobre los ojos, presumiblemente para provocar fosfenos, u otras conductas autoagresivas muy llamativas que se observan frecuentemente en niños con Retraso Mental o con defectos sensoriales. Las estereotipias manuales son un signo muy importante en el síndrome de Rett (Hagberg , Aicardi, Dias y Ramos, 1983), una enfermedad progresiva, limitada a las niñas, que cursa con regresión mental, Autismo, ataxia y, frecuentemente, epilepsia. Los movimientos (de lavarse las manos o de hacer calceta) implican ambas manos, generalmente situadas en la línea media, con una compleja acción en la que se da un intercalado de los dedos. El síndrome de Rett puede asociarse a rigidez y a posturas distónicas.

Morfológicamente, Franco (1998) realiza una doble distinción entre conductas: 1) motóricas y posturales, que incluyen balanceo corporal, aleteo o agitación de manos, manipulación del propio cuerpo o de objetos, morder ropa, golpear paredes u objetos, ir y venir por la habitación, tumbarse o sentarse de cualquier forma, rechinar dientes, comer excesivamente poco o de manera exagerada, mirar fijamente un objeto o al vacío, o hacer muecas, entre otras; 2) verbales, como hablar solo, hacer ruidos extraños, repetir palabras o frases de forma sistemática. Cada una de estas formas puede ocurrir por sí sola o en combinación con otras formas. De hecho la combinación de dos o más conductas estereotipadas es bastante frecuente.

Una división similar pero más detallada es propuesta por Muñoz-Yunta y cols. (2005), basándose en las observaciones realizadas en personas con trastornos generalizados del desarrollo. Dichos autores distinguen desde el punto de vista motor entre estereotipias con el cuerpo, con la cabeza, con las extremidades, con las manos o manierismos (pudiendo ser con una mano o con ambas, o con un objeto) o estereotipias motoras con deambulación. Las estereotipias verbales pueden agruparse en verbales con sonidos guturales, con palabras, con frases, con imitación de sonidos

(animales, psitacoides, ungulados) y ecolalias inmediatas o demoradas. Estos mismos autores han subdividido las estereotipias en específicas y no específicas. Las primeras son patognomónicas y características del síndrome o trastorno al cual pertenecen, equivalentes a las primarias propuestas por Fernández-Álvarez (2003). Las segundas pueden observarse en trastornos del desarrollo no especificados sin que sean definitorias de un síndrome o trastorno y corresponderían a las clasificadas como secundarias por Fernández-Álvarez (2003).

Como puede observarse no sólo hay multitud de definiciones a la hora de abordar la conducta estereotipada; también existe una diversidad de clasificaciones. En la Figura 2 se ofrece un diagrama resumen de los distintos tipos mencionados.

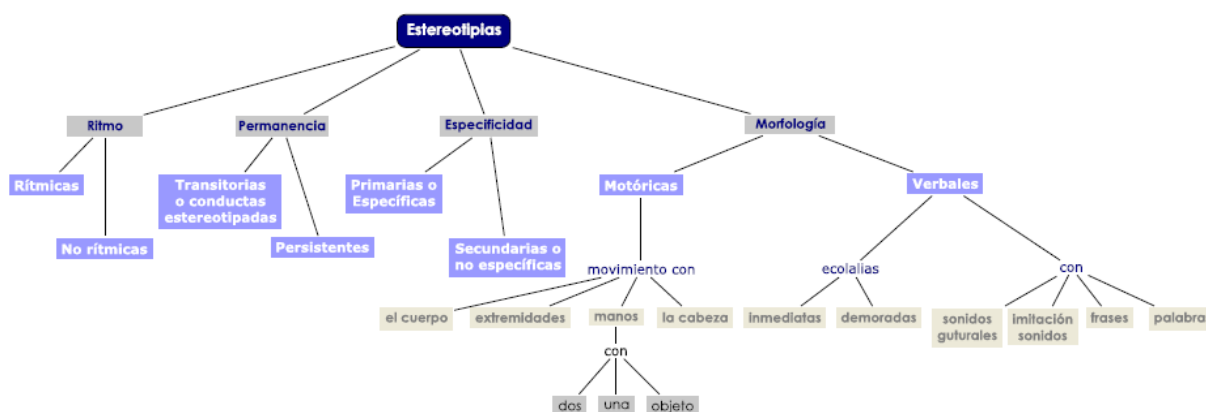


Figura 2. Clasificación de las conductas estereotipadas

1.3.2 Conducta autolesiva

La definición de conducta autolesiva varía según el autor. La más repetida y utilizada como base para el estudio de esta conducta, es la realizada por Matson en

1989. Este autor define la conducta autolesiva como una clase de conducta altamente repetitiva y rítmica que tiene como resultado el daño físico de la persona que la lleva a cabo. Existe un amplio consenso en incluir el requisito de que la acción cause algún daño a uno mismo (Hillery, 1999). Este criterio de perjuicio lleva asociado que la persona necesite de algún tipo de protección (por ejemplo un casco), para evitar acciones que podrían de otro modo ocasionarle daño (Oliver y cols., 1987). Esta forma de conceptualizar el término puede crear cierta confusión con otras manifestaciones problemáticas de comportamiento como son las estereotipias y el daño autoinfligido, donde el sujeto se ocasiona daño a sí mismo pero de forma intencional (Bermejo, 1995; Schroeder y cols., 1981).

Una de las características de la conducta autolesiva es su relativa invariabilidad. Al igual que en la conducta estereotipada, los individuos se dedican a su forma característica y propia de conducta autolesiva, no presentando ningún cambio notable de un episodio a otro. La topografía de la conducta autolesiva es relativamente estable y determinada, tanto en la parte localizada del cuerpo como en el tipo de daño que causa, por lo que ni la zona ni la lesión son aleatorios (Hoch, Long, McPeak y Rojahn, 2004).

Esta categoría de conducta problemática abarca una gran variedad de conductas heterogéneas que, de acuerdo al modelo médico descrito por Mace y Mauk (2000), van desde la autolesión hasta la copresentación de otras conductas. A continuación se exponen con mayor detalle.

1) la autolesión severa extrema, donde la persona se inflinge a sí misma profundas heridas que ocasionan importantes lesiones accidentales o autoinfligidas como puede ser las lesiones internas producidas por la ingesta de objetos afilados;

2) la autolesión repetitiva y estereotipada, como morderse las manos o frotarse repetidamente partes del cuerpo, que resultan en lesiones en los tejidos por la abrasión mecánica o la micción, o en el desprendimiento de la retina como consecuencia de golpearse de forma continua la cabeza;

3) la conducta de alto nivel de autolesión con agitación cuando se interrumpe, que es considerada como una forma de conducta compulsiva o una variación del trastorno obsesivo compulsivo;

4) la copresentación de autolesión con agitación donde se presentan episodios simultáneos de agitación y de conducta autolesiva, como son los gritos, la agresión, las carreras, la hiperventilación y/o la taquicardia. La persona puede presentar una o varias de las características clínicas indicadas anteriormente. En el último caso estaríamos hablando de una conducta autolesiva con múltiples características.

Diferentes estudios epidemiológicos indican que la conducta autolesiva más común en personas con Retraso Mental consiste en lanzarse o golpearse la cabeza o la cara o alguna otra parte del cuerpo (p.e. darse cabezazos, lanzarse contra algo, darse bofetadas). Algunas personas se golpean con otra parte del cuerpo (p.e. las palmas, los puños, las rodillas) o utilizan objetos duros contra los que golpearse. La segunda forma más común consiste en morderse. Otras conductas autolesivas frecuentes son arañarse, pellizcarse, tirarse del pelo, provocarse el vómito o la rumiación y diferentes formas de hurgarse o compulsión por introducirse objetos en orificios corporales (poliembolocoilomanía) (Iwata y cols., 1994; Rojahn y Esbensen, 2002).

Las conductas autolesivas junto con las estereotipadas han sido el centro de investigación y atención clínica durante varias décadas. Como resultado ha habido cambios en la fenomenología, patogénesis y tratamiento. Han pasado de

considerarse conductas discretas, es decir formas de conducta problemática no relacionadas entre sí, a formar parte de un espectro de conducta repetitiva anormal, constituyendo una característica bastante común de los trastornos de neurodesarrollo como el Retraso Mental y el Autismo (Cooper y Dourish, 1990; Lewis y Bodfish, 1998). Así, la conducta autolesiva se sitúa en un continuo junto con las conductas estereotipadas repetitivas y se ha sugerido que la primera difiere de esta última en el momento de la lesión (Jones, 1987). De hecho, revisiones recientes de conductas repetitivas en el Autismo colocan la conducta autolesiva en un amplio rango (Turner, 1999). Éste abarca desde lesiones severas, con amenaza para la vida, a conductas que provocan un daño menos directo. Fee y Matson (1992) especifican un rango de conductas autolesivas según la gravedad de su manifestación como se refleja en la Figura 3.



Figura 3. Continuo de gravedad de conducta autolesiva

En algunos casos se ha establecido una relación entre la conducta autolesiva y la conducta estereotipada en las personas con discapacidad intelectual (Rojahn, 1986). Estudios de factores analíticos de la variedad de topografías discretas de conductas motoras estereotipadas en muestras de personas con Retraso Mental encontraron como factor primario la estereotipia (Rojahn, Matlock, y Tasse, 2000). Sin embargo, cuando se toman como muestra una gran variedad de conductas repetitivas anormales más allá de la estereotipia, los resultados indican la presencia de más de un factor, encontrando una colección de factores que se corresponden con

una variedad de conductas repetitivas, como estereotipia, compulsión, intereses restringidos, etc, (Berkson, Gutermuth y Baranek, 1995). De hecho se reconoce una fuerte relación entre las conductas estereotipadas, las conductas autolesivas y una variedad de conductas compulsivas y ritualistas en niños y adultos con Retraso Mental (Bodfish y cols., 1995; King, 1993; Powell y cols., 1996). Esta relación ha llegado a ser tan notoria en determinados trastornos psiquiátricos (p.e. Autismo, trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenia) y trastornos neurológicos (p.e. síndrome de Tourette, Parkinson, lesiones del lóbulo frontal) que incluso se ha planteado el concepto de espectro de conductas repetitivas anormales.

De hecho el término conducta estereotipada o conducta repetitiva es un término paraguas, utilizado para referirse a un amplio y a menudo dispar tipo de conductas asociadas con la repetición, rigidez, invariabilidad, inadecuación e inadaptación, tal y como se representa en la Figura 4. Este paraguas abarca los movimientos estereotipados, manipulaciones repetitivas de objetos, conducta autolesiva repetitiva, compulsiones, rituales y rutinas, insistencia en lo mismo, uso repetitivo del lenguaje e intereses circunscritos y restringidos (Bodfish, 2007). De acuerdo a Bodfish (2007), este amplio rango de conductas puede subdividirse en dos categorías conceptuales: a) conductas motoras repetitivas de bajo orden (movimientos estereotipados, manipulación repetitiva de objetos y formas repetitivas de autolesión) que se caracterizan por la repetición de movimientos, y b) conductas cognitivas de orden superior o más complejas (compulsiones, rituales, insistencia en lo mismo e intereses circunscritos) caracterizadas por la adherencia a alguna regla o serie mental (p.e. necesitar tener cosas) (Lewis y Bodfish, 1998; Turner, 1999).

Sin embargo, hay autores que indican que es posible encontrar diferencias entre la conducta autolesiva y la conducta estereotipada (Rojahn y Sisson, 1990; Schroeder, 1991). Así, si bien la conducta estereotipada suele ser voluntaria, repetitiva,

inapropiada evolutivamente e invariante en su topografía, muchas formas de conducta autolesiva no cumplen los criterios de carecer de sentido y de función adaptativa aparente (Barrett, 2004). Por ejemplo, la conducta autolesiva en muchas ocasiones puede servir para obtener atención social, escapar de situaciones, y/o indicar una protesta (Baumeister y Rollings, 1976; Carr, 1977). Aunque, algunas conductas estereotipadas pueden implicar o incorporar un componente autolesivo, éste no es intencional, como ocurre por ejemplo cuando se retuerce un mechón de pelo causando daño al folículo con la consiguiente pérdida de pelo.

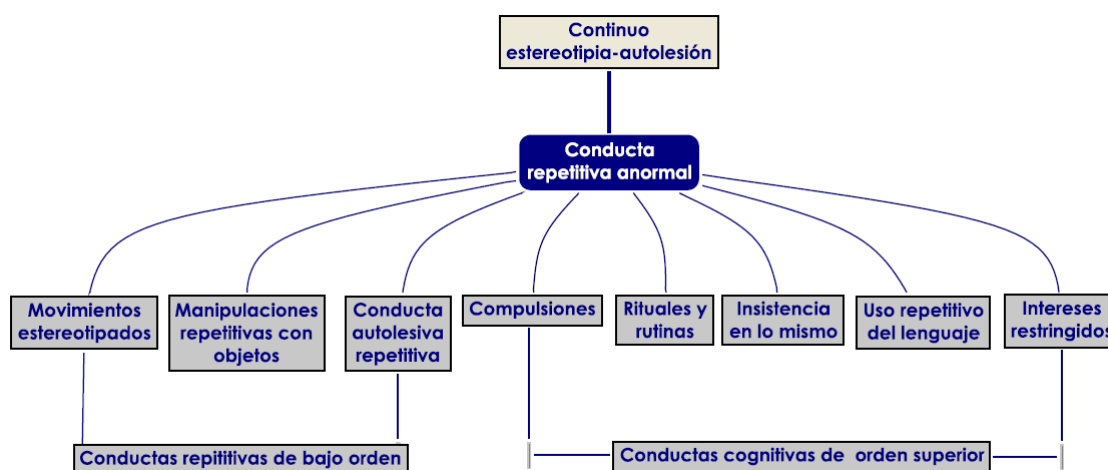


Figura 4. Paraguas de conducta estereotipada-autolesiva

1.3.3 Conducta agresiva y destructiva

Otra categoría de conducta problemática es la conducta agresiva. Gardner (2002) define dicha conducta como acciones humanas que resultan en daño físico y psicológico para uno mismo o los demás, o en daños o destrucción de la propiedad. Éstas incluyen la expresión más intensa de la conducta agresiva como es la violencia física, o ataques a otros que producen o pueden producir daño físico a las víctimas. Términos utilizados por diferentes profesionales de salud mental como “sociopata”,

“antisocial” o “agresivo socialmente” acentúan la naturaleza social disruptiva de la agresión crónica y las dificultades aplicadas del comportamiento disruptivo.

Por su parte, Verdugo y Bermejo (1998) definen la conducta agresiva como una forma intensa o violenta de conducta física, que produce consecuencias aversivas y daño en otros sujetos, así como respuestas verbales, con efectos similares, debido a su contenido o intensidad. Estos autores establecen además tres tipos de agresión: 1) agresión motivada por el miedo, en la que el ataque físico a otros es incidental al tratar de escapar de situaciones que producen temor; 2) agresión por enfado, donde la agresión está motivada por frustración o enfado; y 3) manipulación deliberada de otros para someterlos a los propios deseos, y que suele presentarse con más frecuencia en personas con un funcionamiento intelectual más elevado.

Conductas violentas más elaboradas, como los actos criminales de asalto, violación, o robo con intimidación, pueden ser también llevadas a cabo por las personas con discapacidad.

La agresión tiende a ser la forma más común de conducta problemática a la que hacen referencia los equipos especialistas y las unidades de intervención (Maguire y Piersel, 1992). Bihm, Poindexter y Warren (1998), en un estudio de la conducta problemática en personas con discapacidad severa y profunda encontraron los siguientes diez actos más frecuentes: empujar, pegar, arrojar, dar patadas, agarrar a otro por el brazo y tirarlo, arañar, zarandear, pellizcar, escupir y arrojar objetos a otros. Generalmente estas conductas tienen lugar en grupo más que de forma aislada. Esto es, la agresión suele formar parte de una rabieta más general donde se combinan gritos, discusiones y destrucción de objetos, por lo que dicha categoría puede ampliarse para incluir rabieta disruptiva y destrucción (Whitman, Scibak y Reid, 1983). Otros estudios han evidenciado la existencia de una elevada correlación entre conducta destructiva y autolesión (Davidson y cols., 1994, 1996; Rojahn y cols., 1993).

1.3.4 Otros tipos de conducta problemática

Por último, podemos encontrar otro tipo de conductas que son consideradas también problemáticas y que, como comentamos anteriormente, Emerson y cols. (2001) engloban en una única categoría, en la que incluyen la conducta socialmente inapropiada y los trastornos de la regulación física que diferenciaban Meyer y Evans (1989). Emerson y cols. (2001) incluyen en esta categoría conductas como la disconformidad, negativas a cooperar; robos o hurtos; conducta social inapropiada como desnudarse en público, mostrarse excesivamente afectivo con extraños, masturbarse en público, gritar obscenidades; fugarse; hiperactividad, andar de un lado para otro constantemente sin objetivo determinado; acoso repetitivo; desordenes en la regulación física (p.e. encopresis, enuresis, untar objetos con heces o manipularlas); chillidos frecuentes y prolongados, risas, gemidos, quejas u otros ruidos.

Meyer y Evans (1989) establecen también la categoría de trastornos emocionales específicos donde incluyen conductas como la fobia, la depresión, o adicciones entre otras y que aquí no vamos a considerar. En la Figura 5 se puede ver con más detalle todas las conductas agrupadas bajo esta categoría.

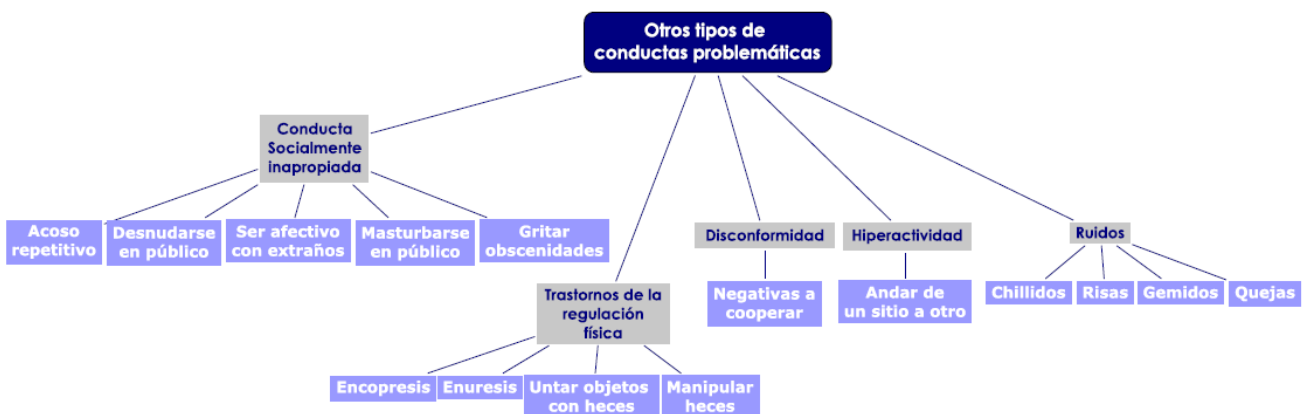


Figura 5. Clasificación de otros tipos de conducta problemática

1.4 Concepción actual de conducta problemática

Actualmente la expresión "conducta problemática" ha reemplazado a otros términos y expresiones que se han venido utilizando en décadas pasadas. Hoy no es del todo apropiado hablar de conductas disruptivas, conductas desajustadas, conductas inadecuadas o perturbadoras aunque, de alguna manera el comportamiento problemático sugiera todas esas expresiones. Las razones que sustentan este cambio de denominación no son casuales, ni el simple resultado de una moda, sino la consecuencia de largos años de investigación y trabajo aplicado de un gran número de profesionales e investigadores, que han optado por buscar un término más descriptivo y menos descalificador (Canal y Martín, 1999).

La expresión de conducta problemática ha sido importada del ámbito anglosajón por los profesionales y especialistas españoles en modificación de conducta. Algunas veces se utiliza la traducción literal de "conducta desafiante" o "challenging behaviour". Este término, aunque no sea inapropiado, exige siempre una explicación para ser entendido y para evitar que se considere que el problema es el individuo ("una persona desafía a los demás con su conducta") y no su conducta.

El concepto de conducta problemática trata de evitar que el problema se centre en la persona. Acentúa que el problema no es exclusivo de ésta, sino que tiene también que ver con cómo los demás perciben, toleran o tratan dicha conducta. Por tanto, el cambio no atañe únicamente a la persona, sino también al sistema de prestación de apoyos.

La expresión "conducta problemática" alude a un comportamiento que constituye un reto para los servicios de apoyo y destaca la necesidad de modificar la prestación de apoyos para superar tal dificultad comportamental y lograr que la persona alcance una vida satisfactoria en la comunidad.

Además, las conductas problemáticas generalmente son adaptativas, suelen servir a una función para quien las muestra, lo que explica su elevada estabilidad y frecuencia. Por ejemplo, si una persona se golpea o grita y con ello consigue sistemáticamente salir de la sala en la que realiza actividades ocupacionales, dicha conducta no es desajustada o inadecuada, sino funcional, pues le sirve para escapar de un lugar que, por alguna razón, le desagrada. Por lo tanto expresiones como conductas inaceptables, conductas desajustadas, conductas inadecuadas, etc., no reflejan este aspecto fundamental de la mayor parte de los problemas de comportamiento: su carácter funcional (Carr y cols., 1996).

De ahí, que en la actualidad, para clasificar una conducta problemática, se indique su vertiente cuantitativa y cualitativa más que sus características topográficas.

Ello supone reemplazar una definición como la proporcionada por Kiernan y Qureshi (1993) quienes clasifican las conductas problemáticas según si la persona: a) causa alguna vez una lesión de intensidad media a sí mismo o a otros, o destruye el contexto cercano tanto del hogar como del ámbito laboral; o b) muestra conductas al menos una vez a la semana que requieren de la intervención de más de un cuidador para su control o le pone en peligro; o c) causa daños que no pueden ser rectificadas por un cuidador, o causa más de una hora de interrupción; o d) muestra claramente conductas que causan más de unos minutos de interrupción; por una definición como la propuesta por Brioso y Sarriá (2003) quienes tienen en cuenta las consecuencias de la conducta problemática.

Según estos autores, (Brioso y Sarriá, 2003), el problema de comportamiento se define como ciertas conductas que afectan a la relación del sujeto con su entorno, e interfieren negativamente en su desarrollo. Además se constituyen en síntomas pero no se organizan en forma de síndrome, sino que se presentan de forma aislada o en combinaciones muy limitadas. A su vez, no son patológicas en sí mismas sino que dicho

carácter viene dado por su exageración, déficit o persistencia más allá de la edad en la que suele cumplir un papel adaptativo.

Aunque quizá la definición más aceptada en el ámbito de los servicios a la discapacidad es la proporcionada por Emerson y cols. (2001) para quienes la expresión "conducta problemática" se utiliza para referirse a conductas culturalmente anómalas, que por su intensidad, duración o frecuencia ponen en riesgo la seguridad física de la persona o de otros. Incluye también conductas que limitan o dan como resultado la denegación del acceso a oportunidades de participación en la comunidad. Estas conductas generalmente *tienen una función* para la persona que las desempeña y *exigen un sobreesfuerzo* del sistema de apoyos para responder a las necesidades del individuo (Canal y Martín, 1999).

En definitiva y desde una visión actual, a la hora de valorar si una conducta concreta es o no desajustada cultural y/o socialmente, hemos de tener en cuenta las siguientes variables:

a) Edad: todo comportamiento desajustado exige ser evaluado en relación con la norma evolutiva. Algunos comportamientos propios de edades tempranas, como el movimiento excesivo, la impulsividad, o una cierta agresividad, dejan de ser normales en etapas posteriores.

b) *Contexto* en el que se manifiesta el comportamiento: un comportamiento puede ser ajustado en un contexto y no en otro. Además la valoración del comportamiento depende del juicio de quienes lo evalúan.

c) *Estabilidad*: algunos comportamientos adquieren un carácter desajustado cuando se producen de forma frecuente y prolongada.

d) *Intensidad*: dependiendo del grado en que se produce una conducta no adecuada socialmente.

e) *Efecto sobre el desarrollo de la persona y su relación con el medio*: el comportamiento puede influir negativamente en el desarrollo personal y social de la persona.

f) *Efecto sobre el entorno*: el comportamiento puede causar efectos negativos en el entorno donde se manifiesta.

De modo complementario Emerson y Hatton (1997) indican que una conducta problemática puede implicar mayor o menor demanda a los profesionales en función de la combinación de cuatro variables, a saber:

- a) ocurrencia de algún episodio al menos una vez al día,
- b) obstaculización de las posibilidades de acceso a programas o actividades de acuerdo con el nivel de habilidades o competencias,
- c) necesidad de intervenciones físicas por parte de más de un miembro del personal para su control
- d) posibilidad de causar daños serios a la persona o a otro. Por "daños serios" se definen aquéllos que requieren tratamiento hospitalario (p.e. rotura de huesos o cortes)

A modo de resumen es posible afirmar que en la actualidad existe un aspecto clave a la hora de definir una conducta como problemática. Independientemente de su variabilidad topográfica e intensidad, la conducta problemática se define por el impacto que tiene en la persona o en su entorno.

En relación a la persona, dicha conducta impide o dificulta su desarrollo personal y el acceso a la comunidad. Es decir, supone un riesgo no sólo físico sino también social para el individuo. Además estas consecuencias negativas, tanto a corto como a largo plazo, pueden afectar a aquellos con quienes convive.

Respecto al impacto en el entorno, la conducta problemática se define socialmente, es decir, es una conducta que transgrede las normas sociales. Ello supone atender a las interacciones complejas entre lo que la persona hace, el contexto donde lo hace y cómo los demás interpretan o dan significado a dicha conducta.

Criterios adicionales para la consideración de un comportamiento como problemático es su estabilidad en el tiempo, puesto que suele tener una función, y la necesidad de requerir un esfuerzo añadido por parte de quienes proporcionan los apoyos para su control.

1.5 Prevalencia de la conducta problemática

De la revisión de estudios de prevalencia, se desprende una gran heterogeneidad en las diferentes investigaciones realizadas. Esto es debido a la falta de unificación de criterios, y hace que los resultados no puedan extrapolarse puesto que los estudios llevados a cabo, o bien se han basado en una topografía determinada de conducta problema, o bien se han centrado en una población con determinadas características. Incluso existen estudios de carácter muy general sobre los que es difícil extraer conclusiones.

De hecho en el meta-análisis realizado por McClintock y cols., (2003), los autores encuentran una gran diferencia metodológica en los estudios de prevalencia de la conducta problemática. Dichos autores encuentran una escasa congruencia entre la definición utilizada, las estrategias para la identificación de los participantes y el método de evaluación de la conducta y sus características. Ello puede explicar la

gran disparidad de los resultados obtenidos en distintos estudios, en los que la ratio varía entre el 5% y el 60%.

Generalmente los estudios de prevalencia de conducta problemática en personas con discapacidad intelectual se centran en formas específicas de conducta problemática o en subpoblaciones de personas con discapacidad (p.e. aquellas que viven en instituciones, en ámbitos escolares, etc). Hay pocos estudios dirigidos a identificar la prevalencia de múltiples formas de conducta problemática en las personas con discapacidad intelectual y que abarquen a toda la población de una zona geográfica determinada. En el siguiente apartado detallaremos la prevalencia encontrada abordando los tres tipos de estudios señalados anteriormente, dedicando un apartado específico a las investigaciones realizadas a nivel nacional en este ámbito.

1.5.1 Prevalencia según conducta problema

Atendiendo a una topografía específica de conducta problemática, los estudios epidemiológicos de *conducta autolesiva* establecen ratios de prevalencia que varían enormemente. Entre las ratios más bajas que hemos encontrado está la de 1,7% (Rojahn, 1986) y la más alta de 54% (Mulick, Dura, Rasnake y Callahan, 1988).

Según indican Schroeder, Mulick y Rojahn (1980) la definición utilizada de autolesión puede afectar a la estimación de la prevalencia. Entre las definiciones utilizadas en los diferentes estudios podemos encontrar: "Cualquier acto destructivo o doloroso realizado por el paciente contra su propio cuerpo", "Conducta repetida que es autoinflingida, daño no casual que produce moretón, hemorragia u otro daño temporal o permanente", "Actos repetitivos o aislados hacia uno mismo que dan como resultado daño físico y que han sido realizados los 12 meses anteriores". Siendo la más utilizada "conductas que causan daño físico al cuerpo de la propia persona".

Pero no sólo varía la definición utilizada. También hay diferencias en la frecuencia y severidad requerida. Hillery y Dodd (2007) consideran estos motivos la principal limitación a la hora de comparar los hallazgos de las diferentes investigaciones y recomiendan adoptar unos criterios diagnósticos amplios para la conducta autolesiva como los expuestos en los Criterios Diagnósticos para Trastornos Psiquiátricos en Adultos con Discapacidades del Aprendizaje/Retraso Mental (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation, DCLD) del Royal College of Psychiatrists, 2001. Estos criterios se indican en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios Diagnósticos para Trastornos Psiquiátricos en Adultos con Discapacidades del Aprendizaje/Retraso Mental de conducta problemática y conducta autolesiva

<p>DC-LD IID1.1 Criterios generales para el diagnóstico de problema de comportamiento</p> <p>El problema de comportamiento es de tal frecuencia, gravedad o cronicidad como para ser necesario una evaluación clínica o apoyo/intervención especial.</p> <p>El problema de comportamiento no debe ser una consecuencia directa de otros trastornos psiquiátricos, las drogas o trastornos físicos.</p> <p>Uno de los siguientes aspectos deben estar presentes:</p> <p>El problema de comportamiento tiene como resultado un impacto negativo significativo en la calidad de vida de la persona o la calidad de vida de los demás. Esto puede ser debido a la restricción de su estilo de vida, las oportunidades sociales, la independencia, la integración en la comunidad, el acceso a los servicios o las elecciones, o de funcionamiento adaptativo.</p> <p>El problema de comportamiento presenta un riesgo significativo para la salud o la seguridad de la persona y/o otros.</p> <p>El problema de comportamiento es generalizado. Está presente en toda una gama de situaciones personales y sociales, aunque pueden ser más graves en determinados entornos.</p>
<p>DC-LD IID1.5 Comportamiento autolesivo</p> <p>Se cumple el criterio de diagnóstico general para el problema de comportamiento.</p> <p>La autolesión es suficiente como para causar daño en los tejidos, tales como hematomas, cicatrices, pérdida de tejidos y disfunción, debe haber tenido lugar en los últimos seis meses y durante la mayor parte de la semana, por ejemplo, que van desde arañazos, tirones de pelo, bofetadas en la cara, a morderse las manos, los labios y otras partes del cuerpo, meterse objetos por el recto o genitales, golpearse los ojos o la cabeza.</p> <p>La autolesión no es un intento deliberado de suicidio.</p>

Utilizando esta definición Cooper y cols. (2009) encuentran una prevalencia del 4,9% en una muestra de 1.023 adultos (mayores de 16 años) con discapacidad intelectual que viven en contextos de la comunidad del área geográfica de Greater Glasgow Health Board, Scotland y que reciben apoyo, o algún tipo de prestación por parte del Estado. Sin embargo, los estudios realizados en instituciones indican ratios más altas que los realizados en la comunidad, por lo que es más probable que las personas que presentan conductas autolesivas estén institucionalizadas.

En general, puede decirse que la prevalencia de conducta autolesiva en contextos no institucionalizados se sitúa entre el 4% y el 10%, mientras que en el contexto institucional asciende desde un 10% a un 22% (Wisely y cols., 2002). Esto puede justificarse porque la manifestación de conducta autolesiva incrementa la probabilidad de la admisión institucional.

En los estudios también difieren los rangos de edad de las muestras, utilizando tanto niños y adultos juntos, o en muestras separadas. Esto puede ser relevante puesto que algunas investigaciones indican que la prevalencia de conducta autolesiva incrementa con niveles bajos de habilidad y con discapacidad intelectual severa teniendo éstos además una expectativa de vida más corta (Cooper y cols., 2009).

En relación a los factores asociados a la conducta autolesiva, McClintock y cols., (2003) realizaron un meta-análisis donde se incluían a niños y adultos con discapacidad intelectual. Los pocos estudios que incluían los datos necesarios para calcular correlaciones indicaban que no había una asociación significativa entre la conducta autolesiva y el género, mientras que si con nivel bajo de habilidad, tener Autismo o dificultades en las habilidades comunicativas receptivas y expresivas. Sin embargo, los autores destacan que la interpretación de los resultados es difícil ya que se solapan los diferentes factores, por ejemplo el Autismo es más frecuente en menores niveles de discapacidad y problemas de comunicación, siendo además esta última una característica específica de este trastorno que es más frecuente en hombres.

Por el contrario en el reciente estudio realizado por Cooper y cols. (2009) no han encontrado asociación entre conducta autolesiva y Autismo, ni con dificultades en la comunicación. Sin embargo si confirma la asociación con niveles bajos de habilidad, además de con tener un trastorno de déficit de atención, dificultades de visión, no vivir en el hogar familiar y no tener síndrome de Down.

Entre los estudios epidemiológicos de la conducta problemática, este tipo de conducta quizá ha sido el más estudiado, prueba de ello es la relación de estudios que se presenta en la siguiente Tabla 2.

Tabla 2. Estudios de prevalencia de la conducta autolesiva

Autor(es), año de publicación	Características de la población y/o contexto	Porcentaje
Ando y Yoshimura, (1979)	Colegio para niños y niñas de edad media 10,6 años con Retraso Mental y Autismo (Japón)	5,5%
Ballinger, (1971)	Pacientes de un hospital para personas con Retraso Mental (Scotland)	14,8%
Borthwick, Meyers y Eyman, (1981)	Personas que recibían en ese momento servicios específicos de discapacidad del desarrollo en tres estados de USA. (Arizona, California y Colorado)	19,8%
Cooper y cols., (2009)	1.023 adultos que viven en contextos comunitarios de Scotland y que reciben apoyo o algún tipo de prestación por parte del estado.	4,9%
Emberson y Walker, (1990)	Residentes de un hospital para personas con Retraso Mental	25,8%
Eyman y Call, (1977)	Personas con Retraso Mental que reciben servicios de dos centros regionales (en comunidad y en servicios institucionales) (California y Colorado)	15,0 %
Fovel, Lash, Barron y Roberts, (1989)	Residentes de escuelas públicas para Retraso Mental (Massachussets)	28,0 %
Griffin, Ricketts, Williams, Locke, Altmeyer y Stark, (1987)	Niños y adolescentes con discapacidades del desarrollo de un distrito escolar metropolitano	2,6 %
Griffin y cols., (1986)	Usuarios de escuelas o residencias públicas. (Texas)	13,6 %
Hill y Bruininks, (1984)	Usuarios de 236 instituciones públicas y comunidades privadas (EE.UU.)	14,2 %
Hillery y Mulcany, (1997)	Personas en atención en la comunidad (Irlanda)	14,4 %
Johnson, Day y Hassanein, (1988)	Retrasados mentales entrenables (Kansas)	14,0 %
Kebbon y Windahí, (1985)	Personas con Retraso Mental que reciben servicios (Suiza)	4,2 %
Lowe y cols., (2007)	Niños (de más de 5 años) y adultos con discapacidad intelectual que utilizaban los servicios de un área definida de Wales	2,7%
MacKay, McDonald y Morrissey, (1974)	Pacientes de un hospital con Retraso Mental. (Gran Bretaña)	19,0 %
Maisto, Baumeister y Maisto, (1978)	Usuarios de centro residencial público de formación	14,0 %
Maurice y Trudel, (1982)	Usuarios de dos instituciones psiquiátricas y una específica de Retraso Mental. (Québec)	14,1 %
Mulick, Dura, Rasnake y Callahan, (1986)	Residentes en cuidados intermedios y pacientes con Retraso Mental no ambulatorios	54,0 %
Murphy, Hall, Oliver y Kissi-Debra, (1999)	Niños con Retraso Mental severo y Autismo. (Reino Unido)	25,1 %
Quereshi y Alborz (1992)	Niños y adultos que hacen uso de los servicios para personas con discapacidad en Inglaterra	7,7%
Rojahn, (1984)	Adultos en instituciones residenciales para Retraso Mental severo y profundo (Alemania)	65,9 %
Rojahn, (1986)	Personas con Retraso Mental (Alemania)	1,7 %
Rojahn, Borthwick-Duffy y Jacobson, (1993)	Personas atendidas por los Departamentos de Servicios de Desarrollo durante el año 1990 (California y Nueva York)	Calif 8,8% N.York 7,9 %
Ross, (1972)	Residentes con Retraso Mental de un hospital público	23,0 %
Schroeder, Schroeder, Smith y Dalldorf, (1978)	Residentes de un centro en un periodo de tres años (1973, 1975 y 1976)	18,1 %
Smeets, (1971)	Residentes escuela residencial privada para niños y adultos con Retraso Mental	8,75 %
Soule y O'Brien, (1974)	Residentes de servicios estatales para personas con Retraso Mental	7,7 %

Por lo que se refiere a la prevalencia de las *conductas estereotipadas*, éstas pueden afectar a un 33% de la población de jóvenes con Retraso Mental (Rojahn y Sisson, 1990). Sin embargo, cuando el Retraso Mental concurre con algún síndrome, como el maullido de gato, la ratio asciende drásticamente hasta un 82% (Ross-Collins y Cornish, 2002). En dicho estudio más de la mitad de la muestra presentaban las conductas diariamente, siendo las topografías más características la de golpearse la cabeza contra objetos u otras partes del cuerpo, morderse y la rumiación. Incluso la prevalencia es de un 93% cuando está presente el Síndrome de Rett (Hagberg y cols., 1983; Mount y cols., 2003).

La gran mayoría de los jóvenes que no tienen lenguaje verbal y cuyo C.I. está por debajo de 50 presentan estereotipias. En un estudio longitudinal Thompson y Reid (2002), observaron en personas con Retraso Mental severo y profundo, cómo estas conductas eran notablemente persistentes a lo largo del tiempo sin evidencia de una disminución significativa.

Por otro lado, las conductas estereotipadas forman parte de la tríada de síntomas que caracteriza a los trastornos generalizados del desarrollo. Así, de acuerdo a la American Psychiatric Association (1994), la persona que presenta síntomas clínicos observables relacionados con dificultades de interacción social, habilidades de comunicación junto con conductas estereotipadas, repetitivas o intereses restringidos cumple los criterios para tener un diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo.

Algunas investigaciones sugieren que la capacidad intelectual correlaciona de forma elevada tanto con la ocurrencia como con el tipo de conductas estereotipadas y repetitivas presentes en las personas con Autismo (Bartak y Rutter, 1976; Carcani-Rathwell, Rabe-Hasketh, y Santosh, 2006; Gabriels y cols., 2005; Matson, Kiely, y Bamburg, 1997; Militerni y cols., 2002; Poustka y Lisch, 1993; Thompson y Berkson, 1985). Sin embargo, aún no se conoce si existe un patrón específico de conducta

estereotipada o repetitiva que distinga un fenotipo de Trastorno del Espectro Autista a partir de la discapacidad cognitiva general (Gabriels y cols., 2008).

En un estudio realizado por Carcani-Rathwell y cols., (2006) demuestran que las personas con Trastorno del Espectro Autista presentan una ratio más elevada de conductas estereotipadas en general frente al grupo de personas sólo con Retraso Mental. En este último grupo distinguen entre aquellos que manifiestan comportamientos repetitivos de orden inferior y de orden superior, no dándose esta distinción en el grupo de Trastorno del Espectro Autista. Las conductas de orden inferior estaban asociadas con problemas del desarrollo en general, mientras que las de orden superior estaban significativamente asociadas al grupo de Trastorno del Espectro Autista. Este estudio sugiere la existencia de dos subgrupos de comportamientos, según lo cual las conductas repetitivas sensoriales y motoras se asocian con una edad de desarrollo menor y son menos específicas del Trastorno del Espectro Autista mientras que los comportamientos de orden superior son más característicos del autismo. Así mismo, la co-ocurrencia de comportamientos de orden superior e inferior podría reflejar el estado alterado difuso de las redes neuronales.

En comparación con la conducta autolesiva encontramos menos estudios que hayan investigado de forma específica este tipo de conducta problemática. Como podemos observar en la Tabla 3 además los resultados son muy dispares.

Tabla 3. Estudios de prevalencia de la conducta estereotipada

Autor(es), año de publicación	Características de la población y/o contexto	Porcentaje
Hagberg y cols., (1983)	Retraso Mental concurrente con algún síndrome, como síndrome de Rett	93%
Mount y cols., (2003)	15 niñas con síndrome de Rett y 14 con Retraso Mental severo	93%
Rojahn y Sisson, (1990)	Jóvenes con Retraso Mental	33%
Ross-Collins y Cornish (2002)	66 familias de niños y adultos diagnosticados con el síndrome del maullido del gato	82%
Thompson y Reid (2002)	Personas con Retraso Mental severo y profundo	3-17%

Otros investigadores se han centrado en determinar la prevalencia de **conductas de agresión y disruptivas** obteniéndose igualmente una gran disparidad en los resultados como puede verse en la Tabla 4. Al igual que en los estudios anteriores ello es debido al nivel de severidad conductual que es requerido para la inclusión en la muestra de un estudio, el perfil de edad de la muestra y el lugar de estudio (Borthwick-Duffy, 1994). Además no siempre se indican las diferentes topografías de estas conductas o su severidad, lo que también supone un obstáculo para la comparación de resultados (Benson y Brooks, 2008).

La agresión tiende a ser la forma más común de conducta problemática referida por los equipos especialistas en apoyo conductual (Maguire y Piersel, 1992), supone una de las principales razones para derivar a la personas con discapacidad a un servicios de salud mental y plantea uno de los principales obstáculos para el tratamiento eficaz (Cowley y cols., 2005; Gardner y Moffat, 1990). En la literatura podemos encontrar estudios donde la tasa para esta población varía entre el 2% y el 20%, dependiendo de los procedimientos adoptados (Borthwick-Duffy, 1994; Harris y Russell, 1989; Quine, 1986; Sigafos y cols., 1994). Las ratios más elevadas se han encontrado generalmente en hombres (Borthwick-Duffy, 1994; Davidson, y cols., 1994; Harris y Russell, 1989; Quine, 1986), aunque en algunos estudios como el de Linaker, (1994) no se han encontrado diferencias significativas en relación al género.

En cuanto a la edad Ross-Collins y Cornish, (2002) establecen una correlación negativa estadísticamente significativa con el número de registros de conducta agresiva. En este aspecto Tyrer y cols., (2006) encuentran una asociación entre personas que se encuentran en un rango de edad de 20 y 35 años y este tipo de topografía de conducta problemática.

La prevalencia también suele ser mayor en contextos institucionales (Borthwick-Duffy, 1994; Bruininks y cols., 1994; Eyman y Call, 1977; Fovel y cols., 1989; Harris, 1993;

Harris y Russell, 1989; Linaker, 1994; Sigafoos y cols., 1994; Tyrer y cols, 2006) o servicios especializados como indica el estudio realizado por Tenneij y Koot (2008). Estos autores observan durante 20 semanas los incidentes agresivos y de autogresión que tienen lugar en cuatro instalaciones de un servicio especializado para personas con discapacidad leve o grave y comportamiento problemático. De los 185 usuarios durante el periodo de observación se obtuvo una prevalencia del 44% de conducta agresiva. La mayoría de dichos incidentes (71%) fueron dirigidos principalmente hacia el personal.

Estudios como el de Hill y Bruininks (1984), o Emerson y cols. (2001), también indican las diferencias entre contextos, donde las ratios de conducta agresiva son significativamente más elevadas en las residencias y los grupos de hogar que en los hogares familiares y los servicios de vida independiente. Por ejemplo, Jacobson (1982) encuentra que un 10,5% de usuarias de servicios para personas con discapacidad intelectual muestran conductas agresivas. Por su parte, Harris (1993) obtuvo una ratio superior al 50% en adultos con discapacidad intelectual que recibían servicios especiales; y por encima del 40% en jóvenes considerados bastante problemáticos que asistían a centros específicos (Kiernan y Kiernan, 1994).

Si sólo se tiene en cuenta la conducta problemática agresiva de gran impacto, o seriamente disruptiva, (Borthwick-Duffi, 1994; Kiernan y Quereshi, 1993) la ratio desciende al 2%. Se ha encontrado en términos generales que la agresión física y verbal son las conductas problemáticas más disruptivas socialmente y con mayor prevalencia y cronicidad en las personas con discapacidad (Borthwick-Duffy, 1994; Rojahn, Borthwick-Duffi y Jacobsosn, 1993). En este aspecto el estudio de Crocker y cols. (2006), donde se analizan diferentes formas de conducta agresiva, se obtiene una prevalencia general del 51,8%, donde el 37,6% era de agresión verbal, 24,4% de agresión física, siendo el mismo porcentaje para autoagresión, del 24% para daños a la

propiedad y un 9,8% de conducta agresiva sexual. En dicho estudio sólo el 4,9% de las personas que manifestaban conducta agresiva producían lesiones a sus víctimas. Aunque dos tercios de las personas que manifiestan conducta agresiva muestran dos o más formas de agresión.

Teniendo en cuenta a las personas con discapacidad intelectual en general, la prevalencia de conducta agresiva incrementa a mayor severidad de discapacidad (Borthwick-Duffy, 1994; Crocker y cols., 2006; Davidson y cols., 1994, Tyrer y cols., 2006). Sin embargo dentro de la subpoblación de personas con discapacidad intelectual que manifiestan conducta problemática, es más probable que presenten agresión aquellas personas más capaces, mientras que las autolesiones son más prevalentes entre las personas con un elevado nivel de discapacidad (Emerson y Hatton, 1997). Hay además una clara correlación entre la ratio frecuencia-severidad (Harris y Russell, 1989; Lowe y Felce, 1995); es decir la agresión que ocurre a menudo es más probable que sea considerada representativa de un problema de control severo.

En la Tabla 4 se indican los estudios existentes sobre prevalencia de conducta agresiva.

Tabla 4. Estudios de prevalencia de la conducta agresiva

Autor(es), año de publicación	Características de la población y/o contexto	Porcentaje
Borthwick-Duffy, (1994)	Personas con discapacidad obtenidos de una base de datos de USA	14%
Crocker y cols., (2006)	3.165 adultos que reciben servicios de tres agencias de rehabilitación de Quebec	51,8%
Davidson y cols., (1994)	199 personas que utilizan los servicios de intervención en crisis psiquiátricas	10%-60%
Eyman y Call, (1977)	Niños de más de 13 años y adultos con discapacidad intelectual	10%

Continúa

Tabla 4. (Cont.). Estudios de prevalencia de la conducta agresiva

Autor(es), año de publicación	Características de la población y/o contexto	Porcentaje
Fovel y cols., (1989)	Dos muestras, recogidas en 1985 y 1988 respectivamente, de niños de Massachussets	60% conducta destructiva
Harris y Russell, (1989)	1.362 personas del Suroeste de Inglaterra usuarias de hospitales y servicios de día (38,2% y 9,7% respectivamente)	17,6%
Hill y cols., (1984)	Muestra representativa de 236 servicios en comunidad (2.491 residentes)	26,6%
Kiernan y Kiernan, (1994)	Usuarios centros específicos	40%
Quine, (1986)	Muestra de 200 niños entre 5 y 13 años y Retraso Mental severo	7,4%
Ross-Collins y Cornish (2002)	66 familias de niños y adultos diagnosticados con el síndrome del Maullido del gato	88%
Sigafoos y cols., (1994)	2.412 personas usuarias de servicios de diferentes contextos de Australia. La prevalencia en instituciones fue de 35% cuando era viviendas tuteladas 17% y en otras viviendas en la comunidad 3%.	11% del total
Tenneij y Koot, (2008)	185 usuarios de cuatro servicios especializados para personas con discapacidad leve o grave y conducta problemática	44%

En resumen, la prevalencia de una determinada topografía de conducta problemática es importante pero hasta cierto punto limitada, puesto que lo más frecuente es que exista un solapamiento de topografías en una misma persona. Este solapamiento es otro de los problemas de los estudios de prevalencia (Emerson, 1992). Así por ejemplo, al menos, la mitad de quienes muestran autolesiones muestran también otras conductas problemáticas. Por lo tanto, la prevalencia de acuerdo a la topografía no es tan relevante ya que se superponen los diferentes porcentajes.

1.5.2 Prevalencia según población

Otras investigaciones sobre prevalencia se caracterizan por seleccionar una muestra restringida de subpoblación de personas con discapacidad, por ejemplo personas que viven en una institución Griffin y cols. (1987), en la comunidad (Rojahn, 1986) o que asisten a centros educativos específicos (Kiernan y Kiernan, 1994).

A modo de ilustración, Jacobson (1982) en un estudio realizado en Estados Unidos de América comparó a personas que vivían en una gran institución, donde el 73% presentaba conducta problemática, con quienes residían en la comunidad o en el hogar familiar, cuyos porcentajes fueron del 61% y el 52% respectivamente. De un modo similar, en el Reino Unido Clarke y cols. (1990) llevaron a cabo un estudio con

tres tipos de población, y encontraron que un 42% de quienes se encontraban en centro residencial, un 36%, de residentes en la comunidad y un 41% de quienes vivían en el hogar familiar, mostraban al menos una conducta problemática. Resultado similares fueron obtenidos por Meador y Osborn (1992) quienes hallaron en su estudio una prevalencia del 39,57% de conducta problemática, en contextos institucionalizados frente a un 9,71% en contextos comunitarios.

En un estudio realizado por Dunlap, Robbins y Darrow (1994), los padres de niños autistas informan en un 40% de los casos de conducta problemática que incluyen autoestimulación, conducta destructiva (por ejemplo, autolesión, agresión, destrucción de la propiedad y pica), escape y rabietas.

Por su parte, Canal y Martín (1999) realizaron un estudio en centros residenciales públicos para personas con discapacidad de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, tomando como muestra a usuarios en régimen de media pensión y a usuarios institucionalizados. Encontraron una tendencia ascendente en la frecuencia de conductas problemáticas a medida que incrementaban los años de institucionalización. De los 185 usuarios mediopensionistas, el 23,78% presentaba algún tipo de conducta problemática, porcentaje sensiblemente inferior al del grupo de usuarios internos, donde un 46,11% presentaba alguna de esas conductas.

En definitiva, y pese a la diversidad en cuanto a porcentajes, es posible concluir la existencia de mayor prevalencia de conductas problemáticas en contextos residenciales y la existencia de porcentajes más parecidos en contextos familiares.

1.5.3 Prevalencia en estudios generales

Al igual que en apartados previos, de la revisión de la literatura se desprende que existen pocos estudios que hayan abarcado múltiples formas de conductas problemáticas en una muestra amplia. En estos estudios se suelen obtener los datos de

registros de las agencias, que rara vez detallan la forma específica de conducta problemática (Borthwick-Duffy, 1994, Jacobson, 1982, Rojahn, 1994).

Entre estos estudios uno de los más importantes es el desarrollado por Emerson y cols. (2001). Estos autores señalan que entre el 10 y el 15% de las personas con Retraso Mental que utilizan servicios educativos, sociales o sanitarios presentan problemas de conducta. Este estudio fue replicado años más tarde siguiendo la misma metodología y adaptando los cuestionarios a la población Noruega, encontrándose resultados muy similares con una ratio del 11,1% (Holden y Gitlesen, 2006).

En un estudio más reciente realizado en Gales por Lowe y cols. (2007), hallaron una prevalencia de la conducta seriamente problemática del 10%, similar a la encontrada por Emerson y cols. (2001). Estos autores investigaron además la prevalencia de los cuatro tipos de conducta problemática: agresión, autolesión, conducta destructiva y otros tipos de conducta problemática, encontrando que la forma más prevalente era la conducta disruptiva y negativismo. Igualmente, en el estudio, las personas manifestaban varios tipos de conducta problemática.

De acuerdo con Emerson y cols. (2001), las alteraciones conductuales más frecuentes son los comportamientos limitadores de la actividad y la participación, las de tipo disocial (9-12%), agresión (7%), comportamiento destructivo (4-5%) y autolesiones (4%). Emerson y Bromley (1995), también indican que un 44% las personas con discapacidad más severa presentan conductas problemáticas severas.

Estas ratios son bastante más bajas que las ofrecidas por Fovel, Lash, Barron y Roberts, quienes en 1989 encontraron que un 43% de los 699 residentes de un colegio estatal presentaban conducta agresiva, un 28% tenían autolesiones y un 24% mostraba conductas destructoras de la propiedad.

En la misma línea Quine (1986), estudió la conducta problemática de 200 jóvenes con discapacidad intelectual, y encontró una prevalencia del 45% de conducta problemática media y severa. Esta última prevalencia se acerca a la hallada en un estudio realizado en Australia (Einfeld y Tonge 1996), donde se evidenció que el 40,7% de la población con discapacidad intelectual de edades entre los 4 y los 18 años mostraban problemas conductuales y emocionales graves.

Como se indica en la Tabla 5, los porcentajes varían entre el 10% y el 40%, destacando que los estudios realizados a finales de los 80 y la década de los 90 presentan una prevalencia cercana al 40% y los estudios más actuales igualmente coinciden en la prevalencia pero siendo esta menor, del 10%. Entre los factores que influyen en la variabilidad de la prevalencia encontrada están el marco temporal utilizado para identificar la conducta y el método de obtención de la información (Bruininks y cols., 1994; Holden y Gitlesen, 2006).

Tabla 5. Estudios de prevalencia de la conducta problemática

Autor/es y año de publicación	Características población	Porcentaje
Einfeld y Tonge, (1996)	Población con discapacidad intelectual entre los 4 y los 18 años (Australia)	40,7%
Emerson y Bromley, (1995)	Personas con discapacidad severa	44%
Emerson y cols., (2001)	Usuarios de servicios educativos, sociales o sanitarios con Retraso Mental	10-15%
Holden y Gitlesen, (2006)	Replica del estudio realizado por Emerson y cols. con población noruega	11,1%
Lowe y cols. (2007)	Personas con discapacidad intelectual que hacen uso de 7 unidades gubernamentales	10%
Quine, (1986)	200 jóvenes con discapacidad intelectual	45%

1.5.4 Estudios nacionales sobre prevalencia

En el ámbito nacional se encuentran muy pocos estudios de prevalencia publicados. Entre ellos está el estudio de Canal y Martín (1999), anteriormente mencionado, donde los datos indican que un 41,48% mostraba algún tipo de conducta problemática. Los autores distinguen cuatro grupos de conductas

problemáticas, de acuerdo a la definición de Kiernan y cols. (1993) antes mencionada, y encuentran que: 1) el 15,81% de los usuarios alguna vez se causaba daños a sí mismo o a otros, o rompía objetos de su medio ambiente inmediato; 2) el 4,04% mostraba al menos semanalmente conductas que requerían a más de un miembro del personal de atención directa para ser controladas, o suponía un riesgo físico al personal de atención directa o causaba daño que no se podía remediar mediante una intervención inmediata del personal de atención directa, o causaba al menos una hora diaria de disrupción; 3) el 7,51% causaba más de unos minutos diarios de disrupción y 4) el 14,13% presenta conductas que afectaban negativamente a sus posibilidades para participar en las actividades cotidianas del Centro y de la comunidad.

Rodríguez de Molina (1994) en un estudio realizado en la provincia de Córdoba (España), sobre una muestra de 130 sujetos con Retraso Mental leve y moderado encuentran una tasa global de aparición de problemas de conducta del 27%. Los más frecuentes fueron: gritos o ruidos molestos, demandas de atención, rabietas y/o agresividad verbal, heteroagresividad física, conducta antisocial, hiperactividad, hábitos personales inadecuados y deambulación o escapadas. El autor analizó la severidad de dichas conductas y concluyó que las rabietas y/o agresividad verbal eran el problema de conducta más frecuentemente valorado como grave, seguido de la demanda frecuente de atención, la heteroagresividad física, la conducta antisocial y los hábitos personales inadecuados.

En un estudio más amplio realizado en Andalucía, Salvador y cols. (1999) obtuvieron que entre el 25% y el 59% de sujetos adultos con Retraso Mental residentes en la comunidad presentaba algún problema de conducta, de acuerdo a la definición proporcionada por Emerson (2001). Los principales problemas de conducta encontrados de acuerdo con el Inventory For Client and Agency Planning (ICAP)

(Bruininks, Bradley, Weatherman y Woodcock, 1986) fueron comportamientos autolesivos o daño a sí mismo, heteroagresividad o daño a otros, destrucción de objetos, conducta disruptiva, hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias), conducta social ofensiva, retraimiento o falta de atención y conductas no colaboradoras.

Al igual que los estudios presentados anteriormente, los estudios españoles adolecen de las mismas deficiencias. Es decir, la falta de unificación de criterios tanto metodológicos como conceptuales que permitan comparar los resultados obtenidos, presentando porcentajes muy diferentes.

En resumen, a lo largo del capítulo hemos podido ver cómo desde los orígenes hay dificultades para abordar este tipo de trastorno, siendo clasificado al principio como un trastorno mental para posteriormente ocupar una categoría específica. La clasificación de las manifestaciones conductuales que pueden presentar las personas con discapacidad intelectual, ha sido igualmente tema de debate por diferentes autores. Ello junto con la consideración de lo que constituye la conducta problemática. Contribuye a explicar por qué los estudios dirigidos a ver la magnitud de situación no puedan ser concluyentes. Esta diversidad de opiniones continúa presente cuando se trata de explicar la etiología de los problemas de conducta, como veremos en el capítulo siguiente.

2 CAPÍTULO. MODELOS EXPLICATIVOS DEL COMPORTAMIENTO PROBLEMÁTICO

Explicar el comportamiento problemático desde un modelo u otro no es una tarea sencilla, debido a que el término "modelo" no es unívoco. Algunos autores lo utilizan como sinónimo de paradigma, en el sentido de visiones del mundo que guían la acción (p.e. Creswell, 1994; Guba, 1990; Kuhn, 1970; Thompson, 1989), otros lo identifican con teoría psicológica con sus correspondientes aportaciones al objeto, método, técnicas y ámbito de aplicación (p.e. Fernández-Ballesteros, 1989), y hay quienes, planteando las diversas acepciones del término, optan por distinguirlos en función de sus innovaciones técnicas, más que por sus presupuestos teóricos definidos (p.e. Kirchner, Torres, y Forns, 1998). Unido a la polémica del término nos encontramos con que es posible además encontrar diferentes clasificaciones de modelos. Siendo consciente de las distintas clasificaciones existentes, en el tema que nos ocupa optamos por describir los diferentes modelos de acuerdo a su ubicación temporal y disciplina de adscripción. Destacamos además cómo en cada momento el modelo explica el comportamiento prestando atención con diferente peso a la interacción persona-ambiente.

De este modo, la interpretación del comportamiento problemático en las personas con discapacidad intelectual fue en un principio unidimensional y unidisciplinario, lo que se reflejaba en el tratamiento del mismo y en la disciplina del profesional que lo llevaba a cabo (Griffiths, Stravarakaki y Summers, 2002). Paralelo a la evolución del concepto se ha pasado de un planteamiento médico donde la explicación e intervención acentuaba lo biológico, a otros planteamientos psicológicos y sociales. En las últimas décadas han destacado dos modelos, el psicofarmacológico y el conductual, que han guiado la mayoría de los tratamientos.

Sin embargo, la explicación unidimensional del comportamiento problemático a menudo llevaba a que éste fuera tratado con medicación cuando podía ser abordado mediante intervención conductual o, por el contrario a que fuera tratado conductualmente cuando tenía una base biomédica muy importante (Gardner, 2002). Además la psicofarmacología y los modelos conductuales tradicionales, aunque reducían la frecuencia de algunas conductas, rara vez lograban modificar las condiciones que causaban el comportamiento, ni tampoco enseñaban habilidades alternativas funcionales (Gardner, 2000), por lo que con frecuencia volvían aparecer las conductas problemáticas.

Estos modelos unidimensionales acentuaban la influencia que, o bien las características de la persona, o bien el ambiente tenían en la conducta, sin tener en cuenta la interacción entre ambos factores. La insatisfacción con estos modelos de intervención llevaron a la adopción de un modelo biopsicosocial integrador. Este modelo se basa en la premisa de que los problemas emocionales y conductuales que presentan las personas con discapacidad intelectual representan la influencia dinámica de factores biomédicos, incluyendo psiquiátricos y neuropsiquiátricos, así como de factores psicológicos y del entorno social (Griffiths, Gardner y Nugent, 1999). Cada factor no sólo juega un papel individual en la expresión de los síntomas, sino que también interactúa influyendo así en las características del comportamiento problemático.

En los siguientes apartados se exponen los modelos más representativos a la hora de explicar la conducta problemática presente en personas con discapacidad intelectual. En la Tabla 6 se resumen todos los modelos, indicando el periodo de aparición, su concepción de la persona con discapacidad intelectual y los objetivos que se plantea.

Tabla 6. Modelos desde los que se ha abordado la discapacidad intelectual

Modelo	Temporalidad	Concepción de la persona con grave discapacidad psíquica	Objetivos
Médico	Época de los griegos y los romanos. A partir del s XVI hasta los años 50-60	La persona es un enfermo (el trastorno está centrado en el cerebro y las vías neurológicas)	La curación, evitando conductas desadaptadas
Psicológico	Finales del XIX, dos tercios del XX	Es un enfermo con trastorno de base psíquica. Tiene conductas desadaptadas aprendidas y déficit de conductas adaptativas. Sin las estrategias cognitivas necesarias para aprender	Reestructurar la personalidad sin tratar los síntomas Tratamiento de síntomas y déficits. Entrenamiento en conductas adaptadas Enseñar estrategias para realizar tareas y mantener lo aprendido
Ecológico	Años 80 hasta la actualidad	Persona en desarrollo	Igualdad de derechos. Desarrollo comunitario. Logro del bienestar físico, cognitivo, material y social

2.1 Modelo médico

Este es el modelo más amplio, pues desde él se comienza a definir y tratar el Retraso Mental. Su larga trayectoria, y las ramificaciones que de él han surgido, permiten distinguir diferentes perspectivas desde las que se ha abordado el comportamiento problemático. Todas ellas sin embargo hacen especial hincapié en la influencia del componente de la persona en la conducta y de forma más específica en las características orgánicas. Así este modelo se podría resumir como sigue:
Conducta= función (Persona)

La utilización de modernas técnicas moleculares, genéticas y neurobiológicas ha generado estudios que han demostrado cómo los trastornos conductuales y emocionales se presentan con mayor frecuencia en personas con determinados trastornos genéticos o neurobiológicos. También han evidenciado la influencia que pueden ejercer determinados factores biológicos o fisiopatológicos. De todo ello daremos cuenta en los siguientes apartados.

2.1.1 Teoría genética

En el pasado se discutían las influencias genéticas en el Retraso Mental, principalmente en términos de trastornos Mendelianos y anomalías cromosómicas asociadas. La presencia de alguna anomalía genética era una explicación suficiente que justificaba la discapacidad. Hoy día esta asunción ha demostrado ser claramente errónea. Muchas condiciones cromosómicas y genéticas cursan con muy variados cocientes intelectuales, por lo que es necesario conocer por qué algunas originan discapacidad intelectual y otras no. Igualmente muchas de las condiciones varían ampliamente en sus manifestaciones conductuales, por lo que es preciso indagar sobre los mecanismos que explican tal variabilidad (Bregman y Hodapp, 1991). Históricamente el efecto de los trastornos genéticos era considerado en términos categoriales, con consecuencias deterministas y sin tener en cuenta el peso del componente ambiental. Así, la contribución genética en el Retraso Mental se centraba en cuantificar el peso de dicho componente, esto es, en la "heredabilidad". Se asumía así que ésta tenía importantes implicaciones en la posible prevención ambiental o curación (Jensen, 1969). Sin embargo, hoy en día se considera que no sólo dicha implicación es cuestionable sino que además es necesario determinar cómo la interacción entre los factores genéticos y ambientales conduce al Retraso Mental (Simonoff, Bolton y Rutter, 1998).

Los avances en la genética molecular han proporcionado una mayor comprensión tanto de los mecanismos genéticos como de la relación entre las anomalías genéticas y la manifestación fenotípica (Ross y cols., 1993; Wilkie, 1994).

Por otro lado, también es cierto que aproximadamente entre un tercio y la mitad de los casos de discapacidad intelectual son debidos a un trastorno genético (Matalainen y cols., 1995). En los últimos escrutinios realizados, los genetistas han

encontrado más de mil trastornos genéticos asociados a esta discapacidad. Dichos trastornos presentan diferencias conductuales específicas (Barnard, Pearson, Rippon y O'Brien, 2002), denominadas fenotipos conductuales. Existen varias definiciones de este término, siendo la más aceptada la propuesta por Dykens (1995), quien utiliza dicha denominación para referirse a la probabilidad, o al aumento de ésta, de que una persona con un síndrome muestre determinadas secuelas conductuales y evolutivas respecto a sus iguales. Esta definición de "mayor probabilidad" es fruto de los avances en la investigación conductual y acentúa tres hechos básicos que se detallan a continuación.

Primero, los fenotipos conductuales constituyen factores de vulnerabilidad. Muchas personas con un determinado síndrome presentarán las conductas características del mismo, pero no todas necesariamente. Así, en palabras de O'Brien (2002), los fenotipos conductuales se entienden asociados consistentemente con un trastorno biológico, pero no de manera universal.

Segundo, un comportamiento distintivo relacionado con una etiología, rara vez o nunca, tiene lugar en otras condiciones. En este caso la conexión entre el síndrome genético y la conducta específica parece ser al menos de dos tipos. El primero implica una conexión única, donde la característica conductual aparece solamente en un síndrome genético, lo que se denomina "especificidad total". Ejemplos de ello serían la extrema hiperfagia que manifiestan las personas con síndrome de Prader-Willi (Dykens, 1999), las mutilaciones extremas que ocurren en el síndrome de Lesch-Nyhan (Anderson y Ernst, 1994), o el lavado de manos en el síndrome de Rett (Van Acker, 1991). En el segundo tipo la conexión es "parcialmente específica" (Hodapp, 1997), pues varios síndromes muestran una conducta que no se encuentra por lo general en otros síndromes que cursan con discapacidad intelectual. Ejemplos de este segundo tipo se encuentran en el síndrome de Prader-Willi (Dykens, Hodapp, Walsh y Nash, 1992)

y en el síndrome de X frágil (Kemper, Hagerman y Altshul-Stark, 1988; Dykens, Hodapp y Leckman, 1987) pues en ambos se lleva a cabo un procesamiento secuencial de la información que genera dificultades en la decodificación lectora, en la memorización de hechos o en la comprensión de las reglas del juego, entre otras. Igualmente se ha encontrado una mayor hiperactividad en el síndrome de maullido de gato (Dykens y Clarke, 1997) y en el síndrome de X frágil (Baumgardner, Reiss, Freund y Abrams, 1995). Con estos ejemplos se demuestra que la situación es bastante complicada y que tanto la especificidad total como parcial a menudo coexisten en el mismo síndrome. Así quienes presentan síndrome de Prader-Willi son únicos en la manifestación de hiperfagia, pero les une al síndrome de X frágil el tipo de procesamiento de información.

La tercera y última consideración, alude a que las conductas relacionadas con la etiología tienen lugar en varios dominios conductuales. Es decir, el fenotipo conductual no tiene por qué limitarse únicamente al comportamiento problemático. Por el contrario muchos dominios conductuales e incluso conductas individuales, como por ejemplo abrazarse, pueden ser observados frecuentemente en personas con una etiología determinada. Además, no es de interés un comportamiento en sí mismo sino el patrón de capacidades y limitaciones, las conductas asociadas o aisladas u otros patrones que se presentan en uno o muy pocos síndromes con más frecuencia que en otros (Hodapp y Dykens, 2004).

En los estudios conductuales basados en la etiología genética es posible distinguir dos tipos. Por un lado, aquellos que se centran en el perfil de habilidades de los diferentes síndromes y por otro, los que acentúan la psicopatología y el comportamiento problemático que manifiestan. En este sentido Hodapp y Dykens (2007) han realizado una exhaustiva revisión de las características de diferentes síndromes que aparecen reflejados en la Tabla 7. Dicha tabla resume las aportaciones

de autores como Bregman, Leckman y Ort (1988), Carlin (1990), Collacott (1992), Cornish y Pigram (1996), Dimitropoulos y cols. (2001), Dykens (2003), Dykens y Clarke (1997), Dykens, Finucane y Gayley (1997), Dykens y Kasari (1997), Dykens y cols. (1996), Dykens y Rosner (1999), Dykens y Smith (1998), Finucane, Dirrigl y Simon (2001), Finucane y cols. (1994), Gosch y Pankau (1994), Hagerman (1996), Meyers y Pueschel (1991), Mount, Charman, Hastings, Reilly y Cass (2003), Papolos y cols. (1996), Pulver y cols. (1994), Rogers, Wehner y Hagerman (2001), Udwin (1990), Udwin, Yule y Martin (1987) y Wigren y Heimann (2001).

Tabla 7. Conductas problemáticas destacadas en diferentes Síndromes Genéticos

Síndromes	Conductas halladas como destacadas	Porcentaje encontrado
Prader-Willi	Hiperfagia	82
	Compulsión	77-88
	Racarse la piel	66-97
	Rabietas	45-80
Williams	Hipersociabilidad	73-79
	Inatención	24-50
	Problemas del sueño	91-96
	Ansiedad generalizada/fobias específicas	18-33
Fragile X	Hiperactividad/inatención	90-100
	Ansiedad social/ansiedad	50
	Conductas autistas	33
Rett	Movimientos de manos inusuales	89
	Trastornos del sueño	60-80
	Conductas autistas	40
5p-	Hiperactividad	85-90
	Conductas autoestimulatorias	96
	Autolesiones	70
	Maullido del gato (aquellos con una delección específica)	100
Smith-Magenis	Autolesiones	92-100
	Estereotipias	100
	Trastornos del sueño	94
Velocardiofacial	Inatención	24
	Psicosis- sólo adultos	29
Down	Depresión en adultos	4-6
	Demencia en adultos (conductas)	6-11

Fuente: Hodapp y Dykens (2007)

Como se puede observar algunas conductas determinadas, como los trastornos del sueño, son comportamientos parcialmente específicos en varios síndromes como el de Williams, el de Rett o el Smith-Magenis, aunque éstas se presenten en mayor o menor porcentaje dependiendo del trastorno. Así mismo, las conductas autolesivas y estereotipadas están presentes en una gran mayoría de los

síndromes, teniendo en cuenta, como ya se expuesto en el capítulo anterior, que éstas pueden manifestarse de acuerdo a un continuo.

En las últimas décadas se ha adquirido un gran conocimiento de los mecanismos genéticos, que explican determinadas condiciones asociadas a Retraso Mental severo, como el síndrome de X frágil, el Prader-Willi, el síndrome de Rett, o el síndrome de Angelman, entre otros. Sin embargo, aún queda mucho por investigar, ya que el conocimiento del impacto de los genes en la conducta se limita a unos pocos síndromes. Así, también la conexión gen-cerebro-conducta es prácticamente desconocida y la mayoría de las intervenciones basadas en la etiología aún no han sido contrastadas.

Más concretamente, entre los desafíos de esta teoría es posible destacar tres aspectos. En primer lugar, proporcionar información de utilidad para los padres, familiares, educadores y profesionales sobre determinados trastornos. Por ejemplo, que a menudo personas con síndrome de Prader-Willi pueden presentar psicosis. Además la identificación de genes alterados o que incrementan el riesgo de determinados trastornos es fundamental para el consejo genético dirigido a la prevención.

En segundo lugar, trasladar los conocimientos de los defectos genéticos para lograr una mayor comprensión de sus efectos en el cerebro y la conducta. Esto es, conocer cómo repercute esta conexión en la manifestación conductual de las personas con discapacidad intelectual. Igualmente importante es mejorar nuestro conocimiento sobre las operaciones y conexiones entre los diferentes niveles del sistema humano. El conocimiento de los síndromes genéticos puede ser un medio para relacionar los genes y la manifestación conductual que la persona presentará en la vida adulta (Hodapp y Dykens, 2004).

En tercer lugar, desarrollar intervenciones más útiles y específicas a partir de consideraciones etiológicas. Por ejemplo diseñar intervenciones educativas para niños con síndrome de Down (Buckley, 1999; Hodapp, Ricci, Ly y Fidler 2003) o con X frágil, síndrome de Prader-Willi y Williams (Hodapp y Fidler, 1999). De igual forma el conocimiento de la etiología puede llevar a realizar recomendaciones farmacológicas y psicoterapéuticas específicas (Dykens y Hodapp, 1997).

2.1.2 Teoría biológica

Como hemos mencionado previamente, esta teoría complementa a la teoría genética, puesto que los factores que intervienen en el comportamiento problemático no son unicausales, hecho que es también aceptado dentro del modelo médico.

Así, dicho modelo contempla la influencia de factores biológicos sobre la conducta problemática, y en especial la agresión. Por ejemplo, cuando una persona se encuentra mal físicamente o tiene un problema de salud (dolor de cabeza, infecciones en el oído medio, reacciones alérgicas, malestar debido a la menstruación, anomalías gastrointestinales, problemas dentales, picores o problemas de sueño, entre otros) aumenta la probabilidad de que presente comportamiento problemático (Gardner y Whalen, 1996; Kastner y cols., 2001; Mikkelsen y McKenna, 1999).

Estas condiciones pueden producir unos niveles elevados de estimulación interna que es experimentada como aversiva o incómoda (p.e. dolor, malestar) y que puede alterar el valor del estímulo social con el que concurre, p.e. estar con compañeros de clase (Carr y cols., 1999).

Además, la presencia de estos estímulos internos puede cambiar la naturaleza neutra o positiva de un suceso y volverlo aversivo o puede incrementar el nivel de

aversión si ya era vivido previamente como aversivo. Es decir, contribuye a incrementar la severidad y variabilidad de los niveles de respuesta agresiva (Gardner, 2002).

Así, si una persona con discapacidad intelectual considera una demanda más o menos neutra, o como mucho ligeramente aversiva, su motivación para llevar a cabo una conducta de evitación, como pueda ser la agresión, sería baja. Sin embargo, si esa persona tiene una infección de orina, puede experimentar constantes sensaciones de escozor, dolor agudo y continuas ganas de orinar. Bajo estas circunstancias las anteriores demandas no aversivas, o ligeramente aversivas, pueden constituir una molesta imposición. En consecuencia, la motivación para la evitación aumentará de forma espectacular y la conducta agresiva aparecerá o se hará más frecuente (Carr, Langdon y Yarbrough, 2000).

Varios estudios corroboran esta hipótesis. Así se han encontrado correlaciones entre infecciones del oído medio y conductas de autolesión consistentes en darse golpes en la cabeza o el oído (Cataldo y Harris, 1982; Delissovoy, 1963; O'Reilly, 1995, 1997). Una hipótesis explicativa para esta conducta es que, de algún modo, la autolesión reduce (debido a la liberación de opioides, como veremos más adelante) o “cambia de lugar” el dolor (Kennedy y Thompson, 2000). Aunque la mayoría de los estudios se han realizado con la otitis, otras infecciones (p.e. del tracto urinario, respiratorios o de la garganta) se han encontrado también asociadas a la conducta problemática. Los problemas gastrointestinales, comunes en personas con discapacidad intelectual, pueden llevar también a un aumento de la probabilidad de aparición de problemas de conducta (Kennedy y Thompson, 2000).

Otras investigaciones realizadas con mujeres con discapacidad intelectual han evidenciado un incremento de problemas de comportamiento de forma cíclica, coincidiendo con determinados momentos del ciclo menstrual (Bailey y Pyles, 1989;

Carr y cols., 1996, 2003; Horner y cols., 1996). En concreto, se han encontrado correlaciones entre tener menstruaciones dolorosas y mostrar conductas de agresión y autolesión (Kennedy y Thompson, 2000). Como ejemplo adicional Carr y cols., (1996) investigaron la frecuencia diaria de agresión de varias mujeres durante el periodo menstrual y encontraron que las demandas venían seguidas en un 98% por episodios agresivos.

La falta de sueño es otro factor asociado con la conducta problemática (Dadson y Horner, 1993; Horner, Day y Day, 1997; Kennedy y Itonken, 1993; Kennedy y Meyer, 1996; Kennedy y Thompson, 2000 y O'Reilly, 1995). Esto es especialmente importante si tenemos en cuenta que los trastornos del sueño son comunes en personas con discapacidad del desarrollo (Durand, Gernert-Dott y Mapstone, 1996) con una ratio de un 35% en esta población frente a un 12% en la población general (Clements, Wing y Dunn, 1986).

En relación a los ataques epilépticos varios estudios describen cómo a éstos les preceden o siguen conductas inusuales que incluyen vocalizaciones extrañas o anomalías conductuales (Moore, Abou-Khalil, Fakhoury y Mathews, 1998). Por ejemplo, Caplan y Austin (2000) registraron una elevada incidencia de conducta problemática en personas con Retraso Mental que presentaban trastornos epilépticos. Por su parte Yung, Park, Cohen y Garrison (2000) encontraron que un 31% de quienes padecían ataques, presentaban también conductas como inatención, hiperactividad, agresión o conducta oposicionista. Varios autores han encontrado asociaciones entre estos ataques y agresión, caracterizadas por episodios de violencia previa, durante o posteriormente al ataque en personas con discapacidades del desarrollo (Blumer, Davies, Alexander y Morgan, 2001; Brower y Price, 2000; Holzer y Baer, 1997; Marsh y Krauss, 2000; Shulman, 2000). También Roberts, Yoder y Kennedy (2005) encontraron la existencia de una asociación entre ataques epilépticos y episodios de conducta

problemática en adultos con discapacidad del desarrollo, si bien los patrones eran altamente idiosincrásicos.

En algunas situaciones la alteración fisiológica puede constituir en sí misma el antecedente de la conducta problemática (Romanczyk y Mathews, 1998). Según esta teoría, es más probable que las personas muy ansiosas manifiesten conductas de agresión o autolesión, cuando los latidos de su corazón y la respiración aumentan (Freeman, Horner y Reichle, 1999; Romanczyk y Mathews, 1998). Investigaciones en diabetes han encontrado que quienes tienen hiperglucemia experimentan sentimientos de irritabilidad, inquietud y agitación, además de otros más biológicos como mareo, debilidad, o visión borrosa (Warren, Deary y Frier, 2003). Aunque hay muy pocos estudios que se hayan centrado en este factor biológico en personas con Retraso Mental, Valdovinos y Weyand (2006) encontraron que la frecuencia de conducta problemática era más elevada ante niveles elevados de glucosa en sangre que ante niveles normales.

Estos factores biológicos son de gran interés puesto que los datos sugieren que las personas con discapacidad intelectual, sobre todo las más afectadas, suelen tener más problemas médicos que el resto de la población (Cooper, 1998; Minihan, 1986), lo que requiere a su vez una mayor medicación. Dicha medicación puede además tener efectos secundarios como adormecimiento, náuseas, estreñimiento, vértigo, problemas de estómago y muchas otras sensaciones fisiológicas desagradables (Ault, Guy y Guess, 1993). Además los efectos secundarios de una medicación pueden aumentar como consecuencia de dosificaciones inapropiadas o interacciones medicamentosas (Guess, Roberts y Guy, 1999). Por otra parte, el aumento o disminución de la dosis, o el cambio en el tipo de medicación puede originar la aparición de episodios repentinos de conducta problemática grave, o alterar su frecuencia, duración o intensidad cuando ya la manifestaba.

Otro factor fisiológico importante es la nutrición. Una nutrición inadecuada puede incidir negativamente en la respuesta ante una medicación, aumentando los efectos secundarios o interacciones negativas (Guess y cols., 1999). Además, ciertos tipos de medicación necesitan utilizar nutrientes y por otra parte algunos estimulantes (p.e. Ritalin y Dexedrine) pueden disminuir el apetito o modificar el sabor de las comidas (Guess y cols., 1999; McCamman y Rues, 1990).

La adicción a las drogas produce así mismo cambios en el estado fisiológico de una persona, que le puede llevar a experimentar una sensación interna desagradable cuando no consume la sustancia adictiva. La cafeína, nicotina, alcohol, anfetaminas, cocaína y heroína son sustancias comúnmente asociadas con la adicción. La presencia de ciertas drogas puede también aumentar la frecuencia o intensidad de una conducta problemática.

Al igual que en los factores genéticos, el conocimiento de la implicación de los factores biológicos ha ido en aumento, aunque aún queda mucho por explicar, siendo necesaria una mayor especificidad en las personas con discapacidad intelectual. Además los estudios han ido centrando su interés en la relación de los factores biológicos con el sistema neurológico, esto es en factores neurobiológicos.

2.1.3 Teoría neurobiológica

En la última década se han obtenido importantes evidencias sobre la influencia del proceso de maduración cerebral y de los mecanismos neurobiológicos en la conducta problemática. Entre estos mecanismos cabe destacar el papel que ejercen determinados neurotransmisores, así como los ganglios basales, los circuitos frontoestriados o el lóbulo frontal. Las diferentes hipótesis que surgen desde esta teoría se centran principalmente en la conducta autolesiva y estereotipada. En la actualidad

los estudios neurobiológicos están incluyendo además aspectos genéticos, con resultados prometedores.

Para una mejor descripción expondremos a continuación los enfoques de esta teoría agrupados en diferentes bloques. Así, presentamos un primer apartado sobre la implicación de los neurotransmisores en la aparición de la conducta problemática. En un segundo apartado aludiremos a la teoría de la homeostasis, para terminar recogiendo bajo un mismo apartado otros mecanismos neurobiológicos a los que mencionaremos para ofrecer un esbozo del estado de la cuestión.

a. Implicación de los neurotransmisores

La mayoría de las actuales teorías neurobiológicas se han centrado en el papel de determinados neurotransmisores endógenos como moduladores de la conducta. Éstos mandan mensajes químicos del sistema nervioso central estableciendo conexiones con los respectivos receptores en las neuronas. Las investigaciones actuales acentúan el papel de tres tipos de neurotransmisores: la dopamina, la serotonina y los péptidos opioides (en especial la beta-endorfina). En relación a estos tres neurotransmisores podemos encontrar una gran variedad de estudios experimentales (p.e. Aman, Arnold y Armstrong, 1999; Aman y Madrid, 1999; Baumeister y Sevin, 1990; Lewis y Bodfish, 1998; Harris, 1992; Hellings, 1999; Racusin, Kovner-Kline y King, 1999; Reiss y Aman, 1998; Ruedrich y Erhardt, 1999; Sandman y Hetrick, 1995; Sandman, Spence y Smith, 1999; Schroeder y cols., 1986; Schroeder y Tessel, 1994; Tessel y cols., 1995; Thompson y cols., 1994 ; Thompson y cols., 1995; Verhoeven y Tuinier, 1999; Werry, 1999), desarrollando cada uno de ellos una teoría explicativa del comportamiento problemático.

b. Hipótesis dopaminérgica

El sistema dopaminérgico está íntimamente relacionado con la regulación de la actividad motora. Han sido identificados cinco subtipos de receptores de dopamina, que han sido agrupados en dos "familias": los receptores D1 y D2. Hay evidencias que indican que anomalías en la familia del subsistema receptor D1 pueden estar relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de algunas formas de conducta autolesiva.

La teoría dopaminérgica tiene sus orígenes en los resultados de los estudios de experimentación animal que demuestran cómo se induce la conducta autolesiva mediante la incorporación de agentes que facilitan la neurotransmisión monoaminérgica. Por ejemplo, en el estudio de Breese, Criswell, Duncan y Mueller (1990) se utilizó la neurotoxina 6-hidroxidopamina, enzima que destruye selectivamente la dopamina contenida en las neuronas, para provocar conductas autopunitivas en ratas.

Se ha observado cómo los monos rhesus en aislamiento manifiestan casi inevitablemente conductas autolesivas. Estas conductas aparecen a los 3-4 meses, persisten en la vida adulta e implican múltiples topografías, algunas de las cuales originan lesiones severas, siendo más probable que ocurran como respuesta ante estresores ambientales (Kraemer y Clarke, 1990). Ello está asociado a alteraciones a largo plazo en la sensibilidad de receptores de la dopamina y en la destrucción en algún lugar del trayecto del sistema dopaminérgico (Lewis, 1992). Estos hallazgos pueden ser especialmente relevantes en el caso de personas con múltiples discapacidades o con limitaciones muy severas, quienes debido a su condición, pueden tener grandes dificultades para establecer vínculos sociales y pueden contar con un repertorio de habilidades muy restringido para explorar el mundo circundante.

Los estudios experimentales parecen indicar que las conductas autolesivas, especialmente la de morderse, son debidas a la destrucción en alguna parte del recorrido del D1 y a la supersensibilidad (o la reducción del umbral de activación) en el resto de receptores D1. Éste efecto parece estar asociado con etapas cruciales en el desarrollo, puesto que daños posteriores en el sistema dopaminérgico (como ocurre en la enfermedad de Parkinson o en la corea de Huntington) no conducen a dicho tipo de conductas problemáticas.

En 1986, Goldstein y cols., describieron un modelo animal de autolesiones que atribuyeron al receptor D1. Las autolesiones observadas fueron similares a las mostradas por pacientes con el síndrome de Lesch-Nyhan. Previamente, Lloyd y cols. (1981) habían encontrado una deficiencia de dopamina en estos pacientes. Otros investigadores se han referido a los efectos paliativos de los antagonistas de la dopamina en el tratamiento de individuos con autolesiones sin la presencia de este síndrome (Gualtieri y Schroeder, 1989; Mikkelsen, 1986), o en casos con el síndrome de Lesch-Nyhan (Goldstein, 1986). Unos años más tarde, investigadores como Breese y cols. (1995) o Nyhan (1994) sugirieron que las conductas de morderse que presentan las personas con Lesch-Nyhan podían deberse a una deficiencia significativa de dopamina en ciertas áreas del cerebro y a niveles bajos en el sistema dopaminérgico o de sus metabolitos.

De acuerdo con la teoría de la supersensibilidad dopaminérgica, las conductas estereotipadas son resultado de una depleción del neurotransmisor de la dopamina en las células postsinápticas de los ganglios basales (Rojahn y Sisson, 1990). Estudios sobre la función de la dopamina en personas con Retraso Mental que utilizaron medidas de la misma tanto a nivel conductual (trastornos motores, ratio de parpadeo), como a nivel biológico (ácido homovanílico en plasma), demostraron que las estereotipias en dichas personas estaban asociadas a una disminución de los niveles de dopamina

(Bodfish y cols., 1995; Lewis y cols., 1996). Esta teoría plantea que los receptores son supersensibles a la dopamina y que originan una respuesta compensatoria ante los niveles bajos de ésta, provocando una respuesta exagerada. Los neurolépticos, la degeneración neuronal, así como los niveles elevados de estrés, pueden bloquear los receptores de dopamina siendo los causantes de dicha depleción de la dopamina en los lugares postsinápticos (Rojhan y Sisson, 1990).

La experimentación animal ha demostrado a su vez que el aumento de actividad dopaminérgica en las regiones límbicas facilita la agresión de tipo impulsivo. Así, en los estudios de Van Erp y Miczek (2000) se observa que los encuentros agresivos entre ratas funcionan como potentes estresores, tanto para el agresor como para la víctima, lo que se refleja en un incremento de los niveles de actividad dopamínica en los circuitos mesocorticolímbicos, en especial a nivel del núcleo accumbens. Se ha comprobado que este mecanismo produce sensibilización a largo plazo para la violencia en animales expuestos de forma repetida a encuentros agresivos, sobre todo cuando se trata de episodios breves recurrentes con resultado de victoria (Vanderschuren y Kalivas, 2000). Posteriormente, Miczek y cols., (2002) constataron que la activación de los receptores D2 en las vías mesolímbicas potenciaba las respuestas de agresión en todas las especies animales estudiadas. Sin embargo, las anomalías en el sistema receptor D2 parecen influir más en la aparición de las estereotipias (Breese y cols., 1995; Cooper y Dourish, 1990; Schroeder y Tessel, 1994; Schroeder y cols., 1995). Incluso hay evidencias que indican la implicación de este receptor en los movimientos involuntarios. Por ejemplo, una de las hipótesis de las diskinesias tardías plantea que son el resultado de lesiones estructurales directamente causadas por el uso crónico de fármacos bloqueantes de los receptores D2 debido a que el aumento del turn-over de dopamina origina la síntesis de peróxido de hidrógeno y radicales libres. Así cuando los antipsicóticos se utilizan de forma crónica, sobre todo aquellos llamados de alta potencia, o sea que requieren de bajas dosis para lograr mayor bloqueo de los

receptores dopaminérgicos D2, suelen aparecer síntomas extrapiramidales como las distonías agudas, el parkinsonismo, las diskinesias o las distonías tardías.

c. Hipótesis serotoninérgica

El sistema serotoninérgico está íntimamente relacionado con varios procesos psicológicos, entre los que se encuentra el nivel de activación, el control del apetito, la ansiedad, la depresión o la regulación conductual. Así, anomalías en este sistema provocan insomnio, depresión, trastornos en el control del apetito, trastorno obsesivo-compulsivos y agresión impulsiva (Bodfish y Madison, 1993; Gedye, 1993; Twitchell y cols., 1998; Verhoeven y Tuinier, 1999). Es posible distinguir al menos once tipos diferentes de receptores de la serotonina, algunos son inhibidores (clase 1) y otros excitadores (clase 2 y 3) (Geyde, 1993).

Al igual que en el sistema dopaminérgico, se ha encontrado una relación entre la serotonina y la conducta autolesiva, así como con la agresión. El estudio de dicho sistema en relación con la autolesión fue ampliamente desarrollado en los años 70, principalmente por la extrapolación de los datos de experimentación animal. Mehlman y cols. (1994) encontraron una correlación positiva entre niveles bajos de 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo de macacos rhesus adolescentes y en comportamiento violento e impulsivo. Por su parte, Ferris (1996) demostró que la administración de fluoxetina, un agonista serotoninérgico, a hámsters dorados, producía una sustancial disminución de la conducta agresiva, en parte mediante la inhibición del sistema arginina-vasopresina.

En humanos, algunos investigadores observaron que los niveles de serotonina, 5-HT eran anormales en un elevado porcentaje de personas con Autismo y/o Retraso Mental (Anderson y cols., 1987; Hanley, Stahl y Fredman, 1977; Ritvo y cols., 1970; Schain y Freedman, 1961). Además, en el síndrome de Delange, los niveles bajos de plasma 5-

HT se consideraron posibles factores contribuyentes de la autolesión (Greenberg y Coleman, 1973).

Otra base que apoya el papel de la serotonina en la autolesión surgió de ensayos clínicos con el agonista serotoninérgico 5-hidroxitriptofina (5-HTP) en cuatro casos con el síndrome de Lesch-Nyhan en el que se obtuvieron mejoras significativas tras su administración (Minuzo y Yugari, 1974). En un estudio posterior Nyhan, Johnson, Kaufman y Jones (1980) administraron un cóctel serotoninérgico de 5HTP, carbidopa e imipramina a pacientes con el síndrome de Lesch-Nyhan y obtuvieron también una importante mejoría. Más recientemente, varios trabajos han demostrado la atenuación de las autolesiones en personas con Retraso Mental profundo a quienes se les administraron agentes serotoninérgicos como la buspirona (Ratey, Sovner, Mikkelsen y Chmielinski, 1989), la trazodona (O'Neal, Page, Atkins y Eichelman, 1986) o inhibidores de su recaptación como la fluoxetina (King y cols., 1991). Estos agentes han sido identificados como posibles tratamientos efectivos para la agresión y la autolesión en modelos animales (Breese y cols., 1989, Sivam, 1996) y en ensayos clínicos abiertos (Ratey y cols., 1989; Yudofsky, Williams y Gorman, 1981). Además se han relacionados con mejorías en algunas formas de conducta autolesiva asociadas a trastorno obsesivo compulsivo (King, 1993) y a la reducción de la agresión en personas con discapacidad intelectual (Aman y cols., 1999; Racusin y cols., 1999; Sovner y cols., 1998; Verhoeven y Tuinier, 1999).

Esta teoría también explica las conductas autolesivas que presentan personas sin discapacidad. Por ejemplo, Simeon y cols. (1992), demostraron cómo una disfunción de la actividad serotoninérgica podía facilitar la aparición de las autolesiones. En su estudio realizado con veintiséis personas con trastorno de la personalidad que presentaban automutilaciones, emparejadas con otras tantas que no las presentaban, hallaron una correlación negativa y significativa entre la

autolesión y el número de lugares de unión de la imipramina en plaquetas. Es decir, las personas que se autolesionan tenían menos lugares de unión de imipramina en plaquetas a nivel de actividad de serotonina.

Herpertz y cols., (1995, 1997) han investigado cómo los niveles de sangre de prolactina responden a las dosis de d-fenfluramina en personas con autolesiones y sujetos control. La respuesta de la prolactina en aquellos que se autolesionan fue directa lo cual sugiere un déficit total y principal en la función serotoninérgica presináptica central 5-HT. También Stein y cols. (1996) encontraron relación directa en personas con trastorno de personalidad compulsiva. De un modo similar se han encontrado que incrementos de serotonina en la dieta se relacionan con una reducción de conductas autolesivas (Ellis, Singh y Ruane, 1999; Gedye, 1990, 1991).

En relación a la agresión, estudios experimentales en los que se provocaban lesiones en áreas de neuronas serotoninérgicas o inhibitoras de la síntesis de serotonina, podían llevar a un incremento de dicha conducta. De forma parecida, intervenciones en las que se incrementaba la síntesis de la serotonina o se administraban agonistas de dicho neurotransmisor producían una reducción de la agresión (Baumeister y Sevin, 1990). En personas sin discapacidad se ha encontrado una correlación negativa entre los niveles de metabolitos de serotonina (productos de degradación) en el líquido cefalorraquídeo y en el plasma sanguíneo y la agresión (Baumeister y Sevin, 1990; Thompson y cols., 1994).

Coccaro y cols., (1997) sugieren que la irritabilidad sería el correlato conductual principal de la función de la serotonina y que la manifestación de comportamiento agresivo mostrado en respuesta a la irritación parece estar relacionado con los niveles de serotonina. Así, si los niveles son normales, la irritabilidad se puede expresar gritando, lanzando cosas, etc. Si los niveles de serotonina son bajos, el aumento de agresión y las respuestas a la irritación se plasman en la autolesión, el suicidio, y/o en ataques a otros.

Al igual que con la autolesión en un estudio realizado por Twitchell y cols. (1998), con hijos de padres alcohólicos donde se examinaba la posible relación entre la disregulación conductual y una función baja de serotonina en sangre, se encontró una relación inversa entre los problemas de comportamiento y niveles bajos en sangre de 5-HT. Esta relación es de interés como posible marcador fenotípico de vulnerabilidad biológica a la agresividad y como posible factor de riesgo de un futuro alcoholismo antisocial.

De forma más ilustrativa, en la Tabla 8 se presentan los mecanismos explicativos que han sido hallados en los diferentes estudios.

Tabla 8. Mecanismos neurobiológicos explicativos de conductas problemáticas

Conducta	Neurotransmisor	Estudios realizados	Población
Agresión	Activación dopaminérgica en regiones límbicas	Miczek y cols. (2002) Van Erp y Miczek (2000) Vanderschuren y Salivas (2000)	Modelo animal
	Niveles bajos de serotonina	Baumeister y Sevin (1990) Breese y cols. (1989) Sivam (1996) Ferris (1996) Mehlman y cols. (1994) Ratey y cols. (1989) Yudofsky, Williams y Gorman (1981)	Modelo animal
		Aman y cols. (1999) Racusin y cols. (1999) Sovner y cols. (1998) Verhoeven y Tuinier (1999)	Personas con discapacidad
		Baumeister y Sevin (1990) Coccaro y cols. (1997) Herpertz y cols. (1995, 1997) Thompson y cols. (1994) Twitchell y cols. (1998) Stein y cols. (1996)	Personas sin discapacidad
Autolesión	Receptor de dopamina D1	Breese, Criswell, Duncan y Goldstein (1986) Lewis (1992)	Modelo animal
	Deficiencia de dopamina	Bodfish y cols., (1995) Breese y cols. (1995) Lewis y cols., (1996) Lloyd y cols. (1981) Nyhan (1994) Rojahn y Sisson (1990)	Personas con Lesch-Nyhan
	Niveles bajos de serotonina	Greenberg y Coleman (1973)	Personas con Síndrome de Delange
		Minuzo y Yugari, (1974)	Personas con Síndrome de Lesch-Nyhan
		King, (1991) O'Neal, Page, Atkins y Eichelman, (1986) Ratey, Sovner, Mikkelsen y Chmielinski, (1989)	Personas con Retraso Mental profundo
		Ellis, Singh y Ruane, (1999) Gedye, (1990, 1991) Herpertz y cols. (1995, 1997) Simeon y cols. (1992)	Personas sin discapacidad
Estereotipia	Anomalías sistema receptor de dopamina D2	Breese y cols. (1995) Cooper y Dourish (1990) Schroeder y Tessel 1994; Schroeder y cols. (1995)	
	Niveles bajos de serotoninas	Anderson y cols. (1987) Hanley, Stahl y Fredman (1977) Ritvo y cols. (1970) Schain y Freedman, (1961)	Personas con Autismo y/o Retraso Mental
		Stein y cols. (1996)	Personas sin discapacidad

d. Hipótesis endorfinica

Esta hipótesis se basa en el papel que los sistemas endorfinicos endógenos tienen ante determinados estímulos. Por ejemplo, si una persona se golpea y siente dolor, su organismo libera endorfinas para contrarrestarlo. Al reírse, hacer un deporte o disfrutar de una buena comida también se liberan endorfinas lo que produce una sensación agradable. Estas sustancias tienen un efecto de muy corta duración, porque se producen en el cerebro en respuesta a un estímulo y se inactivan en pocos minutos. Al liberarse se unen a los receptores localizados en el cerebro y en el resto del sistema nervioso (Cruz, 2006).

Hughes describió en 1975 cómo los péptidos del cuerpo humano tenían efectos similares a la morfina y la heroína. Estos opioides endógenos están funcional y estructuralmente relacionados con los opioides exógenos, uniéndose de forma específica a los receptores opioides que se encuentran en el cerebro, especialmente en áreas como la sustancia gris periacueductal y a lo largo de la médula espinal. También se encuentran en la periferia, por ejemplo, en los plexos mientéricos digestivos y en las articulaciones.

Es posible distinguir tres grupos generales de péptidos opioides (encefalinas, dinorfinas y endorfinas) y cuatro tipos de receptores: *mu* (μ), *kappa* (κ), *nociceptina y delta* (δ). Dentro de estos receptores se han definido al menos dos subclases de receptores *mu* y tres del *kappa*. Aunque todos tienen una gran similitud estructural, son receptores de membrana acoplados a la proteína G y poseen distintos ligandos endógenos por lo que producen algunas acciones similares y otras distintas.

El sistema opioide endógeno tiene diversas funciones fisiológicas, incluyendo la regulación del dolor (inhibiendo la respuesta al estímulo doloroso), la modulación de las funciones gastrointestinales, endocrina y autonómica, el aprendizaje y la memoria.

Tiene también un papel muy relevante en el circuito cerebral de recompensa y en la adicción. Los receptores opioides representan el sustrato neurobiológico común que media la propiedad reforzadora de la mayoría de las drogas, así como la dependencia física (Álvarez y Farré, 2005).

Por ejemplo la beta-endorfina, cuyo receptor es *mu*, es un magnífico analgésico y antinociceptivo (bloqueante de los receptores del dolor) y puede producir un estado anímico eufórico.

En diversos estudios se ha encontrado una relación entre el opiáceo beta-endorfina y la conducta autolesiva. Así Sandman y cols. (1990a) encontraron niveles más elevados de beta-endorfina en el líquido de la médula espinal en personas con discapacidad intelectual que en el grupo control. Además, estos niveles elevados se encontraron inmediatamente después de que la persona con discapacidad intelectual severa manifestara un episodio de conducta autolesiva (Sandman y cols., 1997).

Sustentado en estudios sobre este tipo de opiáceo específico, Sandman y Hetrick (1995) y Sandman, Spence y Smith (1999), han establecido dos modelos explicativos relacionados con la conducta autolesiva. Éstos son el exceso de opioide congénito y el modelo de la adicción.

El primero propone que el exceso de la actividad opiácea lleva a un aumento permanente del umbral del dolor. Por su parte, la hipótesis de la adicción indica que la conducta autolesiva lleva a una liberación de beta-endorfinas que, debido a sus propiedades analgésicas, antinociceptivo e inductoras de euforia, activa la senda de gratificación cerebral y actúa como reforzador automático para la conducta autolesiva (Thompson y cols., 1995). Ya en 1982, Cataldo y Harris propusieron que las autolesiones pueden mantenerse por condicionamiento operante donde el refuerzo

consiste en una respuesta bioquímica del organismo. Así, la autolesión se produce con el fin de activar la liberación de endorfinas produciendo o bien una sensación placentera o "coloque" biológico, o bien una atenuación del dolor. Este mecanismo a lo largo del tiempo lleva a una dependencia física con la manifestación de síntomas asociados a su retirada, tal y como se ilustra en la Figura 6.

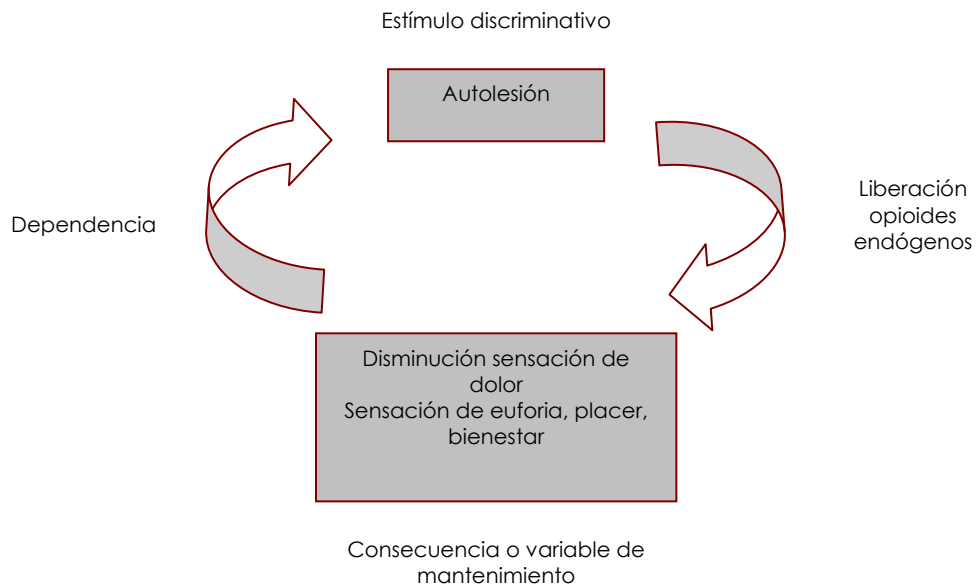


Figura 6. Ciclo de mantenimiento de la conducta autolesiva

Se han realizado numerosos estudios utilizando los antagonistas opiáceos (Naltrexona y Naloxona) como intervenciones farmacológicas, basadas en el supuesto de que dichos opiáceos refuerzan la aparición de autolesiones (p.e. Barret, Feinstein y Hole, 1989; Bernstein y cols., 1987; Bodfish y cols., 1997; Crews y cols., 1993, 1999; Herman y cols., 1987; Kars y cols., 1990; Knabe, Schulz y Richard, 1990; Lienemann y Walker, 1989; Ryan y cols., 1989; Sandman, Barron y Colman, 1990b, Sandman y cols., 1997; Symons y cols., 1998; Taylor y cols., 1991; Thompson y cols., 1994b, 1995; Walters y cols., 1990). Sin embargo, los resultados han sido contradictorios, encontrándose en unos casos una ausencia de diferencias significativas e incluso, en otros, incremento de la conducta autolesiva (p.e. Barrera y cols., 1994; Johnson, Johnson y Sahl, 1994; Kars y

cols., 1990; Knabe y cols., 1990; Luiselli, Beltis y Bass, 1989; Ricketts, Goza y Matese 1992; Willemsen-Swinkles y cols., 1995; Zingarelli y cols., 1992). Ello puede explicarse por la presencia de diferentes factores como la dosis empleada (p.e. Barrera y cols., 1994; Bernstein y cols., 1987; Herman y cols., 1987; Knabe y cols., 1990, Ricketts y cols., 1992; Ryan y cols., 1989; Sandman y cols., 1990b), la topografía de la conducta autolesiva (diferentes formas de conducta autolesiva responden de forma diferente a la naltroxona, Thompson y cols., 1994b), o la función conductual que puede mantener la conducta autolesiva para la persona.

2.1.4 Teoría de la homeostasis

Relacionadas con las teorías neurológicas y evolutivas se encuentran aquellas que se basan en la modulación del estado del individuo en respuesta a los estímulos sensoriales o nivel de activación, de modo que la estereotipia y la conducta autolesiva constituyen estrategias para mantener un nivel óptimo de estimulación. Esta perspectiva, que recibe el nombre de teoría de la homeostasis, plantea que cuando la persona no obtiene del entorno dicho nivel óptimo de estimulación, realiza actividades compensatorias con el fin de lograrlo, generalmente bajo la forma de movimientos atípicos (Baumeister y Forehand, 1973). Además, la persona experimenta cambios en su nivel de activación ante cambios percibidos en el ambiente (Johnson, Van Laarhoven y Repp, 2002). Varios investigadores han sugerido que las estereotipias patológicas están asociadas a un nivel de activación superior del sistema nervioso periférico y central. Según esta teoría, las personas se esfuerzan por mantener un equilibrio o nivel homeostático de activación del sistema nervioso central. Existen varias formulaciones sobre el origen y mantenimiento de la conducta estereotipada de acuerdo a esta teoría. Cada formulación difiere en la importancia otorgada a los factores ambientales y a las variables orgánicas. Sin embargo todas se basan en la

noción de que la conducta estereotipada consiste en movimientos controlados por el sistema nervioso central o sensorial (Burkhart, 1987).

La hipótesis de la autoestimulación se basa también en el postulado de que la persona necesita un grado mínimo de estimulación. La estimulación de modalidad táctil, vestibular y kinestésica debe ser equilibrada y ha de mantenerse en un nivel suficiente por el individuo. Desde este punto de vista cuando la estimulación distal no satisface las necesidades de la persona, ésta manifestará conductas de estereotipia de naturaleza proximal para alcanzar un nivel equilibrado y suficiente de estimulación (Baumeister y Forehand, 1973; Cleland y Clark, 1966; DeLissavoy, 1964; Kulka, Fry y Goldstein, 1960; Lourie, 1949). Por otro lado, las conductas estereotipadas funcionan también como conductas de autoestimulación que regulan la actividad del sistema nervioso central cuando la persona está sobreactivada. Así, dedicarse a una autoestimulación monótona y proximal constituye una forma de bloquear eficazmente la estimulación externa (distal) y conseguir un nivel más bajo de activación (Lovaas, 1987). Desde esta teoría el elevado nivel de conductas estereotipadas mostrado por las personas con discapacidad intelectual y Autismo sería consecuencia de la búsqueda de un equilibrio en el sistema nervioso central (Rojahn y Sisson, 1990).

De un modo similar, Lovaas, Litrownic y Mann (1971) propusieron que, en las personas con Retraso Mental, las conductas estereotipadas sirven para incrementar la estimulación sensorial como compensación a la reducida capacidad para responder de una forma significativa al entorno. Por el contrario otros autores aducen que las personas con Retraso Mental requieren más estimulación sensorial que quienes muestran un desarrollo cognitivo adecuado (Berkson y Mason, 1964b), porque la disfunción perceptiva atenúa la respuesta a niveles normales de estimulación ambiental (Cataldo y Harris, 1982; Metz, 1967). En consecuencia, la estimulación

añadida en forma de autoestimulación táctil intensa, permite alcanzar así la suficiente conciencia de activación sensorial (Edelson y cols., 1983).

Algunos investigadores han relacionado las conductas repetitivas y estereotipadas con la respuesta sensorial anormal presente en determinadas personas con algún tipo de discapacidad del desarrollo, siendo más frecuente en las personas con Trastorno del Espectro Autista (Gabriels y cols, 2008). Así, estas conductas pueden realizarse para inducir experiencias sensoriales o como reacción a la estimulación sensorial (Liss y cols, 2006). Por ejemplo, se ha examinado específicamente la hipersensibilidad táctil (es decir respuestas aversivas a estimulación táctil que no es nociva para la mayoría de las personas) asociándola a conductas estereotipadas rígidas (insistencia en lo mismo y verbalizaciones repetitivas) (Baranek y cols, 1997, 2005), o una mayor hipersensibilidad visual ante la luz fluorescente frente a la incandescente que provoca un incremento de estereotipias (Colman y cols, 1976).

Por otro lado, otros estudios relacionan esta hipótesis con la importancia de los circuitos dopamínicos de las regiones amigdalinas, la corteza prefrontalbasal y la extensión sub-lenticular amigdalina en el control de la llamada saliencia motivacional (Kapur, 2003; Liberzon y cols., 2003), que consiste en la capacidad de un estímulo para desencadenar una acción. De este modo, el fracaso de los mecanismos dopamínicos de filtrado en los estímulos ambientales, hace que la persona los perciba como amenazantes y con una alta saliencia motivacional, pudiendo estar implicado por tanto en la aparición descontrolada de respuestas de agresión afectiva o defensiva.

2.1.5 Teorías Neuroanatómicas y neurofisiológicas

Además de los neurotransmisores y el nivel de activación, se han encontrado otros procesos relacionados con la conducta problemática. Así, condiciones que producen traumas en el desarrollo, asociados con los ganglios basales y los circuitos

fronto-estriados, parecen ser factores de riesgo significativos para el desarrollo de conductas repetitivas (Bodfish y Lewis, 2002). Estudios experimentales basados en lesiones químicas han ofrecido evidencias adicionales sobre la importancia de las estructuras de los ganglios basales en la mediación de las autolesiones y las conductas estereotipadas inducidas (Lewis y cols., 1996).

Por su parte, Gedye (1992) propuso que la conducta autolesiva podía producirse como consecuencia de contracciones musculares involuntarias asociadas con ataques relacionados en el lóbulo frontal, que producen pautas de movimiento semejantes a algunas topografías de la conducta autolesiva. Es lo que viene a denominarse teoría de movimientos involuntarios.

Una hipótesis parecida es la sostenida por King (1993), tras la revisión de las hipótesis de factores psicológicos, conductuales, fisiológicos o neurológicos causantes de la autolesión en personas con Retraso Mental severo o profundo. El autor plantea la hipótesis de la conducta compulsiva, según la cual la autolesión aparece ante una disfunción cerebral y se caracteriza por ser compulsiva, ampliamente involuntaria, exacerbada por la ansiedad y no motivada por las consecuencias. El proceso por el cual se expresa la conducta parece estar más relacionada con mecanismos serotoninérgicos y dopaminérgicos, aunque probablemente estén implicados múltiples sistemas transmisores.

Entre otras teorías explicativas de las estereotipias Muñoz-Yunta y cols., (2005) indican cómo en el proceso de maduración cerebral intervienen tres niveles de conducta esenciales para la instauración de la cognición cerebral, a saber: el nivel reactivo, el nivel propositivo y el nivel comunicativo. El nivel reactivo constituye la forma más primitiva de comportamiento, es la conducta de la motilidad (tono y reflejos), sinergias y automatismos y se sustenta en estructuras troncomedulares. El nivel comunicativo constituye la última etapa madurativa cerebral a través de la empatía y

la actividad expresiva, principalmente fónica. Permite que el niño informe de lo que siente y piensa, empleando circuitos corticales de proyección y asociación frontoorbitales en conexión con las áreas perisilvianas.

El nivel propositivo, que sería el nivel intermedio, utiliza patrones motrices genéticos, capaces de mejorar con el aprendizaje. Un problema en este nivel hace que se manifiesten las conductas estereotipadas. Su base es el somatograma, esto es, la información sensitivo-sensorial que informa al organismo de su situación en el espacio, la postura que adopta y los movimientos que realiza. Esta integración es necesaria para cualquier actividad, tanto automática como intencional. Se sustenta en estructuras rinencéfalo-hipotálamo-talamocorticales. El tálamo desempeña un papel crucial en este proceso. Por tanto, cualquier acontecimiento o suceso que perturbe el proceso madurativo funcional a este nivel, inducirá a la disfunción de los circuitos implicados y explicaría la ocurrencia de las estereotipias. Cuando se produce una interrupción o no adquisición de la conducta propositiva, se desencadena la desintegración del somatograma, lo que lleva a un fracaso de la maduración cognitiva y a la aparición de una conducta de actividad oculo-manual patológica, denominada estereotipia. En condiciones normales, la presión visual ejercitada hacia el objeto se produce por la integración de la información visual hacia el tálamo y la corteza cerebral. Allí se analiza en áreas de asociación visual y es integrada y reconocida como tal. En condiciones de disfunción se produce un bloqueo madurativo del paso de somatograma a somatognosia, no instaurándose la autoconciencia y fracasando en la adquisición de los elementos madurativos, lo que da lugar a conductas problemáticas.

En cuanto a la conducta agresiva, las investigaciones neurofisiológicas confirman la implicación de áreas cerebrales específicas. Sugieren que la agresión se regula en el cerebro mediante dos sistemas principales. Las áreas mesolímbicas

(hipocampo, hipotálamo, amígdala) parecen ser decisivas en la activación de la respuesta agresiva (Manchanda y cols., 1995; Seidenwurm y cols., 1997; Van Elst y cols., 2000), mientras que la corteza orbitofrontal y frontomedial funcionan como un filtro inhibitorio de la agresión (Best, Williams y Coccaro, 2002; Pietrini y cols., 2000). Así, se ha observado un incremento de conductas violentas en pacientes con epilepsia de origen tétoro-límbico (Kiloh y Smith, 1978; Devinsky y Bear, 1984; Mark y Ervin, 1970; Treiman, 1991; Trimble y Van Elst, 1999; Van Elst y cols., 2000). Aunque este tipo de estudios no se ha realizado de forma específica con personas con discapacidad intelectual, hay que tener en cuenta la frecuencia de ataques epilépticos que presenta esta población.

2.1.6 Interacción mecanismos neurobiológicos y genes

En la actualidad los investigadores están comenzando a realizar estudios en los que se asocia conducta-cerebro-genes. Por ejemplo, Pennington, Moon, Edwin, Stedron y Nadel's (2003) compararon el funcionamiento de niños con síndrome de Down con el de niños con desarrollo típico de la misma edad mental en dos tipos de tareas, la primera relacionada con el funcionamiento del cortex prefrontal, y más concretamente con la memoria de trabajo y la segunda asociada con el funcionamiento del hipocampo relacionado con la memoria a largo plazo. Como predijeron, los niños con síndrome de Down obtuvieron un reconocimiento inferior en tareas que implicaban al hipocampo pero igual que en las tareas relacionadas con el cortex prefrontal.

Todas las teorías anteriormente expuestas de carácter médico, aunque relevantes para el esclarecimiento de la conducta problemática, dejan sin explicar algunas de ellas. Desde otros ámbitos, como el psicológico, se proporcionan otras teorías que tratan de suplir esas lagunas.

2.2 Modelos psicológicos

A principios del siglo XIX se comenzaron a fundar las escuelas públicas y privadas para personas con discapacidad intelectual, aunque algunas incluían también otro tipo de discapacidades, como la auditiva. En ellas se utilizaban métodos psicológicos como por ejemplo el utilizado por Seguin en sus comienzos, uno de los primeros autores relevantes con ideología antimédica de la discapacidad. Su método consistía en la formación de "los sentidos y el cerebro". Intentaba provocar el aprendizaje involucrando sistemáticamente la percepción, la imitación, la coordinación, la memoria y la generalización y utilizaba los refuerzos positivos y el modelado, además de procedimientos de castigo (Scheerenberger, 1983).

A medida que han tenido lugar los avances científicos y que se ha ido modificando la visión sociocultural de la discapacidad intelectual, se han ido desarrollando diferentes modelos psicológicos con variada repercusión en el tema que nos ocupa. Igualmente en sus comienzos se sigue haciendo especial hincapié en la variable persona pero, con la evolución de los modelos se va teniendo en cuenta el ambiente como una variable de peso en la conducta

A continuación expondremos los modelos psicológicos que mayor influencia han tenido y su repercusión en este tema en particular.

2.2.1 *Modelo psicométrico*

Históricamente, el primer modelo psicológico de análisis de la discapacidad intelectual ha sido el psicométrico. En línea con la opinión médica, proponía que el pensamiento y el aprendizaje debían depender de un sistema nervioso intacto funcionalmente normal (Verdugo y Canal, 1998). Su presupuesto teórico podría resumirse como $C=f(P)$, entendiendo por "persona" los atributos, rasgos, factores o

dimensiones, caracterizados por su estabilidad o inmodificabilidad. Es por tanto un modelo que se centra en lo endógeno, mentalista, molecular, con una visión estática de su objeto de estudio. En sus orígenes las variables de interés comenzaron limitándose a la evaluación de aspectos intelectuales. Al menos, la rama inaugurada por Binet surgió para proporcionar un modelo preciso del fenómeno de la disminución o déficit en la capacidad de aprendizaje de ciertos individuos, siendo aplicado sobre todo al ámbito educativo. Posteriormente fue incluyendo factores de personalidad, ampliándose a lo largo del tiempo los objetos de estudio y los ámbitos de aplicación.

El modelo psicométrico, aunque en cierto sentido ha permitido unificar el concepto de Retraso Mental dando una cierta unidad al síntoma común que aparecen en una diversidad de trastornos del desarrollo (Fierro, 1984); en principio, es básicamente instrumental y descriptivo. Derivan de él instrumentos, tests o pruebas que, economizando tiempo y recursos, y basándose en técnicas correlacionales, permiten establecer relaciones entre atributos internos y manifestaciones externas. Estas pruebas describen y cuantifican la capacidad o el grado de inteligencia o, en su caso, de deficiencia mental y las aptitudes primarias de las personas. Al principio estas cifras representaban la edad mental, y, más tarde, el cociente intelectual que, en la actualidad responde no tanto a su originario sentido de un cociente, entre la edad mental y la cronológica, como a una construcción psicométrica elaborada a partir de una postulada distribución normal de la inteligencia del grupo normativo o de referencia. Así, teniendo en cuenta que la media de la distribución normal es 100 y la desviación típica es ± 15 , quienes obtienen puntuaciones por debajo de 75 son considerados con algún tipo de retraso, pudiendo variar su gravedad de acuerdo a la puntuación obtenida, clasificándose en ligero o límite, moderado, severo o grave y profundo. Aunque inicialmente se presumió fijo y estable, el cociente intelectual ha mostrado no serlo, lo que ha llevado a los investigadores a identificar otros parámetros psicométricos más refinados y en principio más estables.

El enfoque psicométrico se centra en la “deficiencia mental”, en el déficit en las aptitudes, y aunque es importante resulta bastante difícil prescindir de los demás enfoques, psicológicos o de otro ámbito, para abordar este tema. La concepción psicométrica, o bien considera a la deficiencia como fija e inalterable, con el consiguiente pesimismo práctico; o bien, se limita a lo puramente instrumental y descriptivo de una situación sin tener en cuenta el impacto de los factores ambientales en la ejecución de las personas. Sin embargo, las aptitudes de las personas no son la única causa que puede explicar las diferencias en los resultados obtenidos por las pruebas psicométricas.

Por otro lado, los resultados de los tests de inteligencia y aptitudes pueden predecir la ejecución futura de la persona en otros contextos, como se ha venido probando por ejemplo con el rendimiento académico, pero la tarea evaluadora no va más allá de la clasificación y la predicción. Quizá la limitación más seria dentro del ámbito que nos ocupa radica en que el cociente intelectual y la edad mental eclipsan el diagnóstico de los verdaderos problemas cognitivos de las personas con discapacidad intelectual. Ambos conceptos en realidad no sirven para caracterizar la naturaleza de las diferencias cognitivas entre personas que sufren Retraso Mental o no (Baumeister, 1984), ni proporcionan información suficiente para planificar un programa de rehabilitación que tenga en cuenta aspectos más cualitativos que cuantitativos de la inteligencia. Se limita a describir, a medir, sin ofrecer sugerencias sobre el posible tratamiento o intervención destinada a mejorar las aptitudes.

A pesar de las críticas los tests psicométricos siguen siendo muy usados en la práctica profesional, probablemente por la utilidad de las pruebas en tareas clasificatorias y de selección con finalidades administrativas y profesionales que facilitan aspectos organizativos, como por ejemplo el “etiquetaje” de personas para recibir apoyos económicos o para la formación de grupos homogéneos de

aprendizaje, entre otras. Además la utilización de los tests de inteligencia es compatible con otros enfoques, por ejemplo el conductual (Nelson, 1980) únicamente hay que ser conscientes de sus capacidades y limitaciones o según Anastasi (1961) hay que limitarse a contestar las preguntas que los tests pueden contestar y no abusar de su uso.

2.2.2 Modelo cognitivo

Debido a las limitaciones que presentaba el enfoque psicométrico, uno más experimental comenzó a desempeñar un papel más preponderante en el estudio de los déficits cognitivos en las personas con Retraso Mental. La influencia, a finales de los sesenta y a lo largo de los años setenta, de una concepción evolutiva, no estructural, así como los modelos cognitivos de procesamiento de la información, han llevado a investigaciones que acentúan el estudio de estructuras o funciones cognitivas tales como la percepción de estímulos, la codificación sensorial, la memoria sensorial, la memoria a corto o a largo plazo, la transferencia, la discriminación, la deducción de relaciones y ejecución de la respuesta. Habilidades como las relaciones sociales, la respuesta a las demandas cambiantes de las situaciones, aprender a resolver problemas, o simplemente conversar, requieren atención, codificación selectiva, memoria y ejecución, entre otras cosas (Verdugo y Canal, 1998). La identificación de dificultades en procesos tan complejos no puede explicarse sólo por medio de una clasificación de las personas en términos de baja o alta inteligencia, aún cuando el éxito en ese procesamiento de la información pueda deberse al nivel general de la inteligencia del sujeto (O'Connor, 1987).

Al igual que el enfoque psicométrico, el cognitivo da más peso a los factores personales que a los ambientales en la conducta. Este enfoque se ha denominado también micrométrico y procesual. El término "micrométrico" alude al hecho de que los

fenómenos psíquicos considerados y medidos son relativamente microscópicos frente a la magnitud de los productos conductuales evaluados en las pruebas clásicas de inteligencia y en las líneas de base del análisis funcional. Las técnicas recientes de medición permiten una medida muy fina de momentos mínimos del proceso, como tiempos de reacción (p.e. la cronometría de Stemberg, 1977). La aplicación de estas técnicas psicométricas a la exploración del Retraso Mental ha ido revolucionando los conceptos acerca de este fenómeno (Fierro, 1984).

Pero el enfoque cognitivo no es un enfoque unitario. Dentro de esta perspectiva y en el ámbito que nos ocupa hay dos grandes posturas diferenciadas: la posición evolutiva o funcional y la posición estructural o diferencial. Ambas posiciones tratan de responder esencialmente a por qué las personas con Retraso Mental muestran dificultades para atender, para aprender información nueva, o para recordar conocimientos; y a cómo se podrían remediar esas dificultades (Verdugo y Canal, 1998). Los postulados e investigadores más representativos de ambas teorías se detallan a continuación.

a. Teoría evolutiva

Dentro de esta teoría destaca la influencia que han ejercido tres teóricos del desarrollo: Heinz Werner, Jean Piaget y Lev Vigostsky, contribuyendo a posteriores formulaciones evolutivas en el Retraso Mental (Hodapp, Burack, y Zigler, 1998). Esta teoría en el ámbito de la discapacidad intelectual fue introducida por Zigler (1967,1969) y acentúa la semejanza en el funcionamiento de las personas con o sin discapacidad intelectual (Zigler, 1986). Este autor Zigler (1986) conceptúa el crecimiento cognitivo de las personas con Retraso Mental de acuerdo a las tres premisas siguientes: 1) las personas con Retraso Mental pasan por los mismos estadios evolutivos (hipótesis de la secuencia similar), 2) tienen una estructura de inteligencia

similar en cada nivel de desarrollo (hipótesis de la estructura similar) y, 3) responden a los mismos factores ambientales de desarrollo.

Desde la **teoría de la secuencia similar**, y a diferencia del enfoque psicométrico, más que hablar de "deficiencia", se utiliza el término de "Retraso Mental". Los sujetos que bajo otras perspectivas son vistos como "deficientes o inferiores" frente a la capacidad intelectual media, desde este enfoque se consideran ante todo "retrasados". Se supone la existencia y regularidad de ciertos procesos evolutivos, que conducen a la madurez y plenitud de las aptitudes mentales y sociales; y se atribuye a estos sujetos un atraso, rezagamiento y disfunciones en tales procesos de desarrollo. Esto puede sugerir, como indica Fierro (1984), que el retraso no tiene por qué implicar deficiencia. Por ejemplo, puede darse el caso de un niño que se desarrolla muy despacio, va más lento que el resto, y que llega por tanto, más tarde que sus iguales a ciertos umbrales evolutivos y aptitudinales, pero consigue al final las mismas metas y a partir de ese momento no se diferencia de quienes le adelantaron al principio. Cabría suponer entonces que el "retrasado mental" adquiere la plenitud de sus facultades mentales a los 25 ó 30 años, en vez de a los 16 ó 18. Sin embargo esto, no es, o no suele ser así. Generalmente, y aunque se describa como fenómeno evolutivo, suele coexistir una deficiencia cuando se habla de retraso. El sujeto no sólo alcanza más tarde los umbrales evolutivos si no que además; ciertos umbrales o niveles de capacidad nunca son adquiridos. Su problema, por tanto, no es tan sólo de que vaya más despacio, sino también, de deficiencia en sentido estricto (Fierro, 1984).

Este grupo de teorías tienen sus cimientos en la teoría de Piaget. Aunque este filósofo suizo no llevara a cabo ninguna investigación con niños con Retraso Mental. Sin embargo su discípula, Barbel Inhelder realizó su tesis doctoral (1943, traducida en 1968 por Day) sobre la aplicación de ciertos aspectos de la teoría de Piaget al Retraso Mental. Sus resultados confirmaron en parte la teoría evolutiva de que estos niños

pasaban por las mismas etapas que los niños con desarrollo típico y en el mismo orden, pero a un ritmo más lento. Sin embargo, también advirtió que algunos niños con Retraso Mental mostraban grandes oscilaciones entre varias etapas. Es decir, aunque presentaban niveles más avanzados de pensamiento, solían manifestar un funcionamiento menos maduro. Sugirió que los niños con Retraso Mental ligero, denominados en su época los "morones", no llegaban más allá de la etapa de operaciones concretas, y que los moderadamente retrasados, o "imbéciles", no avanzaban más allá de la etapa preoperacional (Woodward, 1979).

Existen algunos hechos que rebaten una explicación meramente evolutiva. Uno de ellos ampliamente sustentado es que el problema evolutivo, en los casos que nos ocupan, no constituye un retraso armónico o equilibrado en las distintas áreas conductuales, sino más bien desigual, irregular, disarmónico, o en heterocronía, en términos de Zazzo (1965). Su retraso no consiste en seguir más despacio iguales pautas de desarrollo que la generalidad. La pauta suele ser diferente, ampliamente idiosincrásica. Un segundo hecho es el rápido deterioro físico y mental que experimentan estas personas, esto es, su envejecimiento prematuro.

La segunda idea dentro de esta teoría es la **hipótesis de la estructura similar**, según la cual las personas con discapacidad, pero sin daño orgánico, tienen un funcionamiento intelectual normal. Sin embargo cuando el Retraso Mental tiene una causa orgánica no sucede lo mismo. En estas circunstancias, Zigler (1969) propone la teoría del defecto que plantea que las personas con discapacidad se caracterizan no tanto por un desarrollo retrasado propiamente dicho, sino por un defecto específico en uno o varios de los procesos mentales. Se supone que otros procesos mentales están relativamente intactos. Dentro de esta teoría se resaltan los procesos cognitivos más que las estructuras, y se asume que son modificables a través de entrenamientos específicos (Verdugo y Canal, 1998). De esta última idea surgen teorías basadas en la

modificabilidad cognitiva que dan lugar a su vez a diferentes enfoques dentro de la misma y que posteriormente detallaremos.

Los que apoyan esta posición han propuesto una amplia lista de estructuras deficitarias. Por ejemplo el psicólogo ruso Luria (1961) sostiene que los niños con Retraso Mental presentan un defecto muy particular en el uso de la mediación verbal y del lenguaje interno para orientar el pensamiento y la conducta. Ellis (1963), sostiene que presentan limitaciones específicas en su huella de memoria; concretamente, opina que el daño del sistema nervioso produce un debilitamiento más rápido de las memorias (Burack, Hodapp, y Zigler, 1998). Por su parte Spitz (1963,1966) postula que el defecto particular está en su capacidad para organizar la información proveniente de los estímulos. Autores como Heal y Johnson (1970) muestran que las personas con Retraso Mental tienen especial dificultad en la inhibición de respuestas. Finalmente Brown (1974) opina que estos sujetos tienen dificultad para usar ciertas estrategias, como por ejemplo, el repaso, que facilitan el aprendizaje y la memoria (Ellis, 1974).

Aunque la teoría del desarrollo explica relativamente bien el funcionamiento retrasado, no se sostiene ante un examen detallado. Un análisis más a fondo de los datos experimentales evidencia demasiadas diferencias entre niños con y sin retraso de una misma edad mental. Así los niños con Retraso Mental: a) van a la zaga en el desarrollo normal del lenguaje, aunque parece que adquieren el lenguaje de la misma manera que sus iguales con un desarrollo evolutivo típico, b) son especialmente limitados en el uso de ciertas construcciones gramaticales, c) suelen estar menos capacitados para usar mediación verbal, estrategias de repaso, u otros procedimientos de control que facilitan el aprendizaje y la memoria y, d) tienen relativamente más dificultades para aprender tareas de aprendizaje y de memoria abstracta y compleja, y relativamente menos dificultades para aprender asociaciones simples de pura memoria (Ingalls, 1982).

En resumen, el modelo del desarrollo en sus inicios no implica una precisa teoría del Retraso Mental, ni tampoco una determinada propuesta de intervención psicopedagógica, puesto que propone que los déficits son innatos y que afectan especialmente al sistema cognitivo de memoria. Considera a esos déficits como razones principales de la pobre actuación de las personas con Retraso Mental y, además, mantiene que esos déficits son relativamente inmodificables. Será posteriormente con las teorías de la modificabilidad cognitiva cuando teniendo en cuenta estos modelos se planteen intervenciones específicas en el ámbito de la educación especial y sobre todo para personas con Retraso Mental.

b. Teorías de la modificabilidad cognitiva

Estas teorías parten de la acogida y difusión del concepto dinámico de la inteligencia. De acuerdo con éstas, la inteligencia es modificable y puede evaluarse dicha modificabilidad. Así, la evaluación dinámica se centra en el proceso y no en el producto. Las teorías de la modificabilidad cognitiva han tenido una gran aplicación y desarrollo en el campo de la educación especial, y es en el marco de estas teorías donde comienza a tener un papel relevante el ambiente en la fórmula $C = f(\text{Persona} * \text{Ambiente})$.

Dentro de esta teoría cabe destacar dos perspectivas: 1) teoría de la zona de desarrollo próximo y 2) teoría del potencial de aprendizaje.

c. Teorías de la zona de desarrollo próximo

Sus representantes más significativos son Vigotsky y Luria. Los autores defienden que los procesos psicológicos son, en su origen, esencialmente sociales. Vigotsky (1979) plantea que el desarrollo humano se realiza mediante una serie de procesos a través de los cuales una persona que tiene más experiencia ayuda a la que tiene menos, en actividades que no domina o para las cuales no es autónomo. Así, los niños

experimentan por primera vez actividades de solución de problemas en presencia y con ayuda de otras personas; poco a poco llegan a resolver los problemas por sí mismos. El autor introduce el concepto de Zona de Desarrollo Próximo definiéndolo como la distancia que hay entre los resultados del aprendizaje autónomo del alumno/a (nivel actual de desarrollo) y los resultados posibles con la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz (nivel de desarrollo potencial). Esta zona es diferente según la persona (Vigotsky, 1998:133). La diferencia entre los niños "retrasados" y "normales" reside en la amplitud de dicha zona potencial. Los niños con retraso necesitan más ayuda para llegar a una solución satisfactoria. Este planteamiento tiene profundas implicaciones para la enseñanza y la educación (Ruffinelli, 2002).

De esta forma Vigotsky explica la formación tanto de los hábitos como de las funciones psicológicas superiores, teniendo en cuenta que los procesos psíquicos son sistemas funcionales complejos. Estos procesos pueden verse disminuidos o alterados por una lesión o disfunción cerebral o por falta de un aprendizaje adecuado. Es decir las dificultades de aprendizaje pueden ser debidas tanto a alteraciones neurológicas de entidad patógena o de carácter ambiental.

Entre estos procesos se encuentra el lenguaje, que tiene un especial interés por su gran complejidad neurológica y social (Peña y Pérez, 1995). Autores como Bates y Snyder (1987), Cromer (1991) o Vigotsky (1962), enfatizan una interacción recíproca entre el lenguaje y la cognición. El lenguaje no sólo está limitado por la cognición, a su vez la cognición (especialmente el pensamiento, la planificación y el razonamiento) está también limitada por el lenguaje y por los patrones de interacción de ese modo proporcionados. Tiene un papel regulador, no sólo de la actividad mental sino también del comportamiento en general. De hecho las dificultades del lenguaje son muy prevalentes en las personas con Retraso Mental. Éste puede estar perturbado en el

caso de lesiones graves o cuando no hay un desarrollo normal (discapacidad intelectual). En estos casos, los procesos de la actividad nerviosa son tan imperfectos y el lenguaje del niño es tan deficiente, que la participación del lenguaje en la formación de nuevas conexiones se hace imposible y estas conexiones se elaboran sin la participación necesaria de la función abstracta y generalizadora de la palabra (Fowler, 1998).

Según esta teoría las personas con deficiencia mental en mayor o menor grado han sufrido perturbaciones en el cerebro y muestran un funcionamiento cerebral alterado. Esta alteración puede ir desde un subdesarrollo en la corteza cerebral (p.e. un desarrollo inadecuado de las circunvoluciones, un reducido número de capas corticales, una distribución incorrecta de las células y alteraciones anatómicas como el engrosamiento de meninges, o la soldadura de aracnoides al tejido nervioso) o alteraciones que sólo son apreciables con microscopio. En cualquier caso, todas estas perturbaciones traen consigo modificaciones de la actividad nerviosa superior, que afectan a la fuerza, al equilibrio y a la labilidad de esta actividad y que provocan un desarrollo anormal de las funciones de los hemisferios cerebrales. Si la fuerza de los procesos nerviosos disminuye, el cerebro no puede mantener el nivel necesario de excitación de las células nerviosas ni la intensidad necesaria de los procesos inhibidores. La excitación que nace en la corteza deja de ser específica y se distribuye de manera difusa: la inhibición interna se debilita y cada estímulo inadecuado destruye y distrae fácilmente el flujo normal de los procesos mentales. Cuando el equilibrio normal de los procesos nerviosos básicos de excitación e inhibición resulta perturbado, suelen producirse desviaciones significativas del comportamiento normal en el sentido de que se produce un predominio de la excitación, o bien de la inhibición.

Estas condiciones patológicas destruyen la posibilidad de que el lenguaje participe en la organización de los procesos mentales y en la regulación de la conducta (Luria, 1984).

En un trabajo clásico de Luria (1984) éste clasificaba a los “débiles mentales” en seis grandes categorías en función de la descripción de la malformación o lesión, de su extensión y localización; de la presencia de perturbaciones cognitivas simples o asociadas a perturbaciones de la audición y del lenguaje, y del estilo (excitado o inhibido) de la autorregulación y del autocontrol. Distinguía así entre 1) El grupo de base de los débiles, 2) los débiles excitables, 3) los débiles inhibidos, 4) los débiles con déficits de audición y de la relación oído-lenguaje, 5) los débiles con subdesarrollo importante de la personalidad, y 6) otras formas de debilidad.

Para cada uno de estos grupos, el autor describe las conductas que los caracterizaban en función del tipo de perturbación. Esta información servía para establecer una metodología de intervención basada en técnicas de autocontrol, cuyo objetivo era que el lenguaje asumiera la función reguladora de la actividad mental y de la conducta. Según este autor, un sistema educativo correctamente organizado puede ayudar, dentro de ciertos límites, a compensar sus perturbaciones al niño con deficiencia mental, permitiéndole controlar ciertas peculiaridades patológicas de su comportamiento, así como adaptarse a las condiciones de vida cotidiana y realizar un trabajo socialmente útil.

d. Teorías del potencial de aprendizaje de Feuerstein

Los trabajos de Feuerstein se desarrollaron ante la inadecuación de los test de inteligencia clásicos que no permitían medir el verdadero C.I. de aquellos niños de procedencia cultural y geográfica diferente. Dichos test no eran adecuados para este

propósito, pues el C.I. indicaba lo que el niño había aprendido y los fracasos de su aprendizaje, pero no lo que podía aprender, es decir, su potencial de aprendizaje.

Esta teoría, postula que cualquier individuo es susceptible de mejorar su capacidad intelectual, aprender y aprender a aprender si se involucra en experiencias de aprendizaje mediado. Feuerstein (2002) considera que el desarrollo cognitivo es el resultado del aprendizaje incidental y del aprendizaje mediado. El aprendizaje incidental tiene lugar por la exposición directa a los estímulos, en la que la interacción del organismo-ambiente afecta al organismo. El aprendizaje mediado se produce cuando los estímulos procedentes del ambiente son seleccionados y modificados por un mediador que se los presenta al individuo que aprende. Este mediador suele ser un adulto, padre, madre, maestro, etc., que selecciona los estímulos más adecuados, los enmarca, los filtra, los programa y determina su aparición o desaparición.

Esta teoría transforma los tres componentes de E-O-R de manera significativa en una combinación compatible, donde H es el humano mediador, O es el organismo o sujeto del aprendizaje, R es la respuesta y E representa los estímulos; H se interpone entre E y O, así como entre O y R. En la modalidad de experiencia de aprendizaje mediada (EAM), el modelo E-R (Estímulo-Respuesta) o el modelo del E-O-R se convierte en E-H-O-H-R, (Noguez, 2002) como se representa en la Figura 7.

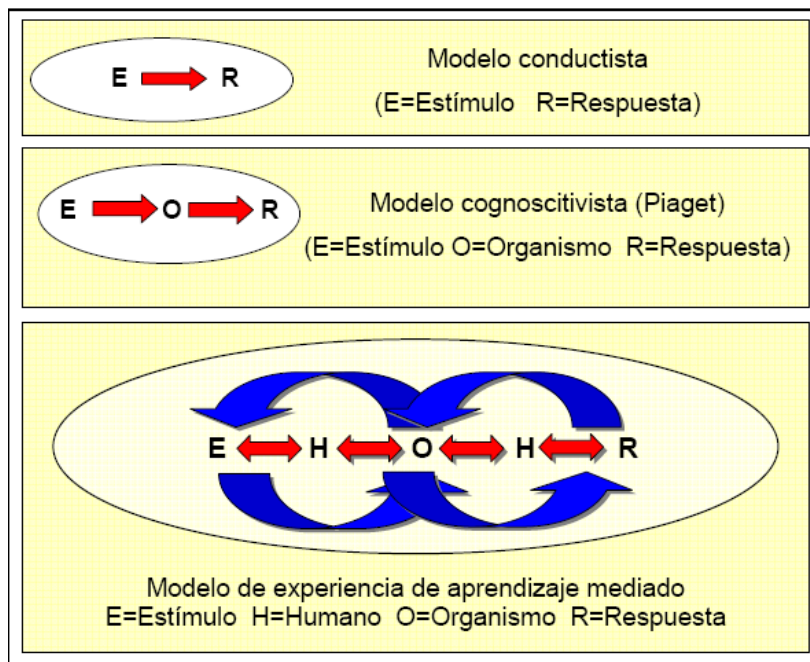


Figura 7. Presentación gráfica de los modelos Psicológicos (Fuente: Noguez, 2002)

Feuerstein postula que la principal razón de las deficiencias cognitivas es la falta de aprendizaje mediado, haciendo sin embargo distinciones. Los sujetos “retrasados mentales” que manifiestan deficiencias debido a que sus entornos de aprendizaje han sido inadecuados, obtendrán beneficios del entrenamiento y de las terapias intensivas de aprendizaje mediado y manifestarán una amplia zona de desarrollo potencial. Sin embargo, quienes presentan niveles del retraso más severos o profundos, o con daños cerebrales orgánicos, obtendrán menos beneficios de las experiencias de aprendizaje mediado.

Feuerstein (1990) identificó tres niveles donde las funciones podían estar afectadas: a) funciones mentales deficientes en el *input* (entrada), como la percepción borrosa; b) funciones mentales en la elaboración, como la falta de habilidad para seleccionar elementos relevantes o no relevantes de un problema y la visión episódica de la realidad; y c) funciones mentales deficientes del *output*, como la carencia de habilidades para expresar correctamente los resultados. De acuerdo con

Feuerstein tanto en la primera función como en la última, dicha perturbación se refleja en conducta impulsiva, entre otras.

Para concluir en el modelo explicativo cognitivo, hacer referencia a que tradicionalmente se consideraba que las personas con discapacidad intelectual no podían beneficiarse de las terapias cognitivas ni de aquellas que utilizaran como herramienta básica el discurso (Kroese, 1997). Sin embargo, los problemas que presentan las personas con discapacidad intelectual son al menos igual de prevalentes que en las personas sin esta limitación (Borthwick-Duffy, 1994). La mayoría de las intervenciones de terapia cognitiva para personas con discapacidad intelectual son de diseño experimental de caso único. Varios estudios de caso único sugieren que los planteamientos cognitivos pueden ser efectivos para éstas personas (Martin, Burger, Elia-Burger y Mithang, 1998; Lindsay, 1999). La mayoría de los estudios consisten en intervenciones basadas en grupos estructurados, como la formación en control de la ira (Rose, West y Clifford, 2000), o la solución de problemas sociales (Loumidis y Hill, 1997a). De ahí la necesidad desde este planteamiento de realizar ensayos controlados cuidadosamente contruidos estableciendo un protocolo de intervención.

En su vertiente práctica, los modelos cognitivos aplicados al campo de la discapacidad intelectual pueden tropezar con dos serias dificultades. Una de ellas tiene que ver con el hallazgo de que tras la segmentación microanalítica del procesamiento cognitivo en sus diversos momentos (atención, percepción, diversos registros de memoria, etc.), el Retraso Mental aparece ligado no tanto a déficits específicos en alguno o algunos de esos momentos, como a un déficit generalizado, tanto en las estrategias globales del sujeto a lo largo del procesamiento como en la capacidad de transferir de unos aprendizajes a otros. Una segunda dificultad se vincula con la distinción entre los aspectos estructurales, o de capacidad, y los funcionales, o de programación y uso, en el procesamiento cognitivo. Si el Retraso

Mental fuera debido a disfunciones, o a una inadecuada programación cognitiva del sujeto, sería esperable obtener mejoras tras una intervención. Sin embargo, es probable que alguna parte de él, quizá la mayor parte, se deba a déficits estructurales, que por su naturaleza son muy resistentes al cambio. En este último caso la psicología cognitiva habrá ayudado mucho a conocer el detalle de las dificultades de procesamiento en las personas con discapacidad intelectual, pero habrá contribuido poco a poder superarlas (Fierro, 1984). En la Figura 8 se resumen las teorías explicativas del modelo cognitivo que se han comentado.

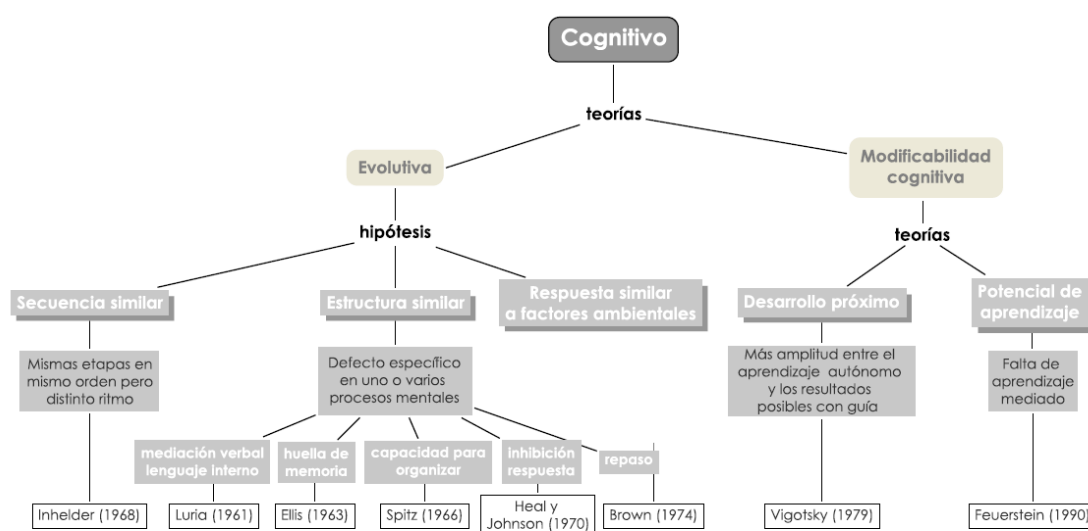


Figura 8. Teorías explicativas del modelo cognitivo sobre el Retraso Mental

2.2.3 Modelo del análisis conductual aplicado

El análisis funcional o conductual irrumpió en el momento de auge de las teorías operantes como oposición al modelo médico y al psicométrico de la deficiencia (p.e. Barret, 1977; Bijou, 1966 o Ribes, 1972). Entre los progenitores de lo que vino a llamarse análisis conductual basado en los principios operantes (p.e. Fester y Skinner, 1957, Skinner, 1938, 1948, 1953, 1957, 1959) destacan Itard, Sekhenov y

Bekhterev, Yerkes y Watson, y Thorndike; cuya "ley del efecto" predeciría los principios del reforzamiento y castigo.

Este modelo, en su vertiente radical o watsoniana, surge del funcionalismo americano, concretamente de las posiciones ambientalistas, influenciadas por el experimentalismo, y por posiciones fisiologicistas. Su consolidación se ve favorecida por posiciones conductuales radicales, cuyos presupuestos teóricos podrían definirse como: $C = f(A)$. Enfatiza inicialmente las variables antecedentes estímulares que, mediante asociacionismo, pueden elicitar conductas observables, incluyendo posteriormente las variables consecuentes o, más específicamente, contingentes, como controladoras de la conducta, que siguen siendo no obstante, limitadas en el sentido de que se centran en las variables estrictamente relacionadas con la conducta en el momento actual.

Así pues, parte de una visión exógena, ambientalista, molecular, y dinámica de la conducta humana. Sin embargo, posteriormente, este modelo es objeto de críticas que llevan a incluir una variable más en el esquema teórico. Se pasa así a formularse como: $C = f(P \times A)$. Este nuevo modelo agrupa a muy diversos teóricos que comparten esta perspectiva mediacional, pues consideran que las variables organísmicas ("P") son elementos que median entre la presentación de un estímulo y la producción de una respuesta ("C"). Se considera por tanto que una explicación de la conducta ha de incluir múltiples variables del individuo.

En el ámbito de la discapacidad, desde este modelo, ya no se habla de deficiencia o deficiente, ni siquiera de retraso o retrasado mental. El análisis funcional o conductual rehúsa estas etiquetas meramente descriptivas, además de simplificadoras, a las que juzga de carentes de cualquier valor explicativo o práctico. En su lugar, se centra en estudiar y tratar la conducta retrasada. Ésta, como cualquier conducta, es susceptible de un análisis funcional, esto es, de un análisis que examine

los estímulos (antecedentes y consecuentes, discriminativos y reforzadores) de los que la conducta retrasada o problemática es función. Se caracteriza por rechazar la explicación de la conducta retrasada por factores cuya hipotética influencia no se puede establecer en términos conductuales estrictos y rechaza por tanto los modelos médicos, psicométricos o cognitivos. Por el contrario, plantea que esta relación ha de ser estudiada y tratada por sí misma, con independencia de las bases orgánicas. Y ello sin negar que tanto las funciones de estimulación como las de respuesta puedan hallarse afectadas por alguna incapacidad biológica o por una posible historia previa inadecuada de estímulos y de refuerzos. El análisis funcional se interesa en las relaciones funcionales actuales estímulo/respuesta que rigen el retraso (Fierro, 1984).

El planteamiento dominante dentro del análisis conductual aplicado considera la conducta problemática como ejemplo de conducta operante. Esto es, como una forma de conducta que está determinada y mantenida por sus consecuencias ambientales. En este sentido, la conducta problemática es considerada como funcional y adaptativa. Hay conductas que han sido "seleccionadas" o determinadas por medio de la interacción de la persona con su mundo físico y, lo que es más importante, el mundo social que le rodea. Es decir, conductas a través de las cuales la persona ejerce control sobre los aspectos clave de su ambiente. Las consecuencias que determinan o mantienen estas conductas se denominan reforzadores. Existen dos tipos de relaciones de contingencia entre la conducta y los reforzadores que son importantes en el establecimiento y mantenimiento de la conducta operante, éstas son: a) refuerzo positivo, que se refiere al incremento de la ratio de la conducta como resultado de la presentación contingente de un estímulo reforzador (refuerzo positivo;) y, b) refuerzo negativo, que alude al incremento de la ratio de la conducta como resultado de la retirada contingente (o prevención de ocurrencia) de un estímulo reforzador.

En un primer momento, los aspectos del contexto personal y ambiental interactúan produciendo un estado motivacional particular. De este modo un estímulo previamente neutro se convierte en potencial reforzamiento. Además, cuando se empareja con una historia particular de aprendizaje y ante la presencia de un estímulo discriminativo, que sugiera la disponibilidad de un reforzamiento, precipitará probablemente un episodio de conducta problemática. El reforzamiento de la conducta problemática contribuirá a la historia de aprendizaje de la persona incrementando la probabilidad de que dicha conducta, ocurra en el futuro en respuesta a condiciones motivacionales y ambientales similares.

Por ejemplo (véase Figura 9), un joven con discapacidad intelectual que tiene hambre (estado biológico), está sentado en la sala de ocio del Centro a donde acude durante el día, sin nada o poco que hacer (contexto ambiental). Seguro que le gustaría comer algo (estado motivacional: la comida puede llegar a establecerse como un potencial refuerzo positivo). No tiene las habilidades (contexto personal: actual repertorio conductual) u oportunidades (contexto ambiental) para adquirir comida. Un empleado del Centro entra a la sala comiendo el último trozo de un bocadillo (contexto ambiental: estímulo discriminativo que indica la presencia de comida y presencia de alguien capaz de proporcionar comida). Como resultado de aprendizaje previo (contexto personal: historia previa de aprendizaje) comienza a gemir, gritar y morderse la mano. El empleado del Centro supone (debido a experiencias anteriores) que el chico está comunicando sus deseos de comer algo y le ofrece el último trozo de bocadillo (refuerzo positivo: entrega de comida).

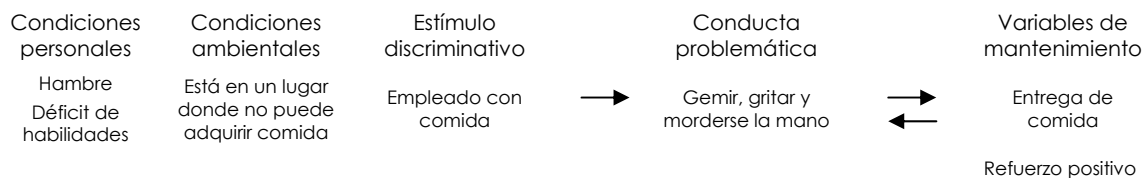


Figura 9. Ejemplificación del modelo de análisis conductual aplicado (refuerzo positivo)

Otra situación representativa de refuerzo, esta vez negativo (véase Figura 10), sería una joven con discapacidad intelectual que se siente irritable y nerviosa. Se encuentra en los primeros días de su menstruación (contexto personal: estado biológico). Está en un taller y le han pedido que complete una tarea difícil para ella, además hace bastante ruido y calor en el lugar de trabajo (contexto ambiental). La combinación de estos factores hace que además se sienta muy estresada (estado motivacional: las tareas del trabajo se convierten en un reforzador negativo). Además no dispone de habilidades de negociación (contexto personal: repertorio conductual) u oportunidades para posponer las tareas para otro día (contexto ambiental). Llega un maestro de otro taller que tiene muy buena relación con la chica (contexto ambiental: estímulo discriminativo que indica la posibilidad de escapar de la tarea). Como resultado de su experiencia previa (contexto personal: historia de aprendizaje) comienza a gemir, gritar y morderse la mano. El empleado que acaba de llegar se le acerca y nota que algo le pasa aconsejando al maestro de taller que la deje descansar un rato (refuerzo negativo: evita las tareas del trabajo).

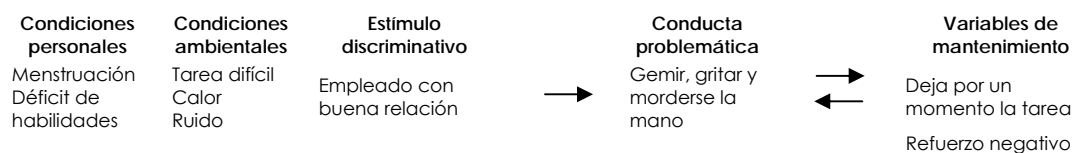


Figura 10. Ejemplificación del modelo de análisis conductual aplicado (refuerzo negativo)

Estos ejemplos tienen de común: primero, una interacción de condiciones personales y ambientales que establecen un estado motivacional, que lleva a que un estímulo neutro se convierta en un potencial reforzador; segundo, a través de la

experiencia previa, la persona aprende que determinadas “conductas problemáticas” son más probablemente reforzadas por la presentación o retirada de estos reforzadores bajo ciertas condiciones (presencia de un estímulo discriminativo particular). Finalmente, la co-ocurrencia del estado motivacional y el estímulo discriminativo evoca un episodio de conducta problemática que es reforzada por la presentación contingente (o retirada) del reforzador pertinente. Emerson (2007) realiza una representación esquemática del modelo operante de conducta problemática que indicamos en la Figura 11.

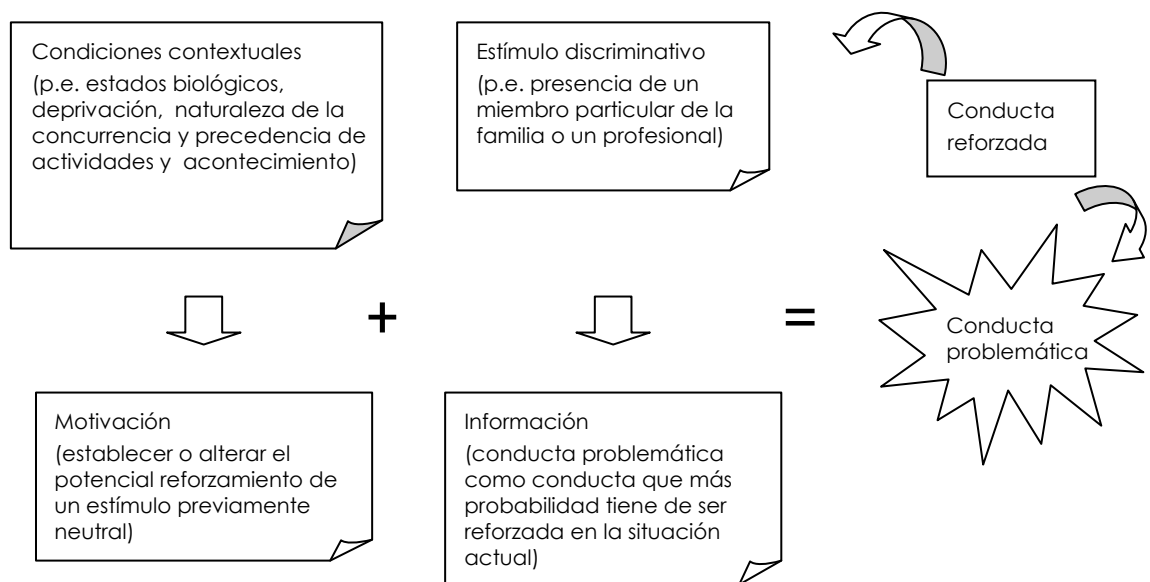


Figura 11. Representación esquemática del modelo operante de conducta problemática (Fuente: Emerson, 2007)

Un gran número de estudios descriptivos han confirmado la relevancia del contexto social en el que tiene lugar la conducta problemática. Así Edelson, Taubman, y Lovaas (1983) observaron a veinte jóvenes con discapacidad intelectual que vivían en una institución en Norte América. Registraron la ocurrencia de conducta autolesiva y varias conductas de los profesionales hacia los jóvenes (p.e. demandas, negativas, castigos, premios). Los resultados indicaron que, para diecinueve de los veinte jóvenes, la ratio de conducta autolesiva aumentaba de forma escalonada en el periodo

inmediatamente posterior a las demandas, negativas o castigos de los profesionales. Otros autores como Maurice y Trudel (1982) o Toogood y Timlin (1996) proporcionan estudios más recientes consistentes con la noción de que la conducta problemática puede estar mantenida por procesos de refuerzo positivo o negativo (Emerson, 2007).

Quizá el apoyo más convincente a la hipótesis operante es la derivada de las demostraciones experimentales llevadas a cabo por varios autores. Por ejemplo, En un estudio clásico, Iwata y cols. (1982), utilizaron un diseño de intervención alternativa para comprobar el efecto del contexto en la conducta autolesiva de nueve jóvenes con discapacidad intelectual. Registraron la frecuencia de dichas conductas bajo cuatro condiciones diferentes, seleccionando como representantes tres situaciones generales del contexto (deprivación social, demanda de tarea, solo) bajo las cuales la conducta autolesiva era reforzada por procesos operantes y una condición control (estimulación ambiental donde hay atención social contingente a la no presentación de conducta autolesiva). De los nueve, dos mostraron gran frecuencia de conducta autolesiva bajo las condiciones de demanda de tarea, uno bajo la condición de deprivación social, y tres en la condición de solo. Los tres jóvenes restantes mostraron respuestas indiferentemente a lo largo de las diferentes condiciones. En suma, uno de cada tres mostraron patrones de conducta problemática que eran mantenidas por consecuencias ambientales.

Estudios más recientes han identificado un amplio rango de variables, que para algunas personas con discapacidad, parecen determinar la probabilidad de ocurrencia de la conducta problemática bajo tipos específicos de condiciones ambientales que refuerzan la misma mediante refuerzo positivo o negativo. Estos estudios incluyen variables como la localización (Adelinis y cols., 1997), la música (Durand y Mapstone, 1998), la enfermedad o dolor (Carr, Reeve y Magifo-McLaughlin, 1996; Carr y Smith, 1995; Kennedy y Meyer, 1996; O'Reilly, 1997) la deprivación del

sueño (Horner, Vaughn, Day y Day, 1997; Kennedy y Meyer, 1996; O'Reilly, 1995); el retraso o cancelación de actividades previas; o el estado de humor (Carr y cols., 1996).

El modelo operante tiene en cuenta tres características para comprender la conducta. La primera tiene que ver con el descubrimiento de las relaciones funcionales entre los factores ambientales y la conducta. La segunda acentúa la importancia del contexto donde la conducta tiene lugar. La tercera considera que la conducta es producto de un sistema dinámico.

Este modelo ha evolucionado pasando de basarse en la investigación experimental en laboratorio, a ser cada vez más práctico en la clínica. Actualmente las estrategias de intervención del análisis conductual aplicado van más allá de la conducta problemática en sí, han ido ampliándose para incluir la gestión y desarrollo organizacional, la prevención, los cambios en la comunidad y las adaptaciones en el ámbito escolar, entre otras.

Sin embargo, a pesar de su relevancia, el papel de la modificación de conducta en el desarrollo de los servicios para las personas con discapacidad no ha estado libre de controversias. El análisis de la conducta, como modelo de comportamiento humano, no es compatible con el lenguaje común ni con los aspectos subjetivos de la experiencia humana. Los principios básicos del análisis conductual, y particularmente el énfasis en la naturaleza transaccional entre la conducta observable y los acontecimientos ambientales inmediatos y personales que explican gran parte de la acción humana y los sentimientos, han sido tachados de polémicos, deshumanizadores, incompletos o desfasados (p.e., Carr y col., 2002; Mahoney, 1989). Algunas críticas hacia las intervenciones conductuales se relacionan con la utilización de procedimientos restrictivos (castigos), con la alteración de las consecuencias contingentes para alterar la conducta (Cameron y Kimball, 1995) o

con el establecimiento de una contingencia basada en la atención (p.e., Bambara y Knoster, 1995). La mayoría de los detractores del análisis aplicado del comportamiento, comparten la inquietud con la aplicación de los principios científicos para influir en la conducta humana. También hay que reconocer que en el pasado se han utilizado de forma inadecuada algunos procedimientos restrictivos o sin el grado de control requerido (Jacobson y Holburn, 2004).

2.3 Modelos integradores: enfoques bio-psico-sociales

Los diferentes modelos presentados no son recíprocamente excluyentes. Por ejemplo, el psicométrico y el evolutivo, por su generalidad, son en cierto modo compatibles con todos los demás. Incluso aquéllos que dependen de premisas teóricas muy dispares, como el psicodinámico (omitido en el presente trabajo por su escasa relevancia en el campo que nos ocupa) y el cognitivo, y también los que quedan fuera del ámbito de la psicología, como el modelo médico y el sociológico, pueden ser coordinados entre sí (Fierro, 1984). Así pues los enfoques integradores surgen de la continuación o extensión de uno o varios enfoques anteriormente expuestos y sobre todo por la acentuación de los componentes ambientales de la conducta (Verdugo, 1994). Así por ejemplo, la actual AAIDD, en su definición de 1992 combinó criterios psicométricos junto con un criterio de conducta adaptativa en la definición de Retraso Mental, lo que supuso el primer planteamiento integrador.

Estos modelos defienden que el fenómeno del Retraso Mental, como todos los fenómenos humanos, puede y suele hallarse múltiplemente determinado. Consideran que el comportamiento de un sujeto es el resultado de variables internas o del sujeto, externas o ambientales y de la interacción entre ambas. Bajo la fórmula que venimos indicando se expresaría así: $C = F(P \leftrightarrow A)$.

Dentro de este marco teórico se agrupan diferentes enfoques que se encuentran en plena evolución pero con la misma ideología interactiva, el énfasis en los aspectos contextuales y ambientales, su carácter comunitario y su finalidad integradora. La persona se encuentra inmersa en distintos niveles del ecosistema y se trata de analizar los mismos. Todos los niveles, el individual, las relaciones familiares, las relaciones diádicas, la red social y cultural, interactúan y el objeto de estudio es precisamente su interacción o interdependencia.

En la discapacidad intelectual, y más específicamente en el ámbito que nos ocupa, el modelo integrador biopsicosocial se basa en la premisa de que el desafío emocional y conductual que suponen las conductas problemáticas representan las influencias dinámicas de factores biomédicos, donde se incluyen los psiquiátricos y neuropsiquiátricos, psicológicos y sociales (Griffiths, Gardner y Nugent, 1998). Cada factor por sí solo juega un papel individual en la expresión de los síntomas, pero también puede interactuar con los demás factores.

Este modelo difiere inicialmente de los modelos conductuales en la consideración del comportamiento problemático. La conducta problemática además de ser el centro de la evaluación e intervención, es vista como un síntoma de otra condición. La conducta por sí misma no indica qué variables están influyendo en su ocurrencia, severidad, variabilidad o duración. Así, la conducta autolesiva puede estar influenciada por factores médicos, psiquiátricos, neuropsiquiátricos, interacciones sociales, acontecimientos físicos o ambientales, necesidades psicológicas o dolor, o puede incluso reflejar la ausencia de una forma alternativa de las que se han indicado. Desde estos modelos la reducción o eliminación de la conducta problemática no es el objetivo del planteamiento clínico, sino más bien la identificación y modificación de las diferentes condiciones o causas que motivan la misma (Griffiths y Gardner, 2002).

Estos modelos están inmersos en los modelos teóricos sociales de la concepción de la discapacidad que surgen de las reivindicaciones por la vida independiente y ciudadanía o por los derechos civiles de las personas con discapacidad (Verdugo, 1995), teniendo como objetivo principal mejorar la calidad de vida.

Algunos autores prefieren utilizar las denominaciones de modelo ecológico, modelos basados en la comunidad, modelos de calidad de vida, evaluación de ambientes o evaluación contextual entre otras denominaciones, dependiendo de la importancia que se otorgue a los distintos factores que intervienen en la conducta.

2.3.1 Análisis ecoconductual

El análisis ecoconductual representa una evolución natural de la rama del análisis conductual, tanto experimental como conceptual, que acentúa la importancia de evaluaciones e intervenciones efectivas, especialmente las que fomentan la generalización y mantenimiento. La evolución del análisis experimental ha suscitado un incremento de un análisis más contextual y molar. Este cambio se percibe en el incremento de investigaciones desarrolladas desde esta perspectiva (Davidson y McCarthy, 1988). El análisis desde un punto de vista teórico también ha evolucionado en direcciones similares, especialmente en la forma en que atenúa su visión mecanicista y de las deficiencias. El análisis ecoconductual se entiende como un sistema organizado de fundamentos, principios y procedimientos. Surge de una integración del análisis de la conducta y la psicología interconductual, especialmente en cuanto a sus unidades de análisis, a los términos de contingencia y al campo interconductual. De este último provienen las unidades generales del análisis ecoconductual, formado por la persona, el estímulo con el cual interacciona la persona, el contexto histórico, el medio y el contexto actual. Además, los tres términos

de contingencia proporcionan un medio para analizar la interacción entre las personas y sus estímulos ambientales (Morris y Midgley, 1990).

La participación de la persona dentro del campo conductual se considera desde tres niveles: la estructura biológica, las formas de respuesta que presenta y las funciones que cumple la respuesta.

La estructura biológica es necesaria y participa en toda la conducta y, como tal, constituye un contexto formal para la interacción de los restantes factores (Kantor, 1947). En este sentido, una discapacidad biológica es un contexto "casual" en el que surgen las discapacidades del desarrollo, pero no determinan la oportunidad y ocasión de aparición de una determinada conducta problemática. La forma de respuesta hace referencia a la topografía de la conducta y en cuanto a la función de la respuesta, generalmente se clasifica en respondiente u operante.

En correspondencia con los tres niveles de persona es posible distinguir tres niveles de estímulo ambiental que interactúan entre sí. Estos son los estímulos objeto, la forma del estímulo o topografía, que puede estar interrelacionada con otro estímulo y variar en nivel y complejidad, y la función del estímulo. El estímulo objeto se refiere a la materia y constitución del estímulo con el que interactúa la persona, aunque no tiene tanto interés para el análisis ecoconductual como la forma o función de estímulo. Por su parte la forma o topografía del estímulo puede variar desde relativamente simple o discreto (p.e., la presencia de una persona) a largo y complejo (p.e., las instrucciones de cómo realizar una tarea) e incluso puede estar interrelacionado con otros estímulos a varios niveles de complejidad, además de con horarios y rutinas. La evaluación de estas características del ambiente constituye una faceta típica del análisis ecoconductual.

Respecto a la función del estímulo puede actuar como elicitador, estímulo discriminativo o respondiente. Cualquier estímulo presente en el medio no tiene por qué tener inevitablemente una función, y además un mismo estímulo puede cumplir diversas funciones. Es decir la función no depende de la forma del estímulo sino de la relación con la conducta.

Este enfoque considera tres contextos pertinentes en interacción con el ambiente como son el contexto histórico de la persona, el medio de contacto y el contexto actual.

En primer lugar el contexto histórico hace referencia en términos generales a todas las interacciones pasadas de la persona con el medio, a su historia ontogenética y filogenética (Skinner, 1981) y abarca la posterior historia biológica y conductual. La contribución del contexto histórico es formal, en el sentido de que establece los límites anatómicos y fisiológicos y el alcance de la forma de respuesta de la persona, es decir lo que ésta puede o no hacer físicamente. Y ello pese a que el análisis ecoconductual considere a la persona como agente activo de su vida y de las intervenciones conductuales en las que participa.

En segundo lugar el medio de contacto determina si tienen o no lugar una relación entre el estímulo y la respuesta. Es una condición que posibilita el contacto sensorial directo entre la persona y su medio.

En tercer lugar, y respecto al contexto actual, permite formal o físicamente que tenga lugar la conducta y las relaciones conductuales teniendo en cuenta los determinantes derivados del contexto histórico.

Dentro de este enfoque integrador es posible destacar la teoría de Ammerman (1997), derivada de la teoría evolutiva de Bronfenbrenner (1989) a las personas con deficiencias, basándose en un enfoque ecológico, destaca cuatro componentes

esenciales en el desarrollo de la persona: persona, contexto, proceso de interacción y tiempo. En el campo de la discapacidad, los mayores avances se han realizado respecto a la persona y contexto, mientras que se han estudiado poco los procesos y el tiempo. Este autor considera que la persona está influida, a su vez, por cuatro sistemas, cada uno de los cuales está incluido en el otro. Estos sistemas determinan o influyen en las capacidades y limitaciones que la persona manifiesta en los diferentes momentos de su vida. En la Figura 12 se reflejan los cuatro niveles.

El primer nivel u ontogénico, refleja las características de la persona con discapacidad y hace referencia a variables como C.I., discapacidad, apariencia física, temperamento y personalidad. En este nivel se encuentran las dificultades de aprendizaje que tienen las personas con discapacidad intelectual. En este sentido Rourke y Fuerst (1991) han sido pioneros en examinar las implicaciones psicosociales y las consecuencias de la discapacidad de aprendizaje. Plantean que el funcionamiento social, emocional y conductual, se ve afectado especialmente en niños con problemas congénitos o con problemas de aprendizaje de aparición temprana.

El segundo nivel o microsistema, comprende a la familia. Según este modelo, ante una deficiencia mental, una baja adaptación familiar a la discapacidad repercutirá negativamente en el desarrollo del afectado y en su bienestar psicosocial y reducirá la capacidad para trabajar y vivir eficazmente en la sociedad. Si la persona con discapacidad presenta además conducta problemática, incrementará el estrés de la familia, ya de por sí presente al tener que cuidar de ella, haciendo que la adaptación sea mucho más difícil.

El tercer nivel o ecosistema, refleja la comunidad donde vive la persona y su familia. De este modo podemos encontrar comunidades que son fuente de apoyo para la persona con discapacidad y su familia y otras que no lo son. Ejemplo de este

nivel es la relación con los iguales, para lo que es importante disponer de habilidades sociales. Estas habilidades suelen ser deficitarias en las personas con discapacidad intelectual y más específicamente en quienes presentan conducta problemática. La persona que presenta comportamiento problemático suele estar aislada, pues los demás suelen sentir temor por su conducta.

El cuarto nivel o macrosistema refleja los componentes sociales, ideológicos y culturales más amplios. En este nivel se encuentran las actitudes sociales hacia las personas con discapacidad. La sociedad tiende a percibir de manera positiva a las personas que muestran competencia, habilidades sociales, habilidades comunicativas, autoimagen positiva y capacidades físicas a quienes muestran características similares a las mostradas por la mayoría en este contexto, las personas con discapacidad intelectual y más aún quienes presentan conducta problemática son especialmente susceptibles de ser objeto de actitudes negativas (Verdugo, Jenaro y Arias, 1995).

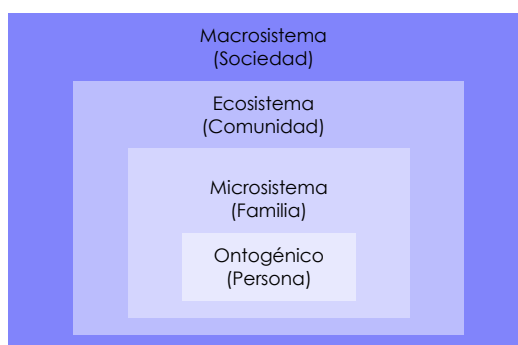


Figura 12. Esquema del modelo ecológico de Ammerman

En suma y como hemos visto, desde este enfoque las personas se encuentran en un estado de cambio constante, influidos e influyendo en los diferentes contextos y sistemas en los que viven y trabajan. Es necesario sin embargo poner a prueba este modelo en estudios empíricos multicausales.

2.3.2 Modelo analítico de conducta contextual multimodal

Este modelo propuesto por Gardner (1999), acentúa la perspectiva multicausal. Desde esta perspectiva se plantea considerar cualquier conducta problemática como fruto de la interacción de la persona (con características físicas y psicológicas) y los contextos físicos, social/interpersonales y de programas. Este proceso dinámico se ilustra mediante la fórmula siguiente: $C = (re) \Leftrightarrow P$

Donde " (re) " indica que cualquier ocurrencia de la conducta problemática "deriva" o es "función de". La " P " se refiere al estado actual de la persona tanto biomédico (físico, psiquiátrico y neuropsiquiátrico) como psicológico; " \Leftrightarrow " el símbolo indica la existencia de una interacción dinámica entre las características personales y los ambientes. Por ejemplo una persona sin habilidades de afrontamiento puede incurrir en autolesiones cuando es expuesta a un ambiente ruidoso y esto ocurrirá sólo si tiene un estado de humor irritable. En este ejemplo, ni el estado de humor irritable ni el ambiente ruidoso por sí solos son suficientes para desencadenar la conducta problemática. Por último, la " A " indica las características físicas, sociales, interpersonales o los programas puestos en marcha en los ambientes donde se desenvuelve la persona.

El modelo se considera *analítico* por el análisis de múltiples factores como fuentes potenciales de influencia en la ocurrencia, severidad, fluctuación y durabilidad de la conducta problemática; *conductual* pues su objeto de análisis es determinar el porqué de la conducta problemática inespecífica; *contextual* porque tiene en cuenta los contextos instigadores de la conducta, la vulnerabilidad y las condiciones de refuerzo, y *multimodal* porque se basa en una perspectiva biopsicosocial. Este modelo postula que es bastante difícil encontrar una única razón para explicar la conducta problemática de una persona (Griffiths, Gardner y Nugent,

1999). Al igual que en el caso anterior y hasta donde sabemos, no existen estudios que hayan puesto a prueba este modelo con la población que nos ocupa.

Desde esta perspectiva biopsicosocial y multicausal y con la asunción de los principios ecológicos, encontramos otro modelo explicativo que otorga una gran relevancia a la calidad de vida, como veremos posteriormente.

2.3.3 El apoyo conductual positivo

Este enfoque acentúa que el refuerzo de conductas positivas constituye un planteamiento proactivo y positivo para abordar la conducta desafiante de una persona no sólo para reducir el problema comportamental sino con la intención de ir más allá y contribuir a mejorar la calidad de vida (Carr y cols., 2002). Los aspectos multiculturales, los principios basados en la comunidad, la colaboración de los sistemas en los que está inmerso el individuo, hacen que el modelo de apoyo conductual positivo se considere una perspectiva multiteórica.

El apoyo conductual positivo (ACP) constituye un marco de trabajo para el desarrollo de intervenciones efectivas y programas para personas que manifiestan conducta problemática y se caracteriza por poner de relieve tres aspectos: se centra en la persona, reconoce la individualidad y busca resultados significativos (Anderson y Freeman, 2000; Koegel, Koegel y Dunlap, 1993). El modelo toma como base científica los principios del análisis conductual aplicado y utiliza métodos de cambio de sistemas sociales, rediseñando contextos. Asume entre sus principios el derecho a la autodeterminación, normalización y calidad de vida y su objetivo principal es originar cambios en el individuo para mejorar su estilo de vida y la calidad de vida de quienes le rodean (p.e. profesores, profesionales, padres, amigos y otras personas cercanas). El ACP se caracteriza por prestar atención a los cambios sistémicos (es decir, la inclusión social, la expansión de las relaciones sociales, la mejora de la vida familiar o la

satisfacción personal) necesarios para mejorar la vida de la persona con discapacidad y de su familia, en vez de limitarse exclusivamente a reducir los problemas de conducta (Carr y cols., 2002; Clarke, Worsester, Dunlap, Murria, y Bradley-Klug, 2002; Newsom y Kroeger, 2005). De este modo otro objetivo importante, aunque no el principal, es convertir la conducta problemática en irrelevante, ineficaz e inefectiva, ayudando a la persona con discapacidad a conseguir sus objetivos mediante un comportamiento socialmente aceptable, reduciendo o eliminando episodios de conducta problemática (Carr y cols., 2002).

El ACP también da prioridad a la validez social y ecológica. Se tiene en cuenta la implicación de los agentes que intervienen en una situación cotidiana (los padres, las madres y los profesionales) y a la oferta de apoyos existente en los entornos naturales (la casa, el colegio, la comunidad). Trata de buscar y hallar las relaciones funcionales entre la conducta problemática y las manipulaciones de los contextos (Carr y cols., 1999). Para ello desarrolla una evaluación funcional que permite establecer hipótesis sobre las que sustentar el planteamiento de intervención. Esta intervención más que centrarse directamente en eliminar el comportamiento problemático, va dirigida a proporcionar a las personas con discapacidad las habilidades que incrementen la probabilidad de éxito y satisfacción personal en el ámbito académico, laboral, social, recreativo, comunitario y familiar.

La perspectiva biopsicosocial favorece los planteamientos integradores de distintas áreas de la psicología y de otras disciplinas. Además, la vertiente clínica y profesional de la evaluación e intervención aporta habilidades y competencias de gran importancia para el psicólogo y otros profesionales, lo que les permite diseñar y aplicar programas y actividades de apoyo eficaces para las personas en sus contextos. Sin embargo, la integración de conocimientos es todavía muy incipiente, y a pesar de los grandes avances experimentados en los últimos años queda mucho

camino por recorrer. Muchas y diferentes disciplinas deben avanzar en la investigación sobre la discapacidad, siendo la investigación biocomportamental una de las líneas interdisciplinarias más prometedoras (Verdugo, 2003).

En resumen y para finalizar, a lo largo del capítulo se han descrito diferentes modelos explicativos de la conducta problemática. Aunque todos han contribuido a comprender mejor el comportamiento problemático algunos de forma más productiva que otros, los modelos más influyentes y dominantes en la investigación aplicada son el conductual y el neurobiológico/psiquiátrico. Estos dos grandes planteamientos además de explicativos han desarrollado intervenciones validadas empíricamente, y que por tanto han marcado la pauta en los servicios prestados a las personas con discapacidad.

Pese a lo expuesto y a la existencia de modelos cada vez más complejos y multicausales, en la actualidad sigue siendo un reto explicar la conducta problemática en personas con discapacidad intelectual, y ello por al menos seis razones:

En primer lugar los factores que mantienen o causan la conducta problemática pueden variar en las diferentes personas con discapacidad. En unos casos la conducta se mantiene por procesos conductuales. Así diferentes estudios han demostrado que el comportamiento problemático se mantiene por determinados refuerzos positivos o negativos. Pero en otros casos la conducta problemática puede deberse a una anomalía neurobiológica o un trastorno psiquiátrico.

En segundo lugar, los factores que mantienen la conducta problemática varían a lo largo del tiempo. Si bien la conducta problemática puede considerarse evolutivamente normal en determinadas etapas del desarrollo, en el caso de las personas con discapacidad intelectual puede ser inapropiada a su edad cronológica,

estar asociada a un repertorio conductual restringido, o consistir en una forma de comunicación primitiva. Por otra parte una conducta inicialmente puede mantenerse por refuerzo positivo (p.e. obtener atención por presentar una conducta autolesiva), puede ser remplazado total o parcialmente por un refuerzo automático como es la liberación de beta-endorfina que puede a su vez ocasionar incluso una dependencia física.

En tercer lugar, los factores etiológicos o de mantenimiento pueden variar en las diferentes formas de conducta problemática que manifiesta una misma persona. De acuerdo con el modelo conductual lo que interesa es la relación entre la clase de respuesta y los acontecimientos ambientales, más que la topografía de la conducta problemática. Así, una misma topografía puede servir para diferentes funciones. Es decir, una persona con discapacidad intelectual puede chillar para obtener atención de su cuidador o para evitar hacer una tarea o incluso para equilibrar su nivel de arousal. Igualmente diferentes topografías de conducta problemática pueden utilizarse para una misma función, por ejemplo gritar, darse golpes en la cabeza o desnudarse independientemente para obtener atención.

En cuarto lugar los factores de activación pueden variar en los diferentes contextos. Es decir, determinadas condiciones facilitan o incrementan la presencia de conducta problemática. Así estados fisiológicos (p.e. días previos a la menstruación) pueden modificar el valor del refuerzo en un determinado contexto. A su vez las interacciones sociales que preceden a determinadas situaciones (p.e., un comentario crítico por parte de otros) o circunstancias físicas del contexto hacen que aumente la probabilidad de que una persona presente comportamientos problemáticos en situaciones determinadas.

En quinto lugar, los factores etiológicos o de mantenimiento pueden ser complejos. Así, es posible que una conducta operante esta bajo un control múltiple.

Por ejemplo, y como ya se mencionó anteriormente, una conducta autolesiva puede estar mantenida por un refuerzo positivo, como es obtener atención, y a la vez por un refuerzo automático, como es la liberación de beta-endorfina.

En sexto y último lugar, pese a la creciente complejidad de los modelos explicativos de la conducta problemática, no existen evidencias empíricas que hayan puesto a prueba y confirmado la relevancia de las variables biopsicosociales en la explicación del comportamiento problemático.

Pese a las limitaciones previamente expuestas, los diferentes modelos explicativos del comportamiento problemático han servido de base para desarrollar intervenciones. Como veremos en el capítulo siguiente, los modelos varían también en cuanto a la evidencia empírica acumulada sobre su eficacia.

3 CAPÍTULO. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN CONDUCTA PROBLEMÁTICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Parece lógico pensar que si queremos resolver un problema, primero es necesario conocer el grado o envergadura del mismo. En el caso que nos ocupa si realmente queremos eliminar la conducta problemática hemos de comenzar analizando por qué ocurre. Antes de iniciar una intervención es necesario conocer determinados parámetros del comportamiento, como su topografía, gravedad, frecuencia o intensidad y, lo que es más importante, su función. Diferentes estrategias metodológicas nos permiten conocer todos estos aspectos. En algunos casos incluso es necesario utilizar los tres procedimientos metodológicos (observacional, correlacional y experimental) para conocer los factores asociados a la conducta. Ello va a depender de la complejidad de la misma. En estas páginas veremos cómo los tres métodos, que posteriormente exponemos, pueden llegar a ser complementarios. Cada metodología dispone de diferentes instrumentos y técnicas que permiten valorar el comportamiento problemático, con diferente grado de complejidad y fiabilidad.

La evaluación permite un microanálisis de la conducta en los estudios epidemiológicos además de ser el primer paso hacia la intervención. Tratar de comprender por qué tiene lugar dicho comportamiento para después poder actuar sobre el mismo, se denomina intervención basada en las hipótesis. Podemos encontrar una multitud de estrategias de intervención dirigidas a las personas con discapacidad, si bien este planteamiento no siempre ha orientado las intervenciones. Ante conductas problemáticas la intervención más habitual suele ser la psicofarmacológica y la conductual, que en sus orígenes se fijaba sólo en la topografía y actualmente viene

orientada por la función de la conducta. Dada la gran relevancia de estas dos disciplinas, nos centraremos en ambas en el apartado de intervención.

3.1 Metodología de evaluación de la conducta problemática en personas con discapacidad

El constructo de conducta problemática ha sido examinado por multitud de investigadores en una variedad de contextos y utilizando un amplio rango de medidas. Teniendo en cuenta las repercusiones de las decisiones basadas en la evaluación del comportamiento problemático, por ejemplo en cuanto a la asignación residencial, educativa, profesional o la participación en la comunidad, es fundamental que las medidas utilizadas sean adecuadas a la población objetivo (p.e., niños en edad escolar con Retraso Mental) y que las puntuaciones de las subescalas reflejen dimensiones encontradas en poblaciones similares. Es también importante examinar los instrumentos que miden dimensiones análogas, o dimensiones amplias de problemas de comportamiento, porque incluso las diferencias más sutiles sobre lo que realmente miden pueden afectar a los resultados y a las relaciones con otras variables (Borthwick-Duffy, Lane, y Widaman, 1997).

En el ámbito de las discapacidades del desarrollo, los investigadores han aplicado distintos procedimientos de evaluación para la observación y recogida de datos. Junto a éstos, los procedimientos de evaluación conductual comenzaron a generalizarse en los servicios públicos y privados. Así, la evaluación funcional es considerada hoy en día como la metodología de elección a la hora de elaborar una intervención. Es un componente habitual de los planteamientos de intervención de “buenas prácticas” para las personas con discapacidad (Ager y O'May, 2001).

La evaluación funcional se desarrolla a través de una metodología tanto observacional, utilizando sistemas de observación directos o indirectos, como correlacional, tratando de analizar la relación persona-ambiente a través de diferentes pruebas psicométricas, o experimental en estudios de investigación, o cuando las hipótesis derivadas de la evaluación funcional han de ser comprobadas. En la Tabla 9 se indican las características de acuerdo al grado de manipulación, control y contexto donde se llevan a cabo cada uno de estos métodos.

Tabla 9. Características de las diferentes metodologías

	Experimental	Correlacional	Observacional
Manipulación	<i>Elevada</i> Siempre va a haber manipulación directa de las VI	<i>Intermedia</i> Se relacionan los valores de las variables	<i>Ausente</i> No hay manipulación
Control	<i>Manipulativo</i>	<i>Selectivo</i> Se seleccionan personas, animales,...	<i>Estadístico</i> Control que se ejerce a posteriori, análisis de concordancia entre observadores
Contexto	<i>Artificial</i> Aquel contexto donde habitualmente no se desarrolla la conducta de objeto de estudio. Ejemplo: el laboratorio	<i>Semi-natural</i> Contexto en el cual el sujeto esta, pero aquello sobre lo que se le pregunta no esta ahí. Ejemplo: deportista que no esta en un sitio de deporte.	<i>Natural</i> Sitio habitual donde se desarrolla la conducta

Como vemos en la Tabla 9, el grado de manipulación y control varía enormemente, al igual que el tipo de contexto donde se lleva a cabo. A continuación pasamos a detallar cada metodología desde el aspecto más general a su utilización de forma específica en el ámbito de la discapacidad intelectual, aportando los diferentes instrumentos y técnicas que se utilizan en cada una de ellas.

3.1.1 Metodología observacional

La metodología observacional constituye una estrategia del método científico que persigue cuantificar el comportamiento espontáneo en situaciones naturales, a través de una serie ordenada de etapas (Anguera, 1998a). Pretende plasmar la conducta presente no sólo para describir dicha conducta y/o situación sino también

llegar a explicarla y a establecer diversas relaciones, a partir de hipótesis de covariación (Arnau, 1998). Es por tanto una metodología que se ajusta al método científico y más específicamente, al utilizado en la investigación psicológica (Anguera, 1998b).

Este método en sus diversas modalidades, observación directa, observación participante, auto-observación o autoinforme, se engloba dentro de las metodologías cualitativas en investigación. La principal característica de la metodología observacional es la no interferencia del observador (Anguera, 1998b).

De acuerdo con Patton (1980), los datos cualitativos consisten en descripciones detalladas de situaciones, eventos, sujetos, interacciones y conductas observadas, citas directas de sujetos acerca de sus experiencias, actitudes, creencias, y pensamientos. También pueden consistir en fragmentos o pasajes enteros de documentos, correspondencia, registros e historias de casos. Dichos datos han de estar sujetos a una serie de exigencias metodológicas (Erickson, 1986, Zabalza, 1991): a) representatividad, relevancia y plausibilidad de los datos, esto es, validez semántica de la investigación; b) fundamentación teórica de la investigación y de los análisis e interpretaciones realizados, o validez hermenéutica; y c) validez pragmática.

Además, la observación sistematizada se ha de caracterizar por: 1) la definición precisa del objetivo de observación, esto es, de los comportamientos, sujetos y situaciones; 2) el establecimiento de criterios de selección de la información; 3) el uso de unas técnicas de registro y de medios técnicos que garanticen la precisión de los datos; 4) la posibilidad de obtener datos cuantificables mediante diversos indicadores y parámetros, previamente operativizados (frecuencia, latencia, ritmo, duración, intensidad, dirección, etc.); y 5) la plausibilidad de la formulación de la hipótesis.

La categorización constituye el instrumento de medida en la investigación observacional. Por "categoría" se entiende el resultado de una serie de operaciones cognitivas que llevan al establecimiento de clases entre las cuales existen unas relaciones de complementariedad, establecidas de acuerdo con un criterio fijado al efecto, y en donde cada una de ellas cumple a su vez requisitos internos de equivalencia en atributos esenciales, aunque pueda mostrar una gama diferencial o heterogeneidad en su forma (Anguera, 1998c).

También puede entenderse como una modalidad particular de la codificación, caracterizada por un conjunto de símbolos, p. e., categorías, que forman un sistema cerrado que se ajusta a las condiciones de exhaustividad en el ámbito considerado y de mutua exclusividad. Este sistema implica la presencia de núcleos conceptuales, pertenecientes a uno o más niveles de respuesta, que pueden corresponder a distintas manifestaciones del comportamiento (Anguera y cols., 1993).

Además de lo expuesto previamente, referido a la observación directa, es también posible aludir a la metodología de la observación indirecta. Es decir, textos documentales, entrevistas o autoinformes, entre otros, caracterizados por la transformación del material verbal en material documental. En este caso, el análisis de contenido constituye una técnica de tratamiento cualitativo de los datos que permite realizar inferencias a partir de los mismos (Krippendorff, 1980).

Varios aspectos se han de establecer de antemano. En primer lugar, se han de tomar decisiones respecto al volumen del material y al criterio de selección. En segundo lugar, es preciso delimitar las unidades de análisis, pudiendo adoptarse criterios ortográficos, sintácticos o contextuales. Una vez establecidos estos criterios, es posible llevar a cabo el proceso de categorización de la información.

Podemos encontrar numerosas estrategias para cuantificar la conducta problemática y variados procedimientos con los que registrarla utilizando la metodología observacional, tanto de forma directa como indirecta. Cuando se lleva a cabo de forma directa los instrumentos suelen ser fichas o plantillas de registro que permiten al observador recoger los diferentes aspectos de interés de la situación y/o de la conducta. En el caso de métodos indirectos, suelen consistir en escalas de clasificación, entrevistas o informes previos.

a. Instrumentos y técnicas directas derivadas de la metodología observacional

Como hemos comentado, esta metodología dispone de dos formatos de observación: directa e indirecta complementándose en la gran mayoría de los casos.

1) *Instrumentos y técnicas de observación directa*

Cuando la metodología observacional se desarrolla mediante métodos directos, puede consistir en una observación continua o en intervalos de tiempo. Ambas estrategias tienen sus ventajas e inconvenientes y unos métodos de análisis asociados (Thompson, Symons y Felce, 2000). En el registro continuo se recoge la aparición y desaparición de cada episodio de conducta durante cada sesión de observación. Los intervalos establecidos se refieren al muestreo periódico de la conducta objetivo, ya sea a lo largo del tiempo o durante una sesión de observación. Los registros de intervalo son utilizados para medir la presencia o ausencia de la conducta en intervalos de tiempo específicos. Para lo cual la sesión de observación total es dividida en breves intervalos de tiempo de igual medida.

En la Tabla 10 se recogen las características de los diferentes tipos de registros de intervalo

Tabla 10. Características de los registros de intervalo

	Criterio para registrar la conducta	Recomendación
Parcial	Cualquier momento del intervalo	Conductas breves y frecuentes
Completo	Durante todo el intervalo	Valorar el incremento de una conducta
Momentáneo	Al final del intervalo	Conductas persistentes en un periodo largo

Entre los métodos de observación directa se encuentran las matrices de datos y los registros narrativos (Yoder, Short-Meyerson y Tapp, 2004). En las *matrices de datos* se registra la ocurrencia o no del comportamiento problemático en diferentes contextos, actividades, rutinas o periodos de tiempo. Este tipo de instrumento proporciona un patrón visual de actuación de la persona que presenta la conducta, identifica patrones de respuesta en contextos naturales y sugiere posibles antecedentes de tipo contextual. Una de las más útiles en el ámbito de la discapacidad es la Ficha de Observación Sistemática (Functional Assessment Observation Form) de O'Neill y cols., (1997), puesto que recoge contextos, antecedentes, conductas y funciones percibidas.

El *registro narrativo* consiste en la descripción detallada de la secuencia, frecuencia, ratio, duración o latencia de las conductas relevantes. Algunas veces incluyen las impresiones del observador, la hora en la que sucede el episodio o el tiempo durante el que se registra, las condiciones del contexto donde ocurre la conducta problemática y el número de personas presentes. Los registros narrativos más frecuentes describen el/los antecedente/s, conducta y consecuencia. Entre este tipo de registros ABC (antecedente- conducta [behavior]-consecuente) uno de los más conocidos es el modelo de Carr (1995), en el que se registra el nombre del observador, la hora y fecha del suceso, el contexto general donde tiene lugar la conducta, el contexto interpersonal, la descripción de la conducta problemática y las consecuencias de la misma. Requiere además registrar el episodio problemático hasta

que la conducta problemática haya desaparecido completamente. Todo ello proporciona una información más detallada que las listas de comprobación o las escalas de clasificación.

Los registros narrativos de frecuencia y duración proporcionan medidas de conducta precisas y fiables. Cada método aporta índices directos de la duración de la respuesta o del tiempo en que la conducta objetivo tiene lugar. Sin embargo, estos procedimientos suponen una labor intensiva (requieren de constante atención del observador) y generalmente registran un número limitado de variables simultáneamente. Sin embargo, con la llegada de la tecnología asistida por ordenador, este problema ha disminuido mejorando la eficiencia sin sacrificar la precisión. Es posible destacar seis sistemas informáticos destinados a este fin. En primer lugar, la Estrategia de Evaluación Conductual y Clasificación [Behavioral Evaluation Strategy and Taxonomy, BEST] que permite registrar hasta 36 respuestas diferentes durante una sesión recogiendo frecuencia, duración, intervalo, tiempo, latencia, tiempo interrespuesta. En segundo lugar, el DATACP (Emerson, 1995) para registrar a tiempo real los datos de observación, permite registrar hasta 40 respuestas diferentes utilizando la frecuencia o duración. En tercer lugar el HARCLAG (Emerson, 1995) calcula la frecuencia de la respuesta (número total y ratio), duración, latencia, tiempo interrespuesta, probabilidades condicionales, frecuencia acumulada. En cuarto lugar el HARCREL (Emerson, 1995) permite calcular el acuerdo interobservadores. En quinto lugar el Asistente para la Recogida de Datos (Data Collection Assistant, DCA, 1997) en tiempo real y que permite calcular la frecuencia (número total y ratio), duración y porcentaje de ensayos. También se puede utilizar un gráfico de datos e identificar tendencias centrales además de determinar el rango y distribución de frecuencias. En sexto y último lugar el Sistema de Observación Directa de Datos (Direct Observation Data System, DODS, Johnson, 1993) captura la frecuencia, duración, intervalo, tiempo,

latencia y antecedente-conducta-consecuencia para tres respuestas diferentes, además de interpretar los progresos de la persona observada

2) *Instrumentos y técnicas de observación indirecta*

Estos métodos permiten obtener información sin tener que estar presente la conducta problemática. A través de ellos se recoge información de diferentes personas por lo que podemos acceder a una información muy variada.

Entre los métodos indirectos de observación podemos encontrar las escalas de clasificación y las entrevistas. En las *escalas de clasificación* el observador selecciona un valor, por ejemplo entre 5 puntos, para indicar el alcance en el cual la conducta objetivo o unas características particulares de la misma tienen lugar. Ejemplo de una de estas escalas es la Escala de Motivación de la Conducta [Motivation Assessment Scale, MAS] (Durand y Crimmins, 1992). Este cuestionario de dieciséis ítems evalúa la función o motivación de las conductas problemáticas. Los autores parten de la concepción de que la conducta problemática persiste por refuerzos como la atención social, refuerzos tangibles, evitación o consecuencias sensoriales, tratando de evaluar la influencia de dichos reforzadores. Los dieciséis ítems están organizados bajo esas cuatro categorías de refuerzo y van enfocados a valorar la probabilidad de ocurrencia de la conducta problemática en distintas situaciones (p.e., cuando se presentan tareas difíciles).

Los instrumentos más utilizados en el análisis descriptivo de la conducta problemática son las **entrevistas estructuradas o semiestructuradas** a informadores clave (Desrochers, Hile y Willians-Moseley, 1997). Son fáciles de utilizar y proporcionan gran información en un amplio rango de aspectos de relevancia directa tanto para los objetivos principales como secundarios de la evaluación funcional. Es más, debe ser considerado como un paso previo al uso de una metodología experimental y

observacional más compleja (Emerson, 2007). Podemos encontrar varios modelos estructurados de recogida de información sobre terceros (p.e., Demchack y Bossert, 1996; Donnellan y cols., 1988; Durand y Crimmins, 1988; Matson y cols., 1999; McBrien y Felce, 1994; Meyer y Evans, 1989; O'Neill y cols., 1997; Pyles y Bailey, 1990; Wieseler y cols., 1985; Zarkowska y Clements, 1994).

O'Neill y cols. (1997), por ejemplo, proponen una entrevista estructurada denominada FAI [Functional Assessment Interview], que permite recoger información respecto a: a) la topografía, frecuencia, duración, intensidad, impacto y covariación de la conducta problemática de la persona; b) potenciales sucesos contextuales (p.e., medicación, dolor, ciclo del sueño, rutinas de comida y dieta, horarios diarios de actividades, anticipación, control y variedad de actividades, muchedumbre, pautas del personal) que pueden correlacionar con variaciones generales en la probabilidad de ocurrencia de la conducta problemática; c) sucesos o situaciones específicas (p.e., hora del día, contexto, actividad, presencia de un determinado profesional) que predicen la ratio alta o baja de ocurrencia de la conducta problemática; d) consecuencias ambientales de la conducta problemática; e) eficiencia de la conducta problemática, esto es, esfuerzo físico que le supone a la persona realizarla, ratio y demora del refuerzo; f) estrategias comunicativas alternativas utilizadas por la persona en el contexto de las actividades diarias; g) los potenciales reforzadores; h) la existencia de conductas funcionalmente equivalentes; e i) historia de intervenciones realizadas anteriormente.

Además de los aspectos anteriormente mencionados, Emerson (2007) indica que en la entrevista clínica puede ser aconsejable recoger información sobre tres aspectos. En primer lugar, sobre los recursos (humanos y materiales) disponibles en el contexto donde tiene lugar la conducta problemática y sobre las hipótesis de los profesionales acerca de las causas y/o funciones de la conducta problemática de

una persona (Hastings, 1996, 1997; Oliver y cols., 1996). En segundo lugar, sobre los patrones de las respuestas físicas y emocionales de los profesionales cuando se enfrentan a la conducta problemática (p.e., Mitchell y Hasting, 1998). En tercer lugar, sobre las estrategias informales adoptadas por los profesionales para prevenir la ocurrencia de la conducta problemática.

Otro modelo de entrevista semiestructurada de evaluación funcional de la conducta, es la Entrevista de Evaluación Funcional para Profesores y Profesionales [Functional Assessment Checklist for Teachers and Staff, FACTS] (March y cols., 2000). Esta entrevista ha sido diseñada para profesores y personal educativo. Supone una adaptación del formulario de la FAI para el ámbito escolar (O'Neill y cols., 1997). Este formulario tarda en rellenarse entre 10 y 25 minutos dependiendo del grado de conocimiento que tengan los informantes sobre la conducta problemática y la complejidad de la misma. El formato de entrevista se divide en dos apartados, A y B. En la parte A los informadores identifican la conducta problemática y completan un análisis de las rutinas de la persona, indican el horario diario de actividades y determinan cuáles están más o menos asociadas con la ocurrencia de la conducta problemática. La parte B se centra en la conducta problemática identificada en la parte A. Aquí el entrevistador debe ser más específico para obtener una definición operativa de la conducta problemática y la secuencia de la conducta, es decir los sucesos contextuales, los estímulos inmediatos, y las consecuencias de mantenimiento. Si se identifica más de una conducta problemática, la parte B se repetirá tantas veces como conductas se hayan identificado. La FACTS permite elaborar hipótesis acerca de la función que tiene la conducta para la persona.

La FACTS (March y cols., 2000) no ha sido la única adaptación realizada de la original FAI (O'Neill y cols., 1997). Podemos encontrar otras muchas adaptaciones como la realizada por The Center on the Social and Emotional Foundations for Early

Learning de la Universidad de Illinois destinada a niños pequeños muy similar al cuestionario de evaluación funcional (CEF) de Canal y Martín (1999) dirigido a personas con discapacidad intelectual de centros residenciales. La peculiaridad de la FACTS reside en la existencia de estudios posteriores como el de McIntosh y cols., (2008) que han evaluado sus propiedades psicométricas.

La entrevista estructurada es una herramienta muy valiosa para identificar las características de un contexto que son importantes para, o asociadas con, la conducta problemática de la persona. O'Neill y cols. (1997), consideran los métodos de entrevista como una de las tres estrategias necesarias en el proceso de recogida de información en una evaluación funcional, junto con los métodos de la observación directa y las manipulaciones de análisis funcional. Este tipo de herramienta guía el proceso de evaluación conductual sin requerir muchos recursos y abordando un amplio rango de cuestiones. Sin embargo, son cuestionables tanto la fiabilidad como la validez. La investigación sugiere tratar la información obtenida con gran precaución.

Green y cols. (1988, 1991), por ejemplo examinaron la correspondencia entre: 1) la estimación por parte de los profesionales sobre la preferencia por estímulos específicos de estudiantes con discapacidad múltiple profunda; 2) el acercamiento real y uso de ese estímulo; y 3) el grado en que dicho estímulo funcionaba como un refuerzo positivo en una tarea de aprendizaje. Estos autores encontraron que, mientras el acercamiento del estudiante predijo el potencial del estímulo como refuerzo, la mayoría de los profesionales fueron incapaces de predecir el acercamiento del estudiante o el potencial valor de determinados estímulos como reforzadores.

Este tipo de estudios sugieren que las opiniones de los informantes sobre la preferencia de los estudiantes por estímulos específicos y sobre la función de la conducta problemática pueden tener una validez cuestionable. Ante esta evidencia,

Durand (1990) propone analizar la concordancia de respuesta entre informadores para incrementar el grado de confianza sobre los datos obtenidos. Es decir, el incremento de los niveles de acuerdo inter-informadores puede ser un indicador de la validez. Así, haciendo referencia al estudio de McIntosh y cols., (2008), estos autores revisaron 10 estudios que utilizaron la FACTS y encontraron una elevada fiabilidad test-retest y de acuerdo interobservadores, una moderada validez convergente con la observación directa y con procedimientos de análisis funcional, y elevada evidencia de la utilidad del tratamiento y de validez social.

Dentro de esta metodología lo más frecuente es comenzar utilizando los métodos indirectos para posteriormente contrastarlos por la observación directa. Otra forma de evaluar el comportamiento problemático, sobre todo cuando es grave o puede deberse a un trastorno mental, es mediante la metodología correlacional. Ésta dispone de instrumentos y técnicas estandarizadas, como veremos posteriormente.

3.1.2 Metodología correlacional

La metodología correlacional tiene como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular. Los estudios cuantitativos correlacionales miden el grado de relación entre dos o más variables (cuantifican relaciones). Tales correlaciones se expresan en hipótesis a contrastar (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales reside en determinar cómo se comporta un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas. Si dos variables están correlacionadas, una varía cuando la otra también lo hace y dicha asociación puede ser positiva o negativa. Si es positiva, sujetos con altos valores en una variable tenderán a mostrar altos valores en la otra variable. Si es negativa, sujetos con altos valores en

una variable tenderán a mostrar bajos valores en la otra. Si dos variables están correlacionadas y se conoce su correlación, es posible predecir el valor aproximado que se obtendrá en una variable, conociendo el valor de la otra variable.

Los estudios correlacionales se distinguen de los descriptivos ya que en vez de medir con precisión las variables individuales, evalúan el grado de relación entre dos variables. Ello permite aportar cierta información explicativa. La principal limitación de estos estudios es que sus resultados no permiten determinar relaciones causa-efecto entre las variables consideradas, sino tan sólo tendencias, y ello por dos razones.

En primer lugar, por el "Problema de la direccionalidad", que alude a la imposibilidad de demostrar qué variable ocurre en primer lugar (cuál es la causa) y cuál en segundo (el efecto). En el estudio correlacional las variables son simplemente observadas y la investigación no permite establecer dicha direccionalidad. En segundo lugar por el "Problema de la tercera variable", pues al no crear y controlar las variables como ocurre en un experimento, no es posible saber si alguna otra variable no observada está relacionada y es el agente causal real.

Así, puede darse el caso de que dos variables estén aparentemente relacionadas, pero que no lo estén en realidad. Esto se conoce como correlación "espuria". Imaginemos por ejemplo que se lleva a cabo una investigación con niños, cuyas edades oscilan entre los 8 y 12 años, y se pretende analizar qué variables se encuentran relacionadas con la inteligencia. El estudio encuentra la siguiente tendencia: "a mayor estatura, mayor inteligencia"; es decir, que los niños con más estatura tienden a obtener una calificación más alta en la prueba de inteligencia, que los niños de menor estatura. Estos resultados no tendrían sentido. No podríamos decir que la estatura está correlacionada con la inteligencia, aunque los datos así lo indicaran. Lo que sucede es que la maduración está asociada con el rendimiento en una prueba de inteligencia y así, los niños de 12 años (en promedio más altos)

presentan mayores habilidades cognitivas que los niños de 11 años y éstos que los de 10 años y así sucesivamente hasta llegar a los niños de 8 años, que por lo general tienen una menor estatura. Esta es una correlación espuria cuya "explicación" no sólo es parcial sino también errónea.

El ejemplo citado resulta obvio, pero en ciertas ocasiones no es tan sencillo detectar cuándo una correlación carece de sentido. Por ello, como recomienda Pérez Juste (1985), confirmar la existencia de correlación o intercorrelación no sirve de gran cosa si posteriormente no se investigan los mecanismos subyacentes a la correlación, cuestionándose por qué se relacionan tales variables en la forma y grado identificados.

En realidad la covariación o variación concomitante (como también puede denominarse a la correlación) indica que dos o más variables varían de forma conjunta, lo que implica que esas variables se manifiestan conjuntamente. Si bien y como hemos indicado, ello no es una base suficientemente sólida para inferir que una puede ser causa de otra. En consecuencia debemos tratar de buscar explicaciones alternativas para las relaciones observadas con el fin de comprobar su verosimilitud, o bien proceder a su descarte; en definitiva debemos tratar de aislar efectos (García Llamas, 1994).

La mayoría de los instrumentos y técnicas para evaluar la asociación del comportamiento problemático con otras variables consisten en escalas de clasificación, como veremos a continuación.

a. Instrumentos y técnicas utilizadas en la metodología correlacional

Los instrumentos de recogida de información pueden ser administrados en una o varias sesiones y tan sólo se requiere que los datos puedan cuantificarse. Consisten

en herramientas estandarizadas formadas por varios ítems que permiten cuantificar las conductas y los estados emocionales.

Estos instrumentos tienen sus ventajas e inconvenientes (Aman y White, 1986). Entre las ventajas se encuentran: a) son rápidos de aplicar, frente a las entrevistas y las observaciones conductuales; b) suelen ser económicos y aplicables a un amplio rango de informantes (padres, profesionales e incluso a la persona afectada); c) suelen ser flexibles, permitiendo tener en cuenta un amplio periodo de tiempo y diferentes contextos; d) se centran en la conducta que los profesionales consideran importante; e) incluyen datos normativos; y f) la información estandarizada facilita la comunicación entre investigadores y clínicos.

Entre los inconvenientes caben destacar: a) en la interpretación de algunas escalas se pueden hacer juicios sobre otra conducta de la persona o inferir estados emocionales, como sucede con las escalas subjetivas; b) pueden ser propensos al “halo de error”, es decir a la tendencia a evaluar a la persona como consistentemente alta o baja en varias subescalas o diferentes aspectos de la conducta; c) cuando se identifican personas con conducta extrema es probable que en posteriores evaluaciones la conducta problemática experimente un descenso, lo que recibe el nombre de regresión a la media. Si el profesional no es consciente de esta tendencia, los cambios entre la primera y segunda evaluación pueden ser interpretados erróneamente como mejoras.

En el ámbito de la discapacidad intelectual, y centrándonos en la conducta problemática, las herramientas específicas de evaluación pueden dividirse en instrumentos de banda ancha o estrecha (Rojahn y cols., 2001). Los primeros están diseñados para capturar el amplio espectro de la psicopatología. Por su parte los instrumentos de banda estrecha se centran en un limitado número de condiciones. Cuando el propósito principal es evaluar una conducta problemática en profundidad

es preferible elegir un instrumento de banda estrecha. Salvador y cols. (2003), denominan a las pruebas de banda ancha instrumentos de evaluación psicopatológica, dirigidos al diagnóstico y detección y emplean el término de sistemas clínicos de información para referirse a los instrumentos de banda estrecha.

Existen relativamente pocos instrumentos de banda ancha dirigidos específicamente a personas con discapacidad intelectual para valorar si la conducta problemática es debida a problemas de salud mental. Entre los disponibles están la Prueba de Conducta Desadaptativa de Reiss [Reiss Screen for Maladaptive Behavior], (Reiss, 1988), el Instrumento de Psicopatología para Adultos con Retraso Mental [Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults], (Matson, 1988), La Evaluación de Diagnóstico Dual [Assessment of Dual Diagnosis], (Matson, 1997), la Lista de la Conducta Social [Social Behaviour Schedule], (Wykes y Sturt, 1986), la Evaluación Diagnóstica para Personas con Discapacidad Severa [The Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped], (Matson, Gardner y Coe, 1991), la Entrevista Psiquiátrica para Adultos con Discapacidad intelectual [Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities], (Moss, Goldberg, Simpson, Patel y Rowe, 1993), la Escala de Ratio de Conducta Strohmer-Prout [Strohmer-Prout Behavior Rating Scale], (Strohmer y Prout, 1989), o el Formulario de Conducta Aberrante [Aberrant Behaviour Checklist], (Aman y Sinhg, 1986). En la Tabla 11 presentamos las principales características de dichas escalas.

Como indicáramos previamente, es posible destacar en primer lugar la **Reiss Screen for Maladaptive Behavior (RSMB)** (Reiss, 1988). Esta escala fue diseñada para evaluar problemas de salud mental en adolescentes o personas adultas con discapacidad intelectual. La información es obtenida por los profesionales que trabajan con la persona afectada y por sus padres o tutores. Está formada por 38 ítems agrupados en 8 subescalas. Cada subescala incluye 5 ítems, alguno de los cuales

pertenecen a más de una escala. Además cuenta con 6 ítems especiales de conducta desadaptada como por ejemplo tendencias suicidas o autolesión. Cada ítem se puntúa de 0 (ningún problema) a 2 (problema principal). Se basa en un análisis factorial de 36 síntomas psiquiátricos. La detección del problema se hace de tres formas: severidad de la conducta problemática, diagnóstico y síntomas poco frecuentes pero significativos tales como la conducta suicida. Si la persona obtiene un resultado positivo es necesario realizar una evaluación profesional más exhaustiva.

Existe también una versión para niños (4-18 años), la Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis (Reiss y Valenti-Hein, 1990), que contiene 60 ítems que ofrecen, de un modo similar al instrumento para adultos, información sobre un amplio rango de trastornos psiquiátricos, incluyendo hiperactividad, Autismo, baja autoimagen y tendencia al aislamiento. También ofrece puntuaciones sobre problemas de conducta y síntomas significativos (episodios de llanto, alucinaciones, pica, autolesiones, problemas sexuales y tendencias suicidas). En cuanto a la consistencia interna, se ha obtenido un índice alfa de Cronbach de 0,91 para la puntuación total e índices entre 0,63 y 0,86 para las diferentes escalas (DesNoyers-Hurley y cols., 1998).

Tabla 11. Instrumentos de Banda Ancha o de Evaluación de Psicopatología en personas con discapacidad

Instrumento original Autor	Nombre Abreviado	Breve Descripción del Instrumento	Características psicométricas	Otras versiones	Adaptación al español	Otras adaptaciones
Reiss Screen for Maladaptive Behavior (Reiss, 1988)	RSMB	Escala de 38 ítems que valora la salud mental en adolescentes y adultos con discapacidad intelectual	Consistencia interna, índice alfa de Cronbach de 0,91 para la puntuación total e índices entre 0,63 y 0,86 para las diferentes subescalas (DesNoyers-Hurley y cols., 1998).	Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis (Reiss y Valenti-Hein, 1990)	Rodríguez-Sacristán y Buceta (1995)	Suecia (Gustafsson y Sonnander, 2002) Francia (Lecavalier y Tassé, 2001) Holanda (Van Minnen, Savelsberg y Hoogduin, 1995)
Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults (Matson, 1988)	PIMRA	Inventario de síntomas basado en los criterios DSM III-R adaptados a personas con Retraso Mental. Dos versiones, una para afectados y otra para personas cercanas al afectado con 79 ítems cada una	Niveles aceptables de consistencia interna y de fiabilidad test-retest (Matson, Kazdin y Senatore, 1984). En la versión para informadores la consistencia interna aceptable pero de baja a moderada fiabilidad interjueces (Iverson y Fox, 1989; Linaker y Nitter, 1990; Linaker, 1991; Minnen y cols., 1994; Sturtmey y Ley, 1990)	No hay datos disponibles	No hay datos disponibles	Nueva Zelanda (Aman, Watson, Singh, Turbota y Wilsher, 1986) Gran Bretaña (Sturtmey y Ley, 1990) Noruega, (Linaker y Nitter, 1990; Linaker, 1991; Linaker y Helle, 1994) Los Países Bajos (Minnen, Van -Savelsberg y Hoogduin, 1994) Italia (Balboni, Battagliese y Pedrabissi, 2000)
Assessment of Dual Diagnosis (Matson, 1997)	ADD	Sistema de detección de psicopatología (síntomas del DSM IV) en personas con Retraso Mental moderado y ligero. Consta de 79 ítems distribuidos en 13 subescalas	Consistencia interna de 0,77 a 0,95 en las 13 subescalas. Mediante la correlación de Spearman, el coeficiente producto-momento de Pearsons y la fiabilidad test-retest, se obtuvieron índices entre 0,82 y 1,00 para las 13 escalas	No hay datos disponibles	No hay datos disponibles	No hay datos disponibles
Social Behaviour Schedule (Wykes y Sturt, 1986)	SBS	Inventario de 21 ítems elaborado a partir del trabajo con pacientes institucionales	Obtenidos en la versión española: test-retest porcentaje de acuerdo 80% y valores kappa adecuados. Fiabilidad inter-evaluadores 85% y los valores kappa oscilaron desde "acuerdo moderado" hasta "acuerdo casi perfecto" para el 25% de los ítems. Sin embargo, el análisis de fiabilidad inter-informadores arrojó un porcentaje medio de acuerdo del 43% y valores kappa inadecuados en el 42% de los ítems	No hay datos disponibles	Salvador y cols. (1994, 1998)	No hay datos disponibles

Tabla 11 (Cont.) Instrumentos de Banda Ancha o de Evaluación de Psicopatología en personas con discapacidad

Instrumento original Autor	Nombre Abreviado	Breve Descripción del Instrumento	Características psicométricas	Otras versiones	Adaptación al español	Otras adaptaciones
The Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped (Matson, Gardner y Coe, 1991)	DASH	Cuestionario formado por 13 subescalas con un total de 96 ítems. Dirigido a personas con Retraso Mental profundo y severo	Coefficiente alfa de fiabilidad interna entre 0,2 y 0,84 para las diferentes escalas, con un valor medio de 0,52. La fiabilidad inter-observadores es adecuada	DASH-II	No hay datos disponibles	No hay datos disponibles
Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities (Moss, Goldberg, Simpson, Patel y Rowe, 1993)	PAS-ADD	Entrevista clínica semiestructurada para valorar psicopatología presente durante un determinado tiempo y con qué grado de severidad	Índices de fiabilidad test-retest entre 0,47 y 0,60, índices de acuerdo entre 0,64 y 0,98, con un valor medio de 0,87, y una concordancia entre diagnósticos de 0,72.	PAS-ADD 10 (Moss y cols., 1995)	González-Gordon, Salvador, Romero, González-Sáiz y Romero, (2002). "Entrevista Psiquiátrica para Adultos con Discapacidad intelectual"	No hay datos disponibles
Strohmer-Prout Behavior Rating Scale (Strohmer y Prout, 1989)	SPBRS	Se compone de 12 subescalas en un total de 135 ítems para adolescentes y adultos con Retraso Mental moderado o funcionamiento intelectual límite	Adecuada fiabilidad y validez (Aman, 1991; Strohmer y Prout, 1989)	No hay datos disponibles	No hay datos disponibles	No hay datos disponibles
Aberrant Behaviour Checklist (Aman y Sinhg, 1986)	ABC	Mediante 58 ítems distribuidos en 5 subescalas se evalúa los efectos del tratamiento a través de respuestas de informadores	Fiabilidad inter-evaluadores entre las puntuaciones y subescalas 0,63.	ABC-Comunitaria, destinada a sujetos integrados en la comunidad (Aman, Burrow y Wolford, 1995)	Novell, Rueda y Salvador (2003)	Canada República Checa Francia Alemania Hungría Israel Italia Los Países Bajos Noruega Portugal Rumanía Eslovaquia Sudáfrica Reino Unido

Aman (1991) revisó la RSMB y concluyó que las propiedades psicométricas eran significativamente superiores a la media, tanto respecto a la consistencia interna como a la fiabilidad inter-observadores para el total de la escala y a la validez de constructo. Por su parte Reiss (1997) desarrolló un conjunto de puntuaciones de uso clínico e investigador a partir de las diferencias obtenidas entre clientes con diagnóstico dual y un grupo normativo.

Este instrumento ha sido traducido a varios idiomas como el sueco (Gustafsson y Sonnander, 2002), el francés (Lecavalier y Tassé, 2001) y el holandés (Van Minnen, Savelsberg y Hoogduin, 1995). La escala ha sido también traducida y validada al español por Rodríguez-Sacristán y Buceta (1995).

En segundo lugar, contamos con el **Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults (PIMRA)** (Matson, 1988). Este inventario de síntomas contiene 56 ítems que cubren un amplio espectro psicopatológico basado en criterios DSM III-R modificados para sujetos con Retraso Mental. Proporciona una puntuación de ocho tipos de trastornos (subescalas): esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos psicosexuales, trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos de la personalidad y trastornos de la adaptación social. Consta de dos versiones, una para el informador y otra para la persona con discapacidad, con igual número de ítems pero con frases más sencillas en el segundo caso para ser comprendidas por personas con Retraso Mental ligero. Ambas versiones se utilizan en formato de entrevista.

En el estudio original Matson, Kazdin y Senatore (1984) encontraron que las dos versiones del instrumento tenían niveles aceptables de consistencia interna y fiabilidad test-retest. El análisis factorial produjo tres factores para la versión de informantes (trastornos afectivos, trastornos somatomorfos y psicosis) y dos factores para la versión auto-informativa (ansiedad y ajuste social).

Se han llevado a cabo varios estudios del instrumento, la mayoría de ellos utilizando la versión para informantes. En todos menos en uno (Balboni y cols., 2000) se utilizaron muestras relativamente pequeñas, entre 24 y 168 personas, para evaluar sus propiedades psicométricas, (Gustafsson, 2003). En la mayoría de esos estudios se han encontrado niveles aceptables de consistencia interna y una fiabilidad inter-jueces de baja a moderada (Iverson y Foz, 1989; Linaker, 1991; Linaker y Nitter, 1990; Minnen y cols., 1994; Sturtmey y Ley, 1990).

El PIMRA fue desarrollado en los Estados Unidos de América y posteriormente ha sido adaptado y validado en Nueva Zelanda (Aman, Watson, Singh, Turbota y Wilsher, 1986), Gran Bretaña (Sturmey y Ley, 1990), Noruega, (Linaker y Nitter, 1990; Linaker, 1991; Linaker y Helle, 1994), Los Países Bajos (Minnen, Savelsberg y Hoogduin, 1994) e Italia (Balboni, Battagliese y Pedrabissi, 2000).

Un tercer instrumento es la **Assessment of Dual Diagnosis (ADD)** (Matson, 1997). La ADD consiste en un sistema de detección de psicopatología en personas con Retraso Mental moderado y ligero. Es la sucesora de la PIMRA. Consta de 79 ítems distribuidos en 13 subescalas basadas en los síntomas del DSM IV. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert, en términos de frecuencia en relación al último mes (0= nada en absoluto a 2= más de diez veces), duración (0= menos de 1 mes, hasta 2= más de 12 meses), y severidad (0= no interrupción o daño, hasta 2= causa daños en la propiedad o lesiones). Las subescalas son: manía, depresión, ansiedad, estrés post-traumático, abuso de sustancias tóxicas, trastorno somatomorfo, demencia, trastorno de conducta, trastorno grave del desarrollo, esquizofrenia, trastorno de personalidad, trastorno de la alimentación y trastornos sexuales. Aunque no hay demasiados estudios sobre la ADD, existe evidencia de su fiabilidad. Por ejemplo, Matson y Bamburg (1998) evaluaron las puntuaciones obtenidas en una muestra de 101 adultos usuarios de servicios residenciales y pisos tutelados. Encontraron una consistencia interna de 0,77 a

0,95 en las 13 subescalas. Mediante la correlación de Spearman, el coeficiente producto-momento de Pearsons y la fiabilidad test-retest, se obtuvieron índices entre 0,82 y 1,00 para las 13 escalas.

En cuarto lugar, cabe mencionar el **Social Behaviour Schedule (SBS)** (Wykes y Sturt, 1986). Este instrumento evalúa problemas de conducta y está basado en los trabajos de Wing (1971) con pacientes psiquiátricos institucionalizados. El inventario consta de 21 ítems que abarcan otras tantas áreas de comportamiento. Éstas se refieren a una serie de problemas considerados como los más frecuentes en pacientes psiquiátricos crónicos y que interfieren en su funcionamiento diario y en su vida socio-familiar. Al igual que los otros instrumentos, los ítems valoran en una escala tipo Likert y evalúan la capacidad del sujeto para relacionarse con los demás, la adecuación de su comportamiento social y la adaptación a las exigencias del medio donde vive. La información se refiere a la conducta del paciente durante el último mes a partir de la información obtenida en una entrevista semiestructurada con un informador clave. Además del perfil descriptivo, se pueden obtener dos tipos de puntuaciones: 1) problemas de conducta leves y graves (número de ítems con una puntuación igual o superior, y 2) problemas de conducta graves (número de ítems con una puntuación igual o superior a 3).

El SBS ha sido adaptado a la población española por Salvador y cols. (1994, 1998). En el estudio de validación de la versión española se obtuvieron los siguientes resultados: la evaluación de la fiabilidad test-retest alcanzó un porcentaje de acuerdo del 80% y valores kappa adecuados para la mayoría de los ítems de la escala. El porcentaje total de acuerdo para la fiabilidad inter-evaluadores fue del 85% y los valores kappa oscilaron desde "acuerdo moderado" hasta "acuerdo casi perfecto" para el 25% de los ítems. Sin embargo, el análisis de fiabilidad inter-informadores arrojó inferiores resultados, con un porcentaje medio de acuerdo del 43% y valores kappa

inadecuados en el 42% de los ítems, probablemente debido a factores de contexto (dificultad para encontrar informadores válidos, variabilidad de la conducta de los sujetos en un medio normalizado e integrado, etc.).

Un quinto instrumento es **The Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped (DASH)** (Matson, Gardner y Coe, 1991). La escala DASH consta de 96 ítems que, a partir de las respuestas dadas por informadores, evalúan a personas adultas con Retraso Mental grave y profundo. El instrumento se divide en 13 subescalas: ansiedad, trastorno del ánimo, trastorno maníaco, Autismo, esquizofrenia, estereotipias, autolesión, trastorno de la eliminación, trastorno de la alimentación, trastorno del sueño, trastorno sexual, síndromes orgánicos y problemas del control de los impulsos. A diferencia de otras escalas, valora la frecuencia específica, duración y niveles de gravedad de los trastornos. La muestra de estandarización incluye a 506 personas institucionalizadas. El coeficiente alfa de fiabilidad interna oscila entre 0,2 y 0,84 para las diferentes escalas, con un valor medio de 0,52. La fiabilidad inter-observadores es adecuada.

Posteriormente, Matson (1995) revisó la escala que pasó a denominarse DASH-II. Esta versión contiene 84 ítems representativos de 13 categorías diagnósticas basadas en el DSM-III-R. Cada ítem es puntuado de acuerdo a la frecuencia, duración y severidad, al igual que la ADD. La obtención de una desviación típica por encima de la media en determinadas escalas (p. e., ansiedad o manía) o de una o dos en cuanto a la severidad en otras escalas (autolesiones o trastornos del sueño) indica un elevado riesgo de padecer una psicopatología. La estandarización se realizó con 658 personas con Retraso Mental severo y profundo. La consistencia interna varía entre 0,39 y 0,83 en las diferentes subescalas. La fiabilidad test-retest inter-evaluadores también presenta una elevada variabilidad entre las diferentes escalas y dimensiones (Lecavalier y Aman, 2004). Se han realizado varios estudios empíricos con la DASH-II y a

pesar de que algunas subescalas tienen una baja fiabilidad, es una de las pruebas más utilizadas con adolescentes y adultos con Retraso Mental profundo y severo.

Destacamos en sexto lugar la **Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities (PAS-ADD)** (Moss, Goldberg, Simpson, Patel y Rowe, 1993). Es una adaptación del Psychiatric Assessment Schedule (PAS) para población con discapacidad intelectual. La adaptación del instrumento incluye un lenguaje más asequible para la población con Retraso Mental. Consiste en una entrevista clínica semi-estructurada que utiliza versiones paralelas para entrevistar tanto al paciente como a un informador. La primera versión del instrumento mostró una buena fiabilidad inter-evaluadores, y posteriormente ha sido revisada (PAS-ADD 10) (Moos y cols., 1995) para incluir el diagnóstico de trastornos psicóticos.

El objetivo del entrevistador es descubrir cuál o cuáles, de entre una amplia lista de fenómenos psicopatológicos, han estado presentes durante un determinado periodo de tiempo y con qué grado de severidad (Vázquez-Barquero, 1993). El PAS-ADD 10 es una derivación del SCAN (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) (OMS, 1993), y utiliza el glosario de definiciones diferenciales y la escala básica de puntuación de 4 puntos del SCAN, aunque a veces, la significación diagnóstica de síntomas específicos, hace posible agrupar sus cuatro categorías (Hester Adrian Research Centre, 1994). El instrumento sigue el sistema de clasificación de la CIE-10. Así, incluye los siguientes trastornos: esquizofrenia, depresión, trastornos fóbicos y otros trastornos de ansiedad. El PAS-ADD permite la informatización de los datos y la generación de diagnósticos CIE 10 mediante el programa Entry de la versión informatizada (Catego5) del SCAN. Ello permite explorar el estado clínico actual del paciente, y contrastar esta información con una entrevista similar a un informador clave. Cada una de las entrevistas puede detectar síntomas y producir diagnósticos, por lo que el PAS-ADD también puede utilizarse para la evaluación de sujetos cuya

habilidad lingüística no permita realizar una entrevista clínica. Así pues, el PAS-ADD 10 fue diseñado para superar gran parte de las dificultades metodológicas y prácticas que conlleva el proceso diagnóstico en la población con discapacidad intelectual.

Actualmente, se dispone de una adaptación española de este instrumento llevada a cabo por el Grupo de Evaluación en Medicina Psicosocial (González-Gordon, Salvador, Romero, González-Sáiz y Romero, 2002). Ésta se ha denominado "Entrevista Psiquiátrica para Adultos con Discapacidad intelectual". La adaptación al castellano se realizó sobre una muestra de 80 sujetos con Retraso Mental leve (37,5%) y moderado (46,3%), atendidos por la Asociación AFANAS de Jerez de la Frontera (Cádiz) y en colaboración con el Institut Pere Mata de Reus. Hasta el momento se ha llevado a cabo el estudio de validez así como el de fiabilidad test-retest. El PAS-ADD tiene unos índices de fiabilidad test-retest entre 0,47 y 0,60; índices de acuerdo entre 0,64 y 0,98; con un valor medio de 0,87 y una concordancia entre diagnósticos de 0,72. Los códigos diagnósticos procedentes del CATEGO mostraron limitaciones de validez, sobrediagnosticando trastornos de ansiedad e infradiagnosticando trastornos del humor y psicóticos (Valor Predictivo Positivo: 74%, Valor Predictivo Negativo: 76%) (González-Sainz y cols., 2001).

Un sexto instrumento destacable es la **Strohmer-Prout Behavior Rating Scale (SPBRS)** (Strohmer y Prout, 1989). Consta de 135 ítems para adolescentes y adultos con Retraso Mental moderado o funcionamiento intelectual límite. Se compone de las siguientes 12 subescalas: trastorno de la conducta/pensamiento (15 ítems); agresión verbal (8 ítems); agresión física (10 ítems); desajuste sexual (8 ítems); negativismo (15 ítems); hiperactividad (10 ítems); distrabilidad (10 ítems); ansiedad (11 ítems); preocupaciones somáticas (12 ítems); retraimiento (10 ítems); depresión (11 ítems); y baja autoestima (15 ítems). Además la combinación de las puntuaciones de las

subescalas permite obtener una amplia banda de factores externalizantes e internalizantes.

Los datos del manual original indican una adecuada fiabilidad y validez (Aman, 1991; Strohmer y Prout, 1989). No hay muchos estudios realizados con esta escala. Quizá se deba a que es un cuestionario demasiado largo para la aplicación clínica o investigadora o a que la población a la que va dirigido (personas con Retraso Mental ligero o límite) haya limitado en exceso su uso.

En séptimo lugar es posible aludir a la **Aberrant Behaviour Checklist (ABC)** (Aman y Sinhg, 1986). La ABC es una escala de 58 ítems específicamente diseñada para evaluar los efectos del tratamiento a partir de las respuestas de informadores. Consta de cinco subescalas: irritabilidad y agitación (15 ítems); aislamiento social (16 ítems); conductas estereotipadas (7 ítems), hiperactividad y desobediencia (16 ítems); y lenguaje inapropiado (4 ítems). La muestra inicial de estandarización se realizó con adultos y adolescentes, por lo que ha sido considerada por algunos profesionales como un instrumento sólo para adultos. Sin embargo, también ha sido utilizada con niños y adolescentes encontrándose la misma estructura factorial (Brown, Aman y Haverkamp, 2002; Marshburn y Aman, 1992; Rojahn y Hesel, 1991) que ha sido además confirmada por diversos estudios (Marshburn, y Aman, 1992). La escala ABC ha demostrado ser sensible a los cambios conductuales en la mayoría de los estudios sobre efectos de tratamientos realizados hasta la fecha (Aman, 1994). El coeficiente alfa de consistencia interna es elevado y la fiabilidad inter-evaluadores entre puntuaciones y subescalas es de 0,63. La validez se ha comprobado mediante: a) la comparación de grupos que difieren en conducta problemática; b) la correlación entre las puntuaciones de las subescalas de la ABC y las de la conducta desadaptativa de la escala de conducta adaptativa de la AAIDD (validez convergente); y c) la comparación entre puntuaciones de observación directa y

puntuaciones de la escala ABC. Los análisis indican adecuadas propiedades psicométricas especialmente en las cuatro primeras subescalas (Aman y cols, 1985b). Posteriormente, se ha elaborado una nueva versión (ABC-Comunitaria), destinada a sujetos integrados en la comunidad (Aman, Burrow y Wolford, 1995).

Como se indicó previamente, existen instrumentos más específicos de conducta problemática denominados sistemas clínicos de información o instrumentos de banda estrecha. Entre los más conocidos (véase Tabla 12) cabe destacar: 1) el Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual [Inventory for Client and Agency Planning], (Bruininks, Woodcock, Weatherman y Hill, 1986) publicado en español como ICAP-Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades (Montero, 1996), 2) Perfil de Valoración para la Evaluación e Información [Assessment and Information Rating Profile], (Bouras, 1993), 3) Lista de chequeo de la conducta de Desarrollo [Developmental Behaviour Checklist], (Einfeld y Tonge, 1992, 2002), 4) Inventario de Conducta en los Trastornos Generalizados del Desarrollo [Pervasive Developmental Disorder Behavior Inventory], (Cohen y Sudhalter, 2005), 5) Inventario de los Problemas de Conducta [Behavior Problems Inventory], (Rojahn, 1984) y, 6) la Escala Revisada para la Conducta Repetitiva [Repetitive Behavior Scale-Revised], (Bodfish, Symons, Parker y Lewis, 2000).

En primer lugar, el **Inventory for Client and Agency Planning** (ICAP) (Bruininks, Woodcock, Weatherman y Hill, 1986). Es un instrumento diseñado para valorar y/o evaluar el estado actual, funcionamiento adaptativo y necesidades de servicios de usuarios con Retraso Mental. En el ICAP se recoge datos relevantes sobre la persona atendida por un servicio e incluye dos instrumentos normativos de medida, uno de conducta adaptativa y otro de problemas de conducta. Aunque está pensado para personas con discapacidad intelectual puede utilizarse con otras poblaciones como por ejemplo con menores con problemáticas de marginación, tercera edad, o

personas con problemas de salud mental, entre otras. El ICAP consta de: a) un registro del diagnóstico de la persona, datos personales, y limitaciones funcionales (movilidad, visión, audición y estado de su salud); y, b) un test de conducta adaptativa que mide las destrezas básicas para desenvolverse con independencia en su entorno y que se estructura en cuatro escalas: 1) destrezas Sociales y Comunicativas (tanto lenguaje expresivo como receptivo); 2) destrezas de la Vida Personal (satisfacción de una manera independiente de las necesidades personales más inmediatas, como por ejemplo comer o vestirse); 3) destrezas de Vida en la Comunidad (por ejemplo, utilización autónoma de transportes públicos, habilidad para utilizar dinero o emplear el reloj); y 4) destrezas Motoras (tanto finas como gruesas).

Dispone de una prueba de problemas de conducta que recoge autolesión, heteroagresividad, destrucción de objetos, conducta disruptiva, hábitos atípicos o repetitivos, conducta social ofensiva, retraimiento o falta de atención, y conducta no colaboradora. Estos problemas son analizados en base a ocho áreas de las cuales se extraen cuatro índices normativos de problemas de conducta: Interno, Asocial, Externo y General. Para su evaluación se utiliza el nivel de gravedad y la frecuencia de estas conductas. También se registra la respuesta que habitualmente reciben estas conductas por parte de personas significativas del entorno del individuo (Montero, 1999).

El ICAP ofrece un índice, llamado Nivel de Servicio, que combina las puntuaciones de conducta adaptativa en un 70% y de problemas de conducta en un 30% para ofrecer una estimación de la intensidad de atención, supervisión o enseñanza que requiere la persona.

Tabla 12. Instrumentos clínicos de evaluación de conducta problemática

Instrumento original Autor	Nombre Abreviado	Breve Descripción del Instrumento	Características psicométricas	Otras versiones	Adaptación al español	Traducciones
Inventory for Client and Agency Planning (Bruininks, Woodcock, Weatherman y Hill, 1986)	ICAP	Instrumento de recogida de información descriptiva, situación diagnóstica, limitaciones funcionales, conducta adaptativa, conductas problema, emplazamiento residencial, servicios de día, servicios de habilitación y apoyo, servicios de ocio y tiempo libre, información general y recomendaciones	Adecuada consistencia interna, satisfactoria fiabilidad test-retest, sólida validez de contenido, de constructo y de criterio.	No hay datos disponibles	ICAP-Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades (Montero, 1996)	No hay datos disponibles
Assessment and Information Rating Profile (Bouras, 1993)	AIRP	Instrumento de recogida de información clínica sobre: datos sociodemográficos y médicos, habilidades, problemas conductuales, y síntomas psicopatológicos	Tanto en la escala de habilidad como de síntomas psicopatológicos la validez fue adecuada. La fiabilidad test-retest e inter-observadores iba de 92,9% y 93,4% para la escala de habilidad a moderada casi perfecta en los síntomas psicopatológicos	No hay datos disponibles	Salvador, García-Mellado, Romero y Montero, 1995; Rodríguez de Molina, Salvador y García, 1995	No hay datos disponibles
Developmental Behaviour Checklist (Einfeld y Tonge, 1992, 2002)	DBC	Cuestionario dirigido a evaluar los problemas emocionales y conductuales de niños, adolescentes con discapacidad intelectual reflejados en 5 subescalas con un total de 90 ítems. Hay una versión para padres y otra para profesores.	Consistencia interna en las subescalas disruptiva/antisocial y egocentrismo es superior a 0,89, las otras subescalas con consistencia interna que varía entre 0,62 y 0,73. La fiabilidad test-retest e inter-evaluadores con rangos aceptables	DBC-ASA (Developmental Behavior Checklist-Autism Scoring Algorithm) Brereton, Tonge, Mackinnon y Einfeld (2002) DBC- P24 Taffe y cols., 2007	No hay datos disponibles	Árabe Chino Croata Holandés Finlandés Francés Alemán Griego Indio Italiano Japonés Noruego Portugués (brasileño) Sueco Turco Vietnamita

Tabla 12. (Cont.) Instrumentos clínicos de evaluación de conducta problemática

Instrumento original Autor	Nombre Abreviado	Breve Descripción del Instrumento	Características psicométricas	Otras versiones	Adaptación al español	Traducciones
Pervasive Developmental Disorder Behavior Inventory (Cohen y Sudhalter, 2005)	PDDBI	Evalúa la eficacia del tratamiento en niños con Trastorno del Espectro Autista (18 meses a 12 años y medio) Dos versiones (padres con 188 ítems y profesores con 180 ítems) y otra estándar de 124 ítems	Buena consistencia interna y fiabilidad inter-evaluadores. Fiabilidad entre profesores es más alta que profesor-padre. Buena validez en la mayoría de las subescalas	No hay datos disponibles	No hay datos disponibles	No hay datos disponibles
Behavior Problems Inventory (Rojahn, 1984,1986, 2000, 2001)	BPI	En 52 ítems divididos en tres subescalas se evalúa a jóvenes y adultos con riesgo de presentar conducta problemática	Buena fiabilidad y validez criterial	BPI-01	French Mapi Research Institute por motivos de un estudio multinacional	Canada Francia Alemania Italia Portugal Sudáfrica Los Países Bajos
Repetitive Behavior Scale-Revised (Bodfish, Symons, Parker y Lewis, 2000)	RBS-R	Escala de 43 ítems desarrollada a partir de otras escalas de conducta repetitiva y la experiencia clínica. Mide la conducta repetitiva en seis dimensiones	Presenta adecuadas propiedades psicométricas medidas mediante correlaciones Pearson	No hay datos disponibles	No hay datos disponibles	No hay datos disponibles

El ICAP es útil para determinar las necesidades de servicios de un usuario y su evolución comportamental. Sus características técnicas, así como su facilidad de aplicación, le hacen particularmente valioso. Ha sido diseñado para organizaciones que trabajan con usuarios de todas las edades y con muy diversos grados de habilidad. Este instrumento está recomendado por la AAIDD para la evaluación clínica y psicosocial de esta población. El ICAP parte de dos instrumentos previos: el SIB [Scales of Independent Behaviour] (Bruininks, Woodcock, Weatherman y Hill, 1986) y la Batería Psico-educativa de Woodcock-Johnson [Woodcock-Johnson Psycho-educational Battery] (Woodcock y Johnson, 1977).

Ha sido ampliamente utilizado en nuestro país. La estandarización de la versión castellana ha sido efectuada por la Universidad de Deusto y fue tipificado en la Comunidad Autónoma del País Vasco (Montero, 1996) utilizando una amplia muestra (N=900) perteneciente a la Federación Vasca de Asociaciones en Favor de las Personas con Deficiencias Psíquicas (FEVAS), siendo representativa de la población de las tres provincias (Elorriaga, 1993; Montero, 1993). En lo relativo a la fiabilidad del ICAP posee una adecuada consistencia interna, una satisfactoria fiabilidad test-retest y una adecuada concordancia entre evaluadores. Otra serie de estudios pusieron de manifiesto su sólida validez de contenido y de constructo. Por último, investigaciones adicionales realizadas señalaron su buena validez de criterio, evidenciando la potencial significación de las puntuaciones ofrecidas por el ICAP en decisiones profesionales vinculadas a la educación especial, residencias para personas con discapacidad, centros especiales de empleo, centros ocupacionales, centros de día y en el diagnóstico del Retraso Mental y de los problemas de conducta (Montero, 1999).

El ICAP posee un programa de ordenador que permite el tratamiento informático de los datos obtenidos de un gran número de usuarios, así como corregir

los cuestionarios, generar informes, crear bases de datos y explotárlas con el objeto de mejorar la planificación de servicios o centros (Hill y cols., 1993).

Por su parte el **Assessment and Information Rating Profile (AIRP)** (Bouras, (1993) consiste en un sistema informatizado para recogida de información clínica del área de discapacidad intelectual del Guy's Hospital de Londres. Es un instrumento compuesto por cuatro apartados: 1) datos sociodemográficos y médicos; 2) habilidades (Skills Assessment Scale, SAS); 3) problemas conductuales; y 4) síntomas psicopatológicos (Clinical Psychopathology Mental Handicap Rating Scale, CPMHRS). La versión castellana de este instrumento ha sido adaptada por el Grupo de Evaluación en Medicina Psicosocial (Salvador, García-Mellado, Romero y Montero, 1995; Rodríguez de Molina, Salvador y García, 1995). Se han realizado además estudios de validación de las subescalas SAS y CPMHRS. La SAS arrojó índices de validez adecuados, con un porcentaje de acuerdo promedio inter-evaluadores para cada uno de los ítems de la escala de 87,9%, índices kappa adecuados en más de la mitad de los ítems, mientras que el porcentaje de acuerdo ponderado promedio test-retest fue del 92,2% y el acuerdo promedio inter-informadores fue del 93,4%. Por su parte, el CPMHRS arrojó también buenos índices de validez. La fiabilidad test-retest e inter-evaluadores fluctuó de moderada a casi perfecta. Sin embargo, los resultados de la versión informada no fueron tan satisfactorios, especialmente la fiabilidad inter-informadores. La consistencia interna fue moderada en la versión autoadministrada (alfa de Cronbach = 0,5) y adecuada en la versión informada (alfa de cronbach = 0,7).

El AIRP se basa en una serie de instrumentos previos. La parte de habilidades se inspira en el DRS, DAS y en los cuestionarios de Wessex (SPI y SSL) y la parte psicopatológica constituye una versión abreviada del inventario de síntomas del PIMRA.

Un tercer instrumento es el **Developmental Behaviour Checklist (DBC)** (Einfeld y Tonge, 1992, 2002). Los autores diseñaron esta escala basándose en el modelo CBCL de Achenbach. La escala original (Einfeld y Tonge, 1992) constaba de dos versiones, una para padres (DCB-P) con 96 ítems y otra para profesores (DBC-T) con 93 ítems. La muestra para la estandarización fue de 1.093 niños y adolescentes con discapacidad intelectual de un centro clínico específico, a partir de información obtenida de padres, profesores y trabajadores del centro. El análisis de los datos dio lugar a seis factores que formaron las subescalas de la primera DBC. En el año 2002 Dekker, Nunn, Einfeld, Tonge y Koot revisaron la herramienta utilizando métodos estadísticos más potentes, una muestra más amplia e internacional y niños con Retraso Mental moderado. Esta edición consta de 5 subescalas derivadas del análisis factorial: 1) conducta antisocial y disruptiva, con 27 ítems; 2) egocentrismo, reflejado en 31 ítems; 3) alteraciones de la comunicación, de 13 ítems; 4) ansiedad, con 9 ítems; y 5) trastorno de la relación social, con 10 ítems. El cuestionario va dirigido a evaluar los problemas emocionales y conductuales de niños, adolescentes (entre 4 y 18 años) con discapacidad intelectual y es contestado por los padres y profesionales de atención directa o por los profesores. Se utiliza cuando los problemas llevan por los menos 6 meses presentes. La revisión de la escala explicó un mayor porcentaje de varianza que la versión inicial (44% comparado con el 33% de la versión original). La subescala de egocentrismo contiene un número de ítems (pica, autolesión, sonidos guturales) que parecen estar asociados a un nivel bajo de funcionamiento.

A lo largo de los años, Einfeld y Tonge (2002) y otros autores (Hastings, Brown, Mount y Cormack, 2001) han aportado una cantidad significativa de análisis psicométricos y datos que apoyan la DBC. La consistencia interna para las subescalas disruptiva/antisocial y egocentrismo en ambas versiones (padres y profesores) es superior a 0,89, aunque las otras subescalas tienen una consistencia interna entre 0,62 y 0,73. La fiabilidad test-retest e inter-evaluadores se encuentra en rangos aceptables y

los datos apoyan la validez de las puntuaciones tanto de la escala en general como de las subescalas (Einfeld y Tonge, 2002).

Este instrumento se ha utilizado en numerosos estudios, incluyendo un estudio longitudinal (Tonge y Einfeld, 2003) y también para explorar el perfil de varios trastornos genéticos y clínicos (Einfeld y Tonge, 2002). Presenta el inconveniente de que carece de una dimensión para evaluar la hiperactividad, lo que puede ser problemático ya que el TDAH es común en las personas jóvenes con discapacidad intelectual (Levacalier y Aman, 2004).

De acuerdo con Brereton, Tonge, Mackinnon y Einfeld (2002), la DBC puede ser utilizada como instrumento de detección en niños con Autismo. La DBC-ASA [Developmental Behavior Checklist-Autism Scoring Algorithm] consiste en 29 ítems y se ha contrastado su capacidad para discriminar entre niños con y sin Autismo de la misma edad, sexo y nivel de cociente intelectual. Así, en una muestra de 360 niños su sensibilidad fue de 0,86 y su especificidad de 0,69. Presenta una buena validez para discriminar entre niños de 4 a 18 años con y sin Autismo de cualquier rango de cociente intelectual desde normal a Retraso Mental severo.

Aunque la DBC-P tarda en aplicarse aproximadamente 15 minutos, se ha realizado una versión más corta, de 5 minutos, con fines investigadores (Taffe y cols., 2007). Esta versión, la DBC- P24, fue desarrollada utilizando datos epidemiológicos de tres estudios australianos validados con personas con Autismo, X frágil, Prader-Willi, y síndrome de Williams. En dicho estudio longitudinal se incluyó una muestra transversal de población holandesa, inglesa, y finlandesa de jóvenes con la discapacidad intelectual. El DBC-P24 mostró una elevada precisión, sensibilidad y especificidad. La forma abreviada no está recomendada para uso clínico porque no estima las puntuaciones de las subescalas. Existen versiones de la BDC-P en árabe, chino, croata,

holandés, finlandés, francés, alemán, griego, indio, italiano, japonés, noruego, portugués (brasileño), sueco, turco y vietnamita.

Destacamos en cuarto lugar la **Pervasive Developmental Disorder Behavior Inventory (PDDBI)** Cohen y Sudhalter (2005). Ésta fue diseñada para evaluar la eficacia del tratamiento en niños con Trastorno del Espectro Autista de entre dieciocho meses y doce años y medio y es útil en el diagnóstico y la planificación de la intervención. Al igual que en el instrumento anterior, existe una versión para padres y otra para profesores con 188 y 180 ítems respectivamente, aunque también se dispone de una versión estándar de 124 ítems. Este formato se utiliza para realizar una evaluación específica de Autismo (p. e., comprobar si la intervención está dirigida a la conducta objetivo). Los formatos extensos son apropiados cuando se deben tomar decisiones o recomendar intervenciones y se quieren evaluar conductas (p. e., agresión) que no son específicas de Autismo. Para completar el formato estándar se requiere entre 20 a 30 minutos, mientras que el formato extenso requiere entre 30 y 45 minutos.

La versión original del PDD-BI consta de 306 ítems divididos en siete subescalas (Cohen, Schmidt-Lackner, Romanczyk y Sudhalter, 2003). Los autores indican que el instrumento presenta una buena consistencia interna y fiabilidad inter-evaluadores. La fiabilidad entre profesores es más alta que entre profesor-padre, debido a que los profesores observan al niño en un mismo contexto. En un estudio quedo de manifiesto cómo los niños mayores presentan más habilidades sociales y verbales que los más jóvenes (Cohen y cols., 2003). Ello indica la existencia de una correlación entre la edad y la mejora de la conducta adaptativa. Los análisis apoyaron la validez de la mayoría de las subescalas, aunque es necesario mejorarla en otras.

Un quinto instrumento destacable es el **Behavior Problems Inventory (BPI)**. La primera versión surgió en Alemania a primeros de los años ochenta. Se desarrolló para llevar a cabo un estudio epidemiológico de detección y clasificación de las

conductas estereotipadas y autolesivas (Rojahn, 1984, 1986). Posteriormente se tradujo al inglés añadiendo ítems de conducta agresiva y destructiva formando la escala de conducta social desadaptativa. Esta versión fue la primera utilizada en una entrevista para personas con Retraso Mental profundo, discapacidades del desarrollo y múltiples discapacidades físicas. A lo largo del tiempo ha seguido experimentando una serie de cambios. El cambio principal tuvo lugar cuando la Stereotyped Behavior Scale (SBS; Rojahn, Matlock y Tassé, 2000; Rojahn, Tassé y Sturmey, 1997) sustituyó a los ítems de conducta estereotipada originales. Rojahn y cols., (2000) constataron la adecuada fiabilidad y validez criterial y proporcionaron baremos basado en 550 adultos con Retraso Mental moderado y profundo para la SBS. La versión actual del BPI (denominado BPI-01) consta de 52 ítems. Ha sido diseñado para diversas funciones como son la evaluación clínica en jóvenes y adultos con discapacidad intelectual en riesgo de presentar conducta problemática, la evaluación de resultados de la intervención, el microanálisis de la conducta problemática en análisis epidemiológicos o para la adecuación de entrevistas con fines administrativos (Rojahn, Matson, Lott, Esbensen y Smalls, 2001). Está compuesto por tres subescalas: a) conducta autolesiva (14 ítems); b) conducta estereotipada (24 ítems); y c) conducta agresiva/destructiva (11 ítems). Además cada escala dispone de un ítem abierto para hacer constar alguna conducta no incluida. Cada una de estas tres secciones cubre un amplio rango de conductas presentes en los últimos dos meses. Cada ítem se valora en cuanto a frecuencias desde "0= nunca" hasta "4= a cada hora" y severidad de "0= no es un problema" a "3= un problema serio". Rojahn y cols., (2001) obtuvieron una correlación de 0,90 entre la frecuencia y severidad de las escalas.

Aunque los ítems del inventario original fueron asignados arbitrariamente a las tres subescalas, los análisis factoriales han confirmado la validez de su estructura (Rojahn y cols., 2001). Los datos de fiabilidad y validez son razonablemente robustos (Rojahn y cols., 2001; Sturmey, Sevin y Williams, 1995). Es un instrumento muy sólido y

recomendable cuando las conductas objetivo en investigación son las autolesiones, las estereotípicas y la agresión. Ha sido traducido a once idiomas diferentes, entre ellos el español, por el French Mapi Research Institute (1997) como parte de una batería estándar para medir los resultados de un estudio multinacional sobre medicación psicotrópica (Aman y cols., 1999a, 1999b).

Mencionamos en sexto lugar la **Repetitive Behavior Scale-Revised (RBS-R)** (Bodfish, Symons, Parker y Lewis, 2000). Es una escala derivada empíricamente y formada por 43 ítems medidos en seis dimensiones de conducta repetitiva: conducta estereotipada (6 ítems), autolesiones (8 ítems), conducta compulsiva (8 ítems), conducta ritualista (6 ítems), conducta inflexible (11 ítems) y conducta restrictiva (4 ítems). Trata de medir la presencia y severidad de conductas anormales y repetitivas en diferentes condiciones (discapacidad intelectual, Autismo, trastorno psiquiátrico, neurológico y trastorno de conducta). La escala fue desarrollada a partir de ítems de otras escalas que medían la conducta repetitiva así como de la experiencia clínica. Los ítems son evaluados de 0 a 3 (0= la conducta no tiene lugar; 3= la conducta es un problema severo). Datos preliminares sugieren adecuadas las propiedades psicométricas. El análisis factorial (Lam y Aman, 2007) realizado con una muestra de jóvenes y adultos (media de 15 años) resultó en cinco factores. Por su parte, Georgines y cols. (2008) emplearon una muestra de 225 niños, el 69,8% caucasianos (193 varones; media de 39,80 meses) para contrastar la estructura factorial de la RBS-R. También calcularon las correlaciones de Pearson entre los factores derivados y otros síntomas del Trastorno del Espectro Autista, además de la función adaptativa y cognitiva. Los resultados apoyaron las adecuadas propiedades psicométricas de la escala.

En definitiva y tras la exposición de estos seis instrumentos es posible indicar que todas estas pruebas estandarizadas permiten obtener puntuaciones indicativas de la existencia de un problema de comportamiento o trastorno de conducta. Sin embargo

son específicas o bien para un determinado tipo de conducta o para una determinada finalidad, por ello no las seleccionamos para nuestro estudio. Estos instrumentos aunque nos ayudan a orientar la intervención y a comprender a la persona, poco nos dicen de la función de la conducta, aspecto que sí es posible deducir mediante los métodos observacionales, si bien con limitaciones en cuanto a su fiabilidad. Estas limitaciones son superadas por el método experimental que viene a complementar a los otros dos métodos de evaluación. Apoyándose en ellos, permite comprobar de forma más científica, la función de la conducta problemática o determinar los factores que la predicen o la mantienen. A continuación describimos más en detalle este último método de evaluación.

3.1.3 El método experimental

El método experimental es claramente el método más representativo del modelo conductual de evaluación. Es un método ligado a la intervención o, más concretamente, a la manipulación de variables –independiente(s)- para producir efectos en otras –dependiente(s)-. Dado que en muchos casos la meta es no sólo la descripción o predicción, sino la explicación y el tratamiento, pasaremos a plantear alguno de los aspectos diferenciales de esta vertiente metodológica. Sin embargo, y con objeto de ceñirnos a la metodología más prototípica de la evaluación conductual, al menos desde uno de sus modelos, reduciremos nuestra exposición al planteamiento de la metodología experimental en los diseños intra-sujeto, o de sujeto o caso único.

Los trabajos de Pavlov constituyen los antecedentes del interés por el uso de una metodología experimental que acentuaba el caso único y que experimentó un auge importante a mediados del siglo XX. Evidencia de este hecho fue la aparición en 1968 de la revista *Journal of Applied Behavior Analysis*, dedicada a los diseños de caso

único. Esta metodología, que en la investigación básica se denominó análisis experimental de la conducta, en la investigación aplicada o clínica recibió el nombre de modificación de conducta o terapia de conducta (Barlow y Hersen, 1989). El modelo conductual rechazaba el enfoque entre-sujetos como la única metodología científica útil, siendo Skinner quien reflejó los pensamientos de los fisiólogos pioneros y acentuó la medición objetiva y repetida en un sujeto único a lo largo de un periodo extenso de tiempo y bajo condiciones altamente controladas. La obra de Sidman (1960) contribuyó también poderosamente a la consolidación de esta metodología. Además, el éxito creciente de la terapia de conducta, frente a otros planteamientos clínicos, favoreció la introducción de esta metodología. Ello supuso un retorno al individuo como la base de una ciencia aplicada de la conducta (Barlow y Hersen, 1989).

El enfoque de caso único se ocupa también de dar respuesta a dos cuestiones básicas de toda ciencia, como son la variabilidad y la generalización de los hallazgos. En cuanto a la variabilidad, tanto en la investigación básica como en la aplicada se considera ésta como un mal inevitable, y se emplean diseños experimentales y estadísticos para controlar la variabilidad y para buscar relaciones funcionales que reemplacen el error (Barlow y Hersen, 1989, Cronbach, 1957). La búsqueda de las fuentes de variabilidad desde esta perspectiva se lleva a cabo mediante la medición repetida de la variable dependiente o bien, creando diseños experimentales que permitan aislar la causa del cambio o la falta de éste.

En cuanto a la generalización de los hallazgos, alude a tres tipos de ésta: entre sujetos o clientes, entre agentes de cambio conductual y entre entornos o situaciones. Los diseños de caso único plantean claras dificultades en este sentido, por lo que la investigación se ha centrado en los diseños de grupo para establecer dicha generalización. Sin embargo, los diseños de grupo presentan también problemas para

generalizar los resultados de un grupo a un individuo. En este sentido, tal y como Bergin y Strupp (1972) reconocieron, si se pretende decir algo importante sobre un individuo, tras experimentar con un grupo, dicho grupo y el control, debe ser homogéneos en cuanto a las características relevantes de los clientes.

La investigación de caso único se basa en las medidas repetidas y requiere también la elección de una línea de base y su estabilización. Además, una regla fundamental es la de modificar una variable cada vez que se procede de una fase a otra. Por otro lado, las estrategias de evaluación más acordes con este tipo de diseños son las medidas directas, continuas o repetidas, e intraindividuales o idiográficas, más que las interindividuales o normativas (Hartman, 1989).

El término análisis funcional fue utilizado por Skinner (1953) para denominar las demostraciones empíricas de las relaciones causa-efecto entre el ambiente y la conducta. Sin embargo, el término ha sido utilizado por analistas de la conducta y psicólogos para describir un amplio rango de procedimientos y operaciones muy diferentes. Además se ha extendido a otras disciplinas como la medicina, las matemáticas, la física y la biología, sirviendo para diferentes usos.

En la literatura del análisis funcional el término "función" ha sido empleado de dos formas: a) efecto que la conducta tiene en el medio ambiente (p. e., la función de la conducta es terminar con un evento que se está produciendo); o b) relación entre dos variables (típicamente entre un suceso ambiental y una clase de conducta) en la cual, la variación de una produce la presencia o ausencia de la otra (p. e., la respuesta como función de un suceso) (Hanley, Iwata y McCord, 2003).

a. La aplicación del análisis funcional en los problemas de conducta

Lovaas y Simmons (1969) fueron los primeros en desarrollar un análisis experimental al tratar de verificar que los tratamientos basados en la topografía

podían ser incluso contraproducentes. Estos autores observaron que la tasa de autolesión de un niño aumentaba cuando obtenía una atención contingente (p. e., mimos, consejos, regañina). Al analizar los resultados se plantearon si dicha atención no estaría sirviendo de reforzador de la conducta. Para probar la hipótesis, alternaron un procedimiento de extinción (ignorar la conducta), con la provisión de atención contingente a la autolesión. Hallaron que en las dos sesiones donde se proporcionaba atención contingente a la autolesión esta incrementaba; por el contrario la condición de extinción mantuvo la autolesión a niveles bajos durante largos periodos de tiempo.

El concepto de función del refuerzo fue acentuado casi una década después en un artículo publicado por Carr (1977). En este artículo el autor hipotetizó que la autolesión constituía un comportamiento operante aprendido a través de refuerzo social positivo o de refuerzo social negativo, un producto del comportamiento estimulador, un producto de procesos fisiológicos patológicos y un intento por establecer límites del ego o de reducir sentimientos de culpa. En el estudio describió además una serie de pasos que podían ser utilizados para contrastar las primeras cuatro hipótesis.

Iwata, Dorsey, Slifer, Barman y Richman (1982/1994) expusieron a personas que presentaban autolesión severa a una serie de condiciones análogas. Dichas condiciones eran: atención, demandas, estar sólo (presencia del investigador pero sin interactuar con él) y juego libre. Cada condición fue diseñada para probar una hipótesis específica en relación con la función de la autolesión: refuerzo social positivo (atención), refuerzo social negativo (escapar de las demandas), y refuerzo sensorial/automático (estar solo) respectivamente. Así se demostraría la hipótesis de que la atención serviría como refuerzo social positivo si las autolesiones ocurrieran principalmente durante la condición de atención y muy poco o nada durante las demás condiciones. La condición de juego libre fue utilizada como una condición de

control; es decir se esperaba que la autolesión se mantuviera baja durante esta condición, ya que la persona obtendría atención pero sin plantearle demandas. Por lo tanto diseñaron cuatro situaciones para llevar a cabo un análisis funcional de caso único: 1) se realizaban demandas; 2) se ofrecía atención; 3) el sujeto estaba solo sin ningún material; y 4) se incitaba al sujeto a jugar. Cada situación/sesión era puesta a prueba, de forma alterna, unas cuatro o cinco veces (lo que supuso entre 16 y 20 sesiones) entre 15 y 30 minutos. Los diversos resultados, en general frecuencias de cada situación, explicaban los motivos que mantenían la conducta problema. El diseño experimental de Iwata y cols. (1982), a pesar de requerir mucho tiempo, ha sido ampliamente utilizado (p. e., O'Reilly, 1996; Pace y cols., 1985; Smith, Iwata, Vollmer y Zarcone, 1992; Turner, Realon, Irvin y Robinson, 1996; Vollmer, Iwata, Smith y Rodgers, 1992; Zarcone y cols., 1994).

Muchos de los estudios, si no todos, llevados a cabo para modificar la conducta problemática se fundamentan en las dos últimas investigaciones. Es más, la propuesta de Iwata y cols. (1982) establecía el paradigma básico para realizar una evaluación funcional análoga siendo denominado más habitualmente como la evaluación de Iwata y cols., por su relevancia. Ambas investigaciones se realizaron con estudiantes con discapacidades del desarrollo, que es la población más habitual en la mayoría de los trabajos realizados a partir de estas investigaciones. Dichos trabajos han servido para validar intervenciones seleccionadas a partir de una evaluación de línea base de las condiciones en las que se producen las conductas problemáticas.

En esencia, la metodología del análisis funcional re-enfatiza la importancia de la investigación aplicada para la comprensión de los determinantes de la conducta así como también la identificación de tratamientos individuales eficaces que produzcan resultados generalizables.

Los estudios anteriores, junto con muchos otros realizados en los 90, han demostrado con éxito las funciones del comportamiento problemático severo descritas por Carr (1977) y por Iwata y cols., (1982, 1994) tales como el refuerzo positivo positivo (Lalli, Casey y Kates, 1997; Lalli, Mace, Wohn y Livezey, 1995; Lindberg, Iwata, Kahng y DeLeon, 1999; Meyer, 1999; Shirley, Iwata, Kahng, Mazaleski, y Lerman, 1997; Wacker y cols., 1998), el refuerzo social negativo (Iwata y cols., 1990; O'Reilly, 1995; Sasso y cols., 1992; Smith, Iwata, Goh y Shore, 1995; Steege, Wacker, Berg, Cigrand y Cooper, 1989; Vollmer, Marcus y Ringdahl, 1995), y el refuerzo sensorial, automático o no operante (Fisher y cols., 1998; Fisher, Piazza, Bowman, Hanley y Adelinis, 1997; Kennedy y Souza, 1995; O'Reilly, 1997; Piazza, Hanley y Fisher, 1996; Ringdahl y cols., 1997; Smith y cols., 1992; 1993; Steege y cols., 1989; Van Houten, 1993, Vollmer, Marcus, Ringdahl y Roane, 1995; Wacker y cols., 1998).

Además el análisis funcional se ha desarrollado en hogares (Harding y cols., 1999; O'Reilly, 1997; Wacker y cols., 1998), consultorios y clínicas ambulatorias (Cooper y cols., 1990; Derby y cols., 1992; O'Reilly, 1997) o centros preescolares (Vollmer y cols., 1994), y escuelas (Cooper y cols., 1992; O'Reilly y Carey, 1996; Sasso y cols., 1992; Umbreit, 1995; Vaughn y Horner, 1997; Vollmer y cols., 1995). La abundancia de aplicaciones exitosas del análisis funcional en varios ambientes y con varias poblaciones ofrece un fuerte apoyo sobre su utilidad clínica.

A diferencia de las otras metodologías, no dispone de unos instrumentos o técnicas que puedan ser tangibles. Más bien, utiliza diferentes formas de llevar a cabo el control experimental, de manipular las variables que están en juego. Así podemos encontrarnos con un análisis funcional estructural o un análisis funcional breve, como detallaremos a continuación.

b. Instrumentos y técnicas derivadas de la metodología experimental

A partir de los trabajos anteriores, sobre todo de Iwata y cols. (1982), se empezaron a diseñar otras técnicas de análisis funcional que, manteniendo el control experimental, supusieran menos esfuerzo o tiempo. Entre las distintas variaciones de dicho análisis es posible destacar el análisis estructural y el análisis funcional breve.

El análisis de los antecedentes o *análisis estructural* requiere formular a priori las hipótesis que son evaluadas posteriormente usando un formato binario (p. e., altas versus bajas cantidades de atención) para evaluar el efecto en el comportamiento. Se llevan a cabo observaciones del comportamiento dentro de las sesiones y a través de diferentes condiciones para determinar si el comportamiento problemático ocurre más o menos, o al mismo nivel a través de dos o más condiciones. Entonces se asume que la variable evaluada tiene un efecto en el comportamiento. En el caso de que las condiciones se originen en niveles similares de comportamiento se concluye que la variable no tiene efecto sobre el mismo.

Por ejemplo, Umbreit y Blair (1997) emplearon un análisis estructural para evaluar las agresiones y el grado en que seguía instrucciones un niño de cuatro años. Se realizaron entrevistas dirigidas a conocer el estímulo, conducta y consecuencia para formular dos hipótesis sobre los comportamientos. Dichas hipótesis predecían que el niño se comportaría mejor al presentarle tareas preferidas y al permitirle elegir actividades. Después se programaron cuatro condiciones para evaluar el efecto de estas variables sobre el comportamiento: actividades preferidas con oportunidad de elegir, actividades preferidas sin oportunidad de elegir, actividades no preferidas con oportunidad de elegir y actividades no preferidas y sin oportunidad de elegir. Los resultados indicaron que los comportamientos problemáticos fueron más frecuentes en las dos condiciones en que se presentaron actividades no preferidas, independientemente de la oportunidad de elegir. A la inversa, los comportamientos

apropiados ocurrieron con más frecuencia en las condiciones en que se presentaron actividades preferidas, independientemente de la oportunidad de elegir. En consecuencia, los resultados del análisis estructural mostraron que la oportunidad de elegir no era una variable importante para explicar la conducta problemática y en consecuencia, el tratamiento consistió en suministrar actividades preferidas contingentemente al seguimiento de instrucciones.

Una ventaja clave del análisis estructural es que provee de control experimental sin reforzar la conducta problemática. No obstante, el uso de programas de extinción tiene desventajas tales como producir una elevación grande y prolongada del comportamiento problemático, suscitar la aparición de nuevos comportamientos problemáticos y suprimir de modo no anticipado e incontrolable el comportamiento en general (Lerman, Iwata, Shore, y Kahng, 1996; Iwata, 1994). Por estas razones los análisis estructurales deben realizarse con cuidado y acentuando los comportamientos apropiados.

Otra técnica de análisis funcional es el *análisis funcional breve*. Éste surge tras las críticas de excesivo tiempo que se necesita para desarrollar el análisis funcional extenso, lo que hace que incluso se demore meses la recomendación de un tratamiento. De igual modo, es difícil realizar análisis funcionales en algunos lugares como por ejemplo en clínicas ambulatorias o escuelas.

Este tipo de análisis fue desarrollado por primera vez por Northup y cols. (1991), debido al escaso tiempo que podían dedicar a sus clientes y al deseo, por otra parte, de utilizar métodos rigurosos. Este modelo emplea varias condiciones similares a las del análisis funcional extenso. Se realiza mediante seis sesiones, divididas en dos fases: en la primera, o evaluación análoga, se ponen a prueba las cuatro situaciones o sesiones experimentales, descritas anteriormente, y en la segunda fase, o reversión de contingencias, se replican en dos sesiones los resultados obtenidos en la primera parte,

es decir, las situaciones más y menos problemáticas. Así en la quinta sesión se repite la situación que ha obtenido la mayor frecuencia de conductas problema, mientras que en la sexta se hacen con la que ha obtenido menor frecuencia. De esta forma, si la segunda fase replica la primera, se puede tener cierta seguridad sobre los motivos que controlan los comportamientos problemáticos y, sobre todo y más importante, todo ello con sólo seis sesiones. Este modelo, conocido como análisis funcional breve o corto es recomendada por autores como Demchak y Bossert (1996) y también, con ciertas variaciones, por Carr y cols. (1996).

A modo de ilustración, Umbreit (1995) replicó los procedimientos introducidos por Northup y cols., (1991), incluyendo la evaluación inicial, la replicación de las condiciones asociadas con los mayores porcentajes de comportamiento problemático y la reversión de contingencias al trabajar con un niño diagnosticado con trastorno de déficit de atención e hiperactividad que presentaba conducta problemática en la escuela. Los resultados de la evaluación inicial revelaron que el mayor porcentaje de intervalos de comportamiento disruptivo ocurría durante la condición de escape, mientras que dicho comportamiento ocurría rara vez durante las condiciones de juego libre, atención y presentación de tangibles. La fase de replicación incluyó las condiciones de escape y atención, la cual verificó los resultados iniciales (un alto porcentaje de intervalos de comportamiento inapropiado durante la condición de escape y ausencia de comportamiento inapropiado durante la condición de atención). Durante la fase de reversión de contingencias se reforzó un comportamiento apropiado (una respuesta verbal para pedir un descanso de 15 a 20 segundos) que servía para la misma función que la conducta problemática. Así el niño sólo podía obtener un descanso con la conducta apropiada y la conducta problemática se ignoraba. Tras ello el comportamiento problemático disminuyó y el apropiado incrementó.

La ventaja de esta técnica de análisis funcional es que se puede realizar en sólo 90 minutos (Demchak, 1993; Kahng y Iwata, 1999; Northup y cols., 1991; Vollmer, Marcus, Ringdahl y Roane, 1995; Wallace y Iwata, 1999). Aunque a veces no revela la función del comportamiento y hace necesario realizar un análisis extenso. Por otro lado, algunos estudios indican que los análisis funcionales breves proporcionan resultados dispares. Así en el estudio de Kahng y Iwata (1999) obtuvieron en un porcentaje de un 72% a la función del refuerzo, de 47% en el estudio de Derby y cols., (1992) y de 30% en el estudio de Vollmer, Marcus, Ringdahl y Roane (1995). De modo paralelo, las investigaciones con análisis funcionales extensos también muestran resultados variables en la identificación de funciones para la conducta problemática. En el estudio de Iwata y cols. (1994) y Wacker y cols. (1994) indican prevalencias entre el 85% y el 95%; Kahng y Iwata (1999), del 70%; y Vollmer, Marcus, Ringdahl y Roane (1995), del 50%. De igual modo, cerca del 36% de los análisis funcionales breves revelan funciones que igualan los resultados de análisis funcionales extensos. De acuerdo a esto, alrededor del 64% de los análisis funcionales breves requieren un análisis extenso adicional para poder establecer claramente funciones comportamentales.

Hanley, Iwata y McCord (2003) en una revisión de estudios que utilizan análisis funcional encontraron que el 34,2% de las conductas estaban mantenidas por refuerzo social negativo y el 35,4% por refuerzo social positivo. Más específicamente el 25,3% del refuerzo era la atención y el 10,1% el acceso a un objeto tangible. El refuerzo automático estaba implicado en un 15,8% de los casos. Finalmente se encontró que en un 14,6% de los casos había contingencias de refuerzo múltiple. Una pequeña porción (4,1%) fue interpretada como indiferenciada por los autores.

Podemos observar que el número de investigaciones basadas en el análisis funcional ha incrementado, encontrándose cada vez más publicaciones donde aparecen como el método principal de evaluación conductual y más

específicamente como medio para estudiar la relación conducta-ambiente. Sin embargo, aún no se ha establecido un conjunto de normas para dirigir una evaluación, aunque con la aparición de buenas prácticas comienzan a establecerse unos criterios para ello. Según indican Hanley y cols. (2003) en estas prácticas se incluye la necesidad de: a) limitar las clases de respuesta a una o a pocas topografías de conducta; b) programar las consecuencias para la ocurrencia de las conductas objetivo; c) incorporar la influencia de sucesos contextuales antes y durante la evaluación; d) incluir estímulos discriminativos para facilitar la distinción de las condiciones de prueba; e) llevar a cabo sesiones relativamente cortas (p. e., 10 minutos; f) incluir pruebas para identificar la conducta mantenida por el refuerzo automático, g) tener en cuenta la duración del refuerzos cuando se analicen los resultados; h) comprobar la relación funcional entre la conducta problemática y el refuerzo tangible sólo cuando la información de la evaluación preliminar sugiera que puede existir tal relación; i) comenzar instrucciones simples y progresar hacia una evaluación tan larga y compleja como sea necesaria; y j) utilizar otras fuentes de información (p. e., entrevistas abiertas y observación) como complemento a un análisis más complejo.

Todos estos métodos de evaluación no sólo permiten realizar análisis minuciosos de la conducta y sus factores asociados, también orientar la intervención haciendo que ésta sea más eficaz y duradera, aunque no siempre ha sido así. En el siguiente apartado hacemos una breve exposición sobre la forma de abordar la conducta problemática para centrarnos posteriormente en las dos perspectivas actualmente más habituales.

3.2 INTERVENCIÓN EN CONDUCTA PROBLEMÁTICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Antes de la llegada del análisis funcional, los problemas de conducta eran habitualmente tratados aplicando contingencias de reforzamiento y de castigo arbitrarias, ya que con frecuencia se desconocían las fuentes de reforzamiento de la conducta (Mace, 1994). Por el contrario, la identificación de las contingencias que mantienen la conducta problema, sus consecuencias relevantes y sus asociaciones con los estímulos discriminativos y con los sucesos contextuales, permiten reducir o eliminar la conducta problemática.

Un gran número de autores (Carr, Robinson y Palumbo, 1990; Gardner y Moffat, 1990; Horner y cols., 1990; LaVigna y Donnellan, 1986) diferencian entre intervención y control de la conducta problemática. Así, la intervención tiene como objetivo producir cambios conductuales que perduren a lo largo del tiempo y se generalicen a diferentes contextos. Suele implicar la modificación de estímulos antecedentes ambientales mediante un cambio ecológico, la enseñanza de estrategias de afrontamiento para ayudar a la persona a tener mayor control y autocontrol de los factores que precipitan la conducta problemática y la emisión de una respuesta adaptativa que sirva para reemplazar el comportamiento problemático. Por su parte, el control de la conducta problemática se centra en proteger de dicha conducta cuando ésta tiene lugar. Este tipo de actuación reactiva o de emergencia no busca a priori provocar un cambio de conducta, sino tratar mantener la seguridad de la persona que presenta el comportamiento problemático y de quienes están a su alrededor (Emerson y cols., 2000).

Emerson y cols. (2000) realizaron un proceso de entrevistas para evaluar el control y la intervención con 281 participantes con una media de 40 años de edad

que vivían en hogares, centros residenciales o en la comunidad. El 53% de los residentes habían manifestado conducta problemática en el último mes. El control de esas conductas incluyó la sedación a través de la medicación (35% de los casos), la restricción física (en 44% de los casos de los cuáles la mitad recibieron además sedación), el aislamiento (20%) o la restricción mecánica (3%). La intervención con medicación psicotrópica fue prescrita para el 49% de personas con conducta problemática severa o moderada y sólo el 15% tenían un programa de intervención conductual escrito (Mudford y cols., 2008).

Las estrategias de control de crisis son muy utilizadas en todos los servicios dirigidos a las personas con discapacidad cuando presentan conducta problemática. Deveau y McGill (2009) indican que un 47% de los servicios públicos del Reino Unido les informan que hacen uso de intervenciones físicas. En estos servicios el 65% dispone de una política para llevar a cabo este tipo de actuación y el 79% proporciona formación a los profesionales en este ámbito. Cuando se utilizaban intervenciones restrictivas los porcentajes son equiparables, informando el 92% de los servicios que disponía de una política de uso y el 84% proporciona formación para la aplicación. Las intervenciones físicas son más probables que se apliquen cuando la persona con discapacidad que manifiesta conducta problemática es un varón joven, que no está incapacitado legalmente, que presenta un Trastorno del Espectro Autista (McGill, Murphy y Kelly-Pike, 2009) y la conducta que manifiesta es de agresión física (Chaplin, Tsakanikos, Wright y Bouras, 2009). De acuerdo al estudio realizado por Allen, Lowe, Brophy, y Moore (2009) con niños y adultos que hacen uso de los servicios de una amplia área de Wales, las estrategias reactivas más utilizadas con personas que están sometidas a protocolos de salud mental son la contención y sedación, para aquellas que presentan conductas problemáticas severas suele utilizarse el aislamiento al igual que cuando el comportamiento problemático es la destrucción, donde además también se usa la contención. Aquellas personas que disponían de un plan de intervención

conductual para una topografía específica de conducta problemática también se les aplicaba el aislamiento y la sedación.

Este tipo de actuaciones, a pesar de que no son una verdadera intervención, y como indican los estudios, se utilizan con bastante frecuencia. La gran mayoría de las veces constituyen un recurso rutinario más que el último recurso a utilizar (Matson y Boisjoli, 2009; McGill y cols., 2009), por lo que se recomienda reducir la frecuencia de su uso (Luiselli, 2009) ya que son contrarias a la dignidad y respeto de la persona (Sanders, 2009) y algunas veces durante el desarrollo de la misma se producen lesiones (Williams, 2009). Este autor encuentra que el 0,46% de las actuaciones derivan en algún tipo de daño por lo que es aconsejable disminuirlas. Para ello se debe intervenir concienciando a los profesionales. Singh y cols. (2009) sugieren que la formación del personal en actitudes es potencialmente beneficioso para el personal y las personas con discapacidad intelectual, en particular constatando una reducción del uso de restricciones físicas, disminución estadística de la medicación y los comportamientos agresivos. Este tipo de formación ha sido llevado a cabo en la región de Winchester (Sanders, 2009). El proceso que se llevó a cabo consistió en recoger información para obtener de la opinión de los profesionales ante la iniciativa de reducir al mínimo la restricción física, impartir formación en relación a cuestiones filosóficas así como la forma de utilizar nuevas estrategias o procedimientos para mantener la seguridad durante episodios de agresividad. Todo esto unido al apoyo por parte del equipo de gestión de los servicios, junto con un sistema formal de proceso en el lugar de aprendizaje, se ha traducido en una reducción de intervenciones físicas del 99,4% y una disminución de las lesiones sufridas por los profesionales del 37,7%, dando lugar a un sitio más seguro para trabajar.

La literatura y los meta-análisis han demostrado que las intervenciones basadas en los principios derivados de la teoría del aprendizaje, son los más eficaces para

reducir la incidencia de las conductas problemáticas en personas con discapacidad (Ball, Bush y Emerson, 2004). Por ejemplo, el meta-análisis realizado por Didden, Duker, y Korzilius (1997) apoya la reducción de la conducta problemática mediante la utilización sistemática de los planteamientos conductuales aplicados. El impacto es mucho más efectivo que el demostrado por la medicación. Otros estudios, aunque pocos, indican que los cambios en el contexto ambiental pueden reducir la incidencia de la conducta problemática (Porterfield, Blunden y Blewitt, 1980).

Algunas evidencias apoyan también la efectividad de las intervenciones cognitivas conductuales para el control de la ira y la impulsividad en personas con discapacidad intelectual, basadas en planteamientos de la motivación y la cognición y las habilidades comunicativas (Black, Cullen y Novaco, 1997).

Dagnan y Chadwick (1997) mencionan dos planteamientos de terapia cognitiva que han sido utilizados con personas con discapacidad intelectual. El primero se basa en el modelo del "déficit", donde las dificultades conductuales y emocionales se consideran una consecuencia de las limitaciones en habilidades cognitivas (Whitman, 1990). De acuerdo con dicho autor, las personas con discapacidad intelectual no generalizan las habilidades aprendidas en una situación a otra similar, y ésta dificultad está relacionada principalmente con el desarrollo de las habilidades del lenguaje. Las intervenciones asociadas a este modelo se centran en la autorregulación (Kanfer, 1975, Nelson y Hayes, 1981; Rachlin, 1974) y la autoinstrucción (Meichenbaum y Goodman, 1971). Si bien estos planteamientos parten de diferentes teorías, las revisiones realizadas en el área las consideran como un tipo amplio de intervención individual. Por ejemplo, Harchick, Sherman y Sheldon (1992) reseñan 59 estudios de caso único que utilizan procedimientos de "autocontrol" y que parten de la premisa de que "todo lo que una persona hace está influido por su propia conducta".

El segundo planteamiento de terapia cognitiva utilizado para las personas con discapacidad intelectual tiene que ver con la "distorsión cognitiva" y ha sido desarrollado desde la tradición psicoterapéutica. Desde este modelo las conductas y emociones irracionales o inútiles se consideran un producto de cogniciones distorsionadas, tales como creencias, atribuciones, inferencias o evaluaciones. La terapia cognitiva intenta ayudar a las personas a examinar y poner a prueba la utilidad de sus deducciones. Existen pocos estudios sobre la eficacia de este planteamiento en personas con discapacidad intelectual (Kroese, 1997).

Sin embargo los métodos de intervención por excelencia para la conducta problemática en las personas con discapacidad intelectual, utilizados con mayor frecuencia y avalados por un mayor número de estudios, son el psicofarmacológico y el conductual, especialmente cuando la topografía es la agresión (Benson y Brooks, 2008; Matson y Wilkin, 2008). Es por ello que profundizaremos en estas dos amplias intervenciones, procedentes de diferentes disciplinas y que actualmente han aunado sus conocimientos y por tanto su efectividad.

3.2.1 Intervención Psicofarmacológica

La psicofarmacología comienza a utilizarse en las personas con discapacidad intelectual en el siglo XIX, con el desarrollo de las primeras sustancias sedantes. Durante 1940 y especialmente en 1950 se produjo un creciente interés en la medicación psicotrópica, siendo utilizada libremente y a menudo de forma indiscriminada, especialmente en contextos residenciales. Era considerada como la forma más eficaz de controlar los trastornos conductuales, llegando a ser la intervención más utilizada e incluso muchas veces el único tipo de tratamiento que recibían. En este periodo proliferaron terapias médicas como el tratamiento con ácido glutámico, la electroterapia, la lobotomía y varias terapias vitamínicas que ofrecieron resultados

alentadores al principio, pero que posteriormente no fueron confirmados o incluso mostraron varias limitaciones (Goldstein, 1986; Stimson, 1959; citados en Jacobson, Mulick y Foxx, 2005).

Un gran número de estudios indica que las personas con discapacidad intelectual que presentan conducta agresiva u otro tipo de conducta problemática suelen recibir medicación psicotrópica (Fleming, Caine, Ahmed y Smith, 1996; Harper y Wadsworth, 1993; Kiernan, Reeves y Alborz, 1995; Linaker, 1994; Tu y Smith, 1983). A su vez Qureshi (1994) indica que mientras un 53% de las personas con discapacidad intelectual y conducta agresiva reciben psicofármacos para controlarla, tan sólo un 20% recibe intervención conductual. De igual forma, Harris y Russell (1989) indican que un 55% de las personas que presentan agresión, calificada como extremadamente difícil de manejar, reciben medicación psicotrópica, y tan sólo un 17% reciben intervención conductual. Estos hallazgos se pueden extrapolar a la conducta autolesiva (Oliver, Murphy y Corbett, 1987).

El hecho de que la medicación sea empleada de forma tan habitual, puede llevar a pensar que es la forma de intervención más eficaz. Sin embargo Lennox y cols., (1988) indican que, en términos de cambio de porcentaje a partir de una línea base, es menos efectiva que las intervenciones conductuales, y cuestionan el uso continuado para las conductas problemáticas en general ante la ausencia de evidencia empírica que demuestre su efectividad clínica. Estos resultados fueron replicados posteriormente por Didden y cols. (1997). De hecho la evidencia empírica sobre la utilidad de la medicación psicotrópica en personas con discapacidad es contradictoria (Pyles, Muniz, Cade y Silva, 1997) y los estudios se caracterizan por sus limitaciones metodológicas (Sprague y Werry, 1971). En el mejor de los casos, la medicación es prescrita con el propósito de calmar y mejorar los efectos de los programas conductuales diseñados (Blougt y cols., 2006), teniendo la función de

sucesos contextuales en sentido positivo, alterando el valor del refuerzo de las actividades terapéuticas y de las consecuencias programadas (Snyckerski, Laraway, y Poling, 2000). En otros casos, la medicación puede reducir los efectos del reforzamiento, provocando efectos contraproducentes. Por ejemplo se ha observado que afecta negativamente al aprendizaje, adquisición de habilidades y a la conducta (Pyles y cols., 1997) y que produce efectos excitantes paradójicos (Barron y Sandman, 1985).

Aunque la investigación científica es cada vez mayor desde que Reiss y Aman (1997) insistieran en la necesidad de lograr un consenso internacional en psicofarmacología y discapacidad intelectual, los estudios son aún escasos. Frente a otras disciplinas y población, existe una limitada literatura científica acerca de la seguridad y eficacia de la medicación psicotrópica en esta población. Es más, la utilización de este tipo de drogas se extrapola del conocimiento obtenido sobre los efectos en personas sin discapacidad. Esto hace que las prácticas sean cuestionables, puesto que a veces la psicopatología se manifiesta de forma diferente en quienes presentan una discapacidad (Havercamp, 1996; Reiss, 1994). La evidencia derivada de estudios realizados con niños y adultos sugiere que la interacción de los psicotrópicos en un cerebro en desarrollo no tiene los mismos resultados que cuando este desarrollo ha finalizado (Vitiello y Jensen 1995). Como la discapacidad intelectual afecta al desarrollo del cerebro es posible que estos fármacos tengan diferentes efectos en la personas con discapacidad que en la población en general. Además la mayoría de los estudios sobre el efecto de diferentes psicofármacos se realiza de forma habitual con animales, y existe muy poca investigación aplicada y controlada en personas con discapacidad intelectual (Valdovinos y Napolitano, 2007). Por tanto deberemos tener cautela a la hora de extrapolar los resultados de cualquiera de estos estudios.

Investigadores de la Universidad de Birmingham (Deb, Clarke y Unwin, 2006) llevaron a cabo un estudio sobre la evidencia de la eficacia de la medicación para el control de las conductas problemáticas manifestadas por las personas con discapacidad cuando no se había confirmado un diagnóstico psiquiátrico. El objetivo era proporcionar información actualizada sobre las prácticas de intervención y guiar mediante prácticas recomendadas cuando no se dispone de una evidencia empírica. La primera elección del tratamiento que ellos indican es la de una intervención no farmacológica. Las razones para considerar la medicación serían el fracaso de una intervención no psicofarmacológica, el riesgo de lesiones y la frecuencia o severidad del comportamiento problemático.

a. Tipos y prevalencia de psicofármacos

Entre los psicofármacos más habituales utilizados en personas con discapacidad se encuentran los siguientes: a) antipsicóticos, también llamados neurolepticos o tranquilizantes mayores, como el haloperidol (Haldol), la clomopromazine (Thorazine), y la risperidona (Risperdal); b) ansiolíticos o benzodiazepinas, cuya acción principal consiste en reducir la tensión emocional por lo que tienen acción sedante, hipnótica y anticonvulsionante, como el lorazepam (Ativan), el alprazolam (Xanax) o el clonazepam (Klonopin); c) psicoestimulantes como el metilfenidato (Ritalin, Concerta) o el pemolin (Cylert); d) estabilizadores del ánimo o eutimizantes como el litio (Lithane, Carbolith), el L-tryptofano (Tryptan, Trofan) o la carbamazapina (Tegretol); y e) antidepresivos como la sertralina (Zoloff), la fluoxetina (Prozac) o la paroxetina (Paxil), (Blough y cols., 2006). La primera elección suele ser la de antipsicóticos seguida de estabilizadores del ánimo y antidepresivos (Ded, Clarke y Unwin, 2006).

Además de estos fármacos podemos encontrar otros como los antiepilépticos, debido a que las personas con discapacidad intelectual presentan una mayor

incidencia de lesiones y daño cerebral, dando lugar a cuadros de epilepsia; antiparkinsonianos, utilizados para contrarrestar los efectos secundarios de algunos de los fármacos anteriormente mencionados; o incluso antihistamínicos para potenciar el efecto de determinados psicofármacos.

En la Tabla 13 podemos observar las características principales de cada uno de los grandes grupos así como los principales nombres comerciales más utilizados, su recomendación en las personas con discapacidad que presentan conducta problemática y los principales efectos secundarios que se han descrito (Canal y Martín, 1999; Novell, Rueda y Salvador, 2003).

Tabla 13. Características de los psicofármacos más comúnmente utilizados para el tratamiento de conductas problemáticas

Psicofármaco	Principio activo	Nombres comerciales	Prescripción	Efectos secundarios
Antipsicóticos o neurolépticos	<p>Típicos (o primera generación) Fenotiacinas (clorpromazina, flufenazina, trifluoperazina, fioridazina) Butirofenonas (haloperidol, droperidol) Tioxantenos (zuclopentixol)</p> <p>Atípicos (o segunda generación) Clozapina, Risperidona, Olanzapina Sulpiride Neurolépticos en fase de ensayo clínico o de desarrollo experimental</p>	Haloperidol Thorazine Risperdal Zypresa Meleril Sinogan Seroquel	Graves alteraciones de la conducta (autoagresividad, hiperactividad, violencia). Hiperactividad, estereotipias, tics vocales y motores, agitación y síntomas de delirio y alucinaciones.	Efectos extrapiramidales (disonía aguda, parkinsonismo, discinesia, acatisia), cardiovasculares (arritmias, hipotensión), anticolinérgicos (sequedad de boca, retención de orina, cuadro confusional).
Ansiolíticos	<p>Benzodiacepinas según duración del efecto (corto, intermedio y largo) Triazolam Zolpidem Lorazepam Alprazolam Clonazepam Diazepam</p> <p>No benzodiacepinicos Buspirona</p>	Halción Stilnox Orfidal Trankimazin Rivotril Valium Stesolid Aneuroil	Reducir la tensión emocional por lo que tienen acción sedante, hipnótica y anticonvulsionante,	Pueden inducir tolerancia de lenta instauración (necesidad de aumentar dosis para conseguir el mismo efecto), y dependencia psíquica y física. Somnolencia, depresión respiratoria, reacciones paradójicas (temblor, insomnio, hiperactividad, agitación, conductas agresivas, deshinibición), confusión.
Psicoestimulantes	Metilfenidato pemolin	Ritalin, Concerta Cylert Rubifen	Mejora la atención y la concentración y disminuir la hiperactividad	Pueden inducir trastornos cognitivos y empeoramiento de las estereotipias e irritabilidad, así como anorexia e insomnio.

Tabla 13. (Cont.). Características de los psicofármacos más comúnmente utilizados para el tratamiento de conductas problemáticas

Psicofármaco	Principio activo	Nombres comerciales	Prescripción	Efectos secundarios
Antidepresivos	Tricíclicos y tetracíclicos Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y Noradrenalina Noradrenérgicos y serotonérgicos específicos Inhibidores de recaptación de noradrenalina	Ludiomil Vandral Rexer Norebox Prozac Fluoxetina	Trastornos del control de los impulsos, agresividad, autoagresividad, hiperactividad, déficit de atención, conductas ritualísticas.	Dolor de cabeza, convulsiones, aumento de la excitación, agitación, inquietud, insomnio, sedación, mareos, reacciones de pánico, reacciones alérgicas, disminución de la presión arterial.
Estabilizadores del ánimo o eufimizantes	Litio Antiepilépticos Carbamacepina Valproato sódico	Lithane, Carbolith Tryptan, Trofan Tegretol	Contención de conductas agresivas e hiperactividad en ausencia de un trastorno afectivo. Requiere estudios basales de laboratorio (hemograma, función tiroidea y función renal), y monitorización de los niveles plasmáticos. Potenciación de tratamiento antidepresivo. Alteraciones cíclicas de conducta.	Temblor fino de las manos, la fatiga y la sed, gastrointestinales (nauseas, dolor abdominal y diarrea), aumento de peso, neurológicos (disminución de la sensibilidad, discurso prolijo, visión borrosa, cefaleas, retraso psicomotor, somnolencia, temblor de reposo y cardiovasculares (arritmias, hipotensión).

Se estima que el uso de medicación para controlar la conducta problemática oscila entre un 26% y un 40% en personas con discapacidad que viven en la comunidad (Gowdey, Zarfes y Phipps, 1987), y entre un 35% y 50% en quienes viven en contextos institucionales (Hill, Balow y Bruininks, 1985). Estas cifras varían de las obtenidas por Nottestad y Linaker (2003) donde la prevalencia de psicofármacos prescritos para las personas con discapacidad que viven en la comunidad (niños y adultos) varía del 19% al 29% para los psicotrópicos, de un 18% al 23% para los anticonvulsivos y entre 35% y 45% para la prescripción conjunta de psicotrópicos y anticonvulsivos. En adultos con discapacidad institucionalizados, fluctúa del 12% al 40% para psicotrópicos, entre un 24% y un 41% para anticonvulsivos y de un 44% a un 60% para su prescripción conjunta. Estos últimos valores son muy parecidos a los encontrados por Singh y cols. (1997). En una revisión de diferentes estudios realizada por varios investigadores (Reiss y Aman, 1997) en una institución grande de personas con discapacidad se encontró una prevalencia entre un 30% y un 50% de uso de psicotrópicos y entre un 25% y un 35% de anticonvulsivos con una prevalencia total del 45% al 67%. En las encuestas de adultos que vivían en la comunidad se encontraron los rangos siguientes: psicotrópicos, del 25% al 40%; anticonvulsivos, entre el 20% y el 30%, y prescripción combinada, entre el 35% y el 48%. Cuando se trataba de niños que vivían en la comunidad la prevalencia era del 10% al 15% en psicotrópicos, del 12% al 18% de anticonvulsivos y del 17% al 22% cuando se prescribían de forma combinada. En la Tabla 14 resumimos los estudios previamente comentados

Tabla 14. Prevalencias de psicofármacos según contexto

Autor	% de personas con medicación psicotrópica que viven en la comunidad	% de personas con medicación psicotrópica en contextos institucionalizados
Gowdey, Zarfes y Phipps (1987)	26% - 40%	
Hill, Balow y Bruininks (1985)		35% - 50%
Nottestad y Linaker (2003)	19% -29% sólo psicotrópicos 18%-23% anticonvulsionantes 35%-45% combinada	12% - 40% sólo psicotrópicos 24%-41% anticonvulsionantes 44%-60% combinada
Reiss y Aman (1997)	25% - 40% psicotrópicos 20% y el 30% anticonvulsionantes 35% y el 48% combinada	30% - 50% psicotrópicos 25%-35% anticonvulsionantes 45%-67% combinada

Como se puede observar los datos de prevalencia de prescripción médica varían al igual que lo hacen los datos de prevalencia de conducta problemática, y presumiblemente debido a los mismos factores. Sin embargo lo que se refleja sin ninguna duda es que la medicación psicofarmacológica es muy común en esta población, sobre todo en los contextos institucionalizados, siendo además proporcionada de forma indefinida. Incluso con el paso del tiempo se añaden más fármacos a los que la persona ya tiene prescritos, es decir se da una polifarmacología. Muchos profesionales del campo de la discapacidad intelectual han observado esta práctica. En algunos casos incluso se han llegado a prescribir dosis diarias de entre 5 a 15 psicofármacos diferentes. Se carece de validez científica o justificación clínica para este tipo de polifarmacia, sobre todo teniendo en cuenta que a menudo se desconocen los efectos interactivos de la prescripción múltiple (Reiss y Aman, 1997).

Algunos estudios sobre la retirada de los fármacos (Janowsky, Barnhill, Shetty y Davis, 2005) evidencian la dificultad de este hecho. Por ejemplo, Janowsky, Barnhill, Khalid, Abdul y Davis (2008) en su estudio con 57 adultos institucionalizados con discapacidad intelectual severa y profunda observaron la probabilidad de recaída después de una retirada de psicofármacos antipsicóticos en un periodo de 10 años. Encontraron que, sólo cuatro (7%) de las 57 personas se encontraban tomando antipsicóticos, un 22,8% estaban recibiendo antipsicóticos de primera generación, un 45,6% estaban recibiendo antipsicóticos de segunda generación, y un 24,6% estaban recibiendo una combinación de la primera y segunda generación. Por lo tanto,

concluyeron que la retirada de medicamentos antipsicóticos era muy probable que condujera a una recaída y, en consecuencia, a una nueva prescripción farmacológica.

b. Estudios que avalan la eficacia de los psicofármacos en el abordaje de las diferentes conductas problemáticas en la personas con discapacidad intelectual

Los resultados obtenidos por diferentes estudios sobre la eficacia de distintos tipos de psicofármacos no son muy concluyentes, encontrándose resultados contradictorios de un estudio a otro incluso con el mismo tipo de fármaco. Es posible agrupar los estudios existentes teniendo en cuenta todas las topografías de conducta problemática, como veremos seguidamente.

1) *Agresión y psicofármacos*

Entre los estudios realizados con nuestra población objetivo, los neurolépticos (antipsicóticos) parecen ser el medicamento más utilizado para el control de la agresión y de otras conductas problemáticas (Aman y Singh, 1991; Poling, Gadow, y Cleary, 1991). De forma más específica, la risperidona y la olanzapina son los neurolépticos atípicos más frecuentemente prescritos con independencia de que se presente un trastorno psicótico o no (Friedlander, Lazar y Klancnik, 2001). Otro neuroléptico utilizado es la clozapina. Por ejemplo, Don y cols. (1995) llevaron a cabo un estudio con este psicofármaco en una mujer con Retraso Mental severo y esquizofrenia indiferenciada crónica que llevaba presentando durante más de 17 años conductas de agresión y rabietas. Como consecuencia de la agresión sus compañeros o los profesionales solían sufrir lesiones una media de dos veces al mes y las rabietas eran tan espectaculares que duraban alrededor de 36 minutos e incluían chillidos que superaban los 115 decibelios. Estas conductas habían sido tratadas

anteriormente con varios psicofármacos sin obtener resultados significativos. Cuando se prescribió clozapina junto con refuerzo diferencial y tiempo fuera se observó una mejoría tanto de la agresión como de las rabietas aunque no pareció afectar a los síntomas de la esquizofrenia. Tampoco presentó efectos secundarios derivados del psicofármaco en los 28 meses siguientes.

Otros autores como Olson, Ingram y Mann (2002), presentan un estudio con dos jóvenes con Retraso Mental profundo que manifestaban conductas de autolesión y agresión de tal intensidad y frecuencia que era necesario su ingreso hospitalario. La combinación de olanzapina (neuroléptico) y divalproato de sodio (eutimizante) dio lugar a una mejora sorprendente en ambas conductas siendo además bien tolerado por ambos jóvenes. Los análisis revelaron tan sólo un ligero aumento de peso y efectos extrapiramidales no significativos. Sin embargo, como indican los autores de este estudio, es necesario realizar investigaciones más sistemáticas, sobre todo teniendo en cuenta la escasez de estudios sobre la utilización combinada de dos psicofármacos.

Igualmente Hellings y cols. (2006), obtuvieron resultados positivos con un neuroléptico (risperidona) en una muestra de 40 personas con discapacidad intelectual en edades comprendidas entre 8 y 56 años (edad media 22 años), 36 de los cuales tenían además Autismo. Tras 22 semanas de estudio cruzado, 23 participantes (el 57,5%) respondieron por completo, mientras que 35 sujetos (87,5%) lo hicieron en el 25%, medido por una disminución en la puntuación en la escala ABC-Comunitaria. No se encontraron diferencias debidas al género, trastornos del estado de ánimo o a medicamentos anticonvulsivos. Sin embargo apareció un aumento del apetito y del peso. Los autores concluyen que dosis bajas de risperidona son eficaces para el comportamiento agresivo de personas con Retraso Mental, aunque son necesarios más estudios a largo plazo que incluyan intervenciones para el control de peso.

Con el fin de evaluar la eficiencia de los antipsicóticos como intervención en la conducta de agresión Deb, Sohanpal, Soni y cols., (2007), llevaron a cabo una revisión sistemática de las investigaciones empíricas realizadas hasta ese momento. Los autores concluyen que la risperidona ha mostrado alguna eficacia tanto en adultos como en niños con discapacidad intelectual. Sin embargo, esta evidencia no es suficiente como para recomendar una medicación específica para una conducta problemática específica. Otra revisión parecida se llevo a cabo con los antidepresivos (Sohanpal, Deb, Thomas y cols., 2007) pero el número de estudios encontrados fueron pocos y además constaban de un número pequeño de participantes. En esta revisión los autores indican que cuando se utiliza los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina se encuentran mejoras en las conductas de agresión y autolesión en al menos el 50% de los casos y en el resto, aunque no hay mejora, tampoco deterioro. En relación a los estabilizadores del ánimo y antiepilépticos (Deb, Chaplin, Sohanpal y cols., 2008) se encuentra algún apoyo empírico para utilizar litio en la reducción de la conducta agresiva, aunque la comorbilidad de la epilepsia y de algún trastorno psiquiátrico complicaba la interpretación de los resultados por lo que deben ser tomados con precaución.

Recientemente, Tyrer y cols. (2008), realizaron un estudio donde compararon la risperidona con otro neuroléptico de primera generación, el haloperidol, añadiendo una condición placebo para tratar la conducta de agresión. Este estudio se realizó con 86 personas que manifestaban conducta agresiva sin trastorno psicótico. Se dividieron en grupos de 28-29 personas para cada situación experimental. Los grupos estaban formados por personas que residían en 10 centros repartidos en Inglaterra, Gales y Australia. Se midieron los resultados en mejora de conducta problemática, mediante la escala de agresión MOAS, a las 4 semanas. Sorprendentemente los mejores resultados se obtuvieron con la situación placebo, un 79% a partir de la línea base, seguido de las mejoras con la risperidona, 58%, y finalmente con el haloperidol,

65%. No se han encontrado diferencias entre tratamientos en cuanto a efectos secundarios. De estos datos se desprende que los fármacos antipsicóticos no deben ser considerados como un tratamiento de rutina aceptable para el comportamiento agresivo en personas con discapacidad intelectual.

La agresión también se ha intentado controlar con ansiolíticos como la benzodiazepina. Este fármaco ejerce su efecto a través del sistema neurotransmisor GABA. Se recomienda su uso a corto plazo debido a que genera dependencia física y psíquica. Esto ha hecho que su prescripción haya disminuido, aunque siga utilizándose en personas con discapacidad intelectual para controlar la agresión (Kalachnik, Hanzel, Sevenich y Harder, 2002).

2) *Conducta autolesiva, estereotipias y psicofármacos*

El tratamiento para las autolesiones incluye neurolépticos como la clozapina, la olanzapina, la quetiapina y la risperidona (Aman y Madrid, 1999). Anderson y Ernst (1994) encontraron que para este tipo de conducta las benzodiazepinas, los neurolépticos, los antidepresivos, los cloralidratos y los anticonvulsivos eran frecuentemente utilizados. La clozapina se ha mostrado eficaz para reducir la conducta autolesiva y agresión en personas con discapacidad intelectual severa que no han respondido de forma eficaz a otras intervenciones farmacológicas (Hammock, Levine y Schroeder, 2001)

Entre los estudios que confirman la hipótesis de que la naltrexona es un posible tratamiento para la reducción de conductas autolesivas y estereotipias en pacientes con Retraso Mental, es posible destacar el realizado por Smith, Gupta y Smith (1995). Estos autores probaron que la naltrexona eliminaba las autolesiones y estereotipias y aumentaba la duración de la sonrisa, el contacto ocular y la tolerancia al tacto en dos mujeres con Retraso Mental. En otra investigación llevada a cabo por Johnson,

Johnson y Sahl (1994), la naltrexona resultó eficaz aplicada de manera conjunta, y en diferentes fases, a un tratamiento conductual que consistía en el refuerzo diferencial de otras conductas, para reducir la conducta autolesiva de un chico de 7 años con Retraso Mental severo y Autismo.

Existen otros trabajos en los que la naltrexona resultó no ser tan efectiva como en los indicados anteriormente. Además, Buitelaar (1993) recomienda precaución con los psicotrópicos para el tratamiento de la conducta autolesiva indicando que disminuyen sus propiedades físicas y cognitivas además de presentar efectos secundarios a largo plazo.

Así, Willemsen, Buitelaar, Nijhof y Van-Engeland (1995), examinaron la eficacia y seguridad del opiáceo antagonista, en un estudio a doble ciego con placebo, en 33 sujetos con Retraso Mental y/o Autismo que presentaban conductas autolesivas y estereotipias. De estos pacientes, 19 fueron tratados con dosis de 50 mg. y 14 de ellos con dosis de 150 mg. durante cuatro semanas. Los sujetos eran medidos por observaciones directas, mediante el Cuestionario de Conductas Aberrantes y la escala de Impresión Clínica Global. La naltrexona aumentó la incidencia de la conducta estereotipada y los datos revelaron que el tratamiento con 50 mg. de dosis produjo resultados significativamente inferiores al tratamiento con placebo. Según estos autores, la naltrexona no tiene valor clínico para sujetos con conductas autolesivas y/o autistas.

En el estudio de Barrera, Teodoro, Selmeci y Madappuli (1994), la naltrexona produjo a diferentes dosis una generalizada atenuación de la conducta autolesiva en diferentes sujetos, atenuación que no fue clínicamente significativa en algunos casos y en otros produjo aumentos paradójicos en la conducta autolesiva. Por otro lado, ese mismo año, Thompson, Hackenberg, Cerutti, Baker y cols. (1994), encontraron que la naltrexona sola o combinada con clonidina redujo la intensidad y frecuencia de

autolesiones en ocho adultos con Retraso Mental. Administraron dosis de 50 mg., 100 mg. y placebo. El bloqueador opiáceo redujo los golpes de cabeza y los mordiscos, pero los arañazos, pellizcos y la introducción de los dedos en la boca, nariz y oídos no resultaron afectados e incluso en algunos casos empeoraron.

Taylor, Sandman, Touchette, Hetrick y Barron (1993), realizaron un estudio cruzado, durante diez semanas en 24 participantes con conductas autolesivas. El tratamiento con naltrexona se estipuló al azar durante tres semanas: un esquema reverso con diferentes dosis o placebo, cada semana. Se realizaron observaciones en vídeo de 20 horas por sujeto, exámenes neurológicos y se recogieron tasas de conductas adaptativas y desadaptadas. La dosis más efectiva fue de 2 mg/kg, con la que más de la mitad de los sujetos (52%) obtuvo una reducción superior al 50% en su conducta autolesiva; un número significativo de sujetos (33%) disminuyó la misma más del 75%. También se produjo una mejoría significativa en la cantidad de aprendizaje y atención.

En otra investigación (Ricketts, Goza y Matese, 1992) se combinó el uso de la naltrexona con el Sistema Inhibidor de la Conducta Autolesiva (SIBIS). Cuando se administraron únicamente dosis bajas, se produjeron moderados descensos en el número de autolesiones en un hombre de 28 años de edad, pero cuando la naltrexona se combinó con el tratamiento aversivo, la frecuencia de conductas autolesivas aumentó de manera significativa. En este caso, los autores creen que ambos efectos, tanto los positivos como los negativos, pudieron ser causados por la naltrexona más que por la combinación de tratamientos.

La fluoxetina, un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, ha sido otro de los fármacos utilizado ampliamente y que ha mostrado ser tan efectivo, o incluso más, que la naltrexona. Por ejemplo, Bass y Beltis (1991) observaron una reducción de las autolesiones y un mantenimiento de estos resultados

en un chico de 17 años con Retraso Mental severo y que fue tratado con fluoxetina. Esta reducción fue del orden del 45-55% y presentó además mejoría en la estabilidad afectiva, en las capacidades motoras y en la actividad social. El mismo sujeto no había respondido semanas antes a un tratamiento con naltrexona.

Sovner, Fox, Lowry y Lowry (1993) utilizaron fluoxetina para el tratamiento de la depresión crónica asociada a conductas autolesivas en una mujer de 50 años con Retraso Mental severo y en un hombre de 30 años con Retraso Mental profundo. En el caso de la mujer, el descenso de las autolesiones fue espectacular se produjo además una normalización en el sueño. En el caso del hombre hubo también una disminución de las autolesiones y de las leves restricciones pero de manera menos acusada que en el caso anterior. No obstante, en ambos casos se obtuvo también una disminución de otros síntomas depresivos.

Otro fármaco utilizado para la reducción de autolesiones es la clomipramina, un antidepresivo tricíclico. Así Lewis y cols. (1996), probaron la eficacia de este inhibidor de la recaptación de la serotonina (5-HT) en ocho adultos de 21 a 39 años con Retraso Mental severo y profundo. Seis de los ocho mostraron una reducción clínicamente significativa en la frecuencia de las conductas autolesivas (del 50% frente a la situación de placebo). El tratamiento con clomipramina resultó en mejoras en la intensidad de las autolesiones y en la frecuencia e intensidad de estereotipias y compulsiones. No obstante, produjo taquicardias como efecto secundario en dos de los sujetos.

Grossett y Williams (1995) comprobaron que otro antipsicótico, el haloperidol, a dosis bajas, sólo o combinado con RDO producía grandes reducciones de conducta autolesiva en una mujer con Retraso Mental profundo y psicosis atípica. La combinación de ambos tratamientos redujo también considerablemente el rechazo de la comida, las dificultades del sueño, la pérdida de peso y la respuesta inconsciente a estímulos cercanos, todos ellos componentes de la psicosis atípica que

manifestaba la persona. También comprobaron que los efectos del tratamiento se mantenían 27 meses después.

Ricketts, Goza, Ellis y Singh (1994) demostraron la efectividad de la buspirona ante las autolesiones. La dosis más efectiva fue de 30 mg/día para tres de los sujetos y de 52,5 mg/día para los otros dos sujetos del estudio. Hubo reducciones de las conductas autolesivas de entre 13% y 72%, dependiendo de la dosis.

3) *Otros tipos de conducta problemática y psicofármacos*

Otro tipo de conductas tratadas con psicofarmacología comunes en las personas con discapacidad intelectual son la irritabilidad y el lenguaje inadecuado. Por ejemplo, Niederhofer, Staffen y Mair (2003) llevaron a cabo un estudio controlado con placebo y ensayo cruzado de doble ciego en 12 niños con Autismo (entre 3 y 7 años de edad). Las características que presentaban eran contacto ocular y lenguaje expresivo inadecuado. Los participantes no habían tolerado o respondido a otros tratamientos psicofarmacológicos (neurolépticos, metilfenidato, clonidina, o desipramina). Los profesores indicaron reducciones de la irritabilidad, la estereotipia y el lenguaje inapropiado (medido por el Cuestionario de Conducta Aberrante, ABC) durante el tratamiento con tianeptina frente al tratamiento con placebo. Sin embargo los clínicos estimaron en las sesiones grabadas (valorando los factores de desviación del discurso y la irritabilidad, la escala de evaluación global, y la eficacia de las impresiones globales del niño) que no había diferencias significativas entre los dos tipos de tratamientos, por lo concluyeron que la efectividad de este psicofármaco era modesta y a corto plazo en el tratamiento de la irritabilidad en algunos niños con Autismo.

Años más tarde (2006) Anagnostou y cols., realizaron un estudio con 13 personas con Trastorno del Espectro Autista (edad media de 9,5 años y de diferentes

razas) a quienes se les administró divalproato de sodio versus placebo en un ensayo de doble ciego con dos fases. Los autores encontraron que el valproato disminuía los episodios de irritabilidad durante el inicio del tratamiento con fluoxetina en el Autismo, siendo la irritabilidad un efecto adverso debida al incremento de la actividad gabaérgica.

En ese mismo año 2006 dos grupos de investigadores (Pandina y cols., y Nagaraj, Singhi y Malhi) de forma separada realizan igualmente estudios sobre la irritabilidad y otras conductas en personas con Autismo, utilizando como psicofármaco la risperidona. En el estudio de Pandinay y cols. (2006), la muestra estaba formada por 55 niños entre 5 y 12 años, realizando un ensayo controlado con placebo y doble ciego por un periodo de 8 semanas. La eficacia del tratamiento se llevaba a cabo mediante la escala de irritabilidad de la ABC. En el caso del grupo de intervención con risperidona (1,27mg/día) se obtuvieron mejoras significativas presentando como efecto secundario la somnolencia, aunque en general fue bien tolerado. Por ello los autores concluyen que la risperidona es un tratamiento que mejora significativamente las conductas asociadas con el Autismo.

Un segundo estudio realizado por estos autores (Nagaraj, Singhi y Malhi, 2006) la muestra estaba formada por 40 niños con edades entre 2 y 9 años, realizando al igual que los anteriores un ensayo controlado con placebo y doble ciego pero en un periodo de 6 meses, siendo la dosis de risperidona de 1mg/día. En este caso la eficacia se medía por la Escala de Autismo Infantil (CARS) y la Escala de Evaluación Global del niño (CGAS). Los resultados indicaron mejoras en el grupo de intervención con risperidona respecto a la conducta de respuesta social y la comunicación no verbal, reduciéndose significativamente la irritabilidad y la agresión. Los efectos secundarios observados consistieron en el incremento del apetito con la consecuente ganancia de peso, la sedación en el 20% de los casos y la diskinesia transitoria en tres de los niños.

En la Tabla 15 ofrecemos a modo de resumen las principales evidencias empíricas sobre eficacia de psicofármacos en la población objeto de interés en la presente Tesis Doctoral.

Tabla 15. Estudios sobre eficacia de los diferentes psicofármacos en personas con discapacidad intelectual y conducta problemática

	Principio específico	Conductas estudiadas	Autores	Población experimental	Resultados
Neuroléptico					
	Clozapina	Autolesión y agresión	Hammock, Levine, y Schroeder, (2001)	Personas con discapacidad severa	Buena respuesta cuando no lo han hecho a otro psicofármaco
	Clozapina	Agresión y rabietas	Don y cols. (1995)	Mujer con Retraso Mental severo y esquizofrenia crónica	Junto con intervención conductual (Refuerzo diferencial y tiempo fuera) hubo gran mejora de agresión y rabietas, no de conductas relacionadas con la esquizofrenia
	Risperidona	Irritabilidad	Pandinay y cols.(2006)	55 niños con Trastorno del Espectro Autista (entre 5 y 12 años)	Los resultados indican que con una dosis de 1,27mg/día de risperidona mejora la conducta problemática asociada al Autismo. Buena tolerancia en general siendo el efecto secundario la somnolencia.
	Risperidona	Agresión	Hellings y cols.,(2006)	40 personas con discapacidad intelectual (edad media 22 años), 36 tenían Autismo.	Dosis bajas de risperidona son eficaces aunque se presentan efectos secundarios como aumento de apetito y peso
	Risperidona	Agresión	Deb y cols., (2007)	Revisión de los estudios para demostrar evidencia empírica	Cierta evidencia de risperidona como eficaz para adultos y niños
	Haloperidol	Autolesión	Grossett y Williams (1995)	Mujer con Retraso Mental profundo y psicosis atípica	Redujo muchas conductas asociadas a la psicosis manteniéndose los efectos 27 meses
	Risperidona vs Haloperidol	Agresión	Tyrer y cols., (2008)	86 personas con discapacidad intelectual que manifestaran agresión sin estar motivada por un trastorno psicótico	El 79% disminuyó su conducta en tratamiento placebo, 58%, con la risperidona, y finalmente con el haloperidol, 65%.

(Continúa)

Tabla 15 (cont.). Estudios sobre eficacia de los diferentes psicofármacos en personas con discapacidad intelectual y conducta problemática

	Principio específico	Conductas estudiadas	Autores	Población experimental	Resultados
	Risperidona	Conductas asociadas al Autismo (irritabilidad, agresión)	Nagaraj, Singhi y Malhi (2006)	40 niños (entre 2 y 9 años) con TEA	El grupo de intervención con risperidona (1 mg/día) mejoró la conducta de respuesta social, comunicación no verbal y reducción significativa de la irritabilidad y la agresión. Se observaron incremento del apetito, sedación en un 20% y en tres de los niños diskinesia transitoria.
Ansiolítico					
	Buspirona	Autolesión	Ricketts, Goza, Ellis y Singh (1994)	3 personas con discapacidad intelectual	Mejora dependiendo de la dosis
	Benzodiazepinas	Agresión	Kalachnik, Hanzel, Sevenich y Harder, 2002)	Revisión de la literatura de 446 personas con Retraso Mental	Buenos resultados aunque genera dependencia
Naltrexona					
		Autolesión y estereotipias	Smith, Gupta y Smith (1995)	2 mujeres con Retraso Mental	Reducción conducta problemática y aumento de conductas positivas (sonrisa, contacto ocular, tolerancia tacto)
		Autolesión y estereotipias	Willemsen, Buitelaar, Nijhof y Van-Engeland (1995)	33 personas con Retraso Mental y/o Autismo	Aumento de conducta estereotipada
		Autolesión	Johnson, Johnson y Sahl (1994)	Niño de 7 años con Retraso Mental y Autismo	Mejora junto con un tratamiento conductual
		Autolesión	Barrera, Teodoro, Selmeçi y Madappuli (1994)	Diferentes personas con discapacidad intelectual	Atenuación no significativa en algunos casos y en otros reacciones paradójicas

(Continúa)

Tabla 15 (cont.). Estudios sobre eficacia de los diferentes psicofármacos en personas con discapacidad intelectual y conducta problemática

	Principio específico	Conductas estudiadas	Autores	Población experimental	Resultados
		Autolesión	Thompson, Hackenberg, Cerutti, Baker y cols., (1994)	8 personas con Retraso Mental	Reducción de intensidad y frecuencia de algunas, pero aumento en otras conductas
		Autolesión	Taylor, Sandman, Touchette, Hetrick, y Barron(1993)	24 personas	Gran porcentaje mejoró autolesión junto con mayor atención y aprendizaje
	Naltrexona y sistema inhibidor de la conducta autolesiva	Autolesión	Ricketts, Goza y Matese, (1992)	Varón de 28 años	Efectos positivos, a excepción de cuando se combina con tratamiento aversivo
Antidepresivo					
	Fluoxetina	Autolesión	Bass y Beltis (1991)	Chico de 17 años con Retraso Mental severo	Reducción de entre 45% y 55% junto con mejora afectiva, social y motora
	Fluoxetina	Autolesión y conductas autodepresivas	Sovner, Fox, Lowry y Lowry (1993)	Mujer de 50 años y hombre de 30 ambos con Retraso Mental profundo	Mayor mejoría en la mujer que en el hombre pero ambas significativas, junto con mejoría en depresión
	Clomipramina,	Autolesión	Lewis, Bodfish, Powell, Parker y cols. (1996)	8 adultos con Retraso Mental severo y profundo (entre 21 y 39 años)	El 75% obtuvo mejoría clínicamente significativa, aunque a un 25% le produjo taquicardia
	Tianeptina	Contacto ocular, lenguaje expresivo inadecuado e irritabilidad	Niederhofer, Staffen y Mair (2003)	12 niños con Autismo (3-7 años)	Eficacia modesta
	ISSRs	Agresión y autolesión	Sohanpal y cols., (2007)	Revisión de los estudios para demostrar evidencia empírica	Al menos el 50% presentaba mejoría pero hay que tomarlo con cautela por problemas metodológicos

(Continúa)

Tabla 15 (cont.). Estudios sobre eficacia de los diferentes psicofármacos en personas con discapacidad intelectual y conducta problemática

	Principio específico	Conductas estudiadas	Autores	Población experimental	Resultados
Eutimizante					
	Litio	Agresión	Deb y cols., (2008)	Revisión de los estudios para demostrar evidencia empírica	Cierto apoyo empírico de su eficacia en adultos con conducta agresiva
Polifarmacología					
Eutimizante y antidepresivo	Divalproato de sodio y fluoxetina	Irritabilidad	Anagnostou y cols. (2006)	13 personas con TEA	El valproato disminuía los episodios de irritabilidad durante el inicio del tratamiento con fluoxetina en el Autismo
Neuroléptico y eutimizante	Olanzapina y Divalproato de sodio	Autolesión y agresión	Olson, Ingram y Mann, (2002)	2 chicos con Retraso Mental	Mejora significativa

En suma, podemos concluir que las conductas más estudiadas a nivel experimental con psicofármacos han sido las autolesiones seguidas de las agresiones. En los últimos años está en auge la conducta problemática asociada al Autismo (con o sin discapacidad intelectual).

Así, en los años 90 aparecen la mayor parte de los estudios que utilizaban la naltrexona como psicofármaco eficaz para las autolesiones de tipo orgánico. A medida que ha ido avanzando la investigación de la psicofarmacología en general, también se ha ido extrapolando al ámbito de la discapacidad intelectual, pasando a desarrollarse estudios con fármacos de nueva generación y a aplicar la intervención en muestras más amplias que permiten disponer de un grupo control para obtener resultados más fiables. Además desde la medicina comienzan a aparecer estudios que combinan la intervención farmacológica con la conductual.

3.2.2 Intervención conductual

La modificación de conducta, más conocida como análisis conductual aplicado, tiene un papel central en la intervención con personas con discapacidad y comportamiento problemático. Es más, los principios del análisis conductual llegaron a ser comúnmente utilizados hasta los años sesenta. El modelo ha persistido como una orientación fundamentalmente aplicada para mejorar el funcionamiento de las personas con discapacidad a través del moldeamiento y mantenimiento de habilidades para tratar problemas graves de conducta.

Los comienzos del análisis de conducta en las discapacidades del desarrollo, se centraban en la persona como foco de la intervención. Así, Fuller (1949) utilizó un refuerzo contingente primario para provocar una respuesta operante en la persona. Estudios previos utilizaban intervenciones basadas en el condicionamiento clásico.

En la década de los sesenta es cuando el análisis conductual aplicado se desarrolló en el ámbito de la discapacidad intelectual. Esta década se caracterizó por el análisis experimental (Baer, Wolf y Risley, 1968), objeto de numerosas publicaciones sobre la práctica clínica (p. e., Ullman y Krasner, 1965, 1969). La investigación y la práctica se generalizó a poblaciones que hasta entonces habían sido consideradas como intratables o resistentes al tratamiento, como por ejemplo personas con Autismo, conductas delictivas, hiperactividad, Retraso Mental o trastornos psicóticos (p. e., Ayllon y Haughton, 1962; Wolf, Risley, Johnston, Harris y Allen, 1967; Wolf, Risley y Mees, 1964). La mayoría de los trabajos de esta época se centraban en niños, incluyendo intervenciones en el aula (p. e., Allen, Hart, Buell, Harris, y Wolf, 1964; Birnbrauer, Bijou, Wolf y Kidder, 1965; Birnbrauer, Wolf, Kidder, 1965; Homme, DeBaca, Divine, Steinhorst, y Rickert, 1963; Zimmerman y Zimmerman, 1962) o en el hogar (p. e., Hawkins, Peterson, Schweid, y Bijou, 1966; Tharp y Wetzel, 1969).

La aplicación del análisis conductual aplicado al ámbito de la discapacidad intelectual severa se ha centrado principalmente en dos áreas relacionadas: aumentar la competencia personal y reducir la conducta problemática (Bailey y cols., 1987; Carr y cols., 1999; Dunlap, Clarke y Steiner, 1999; Matson y cols., 1996; Remington, 1991). Numerosos estudios han demostrado el éxito del modelo conductual en la enseñanza de conductas adaptativas así como para motivar a la participación (p. e., Bellamy, Horner y Inman, 1979; Gold, 1980). Cada vez más, estas técnicas se han utilizado para fomentar la participación activa de las persona en contextos integrados (p. e., Scotti y Meyer, 1999).

Hacia la segunda mitad de la década de los 60, el castigo comienza a aparecer en la literatura, como un procedimiento para abordar la conducta problemática severa. Éste era considerado un componente más de la intervención (p. e., Risley, 1968). A finales de los sesenta, Wolpe (1969) publicó el primer y principal

recurso de apoyo para los profesionales de la práctica de terapia de conducta, un libro que propició nuevas direcciones en la práctica clínica, para profesionales de diversas especialidades.

Los años setenta supusieron un periodo crítico en el desarrollo del análisis de conducta como una especialidad y disciplina al servicio de las personas con discapacidad (Hopkins, 1970). La mayoría de los profesionales que en la actualidad son autores relevantes en el ámbito de la conducta fueron educados o tuvieron sus primeras experiencias profesionales o investigadoras durante dicha década. Muchos fueron formados en análisis y terapia de la conducta además de en tareas psicológicas tradicionales como la evaluación o los tests. Se llevaron a cabo intervenciones de terapia de conducta como la desensibilización sistemática, pero proliferaron las intervenciones ABA particularmente para las conductas destructivas severas.

El análisis de conducta fue a menudo considerado como un servicio limitado a contextos institucionales (Baroff, 1974) y los analistas de conducta se enfrentaron a importantes barreras culturales y organizacionales para introducir el tratamiento en los servicios (Reppucci, 1977; Reppucci y Saunders, 1974).

a. Estudios que avalan la eficacia de estrategias conductuales en el abordaje de las diferentes conductas problemáticas en la personas con discapacidad intelectual

Desde 1950 hasta la actualidad se están desarrollando muy distintas intervenciones con personas con discapacidad, algunas con escasa o dudosa base científica. Éstas se han popularizado y han sido ampliamente adoptadas como modas sin que exista suficiente apoyo empírico (Jacobson, Mulick y Foxx, 2005). Entre los ejemplos más notorios utilizados para las personas con discapacidad y que se

consideran prácticas cuestionables por el Consejo Nacional contra el fraude en la salud (<http://www.ncahf.org>) se encuentran el tratamiento Doman Delacato también denominado "patrones psicomotores" (Doman, Spitz, Zucman, Delacato y Doman, 1960; Sparrow y Zigler, 1978), los tratamientos basados en la teoría de la integración sensorial (Ayres, 1963; Hoehn y Baumeister, 1994) y la integración auditiva (Dawson y Watling, 2000), la comunicación facilitada (Biklen, 1990; Dillon, Fenlason y Vogel, 1994; Jacobson, Mulick y Schwartz, 1995) o las intervenciones alternativas médicas o biológicas (Autism Society of America, n.d.; Richman, Reese y Daniels, 1999; Spitz, 1986).

Los investigadores clínicos de distintas disciplinas están tratando de establecer mecanismos para evaluar la efectividad de los diferentes planteamientos de intervención como vía para identificar intervenciones empíricamente contrastadas. En el ámbito de la medicina, este tipo de intervenciones se denomina "medicina basada en la evidencia", en terapia física, el término es "guías prácticas basadas en la evidencia clínica"; en el campo relacionado con la educación se utiliza el término "buenas prácticas". La psicología clínica utiliza el término "intervención apoyada empíricamente o empíricamente validada". En este último ámbito, la División 12 de la APA (Asociación de Psicólogos Americanos), que es la División de "Psicología Clínica", ha puesto en marcha un Grupo de Trabajo (Task Force) sobre Promoción y Difusión de Tratamientos Psicológicos Eficaces (1995), tratamientos que tienen un apoyo empírico denominados en inglés "ESTs". Así, Chambless y Hollon (1998) definieron estos tratamientos como tratamientos psicológicos claramente especificados que demuestran su eficacia en investigaciones controladas con una población delimitada. Este movimiento se diseñó para mejorar la práctica clínica, influir en la formación superior de los profesionales y realizar informes políticos (Chambless y Ollendik, 2001). El grupo de trabajo desarrolló criterios para determinar si la evidencia empírica apoyaba la utilidad de intervenciones psicológicas particulares

con poblaciones específicas, identificando tres categorías de tratamientos (véase Tabla 16): a) bien establecidos; b) probablemente eficaces; y c) en fase experimental (Chambless y Hollon, 1998; Chambless y Ollendik, 2001).

Tabla 16. Criterios establecidos por el Grupo de Trabajo 12 para clasificar la validez empírica de los intervenciones psicológicas

Tratamientos bien establecidos	<p>Al menos dos de los grupos de diseño experimental demuestran eficacia en uno o mas de los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Superior a placebo u a otro tratamiento. - Equivalente a un tratamiento ya establecido en los experimentos con suficiente poder estadístico (alrededor de 30 por grupo (Kazdin y Bass, 1989). <p>o</p> <p>Una serie amplia de diseños experimentales de caso único (al menos 9) que hayan sido demostrados eficaces. Éstos deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar buenos diseños experimentales - Comparar la intervención con otro tratamiento - Los experimentos deben estar desarrollados con tratamientos manuales - Las características de la muestra deben estar claramente especificadas - Los efectos deben haber sido demostrados al menos por dos investigadores o dos equipos de investigación diferentes
Tratamientos probablemente eficaces	<p>Dos experimentos muestran que el tratamiento es más eficaz que el grupo de control</p> <p>○</p> <p>Uno o más experimentos reúnen los criterios I, III, IV de los tratamientos bien establecidos pero no V</p> <p>○</p> <p>Una pequeña serie de experimentos de caso único (al menos tres) reúnen al menos los criterios de I, III, IV de los tratamientos bien establecidos</p>

Los tratamientos bien establecidos están apoyados por un cuerpo de evidencia (9 ó más estudios) que han demostrado su superioridad frente a un tratamiento no específico o placebo, utilizando adecuados diseños experimentales (p. e., inversión, línea base múltiple). Además de este criterio los investigadores deben utilizar tratamientos que definan operativamente las variables independientes y que describan adecuadamente las características de sus muestras. Por último, los efectos del tratamiento deben ser replicados en al menos dos investigaciones independientes o por equipos de investigadores distintos (Chambless y Hollon, 1998; Chambless y Ollendik, 2001). Por tanto los requisitos que deben reunir las investigaciones sobre la eficacia de los tratamientos son: 1) asignación aleatoria de los pacientes a las condiciones experimentales y de control, con un mínimo de 30 personas para cada modalidad terapéutica; 2) evaluación detallada según los criterios diagnósticos operativos del DSM IV (medidas de evaluación múltiple); 3) disponer de observadores

ciegos respecto al grupo de tratamiento asignado al paciente evaluado; 4) exclusión de pacientes con trastornos múltiples; 5) tratamientos claramente descritos y protocolizados; 6) fijación de un número determinado de sesiones; y 7) seguimiento de los pacientes a largo plazo (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2004).

Los tratamientos clasificados como probablemente eficaces cuentan con menos evidencias que los tratamientos anteriores. Requieren de 3 a 8 estudios que reúnan todos los criterios para los tratamientos bien establecidos. Estos tratamientos pueden ser posteriormente clasificados como bien establecidos si llegan a disponer de más evidencia. Si un tratamiento aún tiene que adquirir un cuerpo de investigación que reúna los criterios para clasificarse como bien establecido o probablemente eficaz, es considerado como en fase experimental (Chambless y Ollendik, 2001).

Los Estados Unidos de América no han sido los únicos que han tratado de establecer unos criterios para evaluar las intervenciones basadas en la evidencia. En el Reino Unido, con la colaboración del grupo de trabajo "The Cochrane", se ha desarrollado una metodología para revisar sistemáticamente prácticas de intervención dentro del campo médico. Similar a otras guías, estos esfuerzos se supeditan a ensayos clínicos aleatorizados para proporcionar evidencia de la eficacia de un tratamiento. El Servicio de Salud Nacional Británico (the British National Health Service) le encargó una revisión de psicoterapias (Roth y Fonagy, 1996). Otra revisión de los tratamientos empíricos psicoterapéuticos fue realizada por el grupo de trabajo de la sección de Psicología Clínica la Asociación Psicológica Canadiense (Parry, 1996; Strauss y Kaechele, 1998).

Podría parecer que existen distintos criterios para determinar si un tratamiento tiene apoyo empírico, sin embargo existe un consenso establecido al respecto (Chambless y Ollendick, 2001). Así, dentro del área de las discapacidades del desarrollo, la Academia Americana de Parálisis Cerebral y Medicina del Desarrollo

(AACPDM), ha propuesto dos marcos para evaluar la eficacia de los tratamientos (Butler y cols., 1999). En contraste con los otros grupos de trabajo, éstos plantean múltiples niveles de eficacia de tratamiento permitiendo su aplicación a una gran variedad de diseños de investigación. A partir de un modelo desarrollado por la OMS, el Centro Nacional de los Estados Unidos para la Investigación de Rehabilitación Médica (NCMRR) y el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) la AACPDM ha propuesto un sistema que: 1) clasifica los tratamientos a partir de varios niveles de trastorno o enfermedad (p. e., a nivel de células/tejido, de órganos, individual, de la persona y de la sociedad) y un sistema de categorías conocido como "las normas Sackett de evidencia", y 2) sitúa los hallazgos en tres diferentes grupos de confianza. Por tanto, el sistema de clasificación de Sackett se basa en cinco niveles de evidencia y categoriza el grado de certeza de las conclusiones de un estudio en grados A, B, o C. De este modo los resultados de un estudio con un nivel I reciben el grado A, los estudios con un nivel II reciben el grado B y los avalados por el nivel III, IV y V reciben el grado de C. Las investigaciones con el grado A se consideran robustas y sus resultados definitivos. En el grado B las conclusiones se consideran con un apoyo cuestionable, y por último los estudios con el grado C obtienen resultados altamente cuestionables y poco fiables. En la siguiente Tabla 17 se especifican las características necesarias para cada uno de los niveles.

Tabla 17. Método Sackett para la Investigación de Calidad

Nivel	
I	Grandes ensayos aleatorios, que producen resultados con alta probabilidad de certeza. Incluyen estudios con efectos positivos y estadísticamente significativos y estudios que no demuestran efecto pero lo suficientemente grandes como para eludir la necesidad de ser clínicamente significativo
II	Pequeños ensayos aleatorios con resultados inciertos. Estos son estudios que tienen una tendencia positiva pero no estadísticamente significativa como para demostrar la eficacia o los estudios que muestran un efecto negativo que no son lo suficientemente grandes como para descartar la posibilidad de un efecto clínicamente significativo
III	Estudios prospectivos no aleatorizados de tratamiento concurrente y grupos de control, (las comparaciones entre cohortes contemporáneos participantes que recibieron y no la intervención)
IV	Comparaciones en cohortes históricas no aleatorizados entre los participantes que recibieron la intervención y los participantes que no
V	Serías de casos sin grupo control. Se describe el curso clínico de un grupo, pero no se lleva a cabo el control de variables de confusión. Es un estudio descriptivo que puede generar hipótesis para la investigación futura, pero no se demuestra la eficacia

Fuente: Sackett, Richardson, Rosenberg y Haynes (1997).

Muchas de las publicaciones consideradas una autoridad en esta área corresponden a los niveles 2c-5 de acuerdo con la clasificación del Grupo de Trabajo del Servicio Preventivo estadounidense (Hartley, Horrell y Maclean, 2007).

Los estudios de meta-análisis ofrecen claras evidencias de que las técnicas conductuales pueden ser efectivas a la hora de modificar la conducta agresiva. Por ejemplo Whitaker (1993) obtuvo un promedio de un 84% de reducción de la conducta agresiva a partir de una línea base. Por su parte, Scotti y cols., (1991) obtuvieron reducciones promedio de un 67% rabietas y conductas agresivas. Años más tarde, Didden y cols., (1997) obtuvieron ratios similares (un 68%) en intervenciones que abordaban tan sólo la agresión.

Entre las prácticas basadas en la evidencia se encuentran aquellas que se fundamentan en los principios del análisis conductual aplicado. En esta línea Grey y Hastings (2005) realizan una revisión de dichas prácticas analizando las intervenciones que incluyen la enseñanza de comunicación funcional, hacer elecciones, refuerzo no contingente y la extinción. Un resultado común a varios estudios es que las bajas ratios

de refuerzos tanto en calidad como en cantidad operan como sucesos contextuales aumentando la probabilidad de conducta problemática. Un aspecto importante, y que sin embargo raramente se menciona, son los resultados de calidad de vida, lo que sugiere que los investigadores aún no utilizan de forma rutinaria esta dimensión tan importante como una variable de resultado.

De acuerdo a los estudios controlados, la **enseñanza de comunicación funcional** es una de las intervenciones más frecuentemente recomendadas para la conducta problemática. La evidencia acumulada en los estudios de prevalencia sugiere que la evitación, tanto de demandas como de situaciones sociales, es una de las funciones más comunes (Handley, Iwata y McCord, 2003). Por ejemplo, Peterson y cols. (2005) demostraron que si bien la enseñanza de comunicación funcional para pedir un descaso en las tareas educativas (es decir, la conducta problemática tenía la función de evitar) podía por sí sola reducir la frecuencia de la conducta problemática, también hacía aumentar las peticiones de evitación de la tarea, lo que a su vez supone un problema en el contexto educativo y laboral. Sin embargo, cuando este tipo de intervención se combinó con un incremento de la motivación hacia la tarea y se asoció al refuerzo, el trabajo en la tarea incrementó sin aumentar la conducta problemática.

Este estudio demuestra que la enseñanza de comunicación funcional cuando la función de la conducta problemática es evitar, es ineficaz si se quiere incrementar la participación en la tarea, si no se modifica simultáneamente la motivación hacia la tarea. En estos casos, las intervenciones combinadas permiten superar los déficits del contexto y de la persona.

Anteriormente Mildon, Moore y Dixon (2004) ya realizaron una combinación de estrategias donde se incluía la enseñanza comunicativa funcional. Estos autores encontraron que dicha técnica, junto con el escape no contingente, constituía un

tratamiento efectivo para la conducta problemática. Una de las limitaciones del escape no contingente es que no proporcionó contingencias explícitas para el aprendizaje de una conducta alternativa adaptativa. Además los problemas pueden incrementarse con el procedimiento de enseñanza comunicativa. Los datos demostraron que las dos estrategias conjuntas llevaron a la conducta disruptiva a un nivel cercano a cero mientras que la conformidad con la tarea y la respuesta verbal apropiada incrementaron los niveles significativamente por encima de la línea base

Schindler y Horner (2005) también demostraron que las estrategias de comunicación aumentativa, como la enseñanza en comunicación funcional, no reducían de forma automática los problemas de conducta en contextos diferentes a aquéllos donde se realizó la enseñanza. Así en tres niños con Autismo (entre 4 y 5 años) se redujo la conducta problemática en un contexto (en el que se había practicado la enseñanza de comunicación funcional), pero continuó en otros tres contextos escolares y en el hogar familiar. Sin embargo cuando se provocaba y reforzaba de forma contingente la respuesta de comunicación aumentativa en esos otros contextos, la conducta también se reducía.

En cuanto a los procedimientos de **extinción**, Fisher y cols. (2004) realizaron un estudio con cuatro personas con discapacidad intelectual y conductas destructivas mantenidas por la obtención de interacción con adultos. La intervención consistió en ofrecer atención y acceso a ítems de alto interés de forma no contingente combinado con la extinción de la conducta problemática. Ello dio lugar a una rápida reducción de la conducta destructiva y de una forma diferencialmente más efectiva que la extinción sola.

La técnica de **refuerzo no contingente** se encuentra ampliamente avalada por la investigación en las personas con discapacidades del desarrollo (Carr y cols., 2000; Carr y LeBlanc, 2006). Un estudio realizado por Long y cols., (2005) demostró que el

acceso a ítems de alto interés para la persona puede dar lugar a una reducción en la frecuencia de la conducta problemática mantenida por refuerzo automático y por la conducta cuya función es la evitación durante las rutinas de higiene. El acceso a esos ítems de forma no contingente reduce la conducta ya que el contexto de demanda se vuelve menos aversivo.

Realmente esta técnica consiste en identificar el refuerzo que mantiene la conducta problemática y proporcionarlo con independencia de que tenga lugar o no la conducta. Este tipo de técnica ha sido utilizado para conductas problemáticas mantenidas por evitación de instrucciones (O'Callaghan, Allen, Powell y Salama, 2006), atención (Hanley, Piazza y Fisher, 1997), acceso a objetos (Hagopian, Wilson y Wilder, 2001) refuerzo automático (Roane, Kelly, y Fisher, 2003) y para conductas mantenidas por varios propósitos (Kodak, Miltenberger, y Romaniuk, 2003). Además se ha demostrado que esta técnica es eficaz en diferentes topografías de conducta incluyendo la autolesión (Vollmer y cols., 1993), agresión (Lalli, Casey y Kates, 1997), estereotipia (Britton, Carr, Landaburu y Romick, 2002), pica (Piazza y cols., 1998), disrupción (Fisher, Ninness, Piazza y Owen-DeSchryver, 1996), y discurso extraño (Lancaster y cols., 2004). Cuando el refuerzo no contingente se incluye en una intervención múltiple, potencia la eficacia de otras estrategias, como la extinción (Vollmer y cols., 1998), la enseñanza de comunicación funcional (Hagopian y cols., 2001) y el coste de respuesta (Falcomata, Roane, Hovanetz, Kettering y Keeney, 2004).

Además de estos efectos aparentemente robustos y generales, el refuerzo no contingente ofrece varios beneficios (Carr y Severtson, 2005), a saber: reduce la probabilidad de obtener efectos colaterales inducidos por la extinción como los que se obtienen con otros procedimientos como el refuerzo de otras conductas con tasa cero (DRO) Vollmer y cols., 1993) y extinción (Vollmer y cols., 1998). Además, la disminución de la probabilidad de estos efectos es notable porque altera la relación

respuesta-reforzador, de un modo similar a la extinción. En segundo lugar, puede ser más fácil de aplicar que otros procedimientos de reducción como la DRO (Vollmer y cols., 1993), aunque esto aún no se ha confirmado empíricamente. En tercer lugar, esta técnica se ha visto asociada a aumentos en el comportamiento apropiado (Coleman y Holmes, 1998; Kodak y cols., 2003; Roane, Fisher y Sgro, 2001).

En definitiva, las pruebas que apoyan la eficacia general del refuerzo no contingente en el tratamiento funcional de los diversos problemas de conducta, junto con sus otras ventajas, lo convierten en una intervención clínica eficaz.

Shogren y cols., (2004) ofrecen una excelente revisión sobre la estrategia de intervención consistente en **realizar elecciones**. Estos autores examinan 13 estudios con dos tipos diferentes de elección: en unos la persona puede elegir el orden en que puede realizar la tarea; y en otros puede elegir una tarea entre dos. La revisión indica que permitir a las personas con discapacidad intelectual realizar elecciones reduce el comportamiento problemático respecto a la línea base. Es más, este tipo de intervención está asociada a una mayor reducción cuando la conducta es agresiva que cuando no lo es. Estos estudios sugieren que cuando la persona con discapacidad incrementa su autodeterminación los problemas de conducta se reducen.

En la Tabla 18 resumimos los estudios anteriormente mencionados que han mostrado su eficacia dentro de la corriente conductual.

Tabla 18. Intervenciones conductuales para el manejo de conductas problemáticas

Tipo de estrategia	Autores y año	Resultados
Enseñanza de comunicación funcional	Peterson y cols., 2005	Utilizada en las tareas educativas puede por sí sola reducir la frecuencia de la conducta problemática pero aumenta las peticiones de evitación de la tarea. La combinación de esta estrategia con un incremento de la motivación hacia la tarea incrementa la orientación a la tarea sin aumentar la conducta problemática.
	Schindler y Horner, 2005	Reduce de forma automática los problemas de conducta en aquellos donde se realizó la enseñanza.
	Mildon y cols., 2004	Junto con evitación no contingente reduce la conducta disruptiva a un nivel cercano a cero aumentando la conformidad con la tarea y respuesta verbal apropiada en niveles significativos
Extinción	Fisher y cols., 2004	Por sí tiene eficacia, pero cuando se combina con ofrecer atención y acceso a ítems de alto interés de forma no contingente es mucho más efectiva en la reducción de la conducta destructiva que la extinción sola
Refuerzo no contingente	Long y cols., 2005	El acceso a esos ítems de forma no contingente reduce la conducta mantenida por refuerzo automático y por la conducta cuya función es la evitación durante las rutinas de higiene ya que el contexto de demanda se vuelve menos aversivo
	O'Callaghan, Allen, Powell y Salama, 2006	Reducción clínicamente significativa de la conducta disruptiva física con la evitación no contingente para la evitación de intervención bucodental
	Hanley, Piazza y Fisher, 1997	Encuentran que tanto la atención no contingente como el acceso de forma no contingente a ítems tangibles hallados como deseados hacen que se reduzca la conducta destructiva cuando ésta estaba mantenida por atención.
	Hagopian, Wilson y Wilder, 2001	El refuerzo no contingente de atención y acceso a ítems tangibles redujo un 96% la conducta de evitación mantenida por refuerzo negativo
	Roane, Kelly y Fisher, 2003	Evaluaron los efectos de proporcionar el acceso a los estímulos (alimentos) de forma no contingente. Los resultados mostraron que el tratamiento fue eficaz en la reducción de la conducta fuera un laboratorio.
Realizar elecciones	Shogren y cols., 2004	Asociado a la reducción de la conducta problemática en general y con mayor eficacia cuando es agresión

A la vista de lo expuesto en este capítulo, es posible afirmar que la evaluación de la conducta problemática además de permitirnos conocer qué factores están asociados a la misma es la base sobre la que debe plantearse la intervención. Por tanto ambas deben ir entrelazadas si se quieren abordar de forma eficaz. Es decir

independientemente de que se deba actuar con rapidez cuando tiene lugar el episodio problemático para reducir los posibles riesgos inmediatos, es necesario llevar a cabo un proceso mucho más reflexivo. Con la evaluación funcional se pretende comprender e hipotetizar la/s probable/s causa/s del comportamiento para así orientar de forma más eficaz la intervención. Como hemos visto, el modelo conductual ha tenido y sigue teniendo un peso importante, junto con la psicofarmacología. Desde ambas disciplinas se interviene con diferentes estrategias. Pero no sólo es necesario combinar diferentes estrategias procedentes de una misma disciplina sino que, como hemos visto en el apartado de psicofarmacología, la medicación psicotrópica por sí sola, al igual que muchas veces la intervención conductual, no es del todo eficaz.

Tratando de acentuar la importancia de un tratamiento integral y basado en la evaluación ya en 1989 Bailey y Pyles propusieron un sistema diagnóstico para evaluar la conducta problemática en personas con discapacidad que requería el análisis sistemático de distintas variables (p. e., médicas, físicas, funcionales) a través de métodos directos e indirectos de observación. Posteriormente, Pyles, Muniz, Cade y Silva (1997) ampliaron este modelo incluyendo la salud mental y el tratamiento como las variables fundamentales a considerar en la investigación de la conducta problemática. La revisión de este sistema ha sido denominado el Howe Developmental Center Paradigm (HDC) y se caracteriza por utilizar un organigrama para representar a las diferentes contribuciones de las principales disciplinas que integran un equipo de intervención interdisciplinar. Dicho organigrama, como se indica en la Figura 13, guía el proceso de evaluación y formulación de hipótesis para determinar si una conducta problemática está siendo mantenida por aspectos médico/físicos, psiquiátricos y/o ambientales. El proceso comienza con la evaluación médica del problema para descartar factores médicos o físicos que produzcan malestar, antes de llevar a cabo una evaluación funcional de los determinantes ambientales de la conducta problemática. Ambas evaluaciones son siempre previas a la valoración de la salud

mental. Teniendo en cuenta que una conducta problemática puede tener múltiples funciones, el organigrama del proceso incluye bucles de decisión que permiten una evaluación más detallada. El modelo HDC constituye un sistema de evaluación altamente estructurado que permite disponer de un juicio clínico para priorizar o establecer intervenciones y que permite relacionar dichas intervenciones con los resultados de la evaluación.

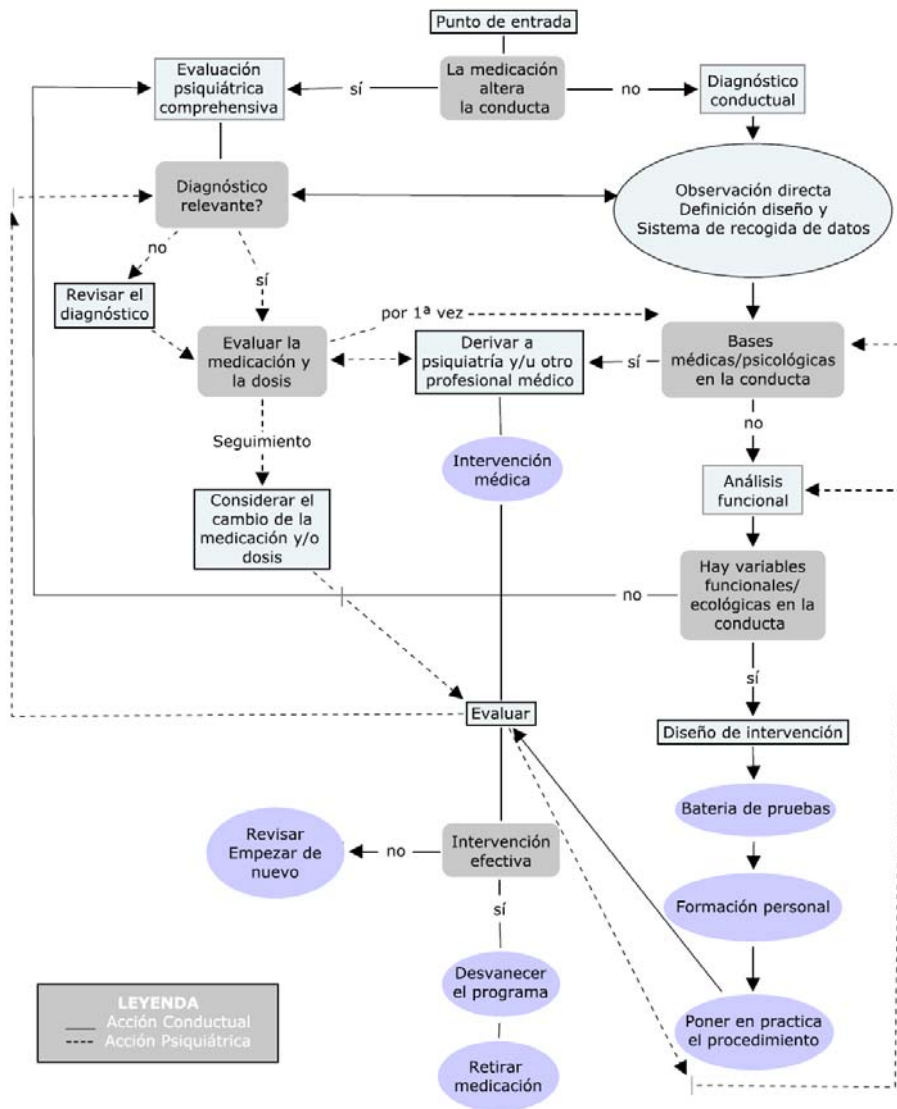


Figura 13. Proceso de evaluación y formulación de hipótesis

Por tanto está claro que dada la complejidad de la conducta problemática, ésta debe ser abordada desde diferentes perspectivas y contando con diferentes elementos dentro de cada una. Así pues, coincidimos con Dosen (2007) quien indica que una buena intervención integral debe apoyarse en cuatro dimensiones (biológica, psicológica, social y de desarrollo), mediante la cooperación y coordinación de diferentes profesionales como psiquiatras, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, enfermeras, y dentro de lo posible, los cuidadores de la persona. La dimensión del desarrollo recibe una especial atención por este autor, quien la incluye en el diagnóstico y la intervención. Así la intervención que hasta ahora era bio-psico-social forma un todo en un nuevo contexto, adaptado a la persona con discapacidad intelectual. Esta dimensión sirve de punto de partida para definir los objetivos de intervención. El desarrollo personal y en particular el desarrollo emocional, juegan un papel importante en este planteamiento. Bajo este punto de vista, y más específicamente ante un diagnóstico dual, la intervención integral no debe centrarse en los síntomas sino en restaurar el bienestar mental.

4 CAPÍTULO. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMÁTICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN CONTEXTOS RESIDENCIALES

A lo largo de los diferentes capítulos hemos visto cómo el comportamiento problemático ha sido considerado como un estado asociado a las personas con discapacidad intelectual. Incluso, debido a su complejidad y al desconocimiento científico, esta conducta se ha considerado toda por un igual. Así, existe una insuficiente evidencia empírica acerca de las variables asociadas a su presencia o sobre los efectos de un problema añadido, como sucede en el caso de la presencia de un diagnóstico dual.

A pesar de que la ciencia ha ido avanzando, de que la discapacidad intelectual ha pasado de abordarse desde un enfoque centrado en la persona a otro más social, lo que ha mejorado el trato que recibe la persona afectada, aún queda un largo camino por recorrer. De entre los pasos dados en este camino se encuentran los estudios sobre la prevalencia de la conducta problemática. Dichos estudios permiten arrojar luz sobre la validez general de las formulaciones teóricas diseñadas para explicar la aparición y mantenimiento de la conducta problemática, y sobre los factores a incluir para fortalecer la validez predictiva de las teorías (Emerson, 1995). Desde un punto de vista práctico, puede llevar a un cambio en la provisión de servicios y ayudar a los profesionales a entender las variables que predisponen, disparan o mantienen la conducta problemática. En otras palabras, puede ayudar a los profesionales a considerar la conducta problemática como un reto profesional en lugar de cómo un desafío personal.

El comportamiento problemático supone un esfuerzo sobreañadido para los profesionales que proporcionan apoyo directo, o los cuidadores primarios.

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

La prevalencia de la conducta problemática tiene implicaciones para planificar la formación de futuros profesionales, profesionales en ejercicio y padres, así como para la provisión de servicios, ya sea en los hogares familiares o donde quiera que ocurra dicha conducta con mayor probabilidad. Por ello, la investigación de la prevalencia del comportamiento problemático, y los factores asociados a ellos es de gran relevancia desde un punto de vista práctico (Crocker y cols., 2006; Qureshi, 1994).

Sin embargo los estudios de prevalencia existentes se basan en muestras pequeñas, o bien los datos disponibles se limitan a un pequeño número de variables directamente relacionadas con la conducta problemática. Por ello, la información que proporcionan es escasa, tanto de las características de la persona con discapacidad como de la conducta problemática o de las variables ambientales. A nivel nacional los estudios son más bien escasos y en muchos de los estudios internacionales no es posible comparar los resultados dadas las diferencias metodológicas empleadas. Nuestro estudio sigue la metodología diseñada por el Hester Adrian Research Centre (HARC) con una muestra amplia en el Reino Unido. Esta

metodología ha sido igualmente replicada en Hedmark con población noruega, por lo que esperamos que nuestros resultados contribuyan a aportar luz sobre la conducta problemática en nuestro contexto.

4.1 Objetivos

Partiendo de un modelo cognitivo-conductual, que entiende la conducta como el resultado de la interacción de variables orgánicas y ambientales (antecedentes o consecuentes), creemos que para explicar el comportamiento problemático hemos de tener en cuenta no sólo cada variable por separado, sino también dicha interacción. Además y desde una perspectiva biopsicosocial, hemos analizado factores contextuales (sociales), físico (estado) y psicológicos (trastornos, estado emocional, conductas...) que pueden influir en la explicación de la conducta problemática.

Para nuestro estudio hemos contado con una muestra amplia de personas con discapacidad intelectual a partir de la cual se ha realizado un cribado para identificar a aquéllas que, de acuerdo a la información proporcionada por los profesionales de los servicios donde reciben apoyos, presentan un comportamiento problemático severo. Este comportamiento puede variar a su vez en cuanto a su frecuencia, intensidad o gravedad. Todos los análisis relacionados con los factores asociados a la conducta problemática se han realizado con esta submuestra.

El objetivo general de este proyecto es avanzar en la investigación de los factores asociados a la conducta problemática, al analizar desde una perspectiva multicausal, y utilizando instrumentos de evaluación validados en otras investigaciones, los posibles vínculos entre diferentes variables personales y ambientales. Este objetivo general se traduce en los siguientes objetivos específicos:

1. Evaluar la prevalencia total de la conducta problema en personas con discapacidad intelectual en centros residenciales y ocupacionales de la red pública de Castilla-La Mancha y la prevalencia específica de acuerdo a las distintas topografías clasificadas por Emerson y cols. (1995, 2001). Dichas topografías que han venido exponiéndose a lo largo de los diferentes capítulos, aluden a: conducta agresiva, conducta autolesiva, conducta estereotipada, conducta destructiva y otros problemas de conducta (berrinches, conducta sexual inapropiada, rabietas, hurtos, manipulación de heces, entre otras).
2. Evaluar los factores antecedentes y consecuentes que ayudan a explicar la aparición y mantenimiento de los problemas de conducta.
3. Evaluar los factores que mejor predicen cada una de las conductas problemáticas previamente mencionadas.
4. Extraer dimensiones o factores del cuestionario individual relacionados con variables personales (habilidades y estado físico) y con la conducta problema y contrastar las propiedades psicométricas de las escalas obtenidas.

4.2 Hipótesis

Nuestras hipótesis se fundamentan en estudios previos realizados con este mismo tipo de población, por lo que creemos que encontraremos:

1. Un porcentaje de prevalencia cercano al encontrado en estudios realizados con muestras amplias y que tienen en cuenta diferentes tipos de conducta problemática, es decir una prevalencia cercana o superior al 10%.
2. Considerando que, como hemos dicho en capítulos anteriores, la conducta problemática tiene un propósito para quien la realiza y que éste puede ser expresado a través de diferentes tipos de conducta, predecimos que la

- persona con conducta problemática utilizará diferentes formas de comportamiento problemático y no sólo una topografía.
3. Así mismo, y en la línea de lo encontrado en estudios previos, esperamos encontrar una mayor presencia de conductas agresivas en las personas con más nivel en habilidades y de conductas autolesivas en las de menos nivel de habilidades o con síndromes asociados.
 4. En relación a las variables organísmicas, predecimos la existencia de una relación inversa entre habilidades adaptativas y conducta problemática. Así, a menos habilidades mayor conducta problemática.
 - a. A menor capacidad física, aumentará la probabilidad de conductas autolesivas frente a heteroagresivas.
 - b. Aún en presencia de déficit, cuanto mayores sean las capacidades físicas y habilidades adaptativas, mayor será la probabilidad de que la conducta problemática vaya dirigida a otros.
 5. En relación a las variables ambientales, esperamos encontrar un mayor porcentaje de personas con discapacidad que presentan conducta problemática en servicios menos integradores, mientras que en servicios mas integradores (como centro ocupacional o viviendas tuteladas) habrá menos comportamiento problemático.
 6. Es probable que a mayor número de usuarios en un servicio (debido a tener que compartir más espacios, una atención de los profesionales más repartida o presencia de normas más estrictas) se produzca mayor presencia de comportamiento problemático.
 - a. La institucionalización se encontrará asociada a una mayor conducta problemática.
 7. La conducta problemática será predicha por una combinación de variables internas o personales (capacidades, habilidades) y externas (contexto).

8. Es posible obtener medidas fiables de la conducta problemática y de variables personales asociadas.

4.3 Método

4.3.1 Participantes

El estudio se ha llevado a cabo gracias a la colaboración de los profesionales de centros de la red pública de Castilla-La Mancha adscritos a un convenio entre la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y la Universidad de Salamanca. Estos centros tienen en común el ofrecer un servicio residencial que puede consistir en una vivienda tutelada, una residencia pequeña o un centro residencial. Alguno de ellos además dispone de servicio ocupacional, escolar o centro de día. En total ofrecen servicio a 1.363 personas con discapacidad intelectual. De entre estos usuarios, el proceso de cribado llevado a cabo con el cuestionario de contexto (qué posteriormente se detallará) indicó que 249 usuarios manifestaban conducta problemática. Sin embargo en algunos de ellos su consideración era dudosa por lo que finalmente se rellenaron 229 cuestionarios individuales (detallado en el apartado de instrumentos). De éstos, cinco fueron invalidados por diferentes motivos (traslado del usuario a otra comunidad, fallecimiento, o repetición de datos al compartir dos servicios). Por lo tanto, la muestra final de usuarios con conducta problemática quedó establecida en 224. Ello se traduce en una prevalencia general del comportamiento problemático de 16,43%.

En la Tabla 19 se incluyen datos relativos a los centros visitados. Como se puede observar, la prevalencia más alta se encuentra en los centros donde el servicio de vivienda consiste en un centro residencial denominado Centro de Atención a Personas con Discapacidad (CADP), a excepción del Centro Guadiana que, aunque comparte las mismas características físicas que los CADP, cuenta con una baja prevalencia de

conducta problemática. Los centros con prevalencia alrededor del 10% tienen un gran número de usuarios en centros ocupacionales, a excepción del centro anteriormente mencionado (Guadiana).

Tabla 19. Prevalencia de conducta problemática por Centro

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

4.3.2 Instrumentos

Para realizar el estudio se han adaptado dos cuestionarios facilitados por el HARC de la Universidad de Manchester. El equipo de investigadores formado por Emerson, Alborz, Kiernan, Mason, Reeves, Swarbrick y Mason (1988-1995), desarrollaron una serie de proyectos interrelacionados para analizar varios aspectos de la conducta problemática manifestada por las personas con discapacidad intelectual. En 1988 llevaron a cabo un estudio epidemiológico a gran escala de las personas atendidas en siete de las áreas de las Autoridades de Salud del Distrito en el Noreste de Inglaterra. Dicho estudio fue replicado en 1995 aumentando distritos con el fin de ver la incidencia. Los cuestionarios originales proporcionados por Emerson fueron traducidos y adaptados a las características de los servicios españoles, por la autora de la presente Tesis Doctoral, siendo necesarias muy pocas modificaciones.

a. Cuestionario del contexto

El cuestionario del contexto (Kiernam y Qureshi, 1986) fue desarrollado en un estudio piloto y diseñado para identificar a personas con discapacidad en el aprendizaje que presentan conducta problemática (Kiernam y Qureshi, 1986). El cuestionario permitió identificar a aquellas personas que requerían especial provisión de servicios en términos de personal, seguridad u otro tipo de recursos. También a aquéllos cuyas conductas habían causado lesión sobre ellos mismos o sobre otros, daños o destrucción en el ambiente o interrupciones sociales graves que afectaban a la calidad de vida de otros. El cuestionario también identificó a las personas cuyas conductas estaban controladas por alguna característica del ambiente que podía evitar o reducir tales consecuencias. En esos estudios se realizaron procesos de cribado que consiguieron niveles de fiabilidad aceptables. Un coeficiente de Kappa de 0,71 en los contextos de servicios sociales y de 0,62 en los hospitales.

Este cuestionario es completado en nuestro estudio por diferentes profesionales de cada entidad, siendo común que cada entidad disponga de varios servicios. El cuestionario recoge información de toda la entidad en general como: tipo de servicio/s que ofrece (centro residencial, vivienda tutelada, residencia pequeña, centro de día, centro ocupacional), tipo de gestión (pública, privada, concertada), número de plazas (pensionistas, medio pensionistas), número de usuarios (distribuidos por sexo y edades). Posteriormente recoge esta misma información por cada servicio específico que ofrece, junto a información acerca del esfuerzo que supone para los profesionales ofrecer apoyo dependiendo de la movilidad de los usuarios, sus habilidades de comunicación, presencia de epilepsia o grado de autonomía (reflejado en si tienen o no control de esfínteres, el control del dinero, alimentación, etc.). Además, identifica si en el pasado mes algún usuario presentó conducta problemática. Esta información se consigue a través de preguntas como:

- Características físicas del contexto que han sido diseñadas para prevenir o reducir daños a la persona o al equipo en cuestión, como puertas o ventanas especiales, material para proteger el mobiliario, lugares diseñados especialmente para personas que comienzan a presentar conductas agresivas o destructivas.
- Existencia de un lugar restringido para determinados usuarios.
- Usuarios del servicio que han provocado daños en el contexto físico o el mobiliario.
- Usuarios que se han marchado del servicio cuando no debían y sin previo aviso.
- Usuarios que han utilizado un lugar específico para calmarse cuando comienza la conducta problemática.
- Usuarios que se han lesionado a sí mismos o a otros en el pasado mes.
- Si algún usuario se ha causado a sí mismo, o a otros, lesiones serias hace más de un mes o si aún se considera que es probable que pueda suceder.
- Usuarios que por sus conductas influyen en la calidad de vida de otros de forma continua.

A medida que los profesionales van contestando a cada uno de estos apartados, también han de indicar usuarios concretos que han alterado el contexto de alguna u otra forma. Esto hace que al finalizar el cuestionario se haya mencionado, (si se producen conductas problemáticas graves en el centro), a un número de diferentes usuarios. Es decir, permite realizar un cribado a través de la reflexión de diferentes profesionales y de los acontecimientos de los últimos meses. En el Anexo 1 se incluyen ejemplos de ítems de este cuestionario.

b. Cuestionario Individual

El cuestionario individual (Alborz y cols., 1994) fue utilizado en los distritos del Reino Unido como seguimiento al cuestionario del contexto, o como instrumento de investigación principal en aquellos distritos que se añadieron en la segunda fase de la investigación. El cuestionario recoge información sobre las habilidades y características

de las personas identificadas en el estudio realizado por el HARC en 1988. Se analizó la fiabilidad interjueces e inter-evaluadores en los contextos de los servicios sociales y en un hospital de larga estancia. En ambos, el proceso de investigación se repitió por entrevistadores diferentes con profesionales diferentes en el mismo contexto. En ocho contextos de servicios sociales se realizaron entrevistas a 280 usuarios aproximadamente. Los análisis de los datos concernientes a variables clave como movilidad, comunicación expresiva y receptiva, habilidades de autocuidado, y ocurrencia y frecuencia de episodios, alcanzaron niveles satisfactorios de fiabilidad (correlaciones entre 0,76 y 0,89). Otras variables, incluyendo lectura, escritura y manejo del dinero y conducta social con personas conocidas o desconocidas obtuvieron también niveles satisfactorios (de 0,67 a 0,76).

La información que proporciona el cuestionario individual se distribuye en tres grandes secciones. La primera parte incluye características personales como edad, género, etnia, estado civil, residencia y ocupación durante el día. Además recoge información sobre:

- la trayectoria del usuario por los diferentes servicios de día y/o residenciales.
- El nivel de funcionamiento intelectual y físico, además de habilidades sociales, domésticas y cuidado personal.
- La presencia de diagnóstico de Autismo u otro problema de salud mental.
- La ocurrencia de conductas de estereotipia.

La segunda parte contiene cuatro secciones, codificadas por color, relacionados con ataques físicos o agresividad (color azul), autolesiones (color amarillo), destrucción (color verde) y una categoría general de otras dificultades (color rosa). En esta última se incluyen once conductas: disconformidad, rabietas, robo o hurto, desnudarse, fugarse, hiperactividad, acoso repetitivo, untar con heces o manipularlas, chillidos frecuentes y prolongados, berrinches y conductas sexuales

inadecuadas socialmente. Los informadores han de completar estas secciones si la persona muestra esas formas de conductas con tal alcance que pueden ser consideradas un problema serio o que requiere control. Así pues, en esta segunda parte se recoge información sobre:

- Formas específicas de conducta problemática, su frecuencia, circunstancias y nivel de intervención requerido para controlar el incidente.
- Estrategias reactivas empleadas para controlar los episodios.
- Los programas de tratamiento empleados para prevenir o reducir la ocurrencias de las conducta problemática de las personas.
- Las consecuencias de las conductas de las personas sobre sí mismas, los profesionales u otros usuarios de los servicios en términos de daño físico, además de si la persona supone un peligro físico.
- Las reacciones emocionales de los profesionales y otros residentes ante la conducta.
- Las creencias de los profesionales sobre las causas de la conducta.

La tercera parte va dirigida a identificar los aspectos generales de las conductas problemáticas de las personas e incluye preguntas como:

- Clasificación general del nivel de demanda impuesto por la persona con conducta problemática.
- Naturaleza de la demanda.
- La frecuencia total de la conducta problemática.
- Las consecuencias generales de la conducta problemática de las personas en relación con la disrupción en el contexto, trabajo para los profesionales y afectación en las actividades de las personas.
- Las opiniones de los profesionales respecto a la adecuación de los contextos y la efectividad de los servicios proporcionados dentro del contexto.

- Fuentes de estrés de los profesionales.
- Gestión de la situación y planes clave de trabajo.
- Tratamiento conductual.
- Medicación.
- Contacto con profesionales y otros profesionales de apoyo.

Este cuestionario sólo se rellena para los usuarios que han sido identificados en el cuestionario del contexto como personas que presentan o han presentado conductas problemáticas en el servicio en el último mes. Al igual que en el cuestionario del contexto, la información se obtiene a través de los profesionales que tienen un buen conocimiento de la persona con discapacidad. En el Anexo 2 se incluyen ítems de este cuestionario.

Además este cuestionario es coherente con los criterios actuales utilizados específicamente para este colectivo y recogidos en el manual DC-LD (2001), ya mencionado en capítulos anteriores.

1) *Análisis preliminares: Construcción de una escala breve de estado físico y habilidades*

Dada la extensión de los instrumentos aplicados, otro de los objetivos de la presente Tesis Doctoral fue construir un instrumento que nos permitiera evaluar con brevedad y con las adecuadas propiedades psicométricas, variables personales (organísmicas) asociadas al individuo y que pudieran afectar a la valoración de los estímulos externos.

Para ello comenzamos por determinar la fiabilidad de las diferentes escalas comenzando por la escala de Estado físico. Como puede verse en la Tabla 20, los coeficientes de correlación ítem-total corregidos evidencian que cuatro de los 6 ítems presentan una baja fiabilidad y que la consistencia interna de la escala es igualmente

baja. Es importante indicar que para estos análisis se eliminó el ítem 24b, por no ser una escala tipo Likert con una graduación equivalente a las anteriores. La consistencia total de la escala fue de Alfa= 0,37.

Tabla 20. Estadísticos Item-Total (Escala de Estado Físico)

	Media corregida	Varianza corregida	Correlación corregida	Alfa corregida
EF22AN4	6,92	4,26	0,11	0,36
EF22BN4	7,05	4,55	-0,03	0,39
EF24BN2	6,62	3,61	0,02	0,46
EF21	6,46	3,67	0,05	0,42
EF23	6,69	2,98	0,38	0,17
EF24A	6,71	2,37	0,52	-0,01

Ello nos llevó a seleccionar únicamente los ítems 23 y 24a. Los análisis de fiabilidad indicaron la existencia de unas correlaciones corregidas ítem-total superiores a 0,50, y un alfa = 0,69, lo que puede considerarse satisfactorio.

En segundo lugar, y respecto a la escala de Autocuidado y Habilidades prácticas, Tabla 21, los análisis evidenciaron adecuados niveles de homogeneidad corregida para cada uno de los 9 ítems, así como un alfa de 0,90 para el total de la escala. Decidimos por ello mantener todos los ítems para análisis adicionales.

Tabla 21. Estadísticos Item-Total (Autocuidado y Habilidades prácticas)

	Media corregida	Varianza corregida	Correlación corregida	Alfa corregida
AYHP25A	26,18	64,84	0,56	0,90
AYHP25B	25,55	59,44	0,77	0,88
AYHP25C	25,78	61,39	0,70	0,89
AYHP25D	25,11	58,03	0,81	0,88
AYHP26	25,78	67,05	0,44	0,90
AYHP27	24,83	58,35	0,83	0,88
AYHP29	22,38	46,33	0,78	0,89
AYHP30	22,93	51,75	0,78	0,88
AYHP28	24,84	63,82	0,60	0,89

En tercer lugar, y respecto a la subescala de Habilidades de Comunicación, Tabla 22, y de un modo similar a lo ocurrido en la anterior subescala, los cuatro ítems de que se compone mostraron adecuados índices de homocedasticidad, y la escala globalmente considerada obtuvo un alfa de 0,91.

Tabla 22. Estadísticos Item-Total (Habilidades de Comunicación)

	Media corregida	Varianza corregida	Correlación corregida	Alfa corregida
HDC31	6,13	13,28	0,83	0,89
HDC32	6,26	13,67	0,86	0,86
HDC33	6,47	17,82	0,84	0,88
HDC34	6,56	19,26	0,82	0,90

En cuarto lugar y respecto a la escala de Habilidades Sociales, los análisis efectuados con los seis ítems de que se compone la escala, como se puede ver en la Tabla 23, tras eliminar los valores 6 y 3 de los ítems 38 y 39, respectivamente, indicaron la presencia de algunos ítems con baja consistencia ítem-total. Concretamente, los ítems 39 y 40, y una consistencia interna Alfa =0,48.

Tabla 23. Estadísticos Item-Total (Habilidades Sociales)

	Media corregida	Varianza corregida	Correlación corregida	Alfa corregida
HS35	13,66	13,37	0,58	0,31
HS36	13,71	13,76	0,48	0,34
HS37	12,75	14,08	0,52	0,34
HS38N6	12,88	12,24	0,48	0,30
HS39N3	13,83	18,52	-0,20	0,51
HS40	12,18	12,07	-0,02	0,80

Ello nos llevó a la eliminación de dichos ítems en posteriores análisis. Los índices de homogeneidad corregida y de consistencia interna de la escala fueron en este segundo paso (Tabla 24) ampliamente satisfactorios, con un alfa total de 0,86.

Tabla 24. Estadísticos Item-Total (Habilidades Sociales, Ítems seleccionados)

	Media corregida	Varianza corregida	Correlación corregida	Alfa corregida
HS35	8,29	7,30	0,81	0,78
HS36	8,34	7,36	0,74	0,81
HS37	7,39	8,70	0,65	0,85
HS38N6	7,49	6,46	0,68	0,85

Una vez computados los totales de cada una de las subescalas tal y como quedaron configuradas tras eliminar los ítems con baja fiabilidad, procedimos a realizar las correlaciones entre las diferentes subescalas. Los análisis indicaron la existencia de correlaciones significativas y positivas entre las diferentes escalas. Dichas correlaciones son de intensidad media, lo que indica que se trata de aspectos relacionados pero relativamente independientes como puede verse en la Tabla 25.

Tabla 25. Correlaciones entre las subescalas corregidas del Cuestionario Individual

	Estado físico	Autocuidado y HH. Prácticas	Habilidades Comunicación	Habilidades Sociales
Estado físico	1	,513**	,598**	,444**
Autocuidado y HH. Prácticas		1	,652**	,551**
Habilidades de Comunicación			1	,614**
Habilidades sociales				1

** signif. Con $p < 0.01$ (2-colas).

En definitiva, y tras analizar las agrupaciones de los diferentes ítems en el apartado relacionado con el estado físico y las habilidades de los participantes, es posible contar con una escala compuesta por 19 ítems. El análisis de la escala construida indica una elevada consistencia interna de la escala (véase Tabla 26), con un $\alpha = 0,95$. En la Tabla 27 se adjuntan los baremos de la escala.

Tabla 26. Estadísticos Item-Total (Escala de Estado Físico y Habilidades)

	Media corregida	Varianza corregida	Correlación corregida	Alfa corregida	Media corregida
EF21	47,24	285,71	0,09	0,07	0,95
EF24A	47,24	270,57	0,56	0,57	0,94
AYHP25A	47,02	269,25	0,63	0,60	0,94
AYHP25B	46,38	259,07	0,80	0,79	0,94
AYHP25C	46,62	263,55	0,74	0,76	0,94
AYHP25D	46,01	258,43	0,78	0,74	0,94
AYHP26	46,64	274,70	0,50	0,39	0,94
AYHP27	45,71	258,92	0,78	0,78	0,94
AYHP29	43,32	236,85	0,69	0,88	0,94
AYHP30	43,89	247,62	0,68	0,89	0,94
AYHP28	45,65	267,77	0,63	0,56	0,94
HDC31	46,33	240,13	0,76	0,78	0,94
HDC32	46,51	243,40	0,75	0,80	0,94
HDC33	46,81	256,32	0,82	0,82	0,94
HDC34	46,89	261,86	0,76	0,78	0,94
HS35	46,53	259,89	0,80	0,85	0,94
HS36	46,49	260,12	0,76	0,81	0,94
HS37	45,70	270,71	0,61	0,59	0,94
HS38	45,6889	255,5294	,7422	,6983	,9369

Tabla 27. Baremos del cuestionario de Estado Físico y Habilidades (N=224)

	Estado físico	Habilidades sociales	Autocuidado y HH. Practicas	HH. de Comunicación	Total
Media	3,30	10,63	27,75	9,60	51,26
D.T.	1,96	3,69	8,56	5,98	17,46
Percentiles					
5	2,00	5,00	11,00	4,00	24,00
10	2,00	6,00	13,50	4,00	28,50
15	2,00	7,00	17,00	4,00	32,00
20	2,00	7,00	20,00	4,00	34,00
25	2,00	8,00	22,00	4,00	38,00
30	2,00	8,00	24,00	4,50	40,00
35	2,00	9,00	25,75	5,00	42,00
40	2,00	9,00	28,00	5,00	44,00
45	2,00	10,00	28,25	6,00	46,25
50	2,00	10,00	29,50	7,00	48,50
55	3,00	11,00	31,00	8,00	53,00
60	3,00	11,00	32,00	9,00	57,00
65	3,00	12,00	33,00	12,00	59,00
70	3,00	13,00	34,00	14,00	64,00
75	4,00	14,00	35,00	15,00	66,00
80	5,00	14,00	36,00	17,00	69,00
85	5,00	15,00	36,00	18,00	72,25
90	6,00	17,00	37,00	19,00	76,00
95	7,00	17,00	39,00	20,00	80,00
99	10,00	17,00	41,00	21,00	84,00

2) *Análisis psicométrico de las escalas de comportamientos problemáticas*

Tras este primer grupo de análisis, dado que las escalas de conductas problemáticas contienen un elevado número de ítems, procedimos a determinar la posible existencia de agrupaciones (p.e., factores) de ítems, para obtener una solución más parsimoniosa, para cada una de las escalas. Dado que cada una de ellas analizan una conducta problemática específica, optamos por analizar separadamente cada subescala.

Así, comenzamos por la Escala de Conducta Agresiva. El análisis de las correlaciones ítem-total nos llevó a eliminar los ítems A9 y A10, por su baja correlación con el total de la escala. Tras esta depuración inicial, la consistencia interna de la escala fue de Alfa= 0,54. Con los ocho ítems restantes, llevamos a cabo un análisis factorial por el método de extracción de Componentes principales con rotación Varimax y criterio de normalización de Kaiser (factores con valores propios superiores a 1.0). Eliminamos del análisis los ítems con pesos factoriales elevados en varios factores simultáneamente. Tras este proceso y la depuración final de la escala que quedó compuesta por seis ítems ($\alpha= 0,46$), tal y como se puede observar en la Tabla 28, el análisis evidenció la existencia de dos factores que explican conjuntamente el 59,4% de la varianza total.

Tabla 28. Varianza total explicada (Análisis Factorial. Escala de conducta agresiva)

Componente	Autovalores Iniciales		
	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	2,172	36,196	36,196
2	1,390	23,166	59,362

El análisis de los pesos de cada ítem en cada uno de los factores resultó en los datos que se presentan en la Tabla 29. Así, se puede observar cómo el primer factor incluye ítems relativos a "agresividad física" ($\alpha= 0,69$) y el segundo agrupa ítems

relacionados con la "agresividad verbal/psicológica" ($\alpha = 0,54$). Por tanto, hemos denominado de tal manera a cada uno de los dos factores extraídos.

Tabla 29. Matriz de componentes (Matriz factorial de la escala de conducta agresiva)

	Componente	
	1	2
arañar a otros	,782	
pellizcar o apretar el cuerpo de otros	,766	
Tirar del pelo a otros	,651	
Morder a otros	,638	
Maldad o crueldad (p.e.: coger objetos o comida de otros, intimidar)		,829
amenazas o insultos verbales		,775

El análisis de las correlaciones entre las habilidades y los factores previamente obtenidos indicaron la existencia de asociaciones significativas y negativas entre agresividad física y las diferentes habilidades, así como entre agresividad verbal y dichas habilidades. Así, teniendo en cuenta que puntuaciones elevadas en habilidades indican menores destrezas, y considerando que mayores puntuaciones en conducta agresiva denotan menos problemas, los resultados muestran que cuantas menos habilidades presente el sujeto, mayor es la agresividad física y menor es la verbal (Tabla 30).

Tabla 30. Correlaciones entre factores de conducta agresiva y habilidades

	F1. Agresividad física	F2. Agresividad verbal/psicológica
Estado físico	-,327**	,354**
Habilidades sociales	-,225*	,415**
Suma de Autocuidado y HH. Practicas	-,416**	,480**
Habilidades de Comunicación	-,266**	,502**

** signif. con $p < 0.01$ (2-colas).; * signif. con $p < 0.05$ (2- colas).

Procedimos entonces a realizar los análisis factoriales con la subescala de 16 ítems de conducta autolesiva, cuya consistencia interna globalmente considerada fue

de $\alpha=0,71$, utilizando el mismo procedimiento antes expuesto. En este caso, los análisis resultaron en una solución de cinco factores, que explican conjuntamente el 61,4% de la varianza, tal y como se detalla en la Tabla 31.

Tabla 31. Varianza total explicada (Análisis Factorial. Escala de conducta autolesiva)

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	3,319	20,742	20,742
2	2,204	13,776	34,518
3	1,583	9,892	44,410
4	1,462	9,139	53,548
5	1,261	7,880	61,428

En la Tabla 32 se ofrecen los pesos factoriales de los distintos ítems en los diferentes factores.

Tabla 32. Matriz de componentes (Matriz factorial de la escala de conducta autolesiva)

	Componente				
	1	2	3	4	5
Se introduce objetos por los orificios del cuerpo (p.e.: en la nariz, oídos, ano, etc)	,785				
Introducir los dedos en el partes abiertas del cuerpo (p.e.: en los ojos, ano, etc)	,681				
Vomita o rumia (de forma deliberada regurgite y mastica la comida que ya había consumido)	,640				
Bebe en exceso (más de 3 litros de líquido al día)	,633				
Se golpea su cuerpo (excepto la cabeza) con su mano o con otra parte del cuerpo (p.e.: darse patadas a sí mismo, darse palmadas en el muslo)		,796			
Se golpea la cabeza con otra parte del cuerpo (p.e.: se da bofetadas en la cara, se da con la rodilla en la frente)		,625			
Se golpea su cuerpo (excepto la cabeza) con o contra objetos (p.e.: golpearse las piernas con un bastón, golpear las paredes)		,619			
Rechina los dientes produciéndole un desgaste de los dientes de abajo		,562			
Se pellizca (tan fuerte que el enrojecimiento de la piel es visible, pudiendo incluso quitarse piel)			,838		
Se araña (tan fuerte que el enrojecimiento de la piel es visible, pudiendo incluso quitarse piel)			,792		
Se arranca el pelo (quitándose mechones)			,477		
Se muerde (tan fuerte que los dientes pueden quedarle marcados en la piel algún tiempo, se produce sangre o pudiendo arrancar un trozo de piel)				,818	
Se golpea la cabeza contra otros objetos (p.e.: se da con la cabeza en la pared, o contra objetos)				,766	
Traga mucho aire y como consecuencia le produce una extensión del estómago					-,687
Come en exceso (hiperfagia)					,579
Pica: se mete en la boca o consume objetos que no debe por razones de salud o higiene (objetos no comestibles como, pelo, papel, colillas, hierba, heces)					,545

Teniendo en cuenta los contenidos de los ítems, y la literatura existente sobre conducta autolesiva, hemos procedido a denominar los factores como sigue (la consistencia interna de cada subescala se indica entre paréntesis):

- Factor 1, compuesto por cuatro ítems relacionados con la introducción de objetos en orificios y partes abiertas del cuerpo, así como con conductas asociadas a beber en exceso o a regurgitar lo consumido. Hemos denominado a este factor: *Autolesión estereotipada sin agitación* ($\alpha= 0,69$).
- Factor 2, compuesto por cuatro ítems relativos a golpearse o a rechinar y desgastarse los dientes. Hemos denominado a este factor *Autolesión estereotipada con agitación* ($\alpha= 0,54$).
- Factor 3, compuesto por tres ítems relacionados con pellizcarse, arañarse, arrancarse el pelo. Hemos denominado a este factor *Autolesión de alto nivel compulsivo* ($\alpha= 0,71$).
- Factor 4, compuesto por dos ítems relacionados con morderse o golpearse la cabeza. Hemos denominado a este factor *Autolesión de alto nivel con agitación* ($\alpha= 0,53$).
- Factor 5, compuesto por tres ítems relacionados con tragar aire, comer, o conducta de pica. Hemos denominado a este factor *Autolesión de Ingesta* ($\alpha= 0,54$).

Esta categorización ofrece apoyo empírico a parte de la propuesta teórica de clasificación de Mace y Mauk (1999) que establecen: autolesión severa extrema que incluirían los factores que hemos denominado autolesión estereotipada sin agitación y la autolesión de ingesta, siendo la característica común una consecuencia interna, alguna de ellas derivando en la producción de lesiones internas, y lo que estos autores denominan autolesión repetitiva y estereotipada que abarcaría lo que nosotros hemos denominado autolesión estereotipada con agitación y autolesión de alto nivel

compulsivo. Estos autores utilizan esta última categoría cuando hay una alta agitación al interrumpir la conducta.

El análisis de las correlaciones entre los diferentes factores extraídos, como refleja la Tabla 33, indicó la existencia de asociaciones entre varios de los factores extraídos. Sin embargo, se aprecia también la ausencia de asociación significativa entre varios de los factores. Ello nos llevó a realizar un análisis factorial de segundo orden.

Tabla 33. Correlaciones entre factores de primer orden de conducta autolesiva

	F1. A-L estereotipada sin agitación	F2. A-L estereotipada con agitación	F3. A-L de alto nivel compulsiva	F4. A-L de alto nivel con agitación	F5. A-L de ingesta
F1. A-L estereotipada sin agitación	1			,297*	
F2. A-L estereotipada con agitación		1	,517**	,487**	
F3. A-L de alto nivel compulsiva			1	,401**	
F4. A-L de alto nivel con agitación				1	,236*
F5. A-L de ingesta					1

** signif. con $p < 0.01$ (2-colas).; * signif. con $p < 0.05$ (2- colas).

Así, en un intento de obtener una solución aún más simplificada de dichas conductas autolesivas, hemos realizado un análisis factorial de segundo orden. En este caso los análisis condujeron a la extracción de dos factores que explican conjuntamente el 60,4% de la varianza, como puede verse en la Tabla 34.

Tabla 34. Varianza total explicada (Análisis Factorial de Segundo Orden. Escala de conducta autolesiva)

Componente	Autovalores iniciales		
	Total		Total
1	1,984	39,675	39,675
2	1,038	20,752	60,426

El análisis de los pesos factoriales de cada factor de primer orden en los factores de segundo orden evidenció, tal y como se expone en la Tabla 35, la existencia de dos factores:

- Factor 1: compuesto por los factores de primer orden 2, 3 y 4. Hemos denominado a dicho Factor *Autolesiones con agitación/compulsiva* ($\alpha= 0,70$).
- Factor 2: compuesto por los factores de primer orden 1 y 5. Lo hemos denominado *Autolesión con Introducción/Ingesta* ($\alpha= 0,54$).

Tabla 35. Matriz de componentes (Matriz factorial de los factores de segundo orden de la escala de conducta autolesiva)

	Componente	
	1	2
F4. A-L de alto nivel con agitacion	,785	
F2. A-L estereotipada con agitacion	,684	
F3. A-L de alto nivel compulsiva	,668	
F1. A-L estereotipada sin agitaci3n		,379
F5. A-L de ingesta		,755

Para finalizar (véase Tabla 36) hemos analizado las correlaciones entre las habilidades y los factores de primer y segundo orden de conducta autolesiva. En este caso hemos encontrado que tan sólo existen asociaciones significativas entre varias de las habilidades y los factores 4 y 5 de autolesiones. Concretamente, los resultados indican que:

- Cuantas mayores son las dificultades en habilidades sociales, más frecuentes son las conductas autolesivas de ingesta (f5)
- Cuantas mayores son las dificultades en habilidades de autocuidado y prácticas, más frecuentes son las autolesiones de alto nivel con agitación (f4)
- Cuantas mayores dificultades en habilidades de comunicación, mayores son las autolesiones de alto nivel con agitación (f4) así como las autolesiones de ingesta (f5).

Tabla 36. Correlaciones entre factores de primer y segundo orden de conducta autolesiva

	F1. AL	F2. AL	F3. AL	F4. AL	F5.AL	F_I_AL	F_II_AL
Estado físico							
Habilidades sociales					-,237*		
Suma de Autocuidado y HH. Practicas				-,341**			
Habilidades de Comunicación				-,332**	-,313**		

** signif. con $p < 0.01$ (2-colas).; * signif. con $p < 0.05$ (2- colas).

Por lo que se refiere a otras conductas problema, procedimos a realizar igualmente un análisis factorial, en un intento de obtener una visión simplificada de agrupaciones de dichas conductas. Optamos en este caso por retener tres factores que explican conjuntamente el 56,9% de la varianza, como vemos en la Tabla 37. La consistencia interna de la escala fue de $\alpha = 0,55$.

Tabla 37. Varianza total explicada (Análisis Factorial. Escala de otras conductas problema)

Componente	Autovalores iniciales		
	Total		Total
1	2,012	25,149	25,149
2	1,460	18,249	43,398
3	1,080	13,499	56,897

En cuanto a los pesos factoriales de los ítems en los diferentes factores, tal y como se detalla en la Tabla 38, es posible identificar tres factores, cuya consistencia interna se indica entre paréntesis:

- Factor 1: incluye Rabietas, quejas y chillidos. Lo hemos denominado: *Rabietas/quejas* ($\alpha = 0,62$).
- Factor 2: incluye ítems relacionados con el acoso, las fugas o desplazamientos sin motivo aparente. Lo hemos denominado *conducta Antisocial* ($\alpha = 0,54$).
- Factor 3: incluye negativismo y desnudarse. Lo hemos denominado *conductas Desafiantes/oposicionistas* ($\alpha = 0,30$).

Tabla 38. Matriz de componentes (Matriz factorial de la escala de otras conductas problemáticas)

	Componente		
	1	2	3
Berrinches	,836		
Rabietas	,806		
Chillidos frecuentes y prolongados, risas, gemidos, quejas u otros ruidos	,565		
Acoso repetitivo		,826	
Fugarse		,650	
Hiperactividad, andar de un lado para otro constantemente sin objetivo determinado		,591	
Disconformidad, negativas a cooperar			,771
Desnudarse			,619

En cuanto a las asociaciones entre dichos factores, como se puede observar en la Tabla 39, existen correlaciones bajas e incluso algunas no significativas entre el factor conducta antisocial y la denominada conducta desafiante. Ello nos llevará a utilizar de modo independiente los tres factores extraídos.

Tabla 39. Correlaciones entre los factores de la escala de otras conductas problemáticas

	F1. Otros problemas rabietas/quejas	F2. Otros problemas antisocial	F3. Otros problemas desafiante
F1. Otros problemas rabietas/quejas	1	,190*	,263**
F2. Otros problemas antisocial		1	
F3. Otros problemas desafiante			1

** signif. con $p < 0.01$ (2-colas); * signif. con $p < 0.05$ (2- colas).

En cuanto a las correlaciones de los tres factores extraídos con las habilidades, en la Tabla 40, se puede observar cómo en este caso tan sólo existen asociaciones significativas entre el Estado Físico y la Conducta Antisocial. El sentido de la asociación indica que cuanto menores son las dificultades físicas, mayor es la conducta antisocial.

Tabla 40. Correlaciones entre factores de otras conductas problemáticas y habilidades

	F1. Otros problemas rabietas/quejas	F2. Otros problemas antisocial	F3. Otros problemas desafiante
Estado físico		,230**	
Habilidades sociales			
Suma de Autocuidado y HH. Practicas			
Habilidades de Comunicación			

** signif. con $p < 0.01$ (2-colas).

Como resumen de todos los análisis previamente expuestos, es posible concluir lo siguiente:

- Existe una clara asociación entre habilidades y conducta agresiva. Elevadas habilidades están asociadas con menos conductas agresivas físicas y con más conductas agresivas verbales. Estos datos sugieren la hipótesis de una intención comunicativa que subyace a la conducta agresiva.
- Existe una menor asociación entre habilidades y conducta autolesiva. No obstante, la existencia de bajas habilidades comunicativas está asociada con mayores conductas autolesivas de alto nivel con agitación, así como con autolesiones de ingesta. Bajas habilidades de autocuidado y prácticas se encuentran asociadas con autolesiones de alto nivel con agitación. Bajas habilidades sociales están asociadas con conductas autolesivas de ingesta. Los datos parecen indicar, por un lado, la posible existencia de una función básicamente autoestimuladora de la conducta autolesiva, que es más clara cuanto mayor son los déficits de habilidades.
- Por lo general existen asociaciones entre otras conductas problemáticas y habilidades. Dichas conductas suponen un mayor nivel de "sofisticación intelectual" que las previamente comentadas y de hecho los datos parecen indicar que cuanto mayores son las capacidades físicas, más posible es la presencia de problemas relacionados con conducta antisocial.

4.3.3 Procedimiento

Como hemos comentado previamente, el estudio fue realizado como parte de un programa de investigación dentro de un marco de colaboración entre la Universidad de Salamanca y la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Dicho programa va dirigido a investigar la

conducta gravemente problemática con el fin conocer los factores asociados y así tratar de reducirla o eliminarla. Una parte importante del programa está destinada a proporcionar a los profesionales un mejor conocimiento y estrategias de actuación frente al comportamiento problemático. Por este motivo se comenzó con proporcionar formación a diferentes profesionales. Antes de iniciar el proceso de recogida de datos los profesionales recibieron varios cursos de formación (presencial y a distancia) acerca de la comprensión y funcionalidad de la conducta problemática. En ellos se abordaba el tema de la definición, asumiendo como criterios que permiten establecer a un comportamiento como problemático los ofrecidos por Emerson. Posteriormente la autora de la presente Tesis Doctoral se desplazó a los diferentes centros y rellenó con ellos el cuestionario de contexto así como el primer cuestionario individual con el objetivo de resolver las dudas que pudieran aparecer para posteriores cuestionarios. El resto de cuestionarios individuales fueron completados por los profesionales a lo largo de diferentes momentos y enviados a la Universidad de Salamanca para su posterior registro, codificación y análisis estadístico.

4.4 Análisis estadísticos

Se han utilizado análisis descriptivos (frecuencias, promedios y dispersión) para analizar la prevalencia de la conducta problemática en sus diferentes variantes, así como para analizar los datos sociodemográficos y clínicos de los participantes. La utilización de estadísticos inferenciales ha consistido en el empleo de pruebas paramétricas en el caso de variables continuas y tras la contrastación de los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas, o de estadísticos no paramétricos (chi cuadrado) para el caso de variables categóricas o categorizadas. Se han utilizado además estadísticos multivariados y más concretamente, análisis de regresión múltiple por pasos. Adicionalmente, para la valoración de las propiedades psicométricas de las escalas elaboradas a partir de una selección de ítems de los diferentes apartados del

cuestionario, se han utilizado análisis de la consistencia interna de los ítems, de la fiabilidad de las escalas (alfa de Cronbach), y análisis factoriales por el método de componentes principales y rotación varimax.

4.5 Resultados

Exponemos en primer lugar los resultados derivados del análisis del cuestionario del contexto.

4.5.1 Cuestionario del contexto

Los 12 Centros objeto de evaluación, encuestados en el periodo de mayo a diciembre de 2004, fueron: Afas, CADP Albacete, Amafi, Apanas, Apromips, Aspadec, Asprona, Fuenteagria, Guadiana, Las Encinas, Terminillo, CADP Toledo. Se obtuvieron un total de 39 cuestionarios de acuerdo a uno por cada servicio de los que disponía el Centro o Asociación. Concretamente se entrevistaron a 51 personas con los siguientes cargos como puede verse en la Tabla 41: directores, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, médicos, terapeutas ocupacionales, cuidadores/Etar, ATS, fisioterapeutas y responsables de residencia.

Tabla 41. Categorías de encuestados que han participado en cada Centro

	Director	Psicólogo	T. Social	Educador	Terapeuta	Fisio	Médico	ATS	Cuidador	Responsable
Afas	1	1	1	1					1	1
Albacete		1	1		1				4	
Amafi	1									
Apanas	5	1								
Apromips	1									
Aspadec	1									
Asprona		2	1							
Fuenteagria	1		1		1					
Guadiana		2	2	2			2	2		
Las Encinas	1	1		2						
Terminillo	1			1						
Toledo	1	1	1	2		1	1			

De los centros objeto de análisis, siete (58,3%) cuentan con una residencia pequeña o con un centro ocupacional; seis (50%) cuentan con un centro de día o una vivienda tutelada; y 3(25%) cuentan con centro residencial.

Es posible además encontrar diferentes tipologías de centros, como vemos en la Tabla 42. Por un lado, los que cuentan con residencia pequeña, vivienda tutelada, centro de día y centro ocupacional, como es el caso de los centros AMAFI, ASPRONA (Albacete), y Afas. Por otro, centros que cuentan con centro residencial y centro de día, como sucede con los Centros de Atención a Discapacitados Psíquicos (CADP) de Toledo, Guadiana y Albacete. En tercer lugar, centros que cuentan con una residencia pequeña y un centro ocupacional, como sucede con los centros de Terminillo y de las Encinas. El centro de Apanas cuenta con tres tipos de centros: vivienda tutelada, centro de día y centro ocupacional. Por su parte, Aspadec cuenta con vivienda tutelada y centro ocupacional, Fuenteagria cuenta con residencia pequeña y vivienda tutelada. Finalmente, Apromips cuenta con una residencia pequeña, y Guadiana cuenta con Centro residencial y Centro Ocupacional.

Tabla 42. Servicios que han sido valorados en cada uno de los Centros o Asociaciones

	Centro residencial	Vivienda tutelada	CADP	Centro de día	Centro escolar	Centro Ocupacional	Nº de Centros
Afas	1	1		1		1	4
Albacete			1	1			2
Amafi	1	1		1	1	1	5
Apanas		3		1		4	8
Apromips	1			1			2
Aspadec		1				1	2
Asprona	2	2		1		1	6
Fuenteagria	1	1					2
Guadiana (I y II)			1	1			2
Las Encinas	1					1	2
Terminillo	1					1	2
Toledo			1	1			2

En cuanto al tipo de gestión, predomina la gestión privada (41,7%), seguida de la pública (33,3%) y de la concertada (25%). Por término medio los centros cuentan con 68,75 pensionistas (DT=64,29) y un rango entre 18 y 233 usuarios. Cuentan además con un promedio de 38,25 medio pensionistas (DT=36,15) y un rango que varía ampliamente, entre 3 y 119 usuarios, debido a la heterogeneidad de servicios ya comentados puesto que no es igual ofrecer los servicios en una vivienda tutelada que en un centro residencial.

De acuerdo con los datos obtenidos en el cuestionario general, los centros indican atender a un total de 1.363 usuarios, de los cuales 835 son hombres (61,26%) y 528 mujeres (38,74%). Del total de usuarios, un 47,54% (N=648) son atendidos en el servicio de día y un 22,08% (N=301), acuden a otro servicio.

En 10 de los 12 centros (83,3%) los usuarios (N=1291) presentan discapacidad intelectual como diagnóstico principal, y un 57,09% son hombres (N=737) y 42,91% (N=554) mujeres. Los centros atienden también a 77 personas con otras discapacidades de las cuales, 44 (57,14%) presentan enfermedad mental, 16 (20,78%) discapacidad física sin discapacidad intelectual, y 17 (22,08%) presentan otro tipo de discapacidades. La edad mínima de los usuarios oscila entre los 17 y los 26 años (Media= 19,75), y la edad máxima fluctúa entre los 46 y los 71 años (media= 64,75).

Un 33,3% de los centros encuestados (N=4) indican que alguna persona con conducta problemática suele estar en otro centro, y un 66,7% (N=8) responden negativamente. Un 7,04% de los usuarios (N=96) pasan fuera del centro la mayor parte del tiempo debido a su conducta problemática.

En la Tabla 43 se observa el predominio de centros ocupacionales, seguido de centros de día, siendo los centros residenciales los que ocupan el último lugar en cuanto a presencia, en la muestra estudiada.

Tabla 43. Tipo de Centro evaluado

	N	%
Centro Residencial	5	13,2
Residencia pequeña (18-68 usuarios)	7	18,4
Vivienda tutelada	7	18,4
Centro de día	8	21,1
Centro Ocupacional	11	28,9
Total	38	100,0

Tal y como se puede observar en la Figura 14, la mayoría de los centros se encuentran en el núcleo urbano o en los alrededores del mismo, si bien el 21,1% de los centros se encuentran alejados.

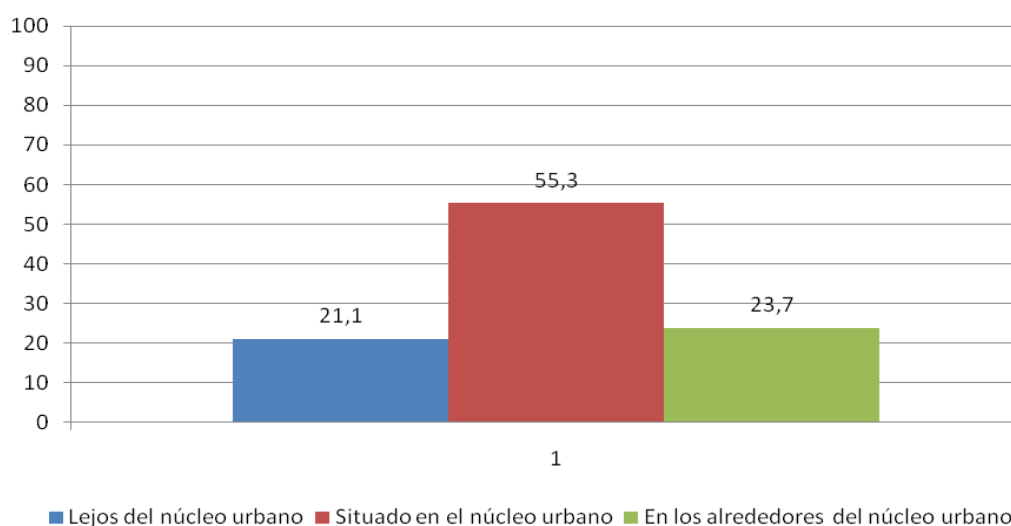


Figura 14. Ubicación de los centros (porcentajes)

Un 50% de los centros constituyen áreas cerradas a las que los residentes tienen acceso y en un 60,5% de los casos el centro está situado en un terreno o área de acceso público. En un 63,2% de los centros alguna vez la puerta está cerrada para prevenir que los usuarios se vayan sin avisar o sin permiso, puesto que en un 60,5% de dichos centros alguien puede marcharse, estar en peligro o provocar problemas si la puerta no estuviera cerrada. Más específicamente, un 5,72% de los usuarios (N=78) podrían marcharse sin avisar, un 5,87% (N=80) podría estar en peligro si no hubiera

verjas y de hecho en siete centros (18,4%) algún usuario se ha marchado en el último mes sin permiso y sin avisar, más concretamente 0,5% (N=7) personas lo han hecho. Las salidas sin permiso han tenido como consecuencia tener que ir a buscarlos o llamar a la policía para que lo buscara. Un 65,8% de los centros tiene el perímetro rodeado de verjas.

En la Tabla 44 se muestra el porcentaje de personas que hacen uso de estos servicios, como consecuencia de sus conductas problemáticas. Se puede observar que predominan los centros en los que "alguna" persona hace uso de dicho servicio por los problemas comentados. El motivo habitual en estos últimos casos es porque la familia se encuentra desbordada, no saben cómo afrontar la situación, generalmente debido a que no se encuentran en disposición física para ello. No debemos olvidar que al mejorar la calidad de vida tienen una mayor esperanza de vida por lo que los cuidadores primarios son cada vez más mayores.

Tabla 44. Personas que hacen uso del servicio por conducta problemática

	N	%
Todas	2	5,3
Alguna	22	57,9
Ninguna	14	36,8
Total	38	100,0

De acuerdo con las respuestas obtenidas, la función predominante del servicio es residencial, siendo así en un 39,5% de los casos, seguido de la función laboral (28,9%), asistencial (18,4%) o educativa (13,2%). En la Tabla 45 se presentan los diferentes ratios profesional-usuarios atendidos en diferentes horarios. Se puede observar cómo la atención es más reducida en fin de semana y en horario de noche, siendo mayor el número de usuarios atendidos en horario de mañana o de tarde.

Por otro lado, los datos indican que un profesional atiende por término medio a 7,78 usuarios (DT=4,97), si bien las ratios fluctúan entre 1 y 30 usuarios por profesional. Existe una media de 28,26 plazas para pensionistas (DT=34,09), y de 17,42 (28,16) para medio pensionistas.

Tabla 45. Ratios usuario-profesional

	Mínimo	Máximo	M	D.T.
usuarios que son atendidos por un profesional en horario de mañana	0	30	6,33	5,55
usuarios que son atendidos por un profesional en horario de tarde	0	13	6,27	3,35
usuarios que son atendidos por un profesional en horario noche	0	21	5,31	6,54
usuarios que son atendidos por un profesional durante el fin de semana	0	13	3,43	4,22

La edad mínima promedio es de 21,76 años (DT=5,58) y la edad máxima promedio es de 56,39 (DT=12,95).

Por lo que se refiere a las habilidades mostradas por los usuarios de los centros, un 83,60% tiene movilidad sin ayuda y un 16,40% no tiene dicha movilidad o requiere silla de ruedas. En la Figura 15 se presenta la distribución de porcentajes en cuanto a sus habilidades comunicativas. Se observa cómo la mayoría de los usuarios se comunican verbalmente, si bien un 17,3% utilizan únicamente un sistema de comunicación alternativo no formal

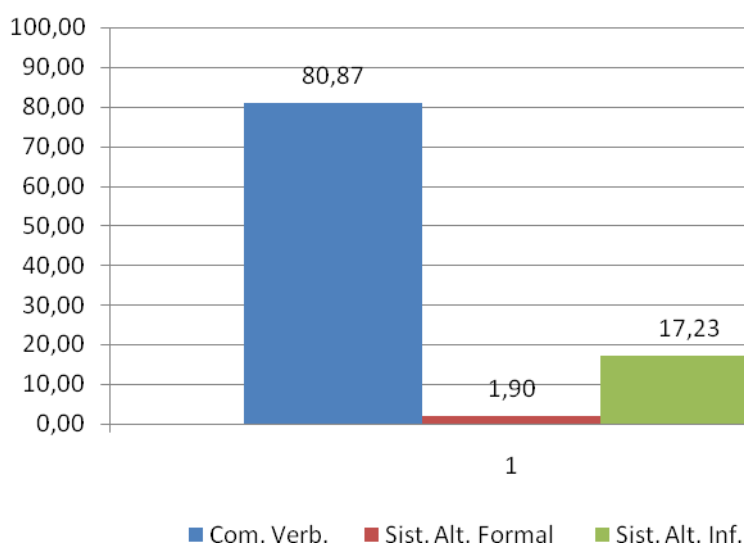


Figura 15. Modalidad comunicativa utilizada por los usuarios (porcentajes)

En cuanto a habilidades para controlar el dinero, un 45,93% de los usuarios manejan el dinero y pueden comprar en tiendas y un 54,07% no pueden utilizarlo. Respecto al control de esfínteres, un 80,91% de los usuarios pueden ir solos al baño o con guía verbal, y un 19,09 requieren una asistencia diaria en esta área. Por lo que se refiere a las habilidades para la alimentación, un 87,29% se alimentan por sí mismos o con ayudas físicas y un 12,71% necesitan que los profesionales les den de comer.

En la Figura 16 se ofrece la distribución de porcentajes en cuanto a una condición de salud como es la epilepsia. Se puede observar cómo un 73,32% de los usuarios no presentan ataques epilépticos ni necesitan medicación, si bien un 26,68% requieren medicación para controlar los ataques.

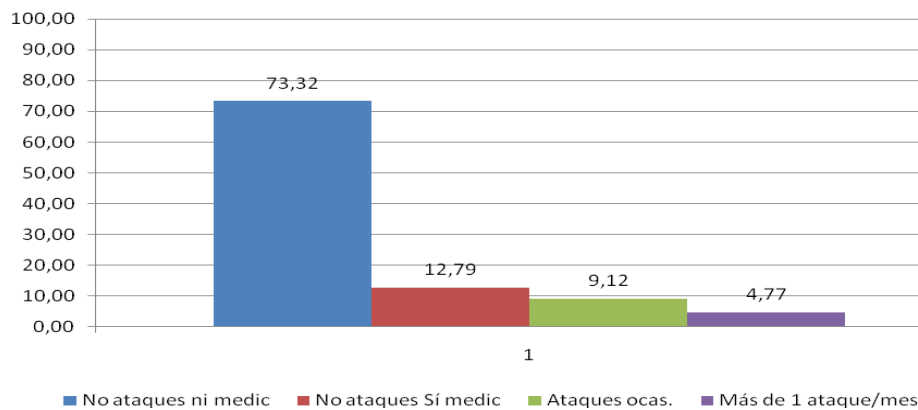


Figura 16. Distribución de usuarios en función de la presencia de epilepsia (porcentajes)

1) Características físicas de los centros

Una tercera parte del cuestionario del contexto va destinada a valorar en qué medida las características físicas del centro están adaptadas para hacer frente a conductas problemáticas. Se puede observar en la Tabla 46 cómo en la mayoría de los casos se carece de adaptaciones de este tipo, debido quizá a que los servicios tratan de ser cada vez más normalizadores.

Tabla 46. Existencia de características físicas resistentes a ataques deliberados

	N	%
<i>Estructuras resistentes</i>		
Sí	12	31,6
No	26	68,4
<i>Mobiliario resistente</i>		
Sí	6	15,8
No	32	84,2
<i>Lugar para quienes empiezan a mostrarse agresivos o destructivos</i>		
Sí	1	2,6
No	37	97,4
Total	38	100,0

Las formas más habituales en las que las estructuras son dañadas consisten en golpear partes del cuerpo (cabeza, puños, piernas) contra ventanas paredes o puertas, romper estas u otras estructuras (p.e. ventanas, puertas, armarios, sanitarios) o lanzar objetos. Otras conductas consisten en dar portazos, intentos de provocar

cortocircuitos, manipulación de heces en la pared, orinar en el suelo, conductas autoestimuladoras o autolesivas. Un 4,99% de los usuarios (N=68) atacan las estructuras del edificio. En un 73,7% de los casos se han tomado en el centro medidas especiales para alguna persona debido a sus conductas problemáticas. Por otro lado, en un 18,4% de los centros (N= 7) se han adoptado medidas especiales con alguna persona con discapacidad intelectual debido a sus conductas problemáticas, consistentes en utilizar un profesional extra y en un 21,1% (N=8) de los centros, la medida utilizada ha consistido en reubicar profesionales. En un 73,7% de los centros (N=28) se han adoptado otras medidas especiales como: expulsión, aislamiento, tiempo fuera, coste de respuesta, extinción, aplicación de un protocolo de intervención en crisis, contención o restricción física, sanciones, incremento de la supervisión, modificación del contexto, reubicación del usuario, valoración psiquiátrica, o incremento de la autonomía.

Las formas más habituales de dañar el mobiliario consisten en arrojar objetos o arrancarlos (plantas, cortinas), golpear partes del cuerpo (cabeza, puños, piernas) contra el mobiliario, romperlo, utilizar el mobiliario para agredir, manipular fluidos corporales sobre el mobiliario o autolesionarse. Un 6,75% de los usuarios (N=92) pone en marcha estas conductas. Se informa además de que en un 39,5% de los centros (N=15), algún usuario ha presentado alguna conducta problemática en el último mes, y en un 31,6% (N=13) de los centros algún usuario lo hace de forma puntual. En cinco centros (13,2%) se dispone un lugar de acceso restringido a personas que presentan conductas problemáticas, si bien, en ningún caso se ha utilizado en el último mes. Un 36,84% de los usuarios tienen restringido el acceso a determinados lugares con el fin de protegerles.

En el último mes en un 57,9% de los centros (N=22) algún profesional u otros usuarios han sufrido lesiones por una persona con discapacidad intelectual.

Concretamente diez personas han sufrido lesiones serias, 42 han sufrido lesiones leves y 24 han sufrido lesiones frecuentes pero muy leves. Del total de usuarios, 71 han causado lesiones en el último mes, 20 personas hace más de un mes que lesionaron a un profesional o a otro usuario, 15 personas se han autolesionado en el último mes, 23 personas se han ocasionado autolesiones serias en el último mes, otras 23 autolesiones leves y 19 autolesiones frecuentes pero muy leves.

De acuerdo con la información aportada por los encuestados, un 76,3% (N=29) indica que alguna persona, con sus conductas, influye seriamente en la calidad de vida de otros de forma constante. Estas conductas consisten en agresiones físicas (arañar, morder, pellizcar, tirar del pelo, dar manotazos); amenazas, coacciones, bromas de mal gusto; voces, gritos o llanto; insultos, imitación de otros, pequeños hurtos; manipulación de fluidos corporales en objetos o manchando a otros; arrojar objetos o desordenar mobiliario (p.e. armarios y cajones). Otras conductas consisten en no dejar dormir a los compañeros, utilizar frases repetitivas o reclamar atención constantemente. Conductas adicionales consisten en robos, fugas y autolesiones. Según se desprende de las entrevistas realizadas, 108 usuarios influyen en la calidad de vida de los demás, de alguna forma poniendo en marcha este tipo de conductas.

Además, en un 21,1% de los centros (N=8) algunos usuarios implican un trabajo adicional para los profesionales. Y ello porque ponen en marcha conductas inadecuadas (nerviosismo o fobias, gritos o rabietas, fugas, conductas sexuales, embriaguez, robos, lugares de juego, hacer compras que no puede pagar, manipulación de basura, molestias a transeúntes) fuera del centro. Concretamente, 25 personas muestran estas conductas. Ante estas conductas, los profesionales ponen en marcha actuaciones como: pedir ayuda a terceros (p.e. compañeros de otras salas, otros usuarios, enfermería, personal técnico, portería, llamar al 112); utilizar botones de alarma, telefonía o megafonía. En otros casos se ponen en marcha protocolos de

intervención en crisis. Como se puede ver en la Figura 17, en un 37,1% de los centros, se ha recurrido a estos procedimientos la última semana.

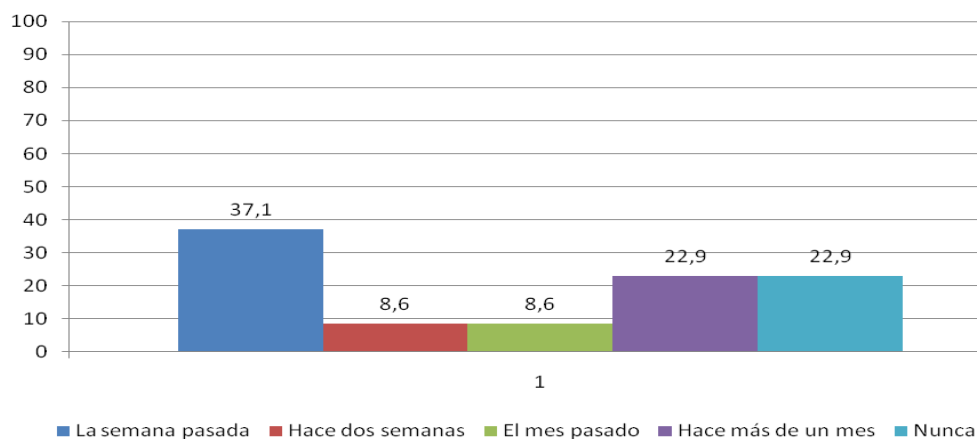


Figura 17. Última vez que se utilizaron recursos adicionales de ayuda (porcentajes)

Por otro lado, en la Figura 18 se observa cómo, por término medio, en un 64,8% de los centros aparecen estas conductas problemáticas con una frecuencia de una vez a la semana o superior.

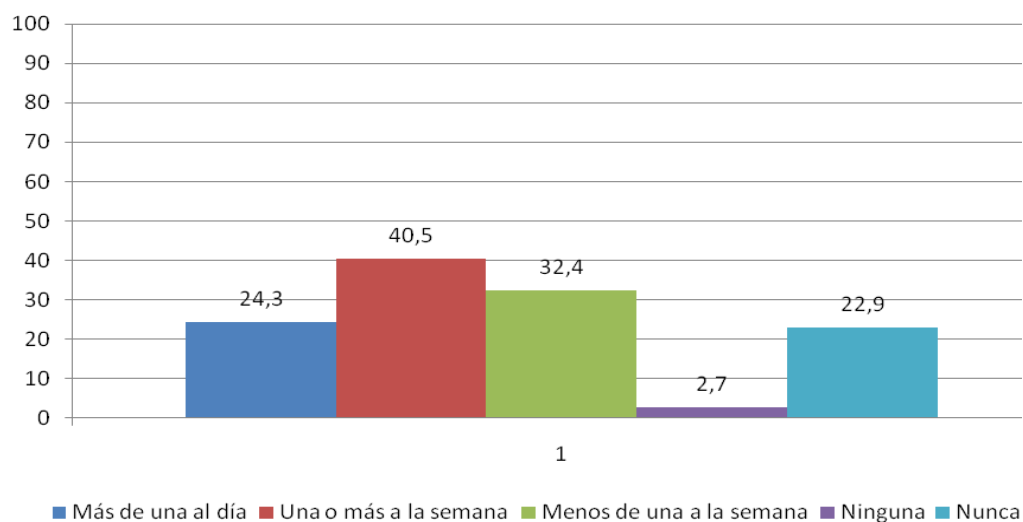


Figura 18. Media de conductas problemáticas a la semana (porcentajes)

En 23,7% de los centros (N=9) se ha procedido a expulsar a alguien del centro en el último año, como consecuencia de sus problemas de conducta. Dichas

conductas tenían como denominador común implicar agresión o violencia física, o bien constituir amenazas (a profesionales o usuarios). Problemas de salud mental, conductas sexuales inapropiadas y fugas con peligro de su vida fueron también razones de expulsión. En total 12 usuarios fueron expulsados de los centros.

Los datos indican además que en siete centros (18,4%) se han incorporado recientemente usuarios y que éstos presentan conductas problemáticas, concretamente, diez usuarios. A la hora de valorar el esfuerzo que supone el control de todas las conductas problemáticas del centro (véase Figura 19), un 72,2% lo considera difícil en mayor o menor medida.

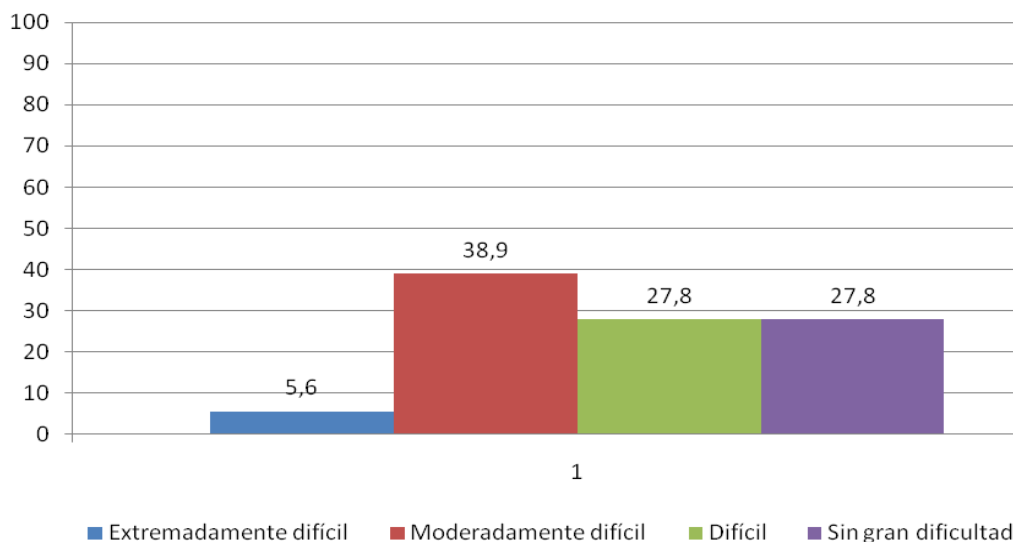


Figura 19. Estimación de la dificultad en controlar conductas problemáticas (porcentajes)

Una vez expuestos los resultados del cuestionario general o del contexto, pasamos a continuación a exponer los resultados más relevantes obtenidos del cuestionario individual.

4.5.2 *Cuestionario Individual*

a. **Datos sociodemográficos y clínicos**

De los 224 participantes señalados en el cuestionario individual que presentan conductas problemáticas, es posible indicar los siguientes datos. Las edades abarcan entre los 17 y los 61 años (media= 35,45; DT=10,49), lo que supone unas edades ligeramente superiores a las existentes en otros estudios que indican un declive de las conductas problemáticas a partir de los 34 años (p.e., Borthwick-Duffy, 1994; Kiernan y Kiernan, 1994; Rojahn, 1994). El 67,9% de los participantes (N=152) son varones, y el 32,3% (N=72) son mujeres, lo que evidencia, en consonancia con la mayoría de los estudios, una mayor prevalencia de hombres con conductas problemáticas.

Como hemos indicado en capítulos previos, algunas formas de comportamiento problemático están asociadas a síndromes específicos (p.e. Lesch-Nyhan, Rett, Cornelia de Lange, Riley-Day, X frágil, Prader-Willi). En la presente muestra, un 21,2% de los participantes (N=45) presenta algún síndrome asociado, como refleja la Tabla 47. De éstos, el más frecuente es el síndrome de Down (35,6%), seguido del Autismo (11,1%), síndrome de Lennox Gastaut o síndrome de West (8,89%, respectivamente) y síndrome de Sjögren Larsen o síndrome de Lesch Nyhan (6,7%, respectivamente). A la vista de estos resultados podemos decir que tan sólo un pequeño porcentaje de la muestra analizada presenta un síndrome asociado, por lo que debido al tamaño de la muestra nuestros resultados difieren de los obtenidos en la gran mayoría de estudios existentes.

Tabla 47. Síndromes asociados

	N	%
Esclerosis múltiple	1	2,22
Esclerosis tuberosa de Bourneville	1	2,22
Fenilcetonuria	1	2,22
Síndrome de Pierre Robin	1	2,22
Síndrome Coffin-Siris	1	2,22
Síndrome hipercinético asociado	1	2,22
Síndrome neuroléptico maligno y esquizofrenia	1	2,22
Trastorno del desarrollo	1	2,22
Síndrome de Prader-Willi	2	4,44
Síndrome de Lesch Nyhan	3	6,66
Síndrome de West	4	8,89
Síndrome de Sjögren Larsen	3	6,67
Síndrome de Lennox Gastaut	4	8,89
Autismo	5	11,11
Síndrome de Down	16	35,56
Total	45	100

Además, como vemos en la Tabla 48, un 16,96% de los participantes ha sido ingresado alguna vez en una unidad de salud mental por problemas comportamentales o psicológicos de diverso tipo (agitación psicomotriz, llantos, tristeza; agresividad dirigida hacia usuarios y personal trabajador, amenazas de suicidio, autolesiones graves, trastorno bipolar)

Tabla 48. Ingresos en Unidad Salud Mental

	N	%	% Válido	% Acum.
Sí	38,00	16,96	17,76	17,76
No	163,00	72,77	76,17	93,93
No lo sé	13,00	5,80	6,07	100,00
NC	10,00	4,46	100,00	
Total	224,00	100,00		

En la Tabla 49 vemos cómo sólo un 5% cuenta con un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista realizado mediante una evaluación clínica. Un 46,80% de los usuarios no han sido diagnosticado o no tiene ningún trastorno asociado y cuando se

les ha diagnosticado se indica que presentan un trastorno de control de impulsos explosivo intermitente en el 25,71% (Tabla 50). Esto último viene a coincidir con Maguire y Piersel (1992) de que la agresión tiende a ser la forma más común de conducta problemática a la que hacen referencia los equipos especialistas y las unidades de intervención.

Tabla 49. Diagnóstico de trastornos mentales

	N	%	% Acum.
Diagnóstico mediante evaluación clínica de trastorno autista			
Sí	11	5,00	5,00
No	197	89,10	94,10
No lo sé	13	5,90	100,00
Diagnóstico de algún trastorno mental			
No lo sé	31	14,40	14,40
No tiene ningún trastorno	101	46,80	61,10
Esquizofrenia	7	3,20	64,40
Trastorno Mental no especificado	22	10,20	74,50
Depresión	4	1,90	76,40
Otro desorden afectivo	4	1,90	78,20
Neurosis	2	0,90	79,20
Otro	45	20,80	100,00

Tabla 50. Otros trastornos mentales diagnosticados (Frecuencias)

Trastorno mental diagnosticado	N	%
T. Estado de ánimo (distimia)	1	2,86
T. Ansiedad (Fobia social y crisis de pánico)	1	2,86
T. control de impulsos explosivo intermitente	9	25,71
T. obsesivo compulsivo	2	5,71
TDAH	2	5,71
Trastorno bipolar	5	14,29
trastorno de personalidad	5	14,29
trastorno del comportamiento perturbador	4	11,43
Trastorno psicótico no especificado	5	14,29
Trastorno psicótico no especificado y trastorno depresivo mayor	1	2,86
Total	35	100,00

Como se puede apreciar en la Tabla 51, los usuarios suelen tener prescritos entre 1 y 3 medicamentos y un 9,1% de los usuarios toman 6 tipos diferentes. En muchos casos la prescripción se debe a que la persona presenta conducta problemática.

Tabla 51. Número de medicamentos

	N	%	% valido	%Acum
,00	5	2,2	2,7	2,7
1,00	33	14,7	17,7	20,4
2,00	32	14,3	17,2	37,6
3,00	33	14,7	17,7	55,4
4,00	31	13,8	16,7	72,0
5,00	20	8,9	10,8	82,8
6,00	17	7,6	9,1	91,9
7,00	9	4,0	4,8	96,8
8,00	3	1,3	1,6	98,4
9,00	3	1,3	1,6	100,0
Total	186	83,0	100,0	

Como vemos en la Tabla 52, entre los psicofármacos más utilizados figuran los antiepilépticos. De hecho los profesionales indicaron que muchos usuarios no presentaban crisis por estar controlados por la medicación. Los antipsicóticos son prescritos en un 54,9% de los casos. Los medicamentos menos utilizados parecen ser los eutimizantes.

De modo complementario, hemos procedido a analizar la posible existencia de asociación significativa entre la prescripción de fármacos (sí o no) y la presencia de conductas problemáticas (alta vs. baja intensidad). Dado que el número de ítems que aluden a la conducta problemática es muy numeroso, hemos utilizado los factores o dimensiones de conductas problemáticas obtenidos tras analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos.

Tabla 52. Prescripción de fármacos

	N	%	% Válido	% Acum
Antiepilépticos				
No	64	28,6	33,7	33,7
Sí	126	56,3	66,3	100,0
Total	190	84,8	100,0	
Antipsicóticos				
No	67	29,9	35,3	35,3
Sí	123	54,9	64,7	100,0
Total	190	84,8	100,0	
Antidepresivos				
No	161	71,9	84,7	84,7
Sí	29	12,9	15,3	100,0
Total	190	84,8	100,0	
Ansiolíticos				
No	126	56,3	66,3	66,3
Sí	64	28,6	33,7	100,0
Total	190	84,8	100,0	
Antiparkinsoniano				
No	168	75,0	88,9	88,9
Sí	21	9,4	11,1	100,0
Total	189	84,4	100,0	
Eutimizante				
No	190	84,8	100,0	100,0
Otros				
No	112	50,0	58,9	58,9
Sí	78	34,8	41,1	100,0
Total	190	84,8	100,0	

Los análisis chi-cuadrado evidenciaron que no existe asociación significativa entre prescripción de antiparkinsonianos y conducta problemática. Existe una asociación significativa entre prescripción de antiepilépticos y agresividad física ($\chi^2=4,06$, $gl=1$; $p<0,05$) (véase Tabla 53), entre prescripción de antipsicóticos y conducta antisocial ($\chi^2=11,478$ $gl=1$; $p<0,01$), prescripción de antidepresivos y autolesión estereotipada sin agitación ($\chi^2=6,634$, $gl=1$; $p<0,05$), autolesión estereotipada con agitación ($\chi^2=7,36$, $gl=1$; $p<0,01$), rabietas/quejas ($\chi^2=5,50$, $gl=1$; $p<0,05$). También entre prescripción de ansiolíticos y agresividad verbal/psicológica,

En la Tabla 53 se puede observar cómo quienes presentan agresividad física es más probable que tengan prescritos antiepilépticos. Se observa igualmente cómo es

mucho más probable la prescripción de antipsicóticos para quienes manifiestan conducta antisocial. La prescripción de antidepresivos es más probable en quienes muestran conductas autolesivas con agitación/compulsivas o de introducción/ingesta, así como en quienes muestran rabietas/quejas. La prescripción de ansiolíticos es más probable en quienes no muestran conductas verbalmente agresivas.

Tabla 53. Porcentajes de prescripción de fármacos y conductas agresivas

	Sí Agres. Física	No Agres. Física
No antiepilépticos	15,80%	84,20%
Sí antiepilépticos	33,80%	66,20%
	Sí C. Antisocial	No C. Antisocial
No antipsicóticos	23,10%	76,90%
Sí antipsicóticos	63,20%	36,80%
	Sí A-Lesión con Agitación/compulsiva	No Autolesión con Agitación/compulsiva
No antidepresivos	14,30%	85,70%
Sí antidepresivos	46,20%	53,80%
	Sí A-Lesión con Introducción/Ingesta	Sí A-Lesión con Introducción/Ingesta
No antidepresivos	17,86%	82,14%
Sí antidepresivos	53,85%	46,15%
	Sí rabietas/quejas	No rabietas/quejas
No antidepresivos	25,30%	74,70%
Sí antidepresivos	58,30%	41,70%
	Sí Agres. Verbal	No Agres. Verbal
No ansiolíticos	61,50%	38,50%
Sí ansiolíticos	33,30%	66,70%

Es también conocida la relación negativa entre el CI y el incremento de conducta problemática. En este sentido (véase Tabla 54), un 21,9% (N=49) de la muestra estudiada tiene un CI inferior a 29, un 17% (N=38) presenta un CI de 29 a 39, y un 22,3% (N=50) tiene un CI de 40 o superior. Análisis correlacionales adicionales pusieron de manifiesto la existencia de una asociación significativa y positiva entre el CI y la agresividad física ($r=0,258$, $p<0,05$), y una asociación significativa y negativa con respecto a la agresividad verbal/psicológica ($r=-0,639$, $p<0,01$). No se ha encontrado una asociación significativa entre el CI y las conductas autolesivas en sus diferentes topografías (con o sin agitación, de ingesta, etc.), ni con otros problemas de conducta (rabietas, conducta antisocial, comportamiento desafiante).

Tabla 54. CI de los participantes

	N	%	% Válido	% Acum.
CI hasta 28	49	21,9	35,8	35,8
De 29 a 39	38	17,0	27,7	63,5
CI de 40 o más	50	22,3	36,5	100,0
NS/NC	87	38,8	100,0	
Total	224	100,0		

De acuerdo con estudios previos, la conducta problemática está también asociada al nivel de restricción del entorno residencial. En este sentido, los análisis revelan que (véase Tabla 55), un 74,3% viven en un entorno restrictivo, y tan sólo un 0,5% lo hacen en un hogar independiente, y un 10,4% en una vivienda tutelada.

Tabla 55. Tipo de alternativa residencial

	N	%	% Válido	% Acum.
independiente	1	,4	,5	,5
vivienda tutelada	23	10,3	10,4	10,8
hogar familiar	31	13,8	14,0	24,8
centro residencial	165	73,7	74,3	99,1
otro	2	,9	,9	100,0
NS/NC	2	,9	100,0	
Total	224	100,0		

En la Tabla 56 vemos cómo el promedio de años vividos en el centro residencial es de casi 10 años (DT=8,72). Los usuarios además han experimentado un promedio de 2,12 cambios de centro residencial (DT=1,41) y han vivido un tiempo máximo de 13,5 años por término medio (DT=10,58) en cada uno de ellos.

Tabla 56. Estadísticos descriptivos de recepción de servicios residenciales

	N	Mínimo	Máximo	M	D.T.
Tiempo vivido en ese centro	214	,00	56,00	9,99	8,72
Nº de cambios de centro residencial	179	,00	8,00	2,12	1,41
Tiempo máximo en un centro	159	,00	51,00	13,47	10,58
Tiempo total en centros	157	,00	55,00	19,09	13,48

En cuanto a los servicios recibidos por estos usuarios, tal y como refleja la Tabla 57, por término medio los usuarios acuden a 2,16 lugares de servicios de día (DT=1,48),

donde están un tiempo máximo de 9,85 horas (DT=6,92), con un total de 14,72 horas en dichos servicios (DT=10,57).

Por otro lado, los participantes trabajan un promedio de 25,47 horas por semana (DT=14,65), distribuidas en 4,19 días a la semana (DT=1,89). Respecto a la recepción de otros servicios, destaca el elevado promedio de horas de atención en servicios sociales (Media=18,13%), el tiempo más reducido en servicios educativos (Media=8,21 horas), la elevada permanencia en una asociación (Media= 34,5 horas) y en un mismo centro (Media= 22,28 horas). Otros datos adicionales se exponen en la Tabla 57.

Tabla 57. Estadísticos descriptivos de recepción de servicios

	N	Mínimo	Máximo	M	D.T.
Número de lugares de servicios de día	148	,00	9,00	2,16	1,48
Tiempo máximo en servicios de día	129	,00	42,00	9,85	6,92
Tiempo total en servicios de día	127	,00	48,00	14,72	10,57
Horas trabaja por semana	97	,00	40,00	25,47	14,65
Días trabaja a la semana	96	,00	6,00	4,19	1,89
Horas de Servicios Sociales	8	,00	37,00	18,13	18,61
Horas de Servicios de Salud	3	,00	1,00	,33	,58
Horas en una Asociación	38	2,00	40,00	34,50	7,86
Horas en el mismo centro	40	,00	51,00	22,28	11,16
Días por semana en los que recibe los servicios	89	,00	7,00	5,04	1,01
Horas por semana de educación formal	24	,00	35,00	8,21	11,01
Días por semana de educación formal	27	,00	5,00	2,93	1,84
Periodo total de ingreso	24	1,00	5,00	3,21	1,53

Tal y como queda de manifiesto en la Tabla 58, la mayoría de los participantes no recibe ningún tipo de formación (84,44%) y se encuentran incapacitados para el trabajo (55,56%).

Tabla 58. Estadísticos descriptivos de formación y empleo

	N	%	% Acum
Ocupación laboral			
Empleo ordinario	3	1,52	1,52
Centro especial de empleo	1	0,51	2,02
Centro o taller ocupacional	76	38,38	40,40
Desempleado	1	0,51	40,91
Jubilado	1	0,51	41,41
Incapacitado	110	55,56	96,97
No ocupación ni incapacitado	6	3,03	100,00
Educación formal			
Garantía social	1	0,56	0,56
Escuela normal	2	1,11	1,67
Educación especial	25	13,89	15,56
No recibe ningún tipo de educación	152	84,44	100,00

b. Estado físico de los participantes

La mayoría de los usuarios no presentan ataques epilépticos (62,1%) o están controlados por la medicación (24,6%). La gran mayoría tiene buena visión (80,6%) y audición (92,4%), pueden caminar sin dificultad (68%) o si la presentan, no necesita ayuda para caminar (18,9%). Un 67,7% habitualmente controla esfínteres y sólo un 18,8% no tiene ningún control (véase Tabla 59).

Tabla 59. Estado físico de los participantes (Frecuencias)

	N	%	% Acum.
Ataques epilépticos			
No (ni medicación, ni ataques)	139	62,1	62,1
No (controlados por medicación)	55	24,6	86,6
Ataques ocasionales	15	6,7	93,3
Uno o más ataques por mes	15	6,7	100
Visión			
Normal	179	80,6	80,6
Pobre	37	16,7	97,3
Ciego	3	1,4	98,6
No lo sé/difícil de saber	3	1,4	100
Audición			
Normal	206	92,4	92,4
Pobre	7	3,1	95,5
Sordo	5	2,2	97,8
No lo sé/difícil de saber	5	2,2	100
Movilidad			
No tiene dificultad para andar	151	68	68
Camina sin ayuda pero con alguna dificultad	42	18,9	86,9
Camina con ayuda (o silla de ruedas)	20	9	95,9
Se mueve alrededor, sólo con ayuda de alguna persona	3	1,4	97,3
Inmóvil	6	2,7	100
Control de esfínteres			
Habitualmente controla esfínteres	151	67,7	67,7
Algunas veces no controla (mancha o moja 1 vez x semana)	20	9	76,7
No tiene control más de una vez a la semana	10	4,5	81,2
No tiene ningún control de esfínteres	42	18,8	100
Muestra incontinencia deliberadamente			
Nunca	160	75,1	75,1
No lo sé/no estoy seguro	12	5,6	80,8
Sí, sólo en ocasiones aisladas	31	14,6	95,3
Sí	10	4,7	100

La remodelación de la ausencia o presencia de problemas relacionados con el estado de salud (véase Tabla 60) muestra que los problemas más frecuentes se relacionan con el control de esfínteres, seguidos de los problemas de visión y los ataques epilépticos. Por otro lado, los problemas de audición son escasos.

Tabla 60. Ausencia o presencia de problemas físicos

	N	% relativo
Ataques epilépticos		
No	194	86,61
Sí	30	13,39
problemas visión		
No	179	81,74
Sí	40	18,26
problemas audición		
No	206	94,50
Sí	12	5,50
problemas movilidad		
No	193	86,94
Sí	29	13,06
problemas control esfínteres		
No	151	67,71
Sí	72	32,29

c. Autocuidado y Habilidades prácticas

En este apartado analizaremos la autonomía que la persona con discapacidad tiene en relación a su autocuidado y a las habilidades prácticas para la vida cotidiana.

De acuerdo con los datos obtenidos (véase Tabla 61), un 32,70% es físicamente capaz de alimentarse pero necesita supervisión. El porcentaje en el aseo es más variado, siendo necesaria la supervisión en un 34,40% de los casos y dependiendo de otros en un 29,50%. En el vestido también es necesaria la supervisión en el 37,40% de los casos siendo autónomo en un 27,90%. A la hora de realizar las tareas domésticas, quizás debido a las características de los servicios analizados, la mayoría (50,20%) depende de otros. Hay que señalar que generalmente los servicios residenciales y residencias pequeñas disponen de personal específico para esas labores, siendo sólo necesario que realicen este tipo de actividades quienes se encuentran en las viviendas tuteladas. Incluso en estos últimos servicios el 30,80% necesita supervisión. Cuando de lo que se trata es de cooperar tanto en tareas domésticas como en el

autocuidado un 46,10% manifiesta su disgusto. En las habilidades de vida en la comunidad un 57,80% no conoce el valor del dinero y el resto presenta dificultades o bien no sabe utilizarlo o no tiene un buen control sobre el cambio. Cuando es necesario el uso de transporte público, un 44,10% es capaz de utilizarlo si va acompañado, siendo frecuente (un 22,50%) que no se le haya dado oportunidad de emplear estos medios. Generalmente los usuarios se desplazan al servicio mediante transporte discrecional. Tanto en las habilidades de lectura como de escritura los usuarios carecen de estas habilidades en su mayoría (61,50% y 67% respectivamente).

Tabla 61. Autocuidado y Habilidades Prácticas de los participantes (Frecuencias)

Alimentación	N	%	% Acum.
Es autónomo habitualmente	105	47,10	47,10
Físicamente capaz pero necesita supervisión	73	32,70	79,80
Necesita ayuda física	20	9,00	88,80
Depende de otros	25	11,20	100,00
Aseo			
Es autónomo habitualmente	49	21,90	21,90
Físicamente capaz pero necesita supervisión	77	34,40	56,30
Necesita ayuda física	32	14,30	70,50
Depende de otros	66	29,50	100,00
Vestido			
Es autónomo habitualmente	62	27,90	27,90
Físicamente capaz pero necesita supervisión	83	37,40	65,30
Necesita ayuda física	23	10,40	75,70
Depende de otros	54	24,30	100,00
Tareas domésticas			
Es autónomo habitualmente	32	14,50	14,50
Físicamente capaz pero necesita supervisión	68	30,80	45,20
Necesita ayuda física	10	4,50	49,80
Depende de otros	111	50,20	100,00
Cooperación en tareas domésticas y de autocuidado			
Le complacen todas o la mayoría de las veces	54	24,70	24,70
Algunas veces le gustan	64	29,20	53,90
Nunca o pocas veces le gusta	101	46,10	100,00
Manejo del dinero			
Puede ir a comprar y controlar el cambio	25	11,20	11,20
Puede usar dinero pero no controla el cambio	34	15,20	26,50
Sabe que el dinero tiene valor pero no lo maneja	35	15,70	42,20
No conoce el valor del dinero	129	57,80	100,00
Uso de transporte público			
Si, lo utiliza de forma autónoma flexible	12	5,40	5,40
Sí, pero solo determinadas rutas	19	8,60	14,00
Si, pero sólo si va acompañado	98	44,10	58,10
No, por sus problemas de conducta	29	13,10	71,20
No, por sus problemas físicos	14	6,30	77,50
No lo sé/no ha tenido la oportunidad	50	22,50	100,00
Habilidades para la lectura			
Lee materiales dirigidos a niños de nueve años o más	26	11,80	11,80
Lee materiales dirigidos a niños de siete u ocho años	4	1,80	13,60
Lee historias sencillas o tebeos	8	3,60	17,20
Lee determinadas señales o símbolos	19	8,60	25,80
Reconoce diez o más palabras por su forma	6	2,70	28,50
Reconoce menos de diez palabras	22	10,00	38,50
No reconoce ninguna palabra, señal o símbolo	136	61,50	100,00
Habilidades para la escritura			
Escribe cartas, historias; de forma comprensible	18	8,10	8,10
Escribe notas pequeñas	14	6,30	14,50
Escribe o copia oraciones completas	11	5,00	19,50
Escribe o copia al menos diez palabras	8	3,60	23,10
Escribe o copia su nombre	22	10,00	33,00
No tiene ningún tipo habilidad	148	67,00	100,00

En la Tabla 62 se muestra la distribución de los participantes en función de la presencia o ausencia de habilidades prácticas y de autocuidado. Se puede observar cómo un gran número de usuarios muestran problemas con las habilidades instrumentales para la vida diaria (manejo del dinero, tareas domésticas), frente a un menor porcentaje que presenta problemas en habilidades básicas como la alimentación.

Tabla 62. Ausencia o presencia de Habilidades de Autocuidado y Prácticas

	N	% Relativo
problemas alimentación		
No	105	47,1
Sí	118	52,9
problemas aseo		
No	49	21,9
Sí	175	78,1
problemas vestido		
No	62	27,9
Sí	160	72,1
problemas tareas domesticas		
No	32	14,5
Sí	189	85,5
problemas manejo dinero		
No	25	11,2
Sí	198	88,8
problemas uso transp publico		
No	12	7
Sí	160	93
problemas lectura		
No	38	17,2
Sí	183	82,8
problemas escritura		
No	43	19,5
Sí	177	80,5

d. Habilidades de comunicación

Los datos de la muestra estudiada indican que el 56,70% tiene lenguaje verbal y un 19,20% utiliza sonidos o gestos no formales. La expresión suele entenderse por cualquier persona en el 43,00% y en el 25,6% sólo es entendido por los allegados. Un 48,7% tiene intención comunicativa y un 14,70% no hace intentos para iniciar o

responder a la comunicación. Un 46,00% comprende lo que sucede fuera de su propia experiencia y casi un 20% comprende sólo órdenes cortas como "siéntate", o "ven". En la Tabla 63 se ve con más detalle.

Tabla 63. Habilidades de comunicación de los participantes (Frecuencias)

	N	%	% Acum.
Tipo de comunicación			
Lenguaje verbal	127	56,70	56,70
Combina palabras y signos formales	9	4,00	60,70
Sólo unas palabras y/o signos no formales	20	8,90	69,60
Utiliza sonidos o gestos no formales	43	19,20	88,80
Poco o no tiene comunicación	25	11,20	100,00
Intención comunicativa			
Inicia la comunicación	109	48,70	48,70
Algunas veces puede iniciar la comunicación	26	11,60	60,30
Responde a la intención comunicativa de otros	13	5,80	66,10
Responde de forma mínima a la comunicación de otros	16	7,10	73,20
Sólo se comunica para expresar necesidades	27	12,10	85,30
No hace intentos para iniciar o responder a la comunicación	33	14,70	100,00
Comprensión			
Comprende lo que sucede fuera de su propia experiencia	103	46,00	46,00
Comprende comentarios, preguntas o instrucciones relacionadas con sus experiencias o necesidades personales	42	18,80	64,70
Comprende las instrucciones u órdenes suficientes relacionadas con las necesidades básicas	24	10,70	75,40
Comprende sólo unas órdenes cortas (siéntate, ven)	44	19,60	95,10
Comprende poco o nada	11	4,90	100,00
Expresión			
Se expresa de tal forma que cualquiera puede entenderle	96	43,00	43,00
Pueden entenderle quien lo conoce, pero no los extraños	57	25,60	68,60
Se le entiende difícilmente, incluso quienes le conocen	25	11,20	79,80
No tiene suficiente lenguaje como para codificarlo	45	20,20	100,00

El análisis de la ausencia o presencia de habilidades de comunicación indica que (véase Tabla 64) los problemas más frecuentes se relacionan con las dificultades de expresión y los menos frecuentes se asocian a la intención comunicativa.

Tabla 64. Ausencia o presencia de Habilidades de Comunicación

	N	% relativo
problemas comunic		
No	136	60,7
Sí	88	39,3
probl intenc comun		
No	148	66,1
Sí	76	33,9
problemas comprensión		
No	145	64,7
Sí	79	35,3
problemas expresión		
No	96	43
Sí	127	57

e. Habilidades Sociales

Las habilidades sociales que presentan los participantes son bastante heterogéneas, como muestra la Tabla 65. En cuanto a la adecuación de una conducta de interacción con gente, tanto si es conocida como desconocida, puede ir desde mostrarse de forma apropiada a no tener una respuesta social. Cuando se presentan actividades de grupo lo más habitual es que un 43,10% suela interrumpir. Sin embargo, cuando es de forma individual puede variar desde responder de forma positiva a negarse a cooperar (19,50%).

Tabla 65. Habilidades Sociales de los participantes (Frecuencias)

	N	%	% Acum.
Adecuación conducta interacción con gente conocida por él/ella			
Se muestra de forma apropiada la mayor parte del tiempo	54	24,10	24,10
Se muestra de forma apropiada por lo menos el 50%	72	32,10	56,30
La mayor parte del tiempo se comporta de forma inadecuada	45	20,10	76,30
No tiene una respuesta social	53	23,70	100,00
Adecuación conducta interacción con gente que no le conocen			
Se muestra de forma apropiada la mayor parte del tiempo	60	26,80	26,80
Se muestra de forma apropiada por lo menos el 50%	59	26,30	53,10
La mayor parte del tiempo se comporta de forma inadecuada	44	19,60	72,80
No tiene una respuesta social	61	27,20	100,00
Participación en actividades de grupo			
Inicia actividades de grupo (las dirige y organiza)	5	2,30	2,30
Participa en actividades de grupo de forma espontánea y gustosamente	39	17,90	20,20
Participa gustosamente si se le anima a hacerlo	80	36,70	56,90
Interrumpe las actividades de grupo	94	43,10	100,00
Participación individual			
Realiza las tareas espontáneamente y de forma provechosa	24	10,90	10,90
No realiza las tareas espontáneamente pero responde de forma positiva si se le proporciona una tarea	43	19,50	30,30
Coopera en la tarea si alguien le anima	39	17,60	48,00
Coopera si están continuamente animándole y en una relación de uno a uno	35	15,80	63,80
Se niega a cooperar, no muestra interés incluso animándole	43	19,50	83,30
Su participación varía demasiado	37	16,70	100,00

En cuanto a la distribución de estas habilidades según su ausencia o presencia, los datos de la Tabla 66 indican que los problemas más frecuentes están asociados a la interacción con desconocidos, y los menos frecuentes se relacionan con la participación en actividades individuales.

Tabla 66. Ausencia o presencia de Habilidades Sociales

	N	% Relativo
probl interac sociales		
No	126	56,3
Sí	98	43,8
probl interac no conocidos		
No	119	53,1
Sí	105	46,9
probl partic grupo		
No	124	56,9
Sí	94	43,1
probl partic indiv		
No	141	76,6
Sí	43	23,4

f. Perfil de habilidades de los participantes

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

1) Conductas estereotipadas

En relación a la conducta estereotipada y de acuerdo con los resultados obtenidos, no suele ser una conducta muy frecuente, siendo de entre ellas la más habitual la del balanceo rítmico de la cabeza, tronco o extremidades, en el 30,50% de los casos (véase Tabla 67).

Tabla 67. Conductas estereotipadas de los participantes (Frecuencias)

	N	%	% Acum.
Balanceo rítmico de la cabeza, tronco y o extremidades (por ejemplo, balancear el cuerpo, girar los dedos, agitar la mano)			
Sí	64	30,50	30,50
No	146	69,50	100,00
Girar, enrollar, manipular objetos de forma rítmica			
Sí	30	14,40	14,40
No	179	85,60	100,00
Posturas extrañas del cuerpo o alguna parte del mismo sin movimientos rítmicos (por ejemplo, posiciones extrañas de los dedos dejándolos quietos enfrente de los ojos)			
Sí	46	22,10	22,10
No	162	77,90	100,00
Autocontrol (ocultar o restringir las manos o los brazos con ropa o con cualquier material)			
Sí	16	7,80	7,80
No	188	92,20	100,00
Repeticiones, ecolalias, o verbalizaciones sin sentido			
Sí	68	32,40	32,40
No	142	67,60	100,00
Otras conductas estereotipadas			
Sí	27	26,00	26,00
No	77	74,00	100,00

g. Tipos de conductas problemáticas

En la Tabla 68 se observa cómo el mayor porcentaje de conducta problemática no es encuadrable en la categoría de conducta autolesiva, ni en la destructiva. Así el 33% corresponde a la categoría de "otras conductas problemáticas" y es considerado como un problema serio. En un 39,50% de los casos es valorado como serio pero controlado. Igualmente se considera la conducta agresiva como un problema severo pero controlado en el 35% de los casos y en un 22,5% como serio.

Tabla 68. Tipos de conductas problemáticas (Frecuencias)

	seria	controlada	menor	no
Conducta agresiva	49 (22,5%)	77 (35,3%)	43 (19,70%)	99 (49,50%)
conductas autolesivas	46 (23,00%)	28 (14,00%)	27 (13,50%)	99 (49,50%)
conductas destructivas	23 (11,60%)	37 (18,60%)	46 (23,10%)	93 (46,70%)
otro tipo de conductas problemáticas	61 (33,00%)	73 (39,50%)	23 (12,40%)	28 (15,10%)

Por tanto, la conducta más frecuentemente considerada parece ser otro tipo de conducta problemática seguida de la conducta agresiva. En la Figura 20 se puede observar la frecuencia de todas ellas.

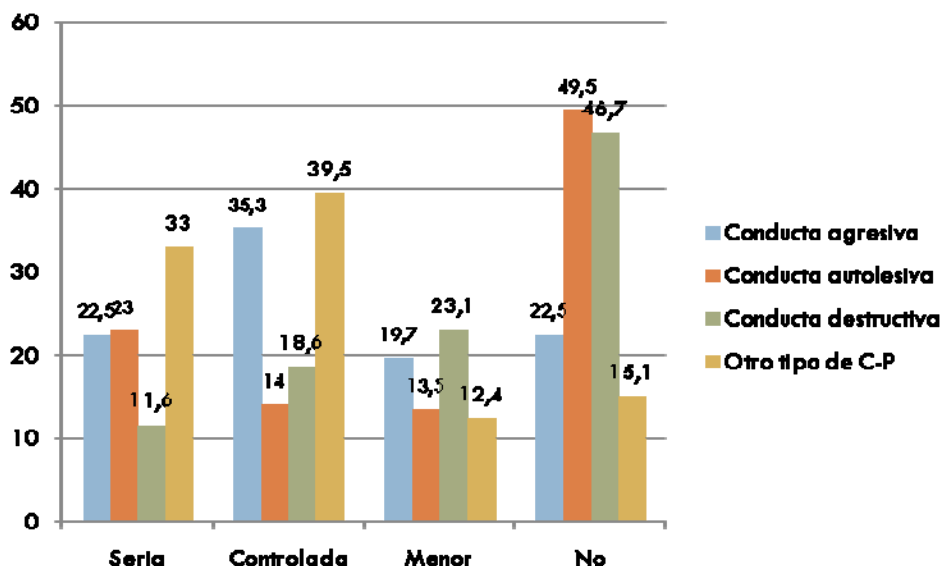


Figura 20. Porcentaje consideración de la gravedad de los diferentes tipos de conducta problemática

Tomando conjuntamente los datos de conducta problemática serias o serias pero controladas podemos decir que un 59,82% de los usuarios en el estudio (N=134) presentan otros tipos de conducta problemática y un 56,25% (N=126) presentan conducta agresiva. Este último porcentaje es parecido al encontrado en los estudios realizados en centros específicos, como por ejemplo los citados en el apartado de prevalencia de Crocker y cols. (2006), Kiernan y Kiernan (1994) o Tenneij y Koot (2008). En cuanto a la conducta autolesiva, la presenta un 33,04% de usuarios (N=74), siendo un porcentaje cercano al encontrado en los ámbitos institucionales por Wisely y cols. (2002) y finalmente un 26,79% (N=60) presentan conductas destructivas.

Aunque suele destacar un tipo de comportamiento problemático en la persona con discapacidad, ésta suele presentar diferentes topografías. En la Figura 21

se indica el porcentaje de la presentación conjunta. Como vemos un 31% presenta al menos dos tipos de conducta problemática considerada seria o controlada y un 22% tres tipos.

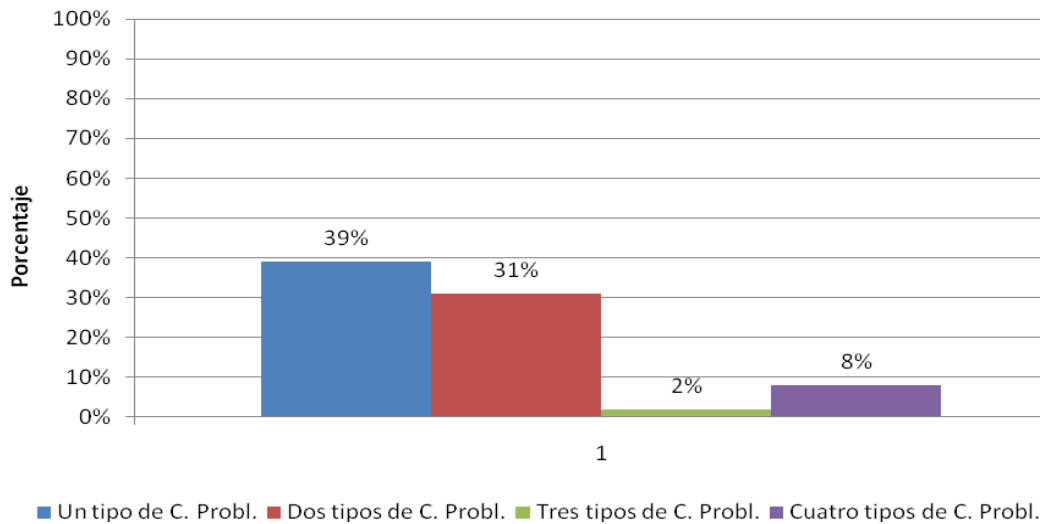


Figura 21. Porcentaje de tipos de conducta problemática que manifiesta la persona con discapacidad

1) *Conducta agresiva*

Entre las conductas agresivas consideradas como más serias (véase Tabla 69), un 40,60%, se corresponde con golpear a otros con la mano u otra parte del cuerpo. Como conducta controlada, la más frecuente es la de pellizcar o apretar el cuerpo a otros y las amenazas o insultos verbales.

Otras formas de agresión consisten en meter dedos u objetos en los ojos de otros (28,57%), coger del cuello a otros compañeros, dar voces, discutir con otros (21,43%), empujar (14,29%), golpear material o mantener juegos agresivos con sus compañeros.

La forma más frecuente de manifestación de la agresión consiste en episodios breves de agresión que no continúan posteriormente (N=99; 75,6%), si bien en un 24,4%

de las ocasiones (N=32) los episodios son continuados y prolongados en el tiempo. Un 27,7% de los participantes (N=36) utiliza algún objeto en sus agresiones, aunque lo más frecuente (73,2%) es que no se utilice objeto alguno (N=94). En la Tabla 70 se indica la frecuencia media de agresiones en el último mes. Se puede observar cómo predominan las conductas agresivas con una frecuencia de una o más veces a la semana. Además, tal y como refleja la Tabla 71 en los últimos seis meses la severidad de la conducta problemática sigue igual (64,4%).

Tabla 69. Severidad de conductas problemáticas (Frecuencias)

	seria	controlada	menor	no
Golpear a otros con la mano u otra parte del cuerpo (p.e.: dar un puntapié, un cabezazo)	52(40,60%)	50(39,10%)	10 (7,80%)	16 (12,50%)
Golpear a otros con objetos (p.e.: lanzar objetos a las personas, chocar contra las personas con sillas de ruedas)	12 (9,50%)	27 (21,40%)	21 (16,70%)	66 (52,40%)
Maldad o crueldad (p.e.: coger objetos o comida de otros, intimidar)	18 (14,00%)	27 (20,90%)	22 (17,10%)	62 (48,10%)
Morder a otros	11 (8,50%)	11 (8,50%)	10 (7,80%)	97 (75,20%)
Tirar del pelo a otros	12 (9,40%)	15 (11,70%)	13 (10,20%)	88 (68,80%)
Arañar a otros	22 (17,50%)	21 (16,70%)	18 (14,30%)	65 (51,60%)
Pellizcar o apretar el cuerpo de otros	22 (17,10%)	31 (24,00%)	17 (13,20%)	59 (45,70%)
Amenazas o insultos verbales	41 (31,50%)	31 (23,80%)	18 (13,80%)	40 (30,80%)
Escupir a otros	4 (3,10%)	12 (9,40%)	14 (11,00%)	97 (76,40%)
Otras formas de agresión	9 (18,00%)	6 (12,00%)	2 (4,00%)	33 (66,00%)

Tabla 70. Frecuencia media de las agresiones en el último mes

	N	%	% Válido	% Acum.
cada hora	4	1,8	3,1	3,1
una o más veces al día	24	10,7	18,6	21,7
una o más veces a la semana	51	22,8	39,5	61,2
una al mes	35	15,6	27,1	88,4
ninguna	15	6,7	11,6	100,0
NS/NC	95	42,4	100,0	
Total	224	100,0		

Tabla 71. Cambio en la severidad de esta conducta en los últimos 6 meses

	N	%	% Válido	% Acum.
ha mejorado	31	13,8	23,5	23,5
sigue igual	85	37,9	64,4	87,9
ha empeorado	16	7,1	12,1	100,0
NS/NC	92	41,1	100,0	
Total	224	100,0		

El usuario no tiene ningún tipo de víctima fijo en el 35,6% de las situaciones aunque suele ir dirigida en el 32,6% a los usuarios y en el 29,5% a los profesionales (véase Tabla 72).

Tabla 72. Hacia quien va dirigida habitualmente la agresión

	N	%	% Válido	% Acum.
a los profesionales	39	17,4	29,5	29,5
otros usuarios	43	19,2	32,6	62,1
a desconocidos	1	,4	,8	62,9
otros	2	,9	1,5	64,4
no tiene ningún tipo de víctima fijo	47	21,0	35,6	100,0
NS/NC	92	41,1	100,0	
Total	224	100,0		

Las situaciones que predisponen a menudo que la conducta agresiva tenga lugar suele ser, con un 60,90%, situaciones variadas como regresar de casa o cuando se quiere marchar, ante una reacción fisiológica por la medicación, un cambio de rutina, cuando alguien se acerca a la persona de la que está enamorada, cuando piensa que le molestan, cuando está mal, cuando está presente otra persona o usuarios de menor nivel, sin motivo aparente, cuando lleva mucho tiempo sin ver a su familia, cuando no acepta la actitud de algún compañero, cuando no duerme bien, después de ducha, después de una crisis, en ambientes desestructurados, recreos, entradas, en celebraciones, fiestas y actos concurridos o en los desplazamientos.

En algunas ocasiones suele aumentar la probabilidad cuando se solicita a la persona con discapacidad que haga algo difícil o que no le gusta (36,60%). También si los profesionales que están alrededor no le están prestando atención (30,80%). Entre las situaciones, como indica la Tabla 73, que rara vez afectan a la probabilidad de aparecer la conducta problemática está el ofrecer a la persona un objeto de su preferencia u ofrecerle una atención exclusiva.

Tabla 73. Situaciones que aumentan la probabilidad de la conducta agresiva

	rara vez	algunas veces	a menudo
Si le dejan sólo durante bastante tiempo sin hacer nada	79 (66,40%)	31 (26,10%)	9 (7,60%)
Si le pides que haga algo difícil para él o que no le gusta	51 (41,50%)	45 (36,60%)	27 (22,00%)
Si los profesionales están alrededor pero no le prestan atención (están hablando entre ellos)	69 (57,50%)	37 (30,80%)	14 (11,70%)
Si le retiran un objeto que le gusta	57 (46,70%)	27 (22,10%)	38 (31,10%)
Si está ocupado con una actividad que le gusta	94 (79,00%)	16 (13,40%)	9 (7,60%)
Cuando dejas de darle instrucciones u ordenarle algo	101 (85,60%)	13 (11,00%)	4 (3,40%)
Si le ofreces una atención exclusiva a él	106 (89,10%)	10 (8,40%)	3 (2,50%)
Agresión más probable si le acabas de dar algún objeto favorito	112 (95,70%)	3 (2,60%)	2 (1,70%)
Agresión más probable si Otras (especificar)	9 (13,00%)	18 (26,10%)	42 (60,90%)

Ante los episodios de conducta agresiva lo más habitual (Tabla 74) suele ser una respuesta verbal por parte de los profesionales (37,9%), aunque a veces es necesario una actuación física de al menos un profesional (34,1%). El grado máximo utilizado para llegar a controlar un episodio de agresión (Tabla 75) es la actuación física de varios profesionales (49,6%).

Tabla 74. Grado habitual de actuación necesario para controlar la agresión en el momento de su ocurrencia

	N	%	% Válido	% Acum.
Ninguna actuación, la conducta cesa espontáneamente	2	,9	1,5	1,5
Ninguna actuación, la conducta es tolerada o aceptada	3	1,3	2,3	3,8
Se ignora, como parte de un programa establecido	2	,9	1,5	5,3
Respuesta verbal por parte de los profesionales	50	22,3	37,9	43,2
Actuación física de un profesional (con o sin respuesta verbal)	45	20,1	34,1	77,3
Actuación física de varios profesionales (con o sin respuesta verbal)	28	12,5	21,2	98,5
Otro tipo de actuación	2	,9	1,5	100,0
NS/NC	92	41,1	100,0	
Total	224	100,0		

Tabla 75. Grado máximo utilizado para controlar la agresión

	N	%	% Válido	% Acum.
Ninguna actuación, la conducta cesa espontáneamente	1	,4	,8	,8
Ninguna actuación, la conducta es tolerada o aceptada	2	,9	1,5	2,3
Se ignora, como parte de un programa establecido	1	,4	,8	3,1
Respuesta verbal por parte de los profesionales	20	8,9	15,3	18,3
Actuación física de un profesional (con o sin respuesta verbal)	30	13,4	22,9	41,2
Actuación física de varios profesionales (con o sin respuesta verbal)	65	29,0	49,6	90,8
Otro tipo de actuación (por favor, especificar)	12	5,4	9,2	100,0
NS/NC	93	41,5	100,0	
Total	224	100,0		

Cuando el episodio de conducta tiene lugar (véase Tabla 76), habitualmente se utilizan medidas que consisten en el control/corrección verbal (N=24), ignorar la conducta (N=3), o en la retirada de objetos potencialmente peligrosos (N=1), seguido de la distracción o redirigir al usuario (N=48). Lo menos utilizado es el aislamiento (44,40%) y la restricción física (34,60%).

Tabla 76. Frecuencia de utilización de actuaciones para controlar de modo inmediato la conducta

	habitualmente	algunas veces	raras veces	nunca
Restricción física	36 (27,70%)	45 (34,60%)	23 (17,70%)	26 (20,00%)
Aislamiento	15 (11,90%)	34 (27,00%)	21 (16,70%)	56 (44,40%)
Sedación	6 (4,70%)	9 (7,00%)	13 (10,10%)	101 (78,30%)
Distracción	48 (38,10%)	45 (35,70%)	10 (7,90%)	23 (18,30%)
Otras medidas	11 (64,70%)			6 (35,30%)

Como vemos en la Tabla 77 en el 51,60% de los casos no suele existir un programa escrito para prevenir o reducir la conducta agresiva; el 47,50% indica que sí existe dicho programa. El 73,10% indica que existe una forma consistente de actuación de los profesionales y un 24,40% manifiesta que no hay tal forma de actuación.

Entre otros planes de actuación un 60% alude a anticipar el momento agresivo, comunicarlo al familiar, llevar a cabo intervenciones con el psiquiatra, solicitar

orientaciones al psicólogo para mejorar habilidades, prevenir o canalizar conductas, registrar de incidentes o llevar a cabo reuniones monográficas.

Tabla 77. Existencia de intervenciones o programas para prevenir o reducir las conductas agresivas

	si	no	no lo se
Programa conductual escrito	58 (47,50%)	63 (51,60%)	1 (0,80%)
Forma de actuar consistente de los profesionales	87 (73,10%)	29 (24,40%)	3 (2,50%)
Otros planes de intervención	24 (60,00%)	14 (35,00%)	2 (5,00%)

Cuando la conducta problemática consiste en agresión, el propio usuario que la manifiesta no suele recibir lesiones, ni le supone un peligro físico (véase Tabla 78). Los receptores de lesiones pequeñas en el 63% son otros usuarios como consecuencia habitual de un episodio.

Tabla 78. Tipos y receptores de las lesiones físicas como consecuencia de la conducta agresiva

	ninguna	pequeña	seria	importante
A los profesionales como consecuencia habitual de un episodio	56 (44,10%)	61 (48,00%)	8 (6,30%)	2 (1,60%)
A los profesionales como consecuencia de episodios repetidos	53 (43,80%)	58 (47,90%)	8 (6,60%)	2 (1,70%)
A los profesionales la consecuencia más seria que ha ocurrido	37 (30,80%)	51 (42,50%)	19 (15,80%)	13 (10,80%)
A otros usuarios como consecuencia habitual de un episodio	42 (33,10%)	80 (63,00%)	4 (3,10%)	1 (0,80%)
A otros usuarios como consecuencia de episodios repetidos	37 (31,40%)	70 (59,30%)	9 (7,60%)	2 (1,70%)
A otros usuarios la consecuencia más seria que ha ocurrido	28 (24,30%)	65 (56,50%)	17 (14,80%)	5 (4,30%)
A sí mismo debido a cualquier restricción de otros como consecuencia habitual de un episodio	77 (62,10%)	41 (33,10%)	6 (4,80%)	
A sí mismo debido a cualquier restricción de otros como consecuencia de episodios repetidos	72 (60,50%)	38 (31,90%)	7 (5,90%)	2 (1,70%)
A sí mismo debido a cualquier restricción de otros la consecuencia más seria que ha ocurrido	62 (53,90%)	38 (33,00%)	9 (7,80%)	6 (5,20%)

Como vemos en la Tabla 79, entre el 14% y el 15% de las conductas agresivas provocan lesiones serias a otro usuario o a un profesional, siendo ésta la consecuencia más seria que ha ocurrido.

Tabla 79. Conducta agresiva como peligro físico para el usuario

	N	%	% Válido	% Acum.
Habitualmente a menudo	9	4,0	6,9	6,9
Ha ocurrido al menos una vez	20	8,9	15,3	22,1
Puede llegar a ser la consecuencia si no se controla	30	13,4	22,9	45,0
No es probable q sea esa la consecuencia	72	32,1	55,0	100,0
NS/NC	93	41,5	100,0	
Total	224	100,0		

Ente las reacciones más habituales por parte de los otros usuarios frente a la conducta agresiva (véase Tabla 80) se encuentran el fastidio (26,60%) y la rabia (26,30%). Además un 31,90% muestra cierta desesperación y un 20,60% suele sentir miedo. No suelen experimentar repugnancia (86,10%) ni tristeza (76,90%).

Tabla 80. Reacción de los otros usuarios ante la conducta agresiva

	nada	un poco	la mitad de las veces	la mayoría	siempre
rabia	36 (30,50%)	30 (25,40%)	9 (7,60%)	31 (26,30%)	12 (10,20%)
fastidio	25 (20,20%)	26 (21,00%)	22 (17,70%)	33 (26,60%)	18 (14,50%)
desesperación	53 (44,50%)	38 (31,90%)	13 (10,90%)	10 (8,40%)	5 (4,20%)
repugnancia	99 (86,10%)	10 (8,70%)	2 (1,70%)	3 (2,60%)	1 (0,90%)
miedo	38 (30,20%)	20 (15,90%)	21 (16,70%)	26 (20,60%)	21 (16,70%)
tristeza	90 (76,90%)	18 (15,40%)	5 (4,30%)	4 (3,40%)	

En el caso de los profesionales, Tabla 81, en un 33,10% de los casos sienten fastidio y en un 26,50% rabia aunque este sentimiento se produce también pocas o ninguna vez en un 24,80% de los casos. Al igual que en los otros usuarios, los profesionales no suelen sentir repugnancia ni tristeza.

Tabla 81. Reacción de los profesionales ante la conducta agresiva

reacción de profesionales	nada	un poco	la mitad de las veces	la mayoría	siempre
rabia	29 (24,80%)	29 (24,80%)	7 (6,00%)	31 (26,50%)	21 (17,90%)
fastidio	11 (9,30%)	27 (22,90%)	17 (14,40%)	39 (33,10%)	24 (20,30%)
desesperación	32 (26,00%)	24 (19,50%)	24 (19,50%)	25 (20,30%)	18 (14,60%)
repugnancia	109 (94,80%)	6 (5,20%)			
miedo	64 (52,90%)	28 (23,10%)	10 (8,30%)	10 (8,30%)	9 (7,40%)
tristeza	71 (59,70%)	25 (21,00%)	16 (13,40%)	5 (4,20%)	2 (1,70%)

Cuando los profesionales indican las razones de la conducta agresiva, suelen atribuirlo a la necesidad de comunicar sus necesidades o ejercer control (N=75 y N=98

respectivamente). También para obtener la atención de otros (N=61) o por su historia previa relacionada por circunstancias familiares, abusos o institucionalización (N=57) (Tabla 82).

Tabla 82. Razones de la conducta agresiva

	N	%
Para evitar la atención	1	0,13
Por imitación de otros	4	0,51
Por efecto secundario de los psicofármacos o la retirada de alguno	6	0,77
Por su adaptación	9	1,15
Por un síndrome específico (p. E.: Autismo)	12	1,53
Por autoestimulación	15	1,92
Por otros (por favor especificar)	15	1,92
Por un problema médico específico	17	2,17
Porque quiere una vida normal (se siente privado comparado con otros)	17	2,17
Para tener acceso a determinadas actividades (p.e.: actividades de ocio)	22	2,81
Por los aspectos de su contexto actual (p.e.: aislamiento social, muchedumbre)	27	3,45
Para evitar actividades	28	3,58
Por un estado físico temporal (p.e.: hambre, cansancio)	31	3,96
Por un trastorno mental	34	4,35
Para tener acceso a determinados objetos (p.e.: comida)	35	4,48
Porque no puede esperar	38	4,86
Por déficit en sus habilidades de comunicación	40	5,12
Porque es sensible a las discusiones o al ambiente	41	5,24
Porque quiere fastidiar a otros	49	6,27
Por su personalidad	50	6,39
Por su historia previa (p.e.: circunstancias familiares, abusos, institucionalización)	57	7,29
Para obtener la atención de otros	61	7,80
Para comunicar sus necesidades o ejercer control	75	9,59
Por su estado psicológico interno o su estado de humor (p.e: estrés, frustración)	98	12,53
	782	100,00

h. Autolesiones

La topografía de la conducta autolesiva considerada como un problema serio, en relación a los diferentes tipos, consiste en arrancarse vello púbico, cortarse con un cuchillo, frotarse los dedos, frotarse y arrancarse la piel, golpearse las piernas, intentar cortarse las venas, presionar rítmicamente en el oído, arañarse, provocarse heridas

tirándose al suelo o abriendo heridas que están cicatrizadas o tirarse al suelo (véase Tabla 83). Menos sería se considera golpear la cabeza contra otros objetos (29,60%), que el usuario se golpee la cabeza con otra parte de su cuerpo (30,40%) o que se muerda (28,80%). Aunque en general no suelen ser consideradas problemas, como vemos en la Tabla 83.

Tabla 83. Tipos de conducta autolesiva

	serio	controlada	menor	no
Se muerde	21 (28,80%)	12 (16,40%)	10 (13,70%)	30 (41,10%)
Se golpea la cabeza con otra parte del cuerpo	21 (30,40%)	12 (17,40%)	7 (10,10%)	29 (42,00%)
Se araña	16 (22,20%)	8 (11,10%)	3 (4,20%)	45 (62,50%)
Vomita o rumia	3 (4,30%)	4 (5,80%)	1 (1,40%)	61 (88,40%)
Se pellizca	10 (13,70%)	7 (9,60%)	6 (8,20%)	50 (68,50%)
Pica	14 (19,70%)	5 (7,00%)	3 (4,20%)	49 (69,00%)
Se golpea la cabeza contra otros objetos	21 (29,60%)	15 (21,10%)	2 (2,80%)	33 (46,50%)
Se introduce objetos por los orificios del cuerpo	4 (5,60%)	3 (4,20%)		64 (90,10%)
Se golpea su cuerpo	13 (18,10%)	12 (16,70%)	9 (12,50%)	38 (52,80%)
Se golpea su cuerpo (excepto la cabeza) con o contra objetos	14 (19,40%)	6 (8,30%)	9 (12,50%)	43 (59,70%)
Introducir los dedos en el partes abiertas del cuerpo	11 (15,50%)	6 (8,50%)	2 (2,80%)	52 (73,20%)
Traga mucho aire y como consecuencia le produce una extensión del estómago		1 (1,40%)	1 (1,40%)	69 (97,20%)
Se arranca el pelo	3 (4,20%)	3 (4,20%)	2 (2,80%)	63 (88,70%)
Bebe en exceso	4 (5,60%)	7 (9,90%)	6 (8,50%)	54 (76,10%)
Come en exceso	4 (5,60%)	9 (12,50%)	4 (5,60%)	55 (%)
Rechina los dientes produciéndole un desgaste de los dientes de abajo	3 (4,20%)	1 (1,40%)	4 (5,60%)	64 (88,90%)
Otras formas de autolesión	10 (35,70%)	1 (3,60%)	3 (10,70%)	14 (50,00%)

En los últimos seis meses la severidad de las autolesiones ha mejorado en un 23,1% de los casos (N=18), sigue igual en un 65,4% de los casos (N=51), y ha empeorado en un 11,5% (N=9) de los casos.

Además como vemos en la Figura 22, las autolesiones son bastante frecuentes, pues un 33,3% indica que dicha conducta se manifiesta una o más veces al día y un 39,7% que aparece una vez o más a la semana.

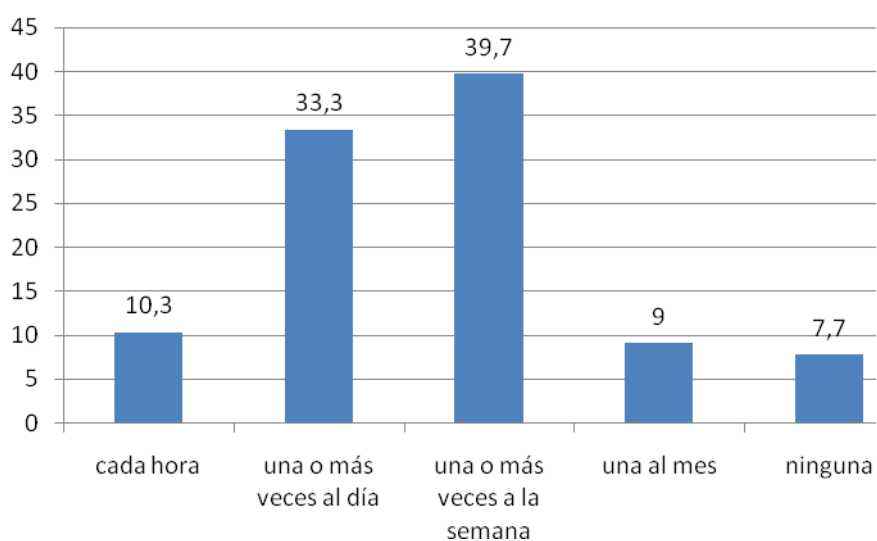


Figura 22. Frecuencia media de autolesiones de la persona en el último mes

Entre los factores que aumentan la probabilidad de aparición de la conducta autolesiva, los profesionales expresan que las causas que a menudo precipitan dicha conducta se relacionan con llevar la contraria o corregir al usuario; si éste se encuentra ante una persona que no es de su agrado; sin causa aparente; antes de asistir al taller ocupacional; ante ruido excesivo; como forma de autocontrolarse y no agredir a los demás; ante crisis psicótica; cuando se encuentra mal o alterado; durante la realización de alguna actividad o cuando no puede hacer algo que quiere.

Como vemos en la Tabla 84, a menudo se debe a que se le retira un objeto que le gusta (41,20%), o a que se le pida que haga algo difícil o que no le guste, el 27,50% dice que alguna vez también presenta la conducta, aunque igual que anteriormente el 50,70% dicen que rara vez este es un factor precipitante.

Tabla 84. Situaciones que aumentan la aparición de la conducta autolesiva

	rara vez	algunas veces	a menudo
si le dejan sólo durante bastante tiempo sin hacer nada	42 (59,20%)	15 (21,10%)	14 (19,70%)
si le pides que haga algo difícil para él o que no le gusta	35 (50,70%)	19 (27,50%)	15 (21,70%)
si los profesionales están alrededor pero no le prestan atención	37 (53,60%)	21 (30,40%)	11 (15,90%)
si le retiran un objeto que le gusta	29 (42,60%)	11 (16,20%)	28 (41,20%)
si está ocupado con una actividad que le gusta	57 (82,60%)	7 (10,10%)	5 (7,20%)
si se le dejan de dar instrucciones o se le ordena algo	57 (82,60%)	10 (14,50%)	2 (2,90%)
si se le ofrece una atención exclusiva	60 (84,50%)	6 (8,50%)	5 (7,00%)
si se le acaba de dar algún objeto favorito	61 (89,70%)	4 (5,90%)	3 (4,40%)
si otras	6 (20,70%)	6 (20,70%)	17 (58,60%)

Para controlar dicha conducta lo más habitual (véase Tabla 85), suele ser la respuesta verbal por parte de los profesionales (41,6%) seguido de una actuación física (con o sin respuesta verbal) en el 26% de los casos. El grado máximo que se ha llegado a realizar es la actuación física de varios profesionales (37,2%).

Tabla 85. Grado de actuación ante la conducta problema

Frecuencia	grado habitual de actuación	grado máximo
Ninguna actuación, la conducta cesa espontáneamente	6 (7,8%)	4 (5,1%)
Ninguna actuación, la conducta es tolerada o aceptada	3 (3,9%)	
Se ignora, como parte de un programa establecido	1 (1,3%)	4 (5,1%)
Respuesta verbal por parte de los profesionales	32 (41,6%)	12 (15,4%)
Actuación física de un profesional (con o sin respuesta verbal)	20 (26%)	21 (26,9 %)
Actuación física de varios profesionales (con o sin respuesta verbal)	11 (14,3 %)	29 (37,2 %)
Otro tipo de actuación (por favor, especificar)	4 (5,2 %)	8 (10,3 %)

Ante la pregunta de si alguna vez la intervención ha sido imposible porque la conducta ocurre cuando la persona está sola, un 14,1% de los encuestados indica que "a menudo" (N=11), un 29,5% (N=23) manifiesta que "algunas veces"; un 16,7% indica que "raras veces" (N=13) y un 39,7% indica que "nunca" sucede tal cosa (N=31).

De forma inmediata lo más utilizado (Tabla 86), es tomar otras medidas (56,7%) (p.e. supervisión y salidas con la familia, diseño de un plan de intervención), seguido de distracción (48,60%)

Tabla 86. Actuaciones para ejercer control inmediato sobre la conducta autolesiva

	habitualmente	algunas veces	raras veces	nunca
Restricción física	26 (34,20%)	17 (22,40%)	18 (23,70%)	15 (19,70%)
Aislamiento	2 (2,70%)	11 (14,90%)	7 (9,50%)	54 (73,00%)
Sedación	2 (2,70%)	7 (9,30%)	6 (8,00%)	60 (80,00%)
Distracción	36 (48,60%)	20 (27,00%)	6 (8,10%)	12 (16,20%)
Otras medidas	17 (56,70%)	5 (16,70%)		8 (26,70%)

En la actualidad existe en un 45,4% de los casos (N=34) un programa conductual escrito para prevenir o reducir estas autolesiones y en un 54,7% de los casos (N=41) se carece del mismo. Por otro lado, un 75,4% (N=49) de los encuestados indica que la forma de actuar los profesionales es consistente, un 20% indica que existe un actuar inconsistente (N=13), y un 4,6% manifiesta desconocerlo. Ante la pregunta de si existen otros programas o intervenciones para prevenir o reducir estas conductas, un 17,6% (N=3) responde afirmativamente, un 76,5% (N=13) negativamente y un 5,9% (N=1) manifiesta desconocerlo. Ante la pregunta de si se está utilizando algún tipo de psicofármaco específico para reducir la conducta autolesiva, un 66,7% (N=46) responde afirmativamente, un 26,1% (N=18) negativamente y un 7,2% (N=5) manifiesta desconocerlo (Tabla 87).

En general la conducta autolesiva suele acarrear consecuencias para la propia persona que las presenta. Como vemos en la Tabla 87, un 43,80% de los profesionales indica que se produce lesiones pequeñas a sí mismo debido a cualquier restricción de otros como consecuencia habitual de un episodio, aunque el 45,20% indica que esta es una consecuencia que no se da, y el 11,00% considera que se produce lesión seria en la misma circunstancia anterior. Un 31,30% indica que la lesión es pequeña debido a la restricción como consecuencia de episodios repetidos, siendo la lesión seria en ese mismo caso en un 15,60% y no manifestándose lesión en un 53,10% de los casos. Este mismo tipo de medida, es decir cualquier restricción, ha provocado como consecuencia más seria una lesión pequeña para el 28,10% de los casos, y una lesión

sería para el 17,20%. De acuerdo al 51,60% rara vez ese tipo de medida ha provocado una lesión.

Como vemos en la Tabla 87, el 56% indica que la lesión ha producido una lesión pequeña a los profesionales como consecuencia habitual de un episodio, aunque el 26,70% dice que ninguna lesión se produjo por tal circunstancia, y el 40,60% dice que la lesión pequeña a los profesionales es la consecuencia más seria que ha ocurrido.

Tabla 87. Tipos y receptores de las lesiones físicas como consecuencia de la conducta autolesiva

	ninguna	pequeña	seria	importante
A los profesionales como consecuencia habitual de un episodio	20 (26,70%)	42 (56,00%)	11 (14,70%)	2 (2,70%)
A los profesionales como consecuencia de episodios repetidos	17 (23,60%)	27 (37,50%)	23 (31,90%)	5 (6,90%)
A los profesionales la consecuencia más seria que ha ocurrido	13 (18,80%)	28 (40,60%)	14 (20,30%)	14 (20,30%)
A otros usuarios como consecuencia habitual de un episodio	62 (83,80%)	11 (14,90%)	1 (1,40%)	
A otros usuarios como consecuencia de episodios repetidos	56 (84,80%)	9 (13,60%)	1 (1,50%)	
A otros usuarios la consecuencia más seria que ha ocurrido	54 (79,40%)	9 (13,20%)	4 (5,90%)	1 (1,50%)
A sí mismo debido a cualquier restricción de otros como consecuencia habitual de un episodio	33 (45,20%)	32 (43,80%)	8 (11,00%)	
A sí mismo debido a cualquier restricción de otros como consecuencia de episodios repetidos	34 (53,10%)	20 (31,30%)	10 (15,60%)	
A sí mismo debido a cualquier restricción de otros la consecuencia más seria que ha ocurrido	33 (51,60%)	18 (28,10%)	11 (17,20%)	2 (3,10%)

El resto de usuarios, según los profesionales, no suele presentar una reacción específica ante la conducta autolesiva que presente otro usuario. Así como vemos en la Tabla 88, lo más llamativo es que un 23,30% experimenta cierto fastidio aunque el 68,50% dice que no es un sentimiento presente.

Tabla 88. Reacción de los otros usuarios ante la conducta autolesiva

	nada	un poco	la mitad de las veces	la mayoría	siempre
rabia	60(84,50%)	4 (5,60%)	3 (4,20%)	3 (4,20%)	1 (1,40%)
fastidio	50 (68,50%)	17 (23,30%)	2 (2,70%)	3 (4,10%)	1 (1,40%)
desesperación	59 (84,30%)	9 (12,90%)		1 (1,40%)	1 (1,40%)
repugnancia	56 (80,00%)	10 (14,30%)	3 (4,30%)	1 (1,40%)	
miedo	48 (65,80%)	10 (13,70%)	6 (8,20%)	6 (8,20%)	3 (4,10%)
tristeza	59 (83,10%)	7 (9,90%)	3 (4,20%)	2 (2,80%)	

En cuanto a la reacción de los profesionales, como vemos en la Tabla 89, en mayor o menor medida sienten: fastidio un 75,00% (el 11,10% siempre, el 22,20% la mayoría de las veces, un 18,10% la mitad de las veces y un 23,60% sólo un poco); desesperación un 73,00% (un poco de desesperación lo indica el 20,30%, el 16,20% lo hace la mitad de las veces, el 21,60% la mayoría de las veces y el 14,90% siempre); tristeza un 72,73% (el 38,40% dicen que presentan un poco de tristeza, el 13,70% la mitad de las veces, el 11,00% la mayoría de las veces y el 9,60% siempre) y rabia en un 62,9% de los profesionales (un 20,00% este sentimiento es la mayoría de las veces, y en igual porcentaje lo presentan un poco, el 14,30% la mitad de las veces y el 8,60% siempre). Los otros dos sentimientos (miedo y repugnancia) son las reacciones menos consideradas, con un 30,10% y 15,90% respectivamente, y teniendo en cuenta al igual que en las demás reacciones que se dan en mayor o menor grado.

Tabla 89. Reacción de los profesionales ante la conducta autolesiva

reacción de profesionales	nada	un poco	la mitad de las veces	la mayoría	siempre
rabia	26 (37,10%)	14 (20,00%)	10 (14,30%)	14 (20,00%)	6 (8,60%)
fastidio	18 (25,00%)	17 (23,60%)	13 (18,10%)	16 (22,20%)	8 (11,10%)
desesperación	20 (27,00%)	15 (20,30%)	12 (16,20%)	16 (21,60%)	11 (14,90%)
repugnancia	58 (84,10%)	6 (8,70%)		2 (2,90%)	3 (4,30%)
miedo	49 (70,00%)	9 (12,90%)	7 (10,00%)	2 (2,90%)	3 (4,30%)
tristeza	20 (27,40%)	28 (38,40%)	10 (13,70%)	8 (11,00%)	7 (9,60%)

Las razones que pueden hacer que se mantenga la conducta autolesiva (véase Tabla 90), suelen ser por el estado psicológico interno o estado de humor del

usuario, (N=54), para obtener la atención de otros (N=37), por autoestimulación (N=35), para comunicar sus necesidades (N=31) o porque no puede esperar (N=26).

Tabla 90. Razones de la conducta autolesiva

	N	%
Para evitar la atención	2	0,47
Por efecto secundario de los psicofármacos o la retirada de alguno	2	0,47
Por imitación de otros	3	0,70
Por su adaptación	5	1,17
Para evitar actividades	6	1,40
Porque quiere una vida normal (se siente privado comparado con otros)	6	1,40
Por otros (por favor especificar)	8	1,87
Porque quiere fastidiar a otros	8	1,87
Para tener acceso a determinadas actividades (p.e.: actividades de ocio)	11	2,57
Por un síndrome específico (p. E.: Autismo)	15	3,50
Por los aspectos de su contexto actual (p.e.: aislamiento social, muchedumbre)	16	3,74
Por un problema médico específico	16	3,74
Por su personalidad	18	4,21
Por un estado físico temporal (p.e.: hambre, cansancio)	18	4,21
Para tener acceso a determinados objetos (p.e.: comida)	22	5,14
Por déficit en sus habilidades de comunicación	22	5,14
Por su historia previa (p.e.: circunstancias familiares, abusos, institucionalización)	22	5,14
Porque es sensible a las discusiones o al ambiente	22	5,14
Por un trastorno mental	23	5,37
Porque no puede esperar	26	6,07
Para comunicar sus necesidades o ejercer control	31	7,24
Por autoestimulación	35	8,18
Para obtener la atención de otros	37	8,64
Por su estado psicológico interno o su estado de humor (p.e: estrés, frustración)	54	12,62
	428	100,00

1) *Conducta destructiva*

De acuerdo a la información proporcionada por los profesionales (véase Tabla 91), los objetos o propiedades que la persona destruye habitualmente suelen ser los de otros en el 50% (N=31) o los objetos propios 40,3% (N=25).

Tabla 91. Tipo de objetos o propiedades que destruye la persona habitualmente

	N	%	% Acum.
objetos propios	25	40,3	40,3
propiedad de los profesionales	5	8,1	48,4
de otros	31	50,0	98,4
lo que tenga a mano en ese momento	1	1,6	100,0
Total	62	100,0	

La frecuencia media suele ser de una al mes según el 43,00% de los casos, de una o más a la semana para el 28,30% y una o más veces al día el 13,30%, como vemos en la Tabla 92.

Tabla 92. Frecuencia media de las destrucciones de la persona en el último mes

	N	%	% Acum.
una o más veces al día	8	13,3	13,3
una o más veces a la semana	17	28,3	41,7
una al mes	26	43,3	85,0
ninguna	9	15,0	100,0
Total	60	100,0	

En la Tabla 93 vemos cómo en los últimos seis meses la severidad de las destrucciones sigue igual en un 59,7% de los casos (N=37), ha mejorado en un 25,8% (N=16) y ha empeorado en un 14,5% (N=9).

Tabla 93. Cambio en la severidad de estas destrucciones en los últimos seis meses

	N	%	% Acum.
ha mejorado	16	25,8	25,8
sigue igual	37	59,7	85,5
ha empeorado	9	14,5	100,0
Total	62	100,0	

No hay una situación específica que, según los profesionales, aumente la probabilidad de una conducta destructiva. En la Tabla 94 aparecen las circunstancias que hacen que alguna vez o a menudo puedan precipitar su aparición: en el 67,2% si le retiran un objeto que le gusta (con un 37,90% algunas veces y a menudo si influye para el 29,30%); el que se le pida hacer algo difícil o que no le gusta en el 48,3% (34,5% algunas veces y el 13,80% a menudo), o si se le deja sólo durante bastante tiempo sin

hacer nada el 46,4% (siendo el 21,40% algunas veces importante y un 25,00% a menudo); el 36,9% sucede cuando los profesionales están alrededor pero no le están prestando atención en ese momento (siendo el 24,60% valorado como para algunas veces y el 12,30% a menudo).

Tabla 94. Situaciones que aumentan la probabilidad de la conducta destructiva

	rara vez	algunas veces	a menudo
Si le dejan sólo durante bastante tiempo sin hacer nada	30 (53,60%)	12 (21,40%)	14 (25,00%)
Si le pides que haga algo difícil para él o que no le gusta	30 (51,70%)	20 (34,50%)	8 (13,80%)
Si los profesionales están alrededor pero no le prestan atención (están hablando entre ellos)	36 (63,20%)	14 (24,60%)	7 (12,30%)
Si le refiran un objeto que le gusta	19 (32,80%)	22 (37,90%)	17 (29,30%)
Si está ocupado con una actividad que le gusta	52 (92,90%)	3 (5,40%)	1 (1,80%)
Cuando dejas de darle instrucciones u ordenarle algo	54 (94,70%)	2 (3,50%)	1 (1,80%)
Si le ofreces una atención exclusiva a él	53 (91,40%)	5 (8,60%)	
si le acabas de dar algún objeto favorito	50 (89,30%)	5 (8,90%)	1 (1,80%)
si Otras (especificar)	30 (53,60%)	12 (21,40%)	14 (25,00%)

El grado habitual necesario para la conducta destructiva, como refleja la Tabla 95, es la respuesta verbal por parte de los profesionales (48,30%), la actuación física de un profesional con o sin respuesta verbal (30,00%), seguido de actuación física de varios profesionales (10,00%) y en menor medida, ignorando o no llevando ningún tipo de actuación porque cesa espontáneamente (el 5,00%).

Tabla 95. Grado habitual de actuación necesario para controlar la conducta destructiva en el momento de su ocurrencia

	N	%	% Acum.
Ninguna actuación, la conducta cesa espontáneamente	3	5,0	5,0
Ninguna actuación, la conducta es tolerada o aceptada	0		
Se ignora, como parte de un programa establecido	3	5,0	10,0
Respuesta verbal por parte de los profesionales	29	48,3	58,3
Actuación física de un profesional (con o sin respuesta verbal)	18	30,0	88,3
Actuación física de varios profesionales (con o sin respuesta verbal)	6	10,0	98,3
Otro tipo de actuación	1	1,7	100,0
Total	60	100,0	

El grado máximo que se ha llegado a utilizar para controlar ese tipo de conducta problemática (Tabla 96) es la actuación física por parte de un profesional (el 37,7%) o de varios profesionales (el 27,9%), seguido de respuesta verbal por parte de los profesionales (21,3%).

Tabla 96. Grado máximo utilizado para controlar la conducta destructiva

	N	%	% Acum.
Ninguna actuación, la conducta cesa espontáneamente	1	1,6	1,6
Ninguna actuación, la conducta es tolerada o aceptada	0		
Se ignora, como parte de un programa establecido	1	1,6	3,3
Respuesta verbal por parte de los profesionales	13	21,3	24,6
Actuación física de un profesional (con o sin respuesta verbal)	23	37,7	62,3
Actuación física de varios profesionales (con o sin respuesta verbal)	17	27,9	90,2
Otro tipo de actuación (por favor, especificar)	6	9,8	100,0
Total	61	100,0	

En el caso de la conducta destructiva el 31,10% indica que algunas veces la conducta ha ocurrido cuando la persona está sola y ha sido imposible la intervención, en un 29,50% nunca se ha dado esta situación; en un 23,00% ha ocurrido rara vez y en 16,4% se ha dado tal circunstancia a menudo (véase Tabla 97).

Tabla 97. Alguna vez la intervención ha sido imposible porque la conducta destructiva ocurre cuando la persona está sola

	N	% Válido	% Acum.
a menudo	10	16,4	16,4
algunas veces	19	31,1	47,5
raras veces	14	23,0	70,5
nunca	18	29,5	100,0
Total	61	100,0	

La estrategia más frecuentemente utilizada para el control inmediato de la conducta destructiva consiste en tomar otras medidas (p.e. solicitar orientaciones del psicólogo, pagar los desperfectos ocasionados, programa verbal con indicaciones). Como indica la Tabla 98, la distracción en mayor o menor medida es considerada por el 76,30% de los profesionales como una actuación de control inmediato (el 41,80% algunas veces, el 34,50% habitualmente y rara vez el 5,50%). La restricción física también se considera en mayor o menor grado por el 75,9%, siendo utilizada ya sea

algunas veces (39,70%), habitualmente (19,00%) o raras veces (17,20%). El aislamiento no se suele utilizar nunca según el 63,8% aunque un 19,00% manifiesta emplearlo raras veces y un 8,60% algunas veces o habitualmente.

Tabla 98. Frecuencia de utilización de actuaciones para controlar de modo inmediato la conducta destructiva

	habitualmente	algunas veces	raras veces	nunca
Restricción física	11 (19,00%)	23 (39,70%)	10 (17,20%)	14 (24,10%)
Aislamiento	5 (8,60%)	5 (8,60%)	11 (19,00%)	37 (63,80%)
Sedación	1 (1,70%)	9 (15,00%)	3 (5,00%)	47 (78,30%)
Distracción	19 (34,50%)	23 (41,80%)	3 (5,50%)	10 (18,20%)
Otras medidas	11 (52,40%)	5 (23,80%)	1 (4,80%)	4 (19,00%)

En la actualidad existe, en un 12,5% de los casos, un programa conductual escrito para prevenir o reducir estas conductas destructivas y en un 12,97% de los casos se carece del mismo. Como refleja la Tabla 99, un 16,5% de los encuestados indica que la forma de actuar de los profesionales es consistente, un 8% indican que es inconsistente y un 0,4% manifiesta desconocerlo. Ante la pregunta de si existen otros programas o intervenciones para prevenir o reducir estas conductas, un 2,2% responde afirmativamente, un 3,6% negativamente y un 0,4% lo desconoce. Ante la pregunta de si se está utilizando algún tipo de psicofármaco específico para reducir la conducta destructiva, un 13,4% responde afirmativamente, un 10,7% negativamente y un 2,2% manifiesta desconocerlo.

Tabla 99. Tipos y receptores de las lesiones físicas como consecuencia de la conducta destructiva

	ninguna	pequeña	seria	importante
A los profesionales como consecuencia habitual de un episodio	43 (71,70%)	14 (23,30%)	2 (3,30%)	1 (1,70%)
A los profesionales como consecuencia de episodios repetidos	41 (74,50%)	12 (21,80%)	2 (3,60%)	
A los profesionales la consecuencia más seria que ha ocurrido	39 (70,90%)	14 (25,50%)	1 (1,80%)	1 (1,80%)
A otros usuarios como consecuencia habitual de un episodio	40 (66,70%)	19 (31,70%)	1 (1,70%)	
A otros usuarios como consecuencia de episodios repetidos	40 (74,10%)	13 (24,10%)	1 (1,90%)	
A otros usuarios la consecuencia más seria que ha ocurrido	38 (70,40%)	14 (25,90%)	2 (3,70%)	
A sí mismo debido a cualquier restricción de otros como consecuencia habitual de un episodio	37 (64,90%)	16 (28,10%)	4 (7,00%)	
A sí mismo debido a cualquier restricción de otros como consecuencia de episodios repetidos	36 (69,20%)	11 (21,20%)	5 (9,60%)	
A sí mismo debido a cualquier restricción de otros la consecuencia más seria que ha ocurrido	35 (67,30%)	12 (23,10%)	3 (5,80%)	2 (3,80%)

Como vemos en la Tabla 100, la conducta destructiva no suele tener como consecuencia lesiones ni para los profesionales ni para los otros usuarios. En un 28,10% de los casos la propia persona se produce alguna pequeña lesión y un 7,00% se produce una lesión importante como consecuencia habitual de un episodio. Un 21,20% se produce una lesión pequeña como consecuencia de episodios repetidos o incluso una lesión seria (9,60%). UN 23,10% considera que una lesión pequeña es la consecuencia más seria que ha ocurrido.

Sin embargo, y como se aprecia en la Tabla 100, un 40% cree que es probable que la consecuencia de la conducta destructiva sea un peligro físico si no se controla, aunque un 50% no lo cree probable.

Tabla 100. Peligro físico derivado de la conducta destructiva

	N	% Válido	% Acum.
Habitualmente o a menudo es esa la consecuencia	3	5,0	5,0
Ha ocurrido al menos una vez	3	5,0	10,0
Puede llegar a ser la consecuencia si no se controla	24	40,0	50,0
No es probable que sea esa la consecuencia	30	50,0	100,0
Total	60	100,0	

En cuanto al impacto que produce la conducta destructiva en el contexto de trabajo o en la vida (Tabla 101), el 10,70% de los profesionales indica que supone daños en pequeños objetos como revistas, vajilla. Para un 13,40% disminuye la calidad del contexto (p.e.: daños en muebles, en ropa, objetos como la televisión, etc) de tal forma que los profesionales no pueden repararlo de forma inmediata y para un 3,10% la destrucción del contexto es de tal forma que no puede volver a ser utilizado (al menos temporalmente). Esta última consecuencia es considerada para el 14,70% como la consecuencia máxima, si bien para un 8,90% la consecuencia máxima es la disminución de la calidad del contexto.

Tabla 101. Impacto de la conducta destructiva en el contexto de trabajo o en la vida

	ningún daño	pequeño objeto	disminución	destrucción
Consecuencia habitual		24 (10,70%)	30 (13,40%)	7 (3,10%)
Consecuencia máxima	1 (0,40%)	7 (3,10%)	20 (8,90%)	33 (14,70%)

La reacción por parte de otros usuarios (Tabla 102) suele ser de fastidio en un 63,10% de los casos (con un 24,60% un poco, un 17,50% la mitad de las veces, un 14,00% la mayoría y un 7,00% siempre); rabia con un 49% (22,60% un poco, 11,30% la mitad de las veces o la mayoría de las veces y 3,80% siempre); miedo en el 48,2% (con un 15,50% un poco, un 17,20% la mitad de las veces, un 10,30% la mayoría y un 5,20% siempre) y desesperación en el 30% (con un 17,00% un poco, un 7,50% la mitad de las veces, un 1,90% la mayoría y un 3,80% siempre).

Tabla 102. Reacción de los otros usuarios ante la conducta destructiva

	nada	un poco	la mitad de las veces	la mayoría	siempre
rabia	27 (50,90%)	12 (22,60%)	6 (11,30%)	6 (11,30%)	2 (3,80%)
fastidio	21 (36,80%)	14 (24,60%)	10 (17,50%)	8 (14,00%)	4 (7,00%)
desesperación	37 (69,80%)	9 (17,00%)	4 (7,50%)	1 (1,90%)	2 (3,80%)
repugnancia	50 (96,20%)	2 (3,80%)			
miedo	30 (51,70%)	9 (15,50%)	10 (17,20%)	6 (10,30%)	3 (5,20%)
tristeza	45 (86,50%)	4 (7,70%)	2 (3,80%)	1 (1,90%)	52 (24,60%)

Por su parte, la reacción según los profesionales (Tabla 103) en mayor o menor medida es: la rabia en un 71,7% (un poco en el 24,50%, la mitad de las veces el 18,90%, la mayoría el 15,10% y siempre para el 13,20%); fastidio según el 69,00% (la mitad de las veces para el 31,00%, un poco para el 13,80%, y un 12,10% la mayoría o siempre de las veces); repugnancia en el 33,4% (un poco o la mitad de las veces el 12,30%, la mayoría de las veces el 7,00% y el 1,80% siempre) y finalmente tristeza para el 32,7% (un poco para el 18,20%, la mitad de las veces el 7,30%, la mayoría o siempre para el 3,60%).

Tabla 103. Reacción de los profesionales ante la conducta destructiva

	nada	un poco	la mitad de las veces	la mayoría	siempre
rabia	15 (28,30%)	13 (24,50%)	10 (18,90%)	8 (15,10%)	7 (13,20%)
fastidio	18 (31,00%)	8 (13,80%)	18 (31,00%)	7 (12,10%)	7 (12,10%)
desesperación	51 (98,10%)	1 (1,90%)			
repugnancia	38 (66,70%)	7 (12,30%)	7 (12,30%)	4 (7,00%)	1 (1,80%)
miedo	37 (67,30%)	10 (18,20%)	4 (7,30%)	2 (3,60%)	2 (3,60%)
tristeza					

Las causas a las que atribuyen los profesionales la conducta destructiva son, de acuerdo a su frecuencia (Tabla 104), el estado psicológico interno o estado de humor (p.e: estrés, frustración) (15,10%); la comunicación de necesidades o para ejercer control (9,40%); para obtener la atención de otros en N=23 (7,72%); por no poder esperar (6,04%); por un trastorno mental según N=17 (5,70%) o por la historia previa (5,37%).

Tabla 104. Razones de la conducta destructiva

	N	%
Para evitar la atención	0	0,00
Por efecto secundario de los psicofármacos o la retirada de alguno	3	1,01
Por imitación de otros	1	0,34
Por su adaptación	2	0,67
Para evitar actividades	3	1,01
Porque quiere una vida normal (se siente privado comparado con otros)	3	1,01
Por otros motivos	9	3,02
Porque quiere fastidiar a otros	13	4,36
Para tener acceso a determinadas actividades (p.e.: actividades de ocio)	8	2,68
Por un síndrome específico (p. E.: Autismo)	6	2,01
Por los aspectos de su contexto actual (p.e.: aislamiento social, muchedumbre)	10	3,36
Por un problema médico específico	12	4,03
Por su personalidad	16	5,37
Por un estado físico temporal (p.e.: hambre, cansancio)	10	3,36
Para tener acceso a determinados objetos (p.e.: comida)	18	6,04
Por déficit en sus habilidades de comunicación	12	4,03
Por su historia previa (p.e.: circunstancias familiares, abusos, institucionalización)	16	5,37
Porque es sensible a las discusiones o al ambiente	15	5,03
Por un trastorno mental	17	5,70
Porque no puede esperar	18	6,04
Para comunicar sus necesidades o ejercer control	28	9,40
Por autoestimulación	10	3,36
Para obtener la atención de otros	23	7,72
Por su estado psicológico interno o su estado de humor (p.e: estrés, frustración)	45	15,10
Total	298	100,00

2) *Otras conductas problemáticas, disruptivas o socialmente inadecuadas*

Como ya se ha comentado hay algunas conductas que por su topografía son bastante dispares y que han sido encuadradas en la categoría de otras conductas problemáticas.

Entre ellas, las rabietas llegan a ser un problema serio (24,10%) o controlado (32,30%), seguido de los berrinches que llegan a ser un problema serio (17,80%) o

controlado (24,00%), y otros tipos de conducta (como actitud desafiante con amenazas, acumular objetos o comida, aislamiento social, arrastrarse por el suelo para desplazarse, arrojar objetos por la ventana, cambiarse de ropa, guardar ropa sucia, coprofagia, dar voces, defecar en lugares inapropiados, desnudar a otros, enuresis, catatonía, escupir, insomnio, llorar desmesuradamente, absentismo, obsesión por beber coca-cola, excesivos abrazos, pasar la mano por el hombro, mentir, romperse la ropa, rechazar sistemáticamente alimentos) que son considerados problemas serios en el 38,9% de los casos y controlados en el 29,2%. De acuerdo a los datos indicados en la Tabla 105 no suelen ser problema untar los objetos con heces o manipularlas (83,60%), o mostrar conductas sexualmente inadecuadas (73,70%), desnudarse (70,90%), robar o hurtar (70,50%) o fugarse del servicio (67,90%). Por otra parte la hiperactividad es considerada un problema controlado (17,00%) o menor (15,60%), y tan sólo serio en un 10,40% de los casos. El acoso repetitivo es visto como controlado por el 18,80%, serio por el 15,00%, y menor por el 9,80%.

Tabla 105. Tipos de otras conductas problemáticas, disruptivas o socialmente inadecuadas

	serio	controlada	menor	no
Rabietas	32 (24,10%)	43 (32,30%)	18 (13,50%)	40 (30,10%)
Robos o hurtos	12 (9,10%)	8 (6,10%)	19 (14,40%)	93 (70,50%)
Desnudarse	14 (10,40%)	7 (5,20%)	18 (13,40%)	95 (70,90%)
Fugarse	4 (3,00%)	27 (20,10%)	12 (9,00%)	91 (67,90%)
Hiperactividad,	14 (10,40%)	23 (17,00%)	21 (15,60%)	77 (57,00%)
Acoso repetitivo	20 (15,00%)	25 (18,80%)	13 (9,80%)	75 (56,40%)
Untar objetos con heces o manipularlas	7 (5,20%)	6 (4,50%)	9 (6,70%)	112 (83,60%)
Chillidos frecuentes y prolongados, risas, gemidos, quejas u otros ruidos	25 (18,50%)	26 (19,30%)	25 (18,50%)	59 (43,70%)
Conducta sexual inapropiadas o socialmente inadecuadas	9 (6,60%)	12 (8,80%)	15 (10,90%)	101 (73,70%)
Berrinches	23 (17,80%)	31 (24,00%)	20 (15,50%)	55 (42,60%)
Otros	28 (38,9%)	21 (29,2%)	3(4,2%)	20(27,8%)

La frecuencia media de este tipo de conductas en el último mes (véase Tabla 106) es de una o más veces al día (36,9%), seguido de una vez a la semana (31,5%) y de una cada hora o al mes (12,80%).

Tabla 106. Frecuencia media de la conducta más seria en el último mes

	N	%	% Acumulado
cada hora	19	12,8	12,8
una o más veces al día	55	36,9	49,7
una o más veces a la semana	47	31,5	81,2
una al mes	19	12,8	94,0
ninguna	9	6,0	100,0
Total	149	100,0	

En los últimos meses (Tabla 107), estas conductas siguen igual (73,6%), habiendo mejorado en un menor porcentaje (17,6%) y empeorado en menos casos aún (8,8%)

Tabla 107. Cambio en la severidad de estas otras conductas en los últimos seis meses

	N	%	% Acum.
ha mejorado	26	17,6	17,6
sigue igual	109	73,6	91,2
ha empeorado	13	8,8	100,0
Total	148	100,0	

De acuerdo a los encuestados y como se refleja en la Tabla 108, las situaciones que influyen en que aumente la probabilidad de estas conductas son otras distintas a las listadas (p.e. a la hora de acostarse o de las comidas, cuando está cansado, ante crisis psicótica, cuando el novio está presente, cuando los despachos están abiertos, cuando esta al lado de una chica , cuando está muy nervioso y ha discutido con otro usuario, cuando hay muchos compañeros, cuando lleva tiempo sin irse a casa o cuando vuelve, cuando no se siente controlado por la autoridad (bus, taller,...), cuando se le corrige su vocabulario y comentarios despectivos hacia sus compañeros, cuando tiene la menstruación, cuando tiene menos vigilancia, cuando tiene problemas en casa, depende de su estado de ánimo o cambio de medicación, cuando está enfermo o porque no viene a verlo su familia).

En mayor o menor grado el 61% indica que las conductas suelen aparecer cuanto se le retira un objeto que le gusta (un 33,30% influye algunas veces y un 27,70% a menudo), si le pide hacer algo difícil (52,10%, ocurriendo un 28,20% algunas veces y 23,90% a menudo). Para un 47,5% la conducta aparece si se le deja sólo durante bastante tiempo sin hacer nada (en un 23,40% algunas veces y un 24,10% a menudo). En un 47,1% la conducta surge si los profesionales están alrededor pero no prestan atención al usuario (en un 30,70% algunas veces y un 16,40% a menudo).

Tabla 108. Situaciones que aumentan la probabilidad de otros tipos de conducta problemática

	rara vez	algunas veces	a menudo
Si le dejan sólo durante bastante tiempo sin hacer nada	74 (52,50%)	33(23,40%)	34 (24,10%)
Si le pides que haga algo difícil para él o que no le gusta	68 (47,90%)	40 (28,20%)	34 (23,90%)
Si los profesionales están alrededor pero no le prestan atención (están hablando entre ellos)	74 (52,90%)	43 (30,70%)	23(16,40%)
Si le refiran un objeto que le gusta	55(39,00%)	47 (33,30%)	39 (27,70%)
Si está ocupado con una actividad que le gusta	109 (77,90%)	19(13,60%)	12 (8,60%)
Cuando dejas de darle instrucciones u ordenarle algo	112 (80,60%)	20 (14,40%)	7 (5,00%)
Si le ofreces una atención exclusiva a él	112 (80,00%)	21 (15,00%)	7(5,00%)
Agresión más probable si le acabas de dar algún objeto favorito	117 (84,80%)	15 (10,90%)	6 (4,30%)
si Otras	6(8,20%)	19(26,00%)	48(65,80%)

Como puede observarse en la Tabla 109, el grado habitual para controlar estas conductas es la respuesta verbal por parte de los profesionales (57,4%), seguido de actuación física de un profesional (con o sin respuesta verbal) (un 19,6%), o de ignorarlas dentro de un programa establecido (7,4%).

Tabla 109. Grado habitual utilizado para controlar otros tipos de conducta

	N	%	% Acum.
Ninguna actuación, la conducta cesa espontáneamente	2	1,4	1,4
Ninguna actuación, la conducta es tolerada o aceptada	10	6,8	8,1
Se ignora, como parte de un programa establecido	11	7,4	15,5
Respuesta verbal por parte de los profesionales	85	57,4	73,0
Actuación física de un profesional (con o sin respuesta verbal)	29	19,6	92,6
Actuación física de varios profesionales (con o sin respuesta verbal)	7	4,7	97,3
Otro tipo de actuación (por favor, especificar)	4	2,7	100,0
Total	148	100,0	

En la Tabla 110 vemos el grado máximo utilizado para el control de estas conductas. Así en primer lugar se encuentra la respuesta verbal por parte de los profesionales (36,5%), y en segundo lugar la actuación física de un profesional (con o sin respuesta verbal) (29,1%), En un 18,9% de los casos a veces ha sido necesaria la actuación por parte de varios profesionales.

Tabla 110. Grado máximo utilizado para controlar otros tipos de conducta

	N	%	% Acum.
Ninguna actuación, la conducta cesa espontáneamente	1	,7	,7
Ninguna actuación, la conducta es tolerada o aceptada	3	2,0	2,7
Se ignora, como parte de un programa establecido	2	1,4	4,1
Respuesta verbal por parte de los profesionales	54	36,5	40,5
Actuación física de un profesional (con o sin respuesta verbal)	43	29,1	69,6
Actuación física de varios profesionales (con o sin respuesta verbal)	28	18,9	88,5
Otro tipo de actuación (por favor, especificar)	17	11,5	100,0
Total	148	100,0	

Como vemos en la Tabla 111, por lo general nunca suelen ocurrir estos tipos de conducta cuando la persona está sola (41,2%), si bien algunas veces ha tenido lugar (27,7%). Para un 17,6% raras veces tiene lugar esta conducta cuando la persona se encuentra sola.

Tabla 111. Alguna vez la intervención ha sido imposible porque la conducta ocurre cuando la persona está sola

	N	%	% Acum.
a menudo	20	13,5	13,5
algunas veces	41	27,7	41,2
raras veces	26	17,6	58,8
nunca	61	41,2	100,0
Total	148	100,0	

Las actuaciones que se indican en la Tabla 112 como más frecuentes para el control inmediato consisten en otras medidas como son con la utilización de chucherías, dinero, objeto que le gusta, empleo de un código de comunicación, equipo asertivo y padre, orientaciones del psicólogo o enviarle a casa.

También habitualmente (41,80%) o algunas veces (36,90%) se utiliza la distracción. La sedación es la estrategia menos empleada (88,50%).

Tabla 112. Frecuencia de utilización de actuaciones para controlar de modo inmediato otras conductas

	habitualmente	algunas veces	raras veces	nunca
Restricción física	13 (9,30%)	30 (21,40%)	27 (19,30%)	70 (50,00%)
Aislamiento	2 (1,40%)	26(18,70%)	19 (13,70%)	92 (66,20%)
Sedación	2 (1,40%)	7 (5,00%)	7 (5,00%)	123 (88,50%)
Distracción	59(41,80%)	52(36,90%)	10 (7,10%)	20(14,20%)
Otras medidas	33 (48,50%)	24(35,30%)	2 (2,90%)	9(13,20%)

En la actualidad existe en un 30,8% de los casos un programa conductual escrito para prevenir o reducir estas conductas y en un 32,6% se carece del mismo. Por otro lado, un 40,6% de los encuestados indica que la forma de actuar de los profesionales es consistente. Ante la pregunta de si existen otros programas o intervenciones para prevenir o reducir estas conductas, un 5,4% responde afirmativamente, un 8,9% negativamente y un 1,8% manifiesta desconocerlo. Ante la pregunta de si se está utilizando algún tipo de psicofármaco específico para reducir la conducta problemática, un 26,3% responde afirmativamente, un 29,5% negativamente y un 3,6% manifiesta desconocerlo.

Una gran mayoría de profesionales indican (véase Tabla 113) que estas conductas no suelen causar lesiones. A veces (23,50%) se produce una lesión pequeña debido a cualquier restricción de otros como consecuencia de episodios repetidos. Con menor frecuencia (21,80%) otros usuarios o incluso los profesionales profesionales (19,40%) reciben lesiones pequeñas, siendo ésta la consecuencia más seria que ha ocurrido.

Tabla 113. Tipos y receptores de las lesiones físicas como consecuencia de otros tipos de conducta problemática

	ninguna	pequeña	seria	importante
A los profesionales como consecuencia habitual de un episodio	115 (79,30%)	28 (19,30%)	2 (1,40%)	
A los profesionales como consecuencia de episodios repetidos	113 (84,30%)	20 (14,90%)	1 (0,70%)	
A los profesionales la consecuencia más seria que ha ocurrido	105 (78,40%)	26 (19,40%)	2 (1,50%)	
A otros usuarios como consecuencia habitual de un episodio	114 (78,60%)	29 (20,00%)	2 (1,40%)	
A otros usuarios como consecuencia de episodios repetidos	112 (84,20%)	19 (14,30%)	2 (1,50%)	
A otros usuarios la consecuencia más seria que ha ocurrido	101 (75,90%)	29 (21,80%)	3 (2,30%)	
A sí mismo debido a cualquier restricción de otros como consecuencia habitual de un episodio	105 (72,90%)	31 (21,50%)	8 (5,60%)	
A sí mismo debido a cualquier restricción de otros como consecuencia de episodios repetidos	94 (71,20%)	31 (23,50%)	6 (4,50%)	1 (0,80%)
A sí mismo debido a cualquier restricción de otros la consecuencia más seria que ha ocurrido	94 (70,70%)	25 (18,80%)	8 (6,00%)	6 (4,50%)

Estas conductas no suelen implicar peligro físico para la persona que la manifiesta (55,8%) (véase Tabla 114), aunque puede llegar a ello si no se controla (30,6%). Al menos una vez la conducta ha supuesto peligro físico (8,2%) y sólo un 5,4% indica que habitualmente suele ser la consecuencia.

Tabla 114. Peligro físico para la persona por este otro tipo de conductas problemáticas

	N	%	% Acum.
habitualmente a menudo	8	5,4	5,4
ha ocurrido al menos una vez	12	8,2	13,6
puede llegar a ser la consecuencia si no se controla	45	30,6	44,2
no es probable que sea esa la consecuencia	82	55,8	100,0
Total	147	100,0	

La reacción de otros usuarios (ver Tabla 115) suele ser la mayoría de las veces de fastidio (17,50%) siendo en mayor o menor grado este sentimiento el habitual (un poco el 25,20%, la mitad de las veces o siempre el 11,20%). La rabia, aunque en grado menor, es otra reacción experimentada (un poco el 20,30%, la mayoría de las veces el

8,00%, siempre el 7,20% y la mitad de las veces el 3,60%). También suele darse un poco de desesperación (19,70%). Ni la tristeza ni la repugnancia suelen experimentarse (90,40% y 82,20% respectivamente).

Tabla 115. Reacción de los otros usuarios ante otros tipos de conducta problemática

	nada	un poco	la mitad de las veces	la mayoría	siempre
rabia	84 (60,90%)	28 (20,30%)	5 (3,60%)	11 (8,00%)	10(7,20%)
fastidio	50 (35,00%)	36 (25,20%)	16 (11,20%)	25 (17,50%)	16 (11,20%)
desesperación	85 (62,00%)	27 (19,70%)	9 (6,60%)	13 (9,50%)	3 (2,20%)
repugnancia	111 (82,20%)	14 (10,40%)	4 (3,00%)	3 (2,20%)	3 (2,2%)
miedo	97 (69,80%)	23(16,50%)	9(6,50%)	4(2,90%)	6 (4,30%)
tristeza	122 (90,40%)	11 (8,10%)	2 (1,50%)		

Entre los profesionales, las reacciones más frecuentes son (Tabla 116) el fastidio en mayor o menor medida (25,20% un poco, la mayoría el 17,50%, y un 11,20% la mitad de las veces o siempre) seguido de la rabia (20,30%). La repugnancia (872,20%) y el miedo (80,10%) no suelen estar presentes.

Tabla 116. Reacción de los profesionales ante otros tipos de conducta problemática

reacción de profesionales	nada	un poco	la mitad de las veces	la mayoría	siempre
rabia	46 (34,60%)	35(26,30%)	15 (11,30%)	22 (16,50%)	15 (11,30%)
fastidio	16 (11,60%)	41 (29,70%)	21 (15,20%)	41 (29,70%)	19(13,80%)
desesperación	35 (24,50%)	33 (23,10%)	27 (18,90%)	26(18,20%)	22 (15,40%)
repugnancia	116 (87,20%)	6 (4,50%)	3 (2,30%)	5(3,80%)	3 (2,30%)
miedo	109 (80,10%)	15 (11,00%)	6 (4,40%)	3 (2,20%)	3 (2,20%)
tristeza	93 (69,40%)	22 (16,40%)	9 (6,70%)	6 (4,50%)	4(3,00%)

Como factores que mantienen estas otras conductas problemáticas (Tabla 117), se suele apelar al estado psicológico interno o estado de humor del usuario (p.e: estrés, frustración).

Tabla 117. Razones de otros tipos de conducta problemática

	N	%
Para evitar la atención	2	0,24
Por efecto secundario de los psicofármacos o la retirada de alguno	5	0,59
Por imitación de otros	8	0,94
Por su adaptación	9	1,06
Por un síndrome específico (p. E.: Autismo)	12	1,42
Por un problema médico específico	13	1,53
Porque quiere una vida normal (se siente privado comparado con otros)	20	2,36
Por otros motivos	21	2,48
Para evitar actividades	24	2,83
Por un estado físico temporal (p.e.: hambre, cansancio)	26	3,07
Para tener acceso a determinadas actividades (p.e.: actividades de ocio)	27	3,19
Por autoestimulación	34	4,01
Porque es sensible a las discusiones o al ambiente	35	4,13
Porque quiere fastidiar a otros	36	4,25
Por los aspectos de su contexto actual (p.e.: aislamiento social, muchedumbre)	37	4,37
Por déficit en sus habilidades de comunicación	41	4,84
Por un trastorno mental	44	5,19
Para tener acceso a determinados objetos (p.e.: comida)	45	5,31
Porque no puede esperar	46	5,43
Por su historia previa (p.e.: circunstancias familiares, abusos, institucionalización)	56	6,61
Por su personalidad	60	7,08
Para comunicar sus necesidades o ejercer control	77	9,09
Para obtener la atención de otros	77	9,09
Por su estado psicológico interno o su estado de humor (p.e: estrés, frustración)	92	10,86
Total	847	100,00

3) *Resumen de presencia o ausencia de conductas problemáticas*

Las respuestas se han recodificado en ausencia o presencia, en función de las puntuaciones obtenidas por cada sujeto. Así encontramos, y como puede observarse en la Tabla 118, que un 57,80% presenta conducta agresiva, un 37% autolesiva y un 30,20% conductas destructivas. Por otro lado, las conductas más frecuentes son otras conductas problemáticas (72,40%).

Tabla 118. Ausencia o presencia de conductas problemáticas (Frecuencias)

Conductas problemáticas	N	% del total	% relativo	% Acum.
c agresiva				
No	92	41,10	42,20	42,20
Sí	126	56,30	57,80	100,00
c autolesivas				
No	126	56,30	63,00	63,00
Sí	74	33,00	37,00	100,00
c destructivas				
No	139	62,10	69,80	69,80
Sí	60	26,80	30,20	100,00
otras cond problemáticas				
No	51	22,80	27,60	27,60
Sí	134	59,80	72,40	100,00

En relación a las conductas estereotipadas el porcentaje relativo y tal como se describe en la Tabla 119, nos indica que no suelen estar presentes. Así las repeticiones se producen en un 32,40% de los casos, el balanceo en un 30,50%, las posturas extrañas en un 22,10%, los giros en un 14,40% y las estereotipias como autocontrol en un 7,80% de los casos.

Tabla 119. Ausencia o presencia de conductas estereotipadas (Frecuencias)

Conductas estereotipadas	N	% del total	% relativo	% Acum.
balanceo				
No	146	65,20	69,50	69,50
Sí	64	28,60	30,50	100,00
girar				
No	179	79,90	85,60	85,60
Sí	30	13,40	14,40	100,00
posturas extrañas				
No	162	72,30	77,90	77,90
Sí	46	20,50	22,10	100,00
autocontrol				
No	188	83,90	92,20	92,20
Sí	16	7,10	7,80	100,00
repeticiones				
No	142	63,40	67,60	67,60
Sí	68	30,40	32,40	100,00
otras estereot				
No	77	34,40	74,00	74,00
Sí	27	12,10	26,00	100,00

Las conductas agresivas más frecuentes (Tabla 120) son las de golpear con la mano (79,70%), pellizcar (41,10%) y amenazar (55,40%). La maldad o crueldad está presente en un 34,90% de los casos, golpear con un objeto en un 31%, tirar del pelo en un 21,10%, arañar en un 19,20% morder en un 17,10%, y escupir en un 12,60%.

Tabla 120. Ausencia o presencia de conductas agresivas (Frecuencias)

Conductas agresivas	N	% del total	% relativo	% Acum.
golpear con mano				
No	26	11,60	20,30	20,30
Sí	102	45,50	79,70	100,00
golpear con objeto				
No	87	38,80	69,00	69,00
Sí	39	17,40	31,00	100,00
maldad o crueldad				
No	84	37,50	65,10	65,10
Sí	45	20,10	34,90	100,00
morder				
No	107	47,80	82,90	82,90
Sí	22	9,80	17,10	100,00
tirar del pelo				
No	101	45,10	78,90	78,90
Sí	27	12,10	21,10	100,00
arañar				
No	83	37,10	65,90	65,90
Sí	43	19,20	34,10	100,00
pellizcar				
No	76	33,90	58,90	58,90
Sí	53	23,70	41,10	100,00
amenazas				
No	58	25,90	44,60	44,60
Sí	72	32,10	55,40	100,00
escupir				
No	111	49,60	87,40	87,40
Sí	16	7,10	12,60	100,00
otras cond agresiv				
No	35	15,60	70,00	70,00
Sí	15	6,70	30,00	100,00

En relación a las conductas autolesivas (Tabla 121) es común golpearse la cabeza con los objetos (50,70%), seguido de morderse (45,20%), y golpearse la cabeza con partes del cuerpo (47,80%). El resto de conductas autolesivas se producen con una frecuencia bastante baja.

De acuerdo a la topografía de las conductas destructivas (Tabla 122), en el 85,00% aparecen destrucciones. En cuanto a otro tipo de conductas (Tabla 123), destacan en un 56,40% las rabietas y con un 52,60% la disconformidad. Los berrinches aparecen según el 41,90% y los chillidos están presentes en un 37,80% de los casos. Conductas como robos, desnudarse, conducta sexual inapropiada son poco frecuentes y mucho menos frecuente es la conducta de untar objetos con heces.

Tabla 121. Ausencia o presencia de conductas autolesivas (Frecuencias)

Conductas autolesivas	N	% del total	% relativo	% Acum.
se muerde				
No	40	17,90	54,80	54,80
Sí	33	14,70	45,20	100,00
se golpea la cabeza con partes del cuerpo				
No	36	16,10	52,20	52,20
Sí	33	14,70	47,80	100,00
se araña				
No	48	21,40	66,70	66,70
Sí	24	10,70	33,30	100,00
vomita				
No	62	27,70	89,90	89,90
Sí	7	3,10	10,10	100,00
se pellizca				
No	56	25,00	76,70	76,70
Sí	17	7,60	23,30	100,00
pica				
No	52	23,20	73,20	73,20
Sí	19	8,50	26,80	100,00
se golpea cabeza con objetos				
No	35	15,60	49,30	49,30
Sí	36	16,10	50,70	100,00
se introduce objetos por orificios				
No	64	28,60	90,10	90,10
Sí	7	3,10	9,90	100,00
se golpea contra objetos				
No	47	21,00	65,30	65,30
Sí	25	11,20	34,70	100,00
se golpea su cuerpo				
No	52	23,20	72,20	72,20
Sí	20	8,90	27,80	100,00
introduce dedos en cuerpo				
No	54	24,10	76,10	76,10
Sí	17	7,60	23,90	100,00

(continúa)

Tabla 121 (cont.). Ausencia o presencia de conductas autolesivas (Frecuencias)

Conductas autolesivas	N	% del total	% relativo	% Acum.
traga mucho aire				
No	70	31,30	98,60	98,60
Sí	1	0,40	1,40	100,00
se arranca el pelo				
No	65	29,00	91,50	91,50
Sí	6	2,70	8,50	100,00
bebe en exceso				
No	60	26,80	84,50	84,50
Sí	11	4,90	15,50	100,00
come en exceso				
No	59	26,30	81,90	81,90
Sí	13	5,80	18,10	100,00
rechina dientes				
No	68	30,40	94,40	94,40
Sí	4	1,80	5,60	100,00
otras autolesiones				
No	17	7,60	60,70	60,70
Sí	11	4,90	39,30	100,00

Tabla 122. Ausencia o presencia de conductas destructivas (Frecuencias)

Conductas destructivas	N	% del total	% relativo	% Acum.
destrucciones				
No	9	4,00	15,00	15,00
Sí	51	22,80	85,00	100,00

Tabla 123. Ausencia o presencia de otros tipos de conductas problemáticas (Frecuencias)

Otro tipo de conductas	N	% del total	% relativo	% Acum.
disconformidad				
No	65	29,00	47,40	47,40
Sí	72	32,10	52,60	100,00
rabietas				
No	58	25,90	43,60	43,60
Sí	75	33,50	56,40	100,00
robos				
No	112	50,00	84,80	84,80
Sí	20	8,90	15,20	100,00
desnudarse				
No	113	50,40	84,30	84,30
Sí	21	9,40	15,70	100,00
fugarse				
No	103	46,00	76,90	76,90
Sí	31	13,80	23,10	100,00

(continúa)

**Tabla 123 (cont.). Ausencia o presencia de otros tipos de conductas problemáticas
(Frecuencias)**

Otro tipo de conductas	N	% del total	% relativo	% Acum.
hiperactividad				
No	98	43,80	72,60	72,60
Sí	37	16,50	27,40	100,00
acoso repetitivo				
No	88	39,30	66,20	66,20
Sí	45	20,10	33,80	100,00
untar objetos con heces				
No	121	54,00	90,30	90,30
Sí	13	5,80	9,70	100,00
chillidos				
No	84	37,50	62,20	62,20
Sí	51	22,80	37,80	100,00
conducta sexual				
No	116	51,80	84,70	84,70
Sí	21	9,40	15,30	100,00
berrinches				
No	75	33,50	58,10	58,10
Sí	54	24,10	41,90	100,00
otras disruptivas				
No	23	10,30	31,90	31,90
Sí	49	21,90	68,10	100,00

4) Variables asociadas a la presencia o ausencia de conductas problemáticas

Tras la recodificación de las conductas problemáticas en ausencia o presencia, procedimos a realizar varias pruebas chi-cuadrado para determinar la posible presencia de una asociación significativa entre las mencionadas variables y otras variables personales que han sido identificadas como relevantes en la literatura existente: género, edad (previa recodificación en tres grupos: grupo menor, percentil 25, hasta 27 años; grupo intermedio, de 28 a 43,4 años; grupo mayor, percentil 75, de 43,5 años o mayor), severidad de la discapacidad, existencia o no de un síndrome, estado físico, habilidades de autocuidado y habilidades prácticas, habilidades de comunicación y habilidades sociales.

Además, como análisis adicionales empleamos las variables de habilidades y capacidades que habían sido previamente recodificadas en ausencia y presencia y los factores de conductas problema que fueron identificados tras la realización de análisis factoriales expuestos al principio en este capítulo.

En primer lugar, los análisis evidenciaron ausencia de asociación significativa entre edad y conducta agresiva ($\chi^2=1,777$, $gl=2$, $p>0,05$), conducta autolesiva ($\chi^2=0,081$, $gl=2$, $p>0,05$), conducta destructiva ($\chi^2=0,075$, $gl=2$, $p>0,05$), y otras conductas problemáticas ($\chi^2=3,203$, $gl=2$, $p>0,05$).

Respecto al sexo, los datos evidenciaron una asociación significativa entre éste y las conductas agresivas ($\chi^2=4,195$, $gl=1$, $p<0,05$). Tal y como se observa en la Figura 23, la probabilidad de existencia de agresión es más elevada cuando se trata de hombres que de mujeres.

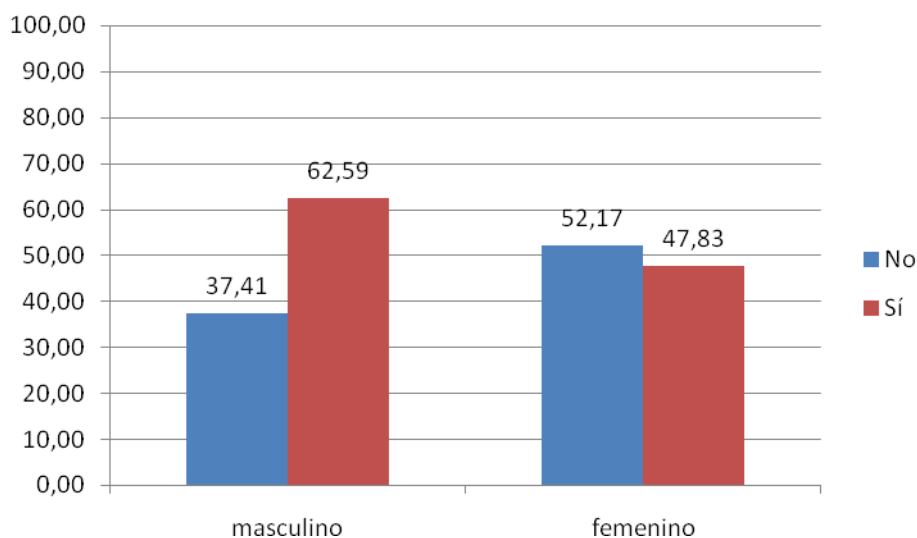


Figura 23. Ausencia o presencia de conducta agresiva en función del sexo

No se encontraron asociaciones significativas entre sexo y conducta autolesiva ($\chi^2=0,529$, $gl=1$, $p>0,05$), conducta destructiva ($\chi^2=0,831$, $gl=1$, $p>0,05$), u otras conductas problemáticas ($\chi^2=1,708$, $gl=2$, $p>0,05$).

Por su parte, los análisis de la potencial asociación entre nivel de CI (previamente recodificado en tres grupos de acuerdo a los percentiles 33, 66 y 99), evidenciaron una asociación significativa entre éste y la conducta agresiva ($\chi^2=9,256$, $gl=2$, $p<0,05$). Así, se puede observar cómo si bien en niveles de CI más bajos es menos común la presencia de conducta agresiva, en niveles más elevados dicha conducta es más probable. Por otro lado, no se encontraron asociaciones significativas entre el CI y la conducta autolesiva ($\chi^2=5,017$, $gl=2$, $p>0,05$), conducta destructiva ($\chi^2=0,536$, $gl=2$, $p>0,05$), u otras conductas problemáticas ($\chi^2=4,605$, $gl=2$, $p>0,05$). Tampoco se encontraron entre el diagnóstico o no de algún síndrome y las diferentes conductas problemáticas (Figura 24).

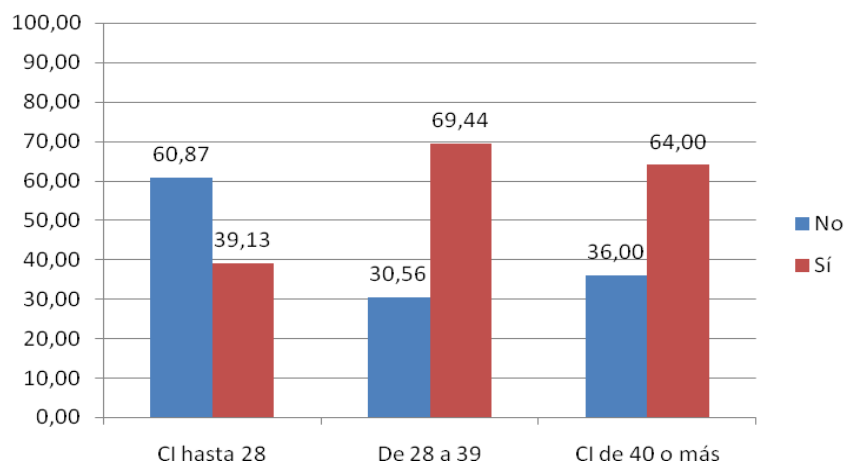


Figura 24. Ausencia o presencia de conducta agresiva en función del CI

Tras estos análisis y como avanzáramos previamente, procedimos a analizar la asociación entre capacidades y factores identificativos de conductas problema, obtenidos tras los respectivos análisis factoriales. Así, en cuanto a la posible asociación entre ausencia o presencia de problemas de salud y problemas de conducta, procedimos a emplear pruebas chi-cuadrado. Los análisis evidenciaron la existencia de asociaciones significativas entre ataques epilépticos y agresividad física ($\chi^2=16,54$ $gl=1$; $p<0,01$), autolesión estereotipada sin agitación ($\chi^2=4,63$, $gl=1$; $p<0,05$), y rabietas/quejas ($\chi^2=5,74$ $gl=1$; $p<0,05$). Por su parte, los problemas de movilidad se

encontraron asociados a las rabietas/quejas ($\chi^2=4,69$ gl=1; $p<0,05$) y a la conducta antisocial ($\chi^2=10,89$ gl=1; $p<0,01$). Los problemas relacionados con el control de esfínteres se encuentran asociados a la agresividad física ($\chi^2=22,46$ gl=1; $p<0,01$), agresividad verbal ($\chi^2=15,91$, gl=1; $p<0,01$), autolesión de ingesta ($\chi^2=5,17$, gl=1; $p<0,05$) y a la conducta antisocial ($\chi^2=9,57$, gl=1; $p<0,01$).

En la Tabla 124 se puede observar cómo la agresividad física y la autolesión estereotipada sin agitación es más frecuente en quienes presentan ataques epilépticos. Por su parte, la existencia de problemas de movilidad se encuentra asociada a una mayor probabilidad de mostrar rabietas/quejas y menor probabilidad de mostrar conducta antisocial. Respecto a los problemas de control de esfínteres, se encuentran asociados a una mayor probabilidad de mostrar agresividad física, menor probabilidad de mostrar agresividad verbal, mayor probabilidad de autolesión de ingesta y menor probabilidad de conducta antisocial.

El análisis de la relación entre habilidades de autocuidado y prácticas y las conductas problemáticas puso de manifiesto la existencia de asociación significativa entre problemas de alimentación y agresividad verbal ($\chi^2=7,71$ gl=1; $p<0,01$) y conducta antisocial ($\chi^2=7,48$, gl=1; $p<0,05$). Del mismo modo, existe una asociación significativa entre problemas en el vestido y agresividad verbal ($\chi^2=7,14$ gl=1; $p<0,01$); problemas en tareas domésticas y agresividad verbal ($\chi^2=7,16$, gl=1; $p<0,05$), y autolesión de ingesta ($\chi^2=4,00$ gl=1; $p<0,05$). Los problemas con el manejo del dinero se encuentran asociados a autolesión de alto nivel con agitación ($\chi^2=7,99$, gl=1; $p<0,01$), los problemas de lectura se encuentran asociados a la agresividad física ($\chi^2=5,65$, gl=1; $p<0,05$), los problemas de escritura a la autolesión de alto nivel con agitación ($\chi^2=7,01$ gl=1; $p<0,01$) y a la autolesión de ingesta ($\chi^2=4,06$ gl=1; $p<0,05$).

Tabla 124. Asociación entre problemas físicos y conductas problema

	Sí Agresiv. Física	No Agresiv. Física
Ataques epilépticos		
No	20,70%	79,30%
Sí	66,70%	33,30%
Ataques epilépticos	Sí autolesión estereotipada sin agitación	No autolesión estereotipada sin agitación
No	17,40%	82,60%
Sí	50,00%	50,00%
Ataques epilépticos	Sí rabieta/queja	No rabieta/queja
No	22,70%	77,30%
Sí	53,80%	46,20%
problemas movilidad	Sí rabieta/queja	No rabieta/queja
No	22,00%	78,00%
Sí	47,10%	52,90%
problemas movilidad	Sí conducta antisocial	No conducta antisocial
No	56,20%	43,80%
Sí	11,80%	88,20%
problemas control esfínteres	Sí Agresiv. Física	No Agresiv. Física
No	16,30%	83,70%
Sí	60,00%	40,00%
problemas control esfínteres	Sí agresividad verbal	No agresividad verbal
No	60,00%	40,00%
Sí	9,50%	90,50%
problemas control esfínteres	Sí autolesión de ingesta	No autolesión de ingesta
No	18,90%	81,10%
Sí	44,80%	55,20%
problemas control esfínteres	Sí conducta antisocial	No conducta antisocial
No	60,00%	40,00%
Sí	25,80%	74,20%

En la Tabla 125 se puede observar cómo la agresividad verbal y la conducta antisocial son más frecuentes ante la ausencia de problemas de alimentación. Además, la agresividad verbal es más frecuente ante ausencia de problemas relacionados con el vestido o con la realización de tareas domésticas. Los problemas para la realización de tareas domésticas se encuentran asociados a la presencia de conductas autolesivas de ingesta. Los problemas en el manejo del dinero se encuentran asociados a la autolesión de alto nivel con agitación. Los problemas de lectura se encuentran asociados a una mayor probabilidad de agresividad física, mientras que los problemas de escritura se encuentran más asociados a la autolesión de alto nivel con agitación y a la autolesión de ingesta.

Tabla 125. Asociación entre Habilidades de Autocuidado y Prácticas y conductas problemáticas

	Sí Agresiv. Verbal	No Agresiv. Verbal
problemas alimentación		
No	62,50%	37,50%
Sí	31,70%	68,30%
problemas alimentación	Sí Conducta Antisocial	No Conducta Antisocial
No	65,00%	35,00%
Sí	36,00%	64,00%
problemas vestido	Sí Agresiv. Verbal	No Agresiv. Verbal
No	73,70%	26,30%
Sí	38,70%	61,30%
problemas tareas domesticas	Sí Agresiv. Verbal	No Agresiv. Verbal
No	88,90%	11,10%
Sí	41,70%	58,30%
problemas tareas domesticas	Sí Autolesión de Ingesta	No Autolesión de Ingesta
No	0,00%	100,00%
Sí	32,10%	67,90%
problemas manejo dinero	Sí Autolesión de alto nivel con agitación	No Autolesión de alto nivel con agitación
No	12,50%	87,50%
Sí	64,60%	35,40%
problemas lectura	Sí Agresividad física	No Agresividad física
No	5,00%	95,00%
Sí	30,60%	69,40%
problemas escritura	Sí Autolesión de alto nivel con agitación	No Autolesión de alto nivel con agitación
No	28,60%	71,40%
Sí	67,20%	32,80%
problemas escritura	Sí Autolesión de Ingesta	No Autolesión de Ingesta
No	7,10%	92,90%
Sí	34,60%	65,40%

Los problemas de comunicación se encuentran asociados a la agresividad física ($\chi^2=11,22$, $gl=1$; $p<0,01$), agresividad verbal ($\chi^2=17,50$ $gl=1$; $p<0,01$), autolesión con alto nivel de agitación ($\chi^2=6,57$, $gl=1$; $p<0,05$), autolesión de ingesta ($\chi^2=4,72$ $gl=1$; $p<0,05$). Tanto los problemas de intención comunicativa como de comprensión se encuentran asociados a la agresividad física ($\chi^2=7,55$, $gl=1$; $p<0,01$) y ($\chi^2=5,34$, $gl=1$; $p<0,05$) respectivamente; agresividad verbal ($\chi^2=17,35$ $gl=1$; $p<0,01$) en intención y ($\chi^2=14,79$, $gl=1$; $p<0,01$) en comprensión; y autolesión de ingesta ($\chi^2=4,02$ $gl=1$; $p<0,05$) y ($\chi^2=4,02$ $gl=1$; $p<0,05$) en cada caso. Los problemas de expresión se encuentran

asociados a la agresividad física ($\chi^2=5,70$, $gl=1$; $p<0,05$), a la agresividad verbal ($\chi^2=20,69$, $gl=1$; $p<0,01$) y a la autolesión con alto nivel de agitación ($\chi^2=7,19$, $gl=1$; $p<0,01$).

En la Tabla 126 se observa cómo la existencia de problemas de comunicación está asociada a mayor agresividad física, a menor agresividad verbal, a mayor probabilidad de autolesión de alto nivel con agitación y a mayor probabilidad de autolesión de ingesta. Los problemas de intención comunicativa y de igual forma los de comprensión están asociados a mayor agresividad física, menor agresividad verbal y a mayor probabilidad de autolesión de ingesta. Los problemas de expresión están asociados a mayor agresividad física, menor agresividad verbal y mayor nivel de autolesión de alto nivel con agitación.

Tabla 126. Asociación entre Habilidades de Comunicación y problemas de conducta

	Sí agresiv física	No agresiv física
problemas comunic		
No	18,20%	81,80%
Sí	46,30%	53,70%
	Sí agresiv verbal	No agresiv verbal
problemas comunic	33	18
No	64,70%	35,30%
Sí	16,70%	83,30%
problemas comunic	Sí Autolesión de alto nivel con agitación	No Autolesión de alto nivel con agitación
No	44,70%	55,30%
Sí	74,30%	25,70%
problemas comunic	Sí Autolesión de Ingesta	No Autolesión de Ingesta
No	18,90%	81,10%
Sí	43,30%	56,70%
probl intenc comun	Sí agresiv física	No agresiv física
No	21,20%	78,80%
Sí	46,70%	53,30%
probl intenc comun	Sí agresiv verbal	No agresiv verbal
No	61,00%	39,00%
Sí	9,10%	90,90%

(Continúa)

Tabla 126 (cont.). Asociación entre Habilidades de Comunicación y problemas de conducta

	Sí agresiv física	No agresiv física
probl intenc comun	Sí Autolesión de Ingesta	No Autolesión de Ingesta
No	19,40%	80,60%
Sí	41,90%	58,10%
problemas comprension	Sí agresiv física	No agresiv física
No	21,50%	78,50%
Sí	41,70%	58,30%
problemas comprension	Sí agresiv verbal	No agresiv verbal
No	60,30%	39,70%
Sí	13,00%	87,00%
problemas comprension	Sí Autolesión de Ingesta	No Autolesión de Ingesta
No	19,40%	80,60%
Sí	41,90%	58,10%
	29,90%	70,10%
problemas expresion	Sí agresiv física	No agresiv física
No	16,90%	83,10%
Sí	35,70%	64,30%
problemas expresion	Sí agresiv verbal	No agresiv verbal
No	78,10%	21,90%
Sí	26,50%	73,50%
problemas expresion	Sí Autolesión de alto nivel con agitación	No Autolesión de alto nivel con agitación
No	36,40%	63,60%
Sí	70,00%	30,00%

Los problemas en las interacciones sociales se encuentran asociados a la agresividad física ($\chi^2=8,70$ gl=1; $p<0,01$), agresividad verbal ($\chi^2=18,46$, gl=1; $p<0,01$) y a la autolesión de alto nivel compulsivo ($\chi^2=4,83$ gl=1; $p<0,05$). Los problemas en las interacciones con los no conocidos se encuentran asociados a la agresividad física ($\chi^2=5,99$, gl=1; $p<0,05$) y agresividad verbal ($\chi^2=17,93$ gl=1; $p<0,01$). Los problemas para la participación en actividades de grupo se encuentran asociados a la agresividad física ($\chi^2=12,56$, gl=1; $p<0,01$) y a la agresividad verbal ($\chi^2=5,13$, gl=1; $p<0,05$). Los problemas en la participación en actividades individuales se encuentran asociadas a la agresividad verbal ($\chi^2=5,09$, gl=1; $p<0,05$), a la autolesión de ingesta ($\chi^2=12,34$ gl=1; $p<0,01$), y a la conducta desafiante/oposicionista ($\chi^2=4,94$ gl=1; $p<0,05$).

En la Tabla 127 se observa cómo los problemas con las interacciones sociales se relacionan con menor agresividad verbal y menor autolesión de alto nivel compulsivo. Los problemas en la interacción con desconocidos se asocian con mayor agresividad

física y menor agresividad verbal. Los problemas en la participación en actividades de grupo se asocian con mayor agresividad física y menor agresividad verbal. Los problemas en la participación en actividades individuales se asocian con menor agresividad verbal y mayor autolesión de ingesta, así como con mayor presencia de conductas desafiantes/oposicionistas.

Tabla 127. Asociación entre Habilidades Sociales y problemas de conducta

	Sí agresiv verbal	No agresiv verbal
probl interac sociales		
No	66,70%	33,30%
Sí	18,20%	81,80%
probl interac sociales	Sí Autolesión de alto nivel compulsivo	No Autolesión de alto nivel compulsivo
No	50,00%	50,00%
Sí	22,60%	77,40%
probl interac no conocidos	Sí agresiv física	No agresiv física
No	19,80%	80,20%
Sí	39,60%	60,40%
probl interac no conocidos	Sí agresiv verbal	No agresiv verbal
No	67,40%	32,60%
Sí	20,00%	80,00%
probl partic grupo	Sí agresiv física	No agresiv física
No	15,30%	84,70%
Sí	43,60%	56,40%
probl partic grupo	Sí agresiv verbal	No agresiv verbal
No	59,50%	40,50%
Sí	34,20%	65,80%
probl partic indiv	Sí agresiv verbal	No agresiv verbal
No	52,70%	47,30%
Sí	20,00%	80,00%
probl partic indiv	Sí Autolesión de Ingesta	No Autolesión de Ingesta
No	12,80%	87,20%
Sí	61,50%	38,50%
probl partic indiv	Sí Conductas Desafiantes/oposicionistas	No Conductas Desafiantes/oposicionistas
No	14,90%	85,10%
Sí	34,60%	65,40%

Así pues, respecto a la relación entre estado físico, habilidades y conductas problemáticas, es posible extraer varias conclusiones. La existencia de problemas de movilidad ($\chi^2=5,493$, $gl=1$, $p<0,05$), de control de esfínteres ($\chi^2=10,049$, $gl=1$, $p<0,01$), de

problemas de comunicación ($\chi^2=5,070$, $gl=1$, $p<0,05$), de intención comunicativa ($\chi^2=13,529$, $gl=1$, $p<0,01$), de comprensión ($\chi^2=5,064$, $gl=1$, $p<0,05$), de problemas en las interacciones sociales ($\chi^2=10,619$, $gl=1$, $p<0,01$) y de problemas en la interacción con no conocidos ($\chi^2=12,406$, $gl=1$, $p<0,01$), no están asociados a una mayor probabilidad de conducta agresiva. En la Tabla 128 se puede observar cómo la conducta agresiva es más frecuente en quienes no tienen problemas de movilidad ni de control de esfínteres, o de comunicación, de intención comunicativa, de comprensión, en las interacciones sociales, ni en las interacciones con no conocidos

Tabla 128. Ausencia o presencia de conductas agresivas (Frecuencias)

problemas movilidad	No C. Agresiva	Sí C. Agresiva
No	39,2%	63,0%
Sí	60,8%	37,0%
problemas control esfinteres		
No	35,1%	58,0%
Sí	64,9%	42,0%
problemas comunic		
No	36,3%	51,8%
Sí	63,7%	48,2%
probl intenc comun		
No	33,6%	59,7%
Sí	66,4%	40,3%
problemas comprension		
No	36,8%	52,7%
Sí	63,2%	47,3%
probl interac sociales		
No	32,8%	54,8%
Sí	67,2%	45,2%
probl interac no conocidos		
No	31,4%	55,0%
Sí	68,6%	45,0%

La conducta autolesiva se encuentra asociada a la existencia de problemas de visión ($\chi^2=5,171$, $gl=1$, $p<0,05$), problemas de movilidad ($\chi^2=6,734$, $gl=1$, $p<0,01$), problemas de control de esfínteres ($\chi^2=7,887$, $gl=1$, $p<0,05$), problemas en el uso del transporte público ($\chi^2=7,157$, $gl=1$, $p<0,01$), problemas de intención comunicativa ($\chi^2=6,186$, $gl=1$, $p<0,05$), problemas de comprensión ($\chi^2=4,033$, $gl=1$, $p<0,05$), problemas de expresión ($\chi^2=4,891$, $gl=1$, $p<0,05$), y problemas en las interacciones con

personas desconocidas ($\chi^2=6,011$, $gl=1$, $p<0,05$). Todos estos datos quedan reflejados en la Tabla 129. En cuanto a la conducta destructiva, se encuentra asociada a la existencia de problemas para la participación en actividades de grupo ($\chi^2=3,941$, $gl=1$, $p<0,05$).

En la Figura 25 se puede observar cómo quienes presentan conducta destructiva tienen con mayor frecuencia problemas para participar en actividades grupales.

Tabla 129. Ausencia o presencia de conductas autolesiva (Frecuencias)

problemas visión	No C. Autolesiva	Sí C. Autolesiva
No	86,90%	13,10%
Sí	74,00%	26,00%
problemas movilidad		
No	91,20%	8,80%
Sí	78,10%	21,90%
problemas control esfínteres		
No	73,00%	27,00%
Sí	53,40%	46,60%
problemas uso transp publico		
No	11,50%	88,50%
Sí	0,00%	100,00%
probl intenc comun		
No	71,40%	28,60%
Sí	54,10%	45,90%
problemas comprension		
No	68,30%	31,70%
Sí	54,10%	45,90%
problemas expresion		
No	45,60%	54,40%
Sí	29,70%	70,30%
probl interac no conocidos		
No	57,10%	42,90%
Sí	39,20%	60,80%

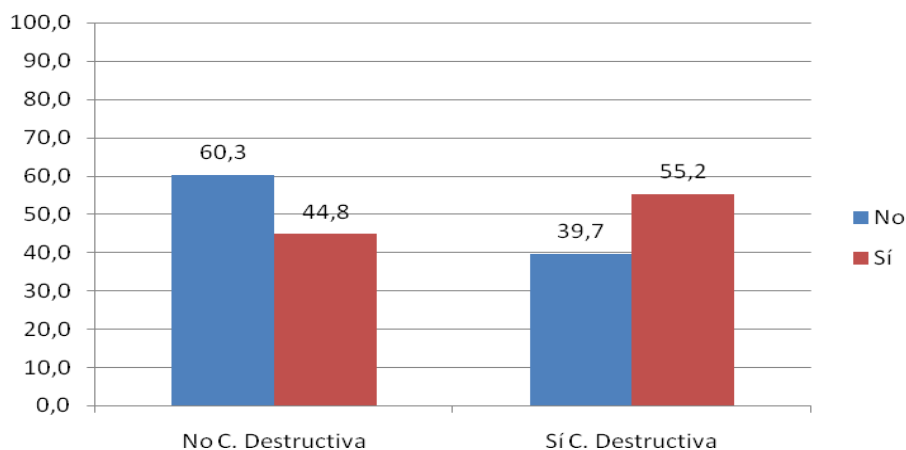


Figura 25. Asociación entre conducta destructiva y ausencia o presencia de problemas para la participación en actividades de grupo.

En cuanto a la existencia de otras conductas problemáticas, no se encuentran asociadas a la existencia de problemas del estado físico ni de problemas en habilidades.

Realizamos a continuación un análisis correlacional (correlaciones biseriales puntuales) entre las conductas problemáticas. Los resultados se exponen en la Tabla 130. Se puede observar cómo los participantes que muestran conductas agresivas tienen también una mayor probabilidad de mostrar conductas destructivas y a su vez, una menor probabilidad de presentar otras conductas problemáticas. Tal y como indican Whitman, Scibak y Reid (1983) la categoría de conducta agresiva puede ampliarse para incluir rabieta y destrucción. Otros autores han evidenciado la existencia de una elevada correlación entre conducta destructiva y autolesión (Davidson y cols., 1994, 1996; Rojahn y cols., 1993) que nosotros no hemos encontrado.

Tabla 130. Correlaciones biseriales puntuales entre conductas problemáticas

	c autolesivas	c destructivas	otras cond problemáticas
c agresiva	,046	,204**	-,223**
c autolesivas		,124	-,002
c destructivas			-,083

** signif con $p < 0,01$ (2-colas)

A continuación, realizamos un análisis más pormenorizado a partir de los factores obtenidos con las diferentes escalas. Así, las correlaciones de Pearson entre los diferentes tipos de comportamientos problemáticos puso de manifiesto la existencia de asociaciones significativas de baja intensidad entre conductas agresivas verbales/psicológicas y conductas antisociales ($r=0,286$, $P<0,05$), así como entre conductas estereotipadas sin agitación y conductas autolesivas de alto nivel con agitación ($r=0,297$, $p<0,05$). Esta última variable correlaciona significativamente y con una intensidad media-baja con la conducta autolesiva estereotipada con agitación ($r=0,487$, $p<0,01$) y con la conducta autolesiva de alto nivel compulsiva ($r=0,401$, $p<0,01$).

Por su parte, la conducta autolesiva de alto nivel compulsiva se encuentra asociada significativa y moderadamente con rabietas y quejas ($r=0,340$, $p<0,05$). Dichas rabietas y quejas se encuentran significativamente asociadas a comportamientos antisociales ($r=0,190$, $p<0,05$) y a comportamientos desafiantes ($r=0,263$, $p<0,01$). La autolesión de alto nivel con agitación se encuentra asociada con la autolesión de ingesta ($r=0,236$, $p<0,05$). Estos resultados parecen apoyar la noción de un continuo de conducta estereotipada autolesiva, tal y como postularan otros autores (Bodfish, 2007; Bodfish y cols., 1995; King, 1993; Powell y cols., 1996; Rohjan, 1986).

En un intento por determinar la posible asociación entre variables contextuales y conducta problemática, procedimos a realizar análisis chi-cuadrado entre comportamientos problemáticos y las variables: tipo de residencia (independiente/tutelada, familiar, o residencia), tiempo vivido en el centro (menor o igual a tres años, de 3,1 a 14,2 años, y mayor o igual a 14,3), número de cambios en centro residencial y número de lugares de servicios de día (menor o igual a 1, de 1,1 a 2,9, y mayor o igual a 3, respectivamente), tiempo máximo en servicios de día (menor o igual a 5, de 5,1 a 13,9, y mayor o igual a 14), educación formal (sí o no) e historia de ingreso en unidad de salud mental (sí o no), prescripción de ansiolíticos, antipsicóticos, antiparkinsonianos, eutimizantes, antidepresivos o antiepilépticos (sí o no, en cada caso).

Los datos evidenciaron asociaciones significativas relacionando la ausencia o presencia de otras conductas problemáticas y la alternativa residencial ($\chi^2=9,487$, $gl=2$, $p<0,01$), así como con el tiempo máximo emplazado en servicios de día ($\chi^2=6,139$, $gl=2$, $p<0,05$). Respecto a la alternativa residencial (véase Figura 26), se puede observar cómo en los hogares tutelados o viviendas independientes la frecuencia de otros problemas de conducta es muy baja, frente a la frecuencia existente en centros residenciales.

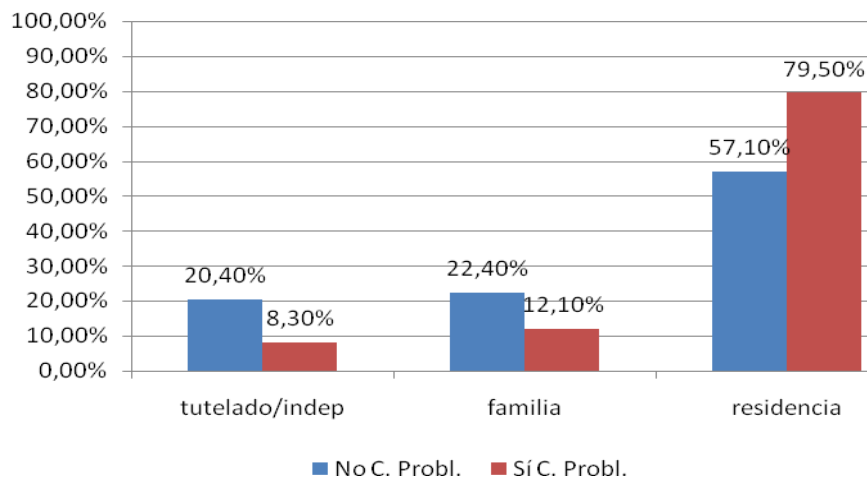


Figura 26. Asociación entre presencia o ausencia de otras conductas problema y alternativa residencial

Por otro lado, como se puede observar en la Figura 27, hay una asociación entre la presencia de otros problemas de conducta y niveles medios de tiempo en servicios de día. Un elevado número de horas en servicios de día está asociado a presencia de problemas de comportamiento, excepto cuando este supera las 14 horas que es menor.

En cuanto a la asociación entre medicamentos y conductas problemáticas, se encontraron asociaciones entre la toma de antipsicóticos y conductas autolesivas ($\chi^2=7,597$, $gl=1$, $p<0,01$) y destructivas ($\chi^2=6,098$, $gl=1$, $p<0,05$). Se obtienen también asociaciones significativas entre la prescripción de ansiolíticos y conducta agresiva ($\chi^2=5,862$ $gl=1$, $p<0,05$) y conductas autolesivas ($\chi^2=6,884$, $gl=1$, $p<0,01$).

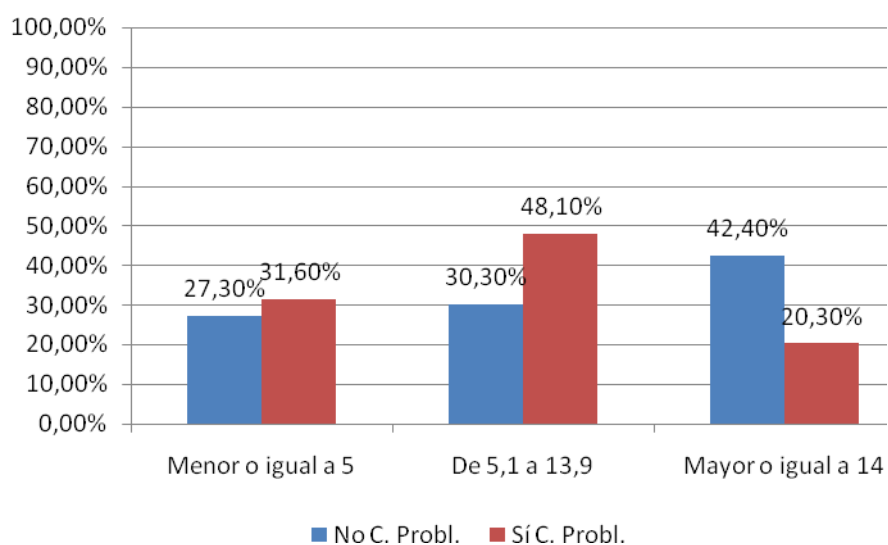


Figura 27. Asociación entre presencia o ausencia de otras conductas problema y tiempo máximo en servicios de día

Concretamente, y como se detalla en la Tabla 131, un mayor porcentaje de participantes con conductas autolesivas o con conductas destructivas toman medicación antipsicótica. Por su parte la ingesta de ansiolíticos es más frecuente en quienes manifiestan conducta agresiva o autolesiva.

Tabla 131. Correlaciones entre conductas problemáticas y utilización de medicamentos

	No antipsicóticos	Sí antipsicóticos
c autolesivas		
No	45,20%	54,80%
Sí	24,20%	75,80%
c destructivas		
No	43,60%	56,40%
Sí	23,50%	76,50%
c agresiva		
No	76,60%	23,40%
Sí	59,60%	40,40%
c autolesivas		
No	74,00%	26,00%
Sí	54,50%	45,50%

A modo de resumen, las Figuras 28 a 30 presentan las evidencias encontradas a lo largo de estas páginas en relación a las topografías más relevantes de comportamiento problemático.

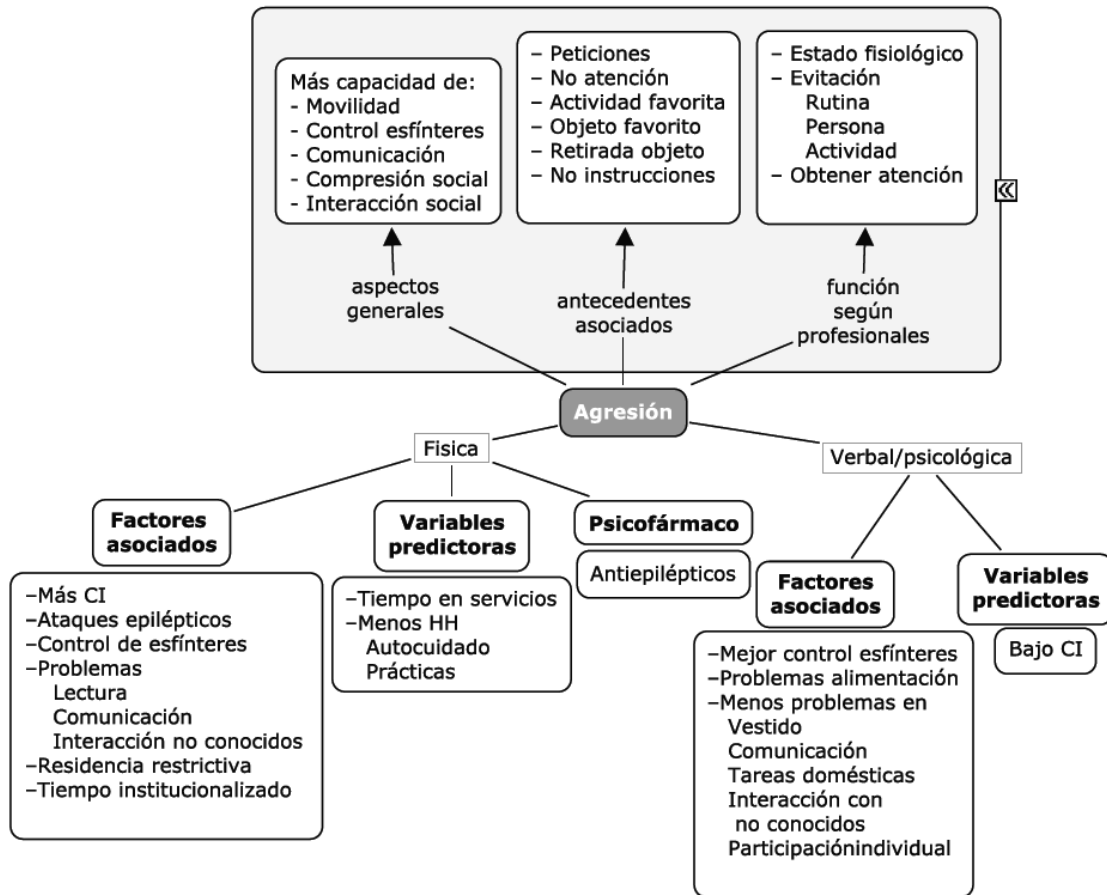


Figura 28. Variables relacionadas con la conducta agresiva

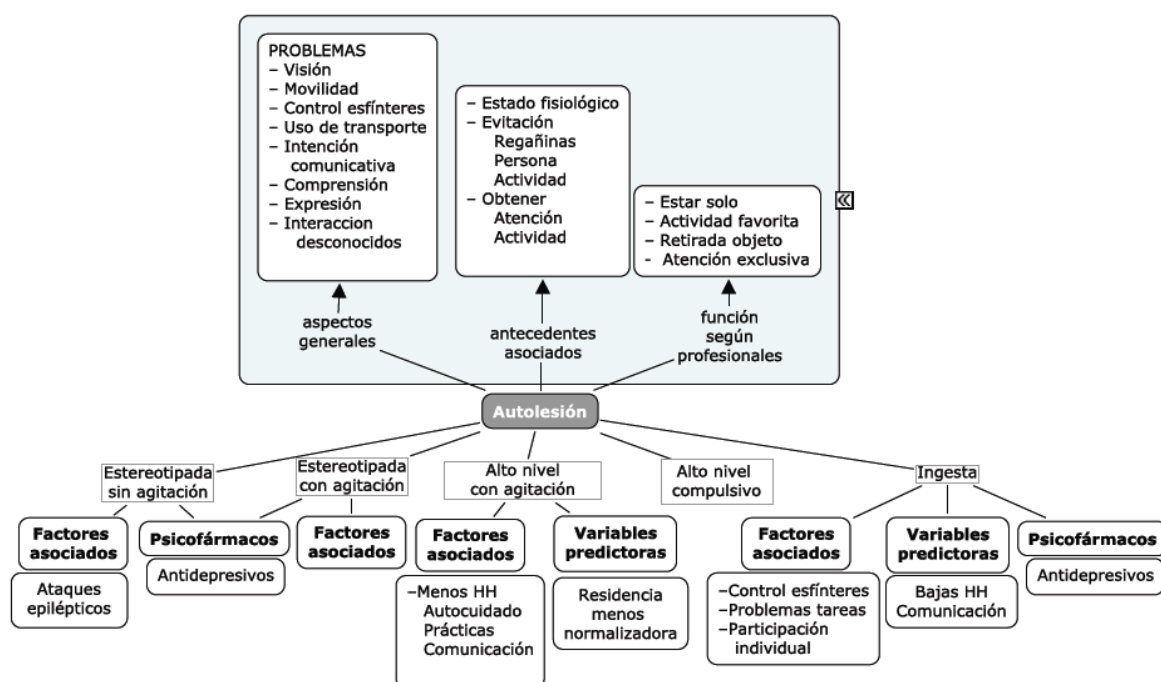


Figura 29. Variables relacionadas con la conducta autolesiva

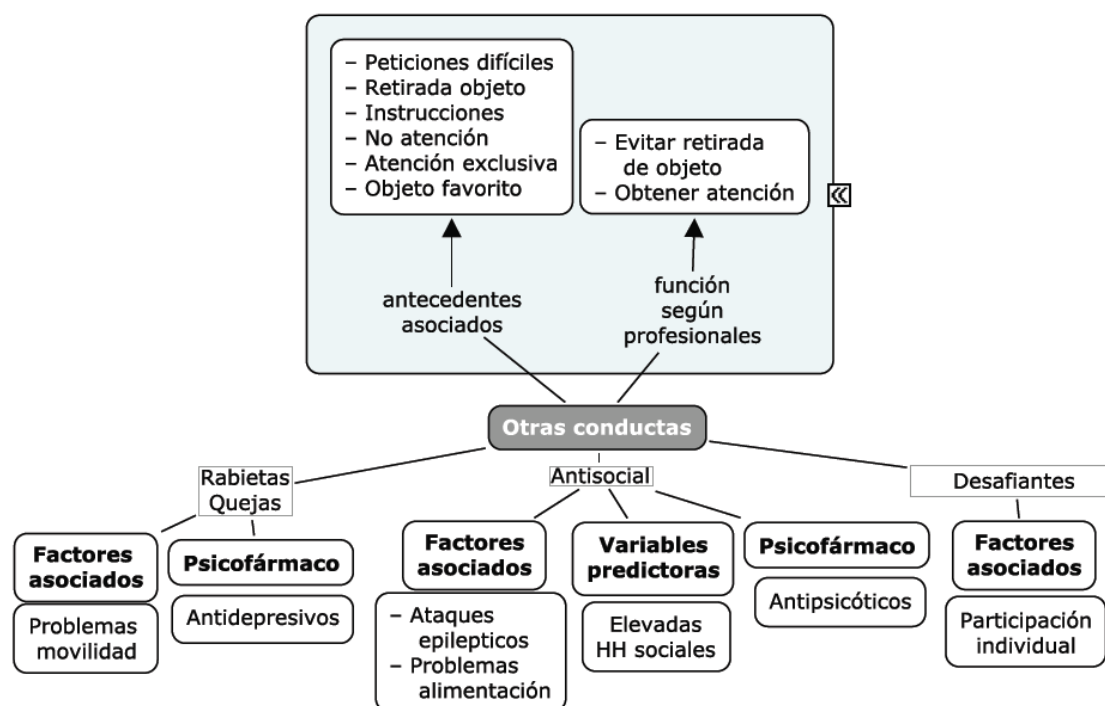


Figura 30. Variables relacionadas con otras conductas problemáticas

4.5.3 Perfil de usuarios con conductas problemáticas severas

Para determinar los usuarios con problemas severos de conducta hemos recodificado las respuestas dadas al apartado "tipo de conductas problemáticas" en dos categorías: 1) no problema, si las respuestas eran "menor" o "no", y 2) problema, si las respuestas eran "seria" o "controlada". Posteriormente hemos computado el total obtenido por cada participante y entonces, hemos dividido la muestra en dos grupos: 1) participantes con múltiples problemas de conducta, que son aquéllos que han obtenido 6 puntos o más en este ítem; 2) participantes sin múltiples problemas de conducta, que son aquéllos que han obtenido 5 ó menos puntos. Es decir, para ser categorizado como persona con problemas conductuales severos, ha debido obtener una valoración de conducta "problemática" en al menos dos tipos de conducta.

Una vez hecha esta agrupación, hemos procedido a analizar las diferentes variables de interés. De este modo, puede decirse que el perfil de usuario con una mayor probabilidad de manifestar conductas problemáticas es el de una persona de 33,9 años (DT=9,5) (frente a una edad promedio de 36,9, DT=11,2, de quienes no se encuadran en este grupo), varón, residente en un centro residencial durante un promedio de 14,3 años y que lleva viviendo en centros 19,7 años y se encuentra incapacitado para el trabajo. Invierte un promedio de 22,1 horas en un mismo centro y suele recibir únicamente este servicio. No recibe ningún tipo de educación formal. Por lo general no ha sido ingresado en un servicio de salud mental ni tiene un síndrome asociado. Su CI es de 37,5 de promedio (DT=17,9).

a. Relación entre Antecedentes, conductas y consecuentes de las conductas problemáticas

Teniendo en cuenta los modelos integradores que plantean que el problema no es exclusivo de la persona, sino que tiene que ver con cómo los demás lo perciben

o lo toleran, pasamos a analizar con más detalle la asociación entre estas variables, utilizamos las variables referentes a cada grupo de conductas problemáticas que habían sido recodificadas previamente como problemáticas vs. no problemáticas. Procedimos entonces a determinar la posible asociación significativa mediante pruebas chi-cuadrado.

Comenzamos por analizar la asociación entre las nueve conductas agresivas especificadas en el cuestionario (golpear a otros con la mano u otra parte del cuerpo, golpear a otros con objetos, maldad o crueldad, morder a otros, tirar del pelo, arañar, pellizcar, amenazar o insultar, escupir), y las ocho circunstancias incluidas en el cuestionario y que aluden a circunstancias que hacen más probable que tenga lugar la agresión (si se le deja sólo bastante tiempo sin hacer nada, si se le pide hacer una tarea difícil o que no le gusta, si los profesionales no le prestan atención, si le retiran un objeto favorito, si está realizando una actividad favorita, si no se le dan instrucciones u órdenes, si se le ofrece atención exclusiva, o si se le da un objeto favorito). De modo adicional, analizamos la asociación entre las conductas agresivas y las cuatro actuaciones susceptibles de utilizarse para el control inmediato de la conducta (restricción física, aislamiento, sedación, distracción).

El análisis de la asociación entre variables indicó que "golpear con un objeto" está asociado ($\chi^2=6,142$, $gl=2$, $p<0,05$) a que los profesionales no prestan atención al usuario, a que esté ocupado con una actividad que le gusta ($\chi^2=7,540$, $gl=2$, $p<0,05$) o a que se le acabe de dar algún objeto favorito ($\chi^2=6,695$, $gl=2$, $p<0,05$). Por su parte, "morder" es más probable si los profesionales están alrededor pero no le prestan atención (están hablando entre ellos) ($\chi^2=8,041$, $gl=2$, $p<0,05$) o si le retiran un objeto que le gusta ($\chi^2=12,343$, $gl=2$, $p<0,05$) o si le acaban de dar algún objeto favorito ($\chi^2=6,457$, $gl=2$, $p<0,05$). Arañar es más probable cuando no se le dan instrucciones ($\chi^2=6,309$, $gl=2$, $p<0,05$), al igual que "pellizcar" ($\chi^2=7,379$, $gl=2$, $p<0,05$). "Amenazar" es

más probable si se le pide hacer algo difícil ($\chi^2=6,344$, $gl=2$, $p<0,05$) o si los profesionales no le prestan atención ($\chi^2=8,009$, $gl=2$, $p<0,05$). Finalmente, "escupir" es más probable si se le acaba de dar algún objeto favorito ($\chi^2=11,495$, $gl=2$, $p<0,05$). En cuanto a las medidas que se utilizan para el control de las conductas agresivas, golpear con mano está asociado a la utilización de restricción física ($\chi^2=8,494$, $gl=3$, $p<0,05$) y del aislamiento ($\chi^2=9,565$, $gl=3$, $p<0,05$). Para el control de la conducta de golpear con un objeto se utiliza el aislamiento ($\chi^2=8,826$, $gl=3$, $p<0,05$), al igual que para la conducta de pellizcar ($\chi^2=9,692$, $gl=3$, $p<0,05$). Finalmente, para controlar la conducta de morder se utiliza la restricción física ($\chi^2=8,700$, $gl=3$, $p<0,05$).

En la Figura 31 se resumen gráficamente estas asociaciones. Se puede observar cómo situaciones antecedentes como ofrecer atención exclusiva o dejar al usuario bastante tiempo sin hacer nada, no están asociadas a la aparición de conducta agresiva. Por otro lado, tan sólo conductas agresivas de más elevada intensidad (golpear, morder, pellizcar), van seguidas de estrategias igualmente intensas para su control (aislamiento y restricción física). La sedación y la distracción no son estrategias de control asociadas significativamente al control de las conductas agresivas.

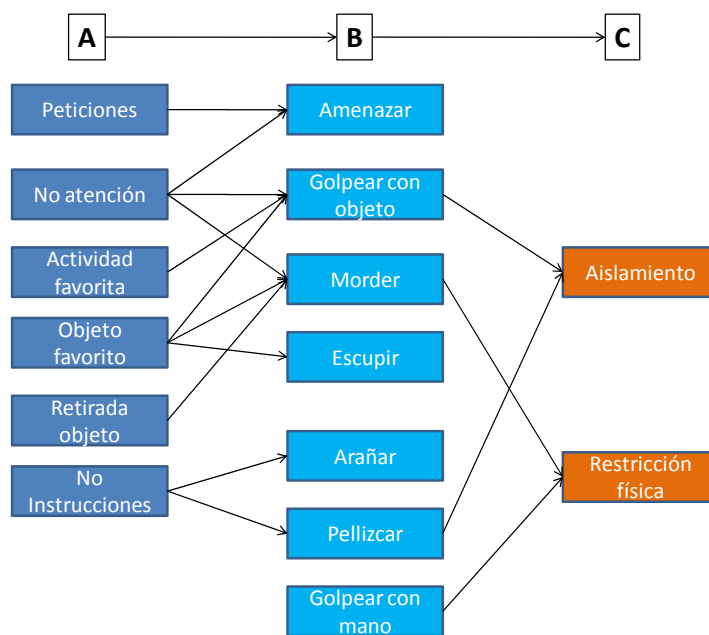


Figura 31. Asociaciones significativas entre antecedentes, conducta agresiva y consecuencias

Llevamos a cabo el mismo tipo de análisis, en este caso con las conductas autolesivas, así como en relación con situaciones potencialmente antecedentes y consecuentes. Dado que las autolesiones se producen en un número más reducido de casos, para asegurar la adecuación de los análisis creamos variables dicotómicas (sí vs. no) con las variables asociadas a los antecedentes y consecuentes.

Los análisis evidenciaron que existe una asociación significativa entre la retirada de un objeto y la puesta en marcha de conductas como morderse ($\chi^2=4,197$, $gl=1$, $p<0,05$) y golpearse el cuerpo ($\chi^2=7,709$, $gl=1$, $p<0,01$). Por su parte, la realización de una actividad favorita está asociada con una menor probabilidad de arañarse ($\chi^2=4,278$, $gl=1$, $p<0,05$) y una mayor probabilidad de poner en marcha conductas de pica ($\chi^2=4,333$, $gl=1$, $p<0,05$). Además, ofrecer atención exclusiva al usuario está asociado con la puesta en marcha de conductas como vomitar ($\chi^2=4,548$, $gl=1$,

$p < 0,05$), introducirse dedos en partes del cuerpo ($\chi^2=4,411$, $gl=1$, $p < 0,05$), tragar más aire ($\chi^2=5,786$, $gl=1$, $p < 0,05$) y arrancarse el pelo ($\chi^2=4,022$, $gl=1$, $p < 0,05$). Finalmente, estar sólo sin hacer nada está asociado a la puesta en marcha de conductas de pica ($\chi^2=9,690$, $gl=1$, $p < 0,01$). Por lo que se refiere a las estrategias que se ponen en marcha para el control inmediato de las conductas autolesivas, tan sólo se ha encontrado que para conductas como beber en exceso, se utilizan técnicas distractoras ($\chi^2=3,876$, $gl=1$, $p < 0,05$). Se evidencia además que para el control de conductas como arañarse ($\chi^2=4,755$, $gl=1$, $p < 0,05$), pellizcarse ($\chi^2=4,189$, $gl=1$, $p < 0,05$) o comer en exceso ($\chi^2=4,026$, $gl=1$, $p < 0,05$), no se utiliza la restricción física. En la Figura 32 se exponen gráficamente las asociaciones encontradas. Se puede observar cómo tan sólo ocho de las 16 conductas autolesivas se encuentran asociadas a alguna condición antecedente, y que la atención exclusiva es la situación que parece elicitarse más conductas autolesivas. Se observa además cómo las topografías de la conducta autolesiva suelen diferir en función de los sucesos antecedentes. Así, la conducta de pica se asocia a estar sólo o a disfrutar de alguna actividad favorita; morderse o golpearse se asocia a la retirada de algún objeto que le gusta, y diversas topografías de conducta autolesiva se ponen en marcha cuando el usuario está siendo objeto de atención exclusiva.

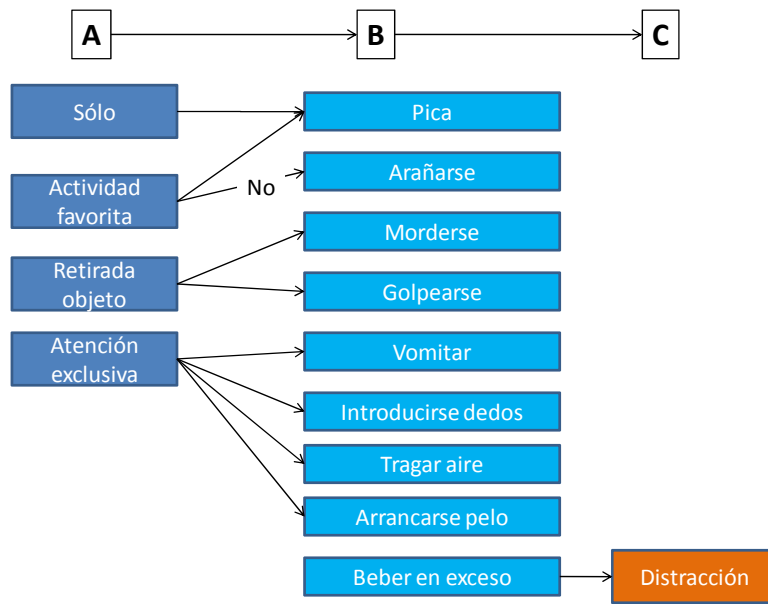


Figura 32. Asociaciones significativas entre antecedentes, conducta autolesiva y consecuencias

En tercer lugar, los análisis de la posible asociación entre ausencia o presencia de conducta destructiva y posibles antecedentes y consecuentes, no evidenció ninguna asociación significativa.

En cuarto lugar, los análisis de la posible asociación entre otras conductas problemáticas disruptivas o socialmente inadecuadas, y los antecedentes y consecuentes de estas conductas, indicaron que pedir al sujeto realizar algo difícil está asociado con conductas de disconformidad ($\chi^2=28,805$, $gl=2$, $p<0,01$) y rabietas ($\chi^2=8,686$, $gl=2$, $p<0,05$); la retirada de objetos favoritos está asociado a la aparición de conductas de disconformidad ($\chi^2=6,283$, $gl=2$, $p<0,05$), rabietas ($\chi^2=11,472$, $gl=2$, $p<0,01$) y berrinches ($\chi^2=16,349$, $gl=2$, $p<0,01$); dar instrucciones u ordenar algo a un usuario está asociado a conductas de disconformidad ($\chi^2=8,439$, $gl=2$, $p<0,05$) y berrinches ($\chi^2=7,763$, $gl=2$, $p<0,05$); ofrecer atención exclusiva está asociado a la aparición de hiperactividad ($\chi^2=6,571$, $gl=2$, $p<0,05$) y de conductas sexuales o

sociales inadecuadas ($\chi^2=7,777$, $gl=2$, $p<0,05$); no ofrecer atención está asociado a la aparición de conductas de acoso ($\chi^2=13,340$, $gl=2$, $p<0,01$), sexuales ($\chi^2=6,378$, $gl=2$, $p<0,05$) y berrinches ($\chi^2=7,364$, $gl=2$, $p<0,05$); dar un objeto favorito está asociado a la conducta de robo ($\chi^2=7,269$, $gl=2$, $p<0,05$). En cuanto a los sucesos consecuentes, la distracción es utilizada ante rabietas ($\chi^2=14,162$, $gl=3$, $p<0,01$) y berrinches ($\chi^2=8,738$, $gl=3$, $p<0,05$); la sedación ante la hiperactividad ($\chi^2=7,777$, $gl=3$, $p<0,05$); la restricción física ante la hiperactividad ($\chi^2=13,736$, $gl=3$, $p<0,01$), la conducta de desnudarse ($\chi^2=19,132$, $gl=3$, $p<0,01$) y a la conducta de untar objetos con las propias heces ($\chi^2=8,029$, $gl=3$, $p<0,05$). En la Figura 33 se resumen las asociaciones significativas encontradas.

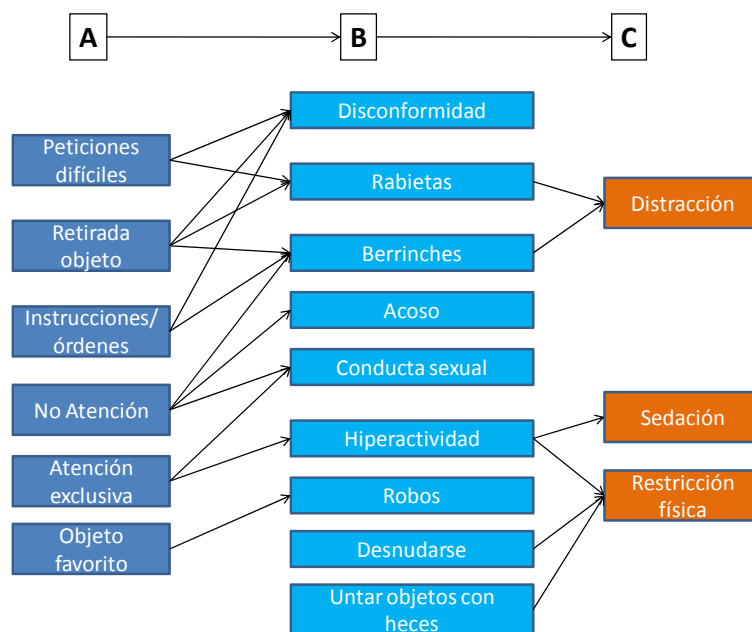


Figura 33. Asociaciones significativas entre antecedentes, otras conductas disruptivas y consecuencias

4.6 Variables predictoras de las conductas problema

Hemos realizado diferentes análisis de regresión múltiple por pasos, para tratar de determinar qué variables conjuntamente consideradas contribuyen a explicar las diferentes conductas problema. Nuestra intención en este caso era determinar en qué medida las variables contextuales y personales pueden contribuir a explicar la presencia de un comportamiento problemático. Ello es coherente con un modelo cognitivo conductual de entendimiento de la conducta. Para ello, seleccionamos de entre las variables del cuestionario, aquellas que por razones teóricas o empíricas se han asociado a la presencia de la conducta problemática.

Así, en la Tabla 132 se puede observar el análisis de las correlaciones entre las diferentes conductas problemáticas agrupadas en los factores extraídos para cada uno de los tipos de dicha conducta y las variables de interés (se han eliminado las correlaciones no significativas para simplificar la exposición de resultados), como son: 1) en primer lugar, factores personales u orgánicos como el CI, las Habilidades de Autocuidado y Habilidades prácticas, las Habilidades de Comunicación, el Estado Físico y las Habilidades Sociales. 2) Factores contextuales como son, el tipo de residencia, el tiempo institucionalizado y el tiempo en servicios de día.

Se puede apreciar cómo ni las conductas autolesivas estereotipadas (con o sin agitación), ni las conductas autolesivas de alto nivel compulsivas correlacionan significativamente con las variables seleccionadas. Tampoco otros problemas comportamentales consistentes en conductas desafiantes correlacionan con dichas variables. Por otro lado, las rabietas/quejas son predichas únicamente por el tipo de residencia del usuario que como se recordará, puntuaciones más bajas denotaban una vivienda más independiente mientras que puntuaciones más elevadas indicaban que la persona se encontraba residiendo en una institución. Así pues, los resultados indican que una baja expresión de rabietas/quejas se encuentra asociado a una

alternativa residencial más normalizada. Respecto a la manifestación de comportamientos antisociales se encuentra asociados únicamente con elevadas habilidades sociales. Ello no quiere decir que la conducta antisocial sea una manifestación de elevadas habilidades en este ámbito, sino que dicha persona tiene capacidad para poner en marcha conductas relacionadas con la participación en actividades de grupo, individual, capacidad para interactuar, etc.

Por su parte, la agresividad física se encuentra asociada positiva y significativamente con el CI, el tiempo institucionalizado y el tiempo en servicios de día. Además, se encuentra negativa y significativamente asociada a las habilidades de autocuidado y prácticas, a las de comunicación, sociales, al estado físico, al tipo de residencia.

En cuanto a la agresividad verbal/psicológica, se encuentra negativamente y significativamente asociada al CI, y positiva y significativamente asociada a las habilidades de autocuidado y prácticas, de comunicación, estado físico, y habilidades sociales. Por lo que se refiere a la autolesión de alto nivel con agitación, se encuentra negativa y significativamente asociada a las habilidades de autocuidado y prácticas, de comunicación y a la alternativa residencial. Finalmente y en cuanto a la autolesión de ingesta, se encuentra negativa y significativamente asociada a las habilidades de comunicación, sociales y al tipo de residencia.

Tabla 132. Correlaciones entre comportamientos problemáticos y variables de interés

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CI	,258*	-,639**								
HH.										
Autocuidado y. Prácticas	-,416**	,480**				-,341**				
Habilidades de Comunicación	-,266**	,502**				-,332**	-,313**			
Estado Físico	-,327**	,354**							,230**	
HH.SS.	-,225*	,415**					-,237*			
Residencia	-,335**					-,378**	-,289*	-,207*		
Tiempo institucionalizado	,231*									
Tiempo en servicios de día	,361**									

**signif. con $p < 0,01$; *signif. con $p < 0,05$

Nota: 1= F1. Agresividad Física; 2= F2. Agresividad Verbal/Psicologica; 3= F1. Al Estereotipada Sin Agitacion; 4= F2. Al Estereotipada Con Agitación; 5= F3. Al De Alto Nivel Compulsiva; 6= F4. Al De Alto Nivel Con Agitacion; 7= F5. Al De Ingesta; 8= F1. Otros Problemas Rabieta/Quejas; 9= F2. Otros Problemas Antisocial; 10= F3. Otros Problemas Desafiante

Tras los análisis correlacionales bivariados procedimos a realizar los análisis de regresión con cada tipo de conducta problemática, en aquellos casos en que ésta era predicha por un conjunto de variables.

Así, en primer lugar, en la Tabla 133 se ofrecen los resultados obtenidos en la predicción de la Agresividad Física (Factor 1) tras incluir en el modelo las ocho variables potencialmente predictoras. Se puede observar cómo dicha variable es predicha por la influencia conjunta de unas bajas habilidades de autocuidado y prácticas y por un tiempo prolongado en servicios de día. El resto de variables: cociente intelectual de la persona; habilidades de comunicación; estado físico; habilidades sociales y tipo de residencia, no contribuyeron sustancialmente al modelo. Estas variables explican el 20,6% de la conducta agresiva física.

Tabla 133. Coeficientes de regresión parcial del modelo final de predicción de la conducta agresiva física

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticos de Colinealidad	
	B	Error típ.	Beta			Tolerancia	FIV
(Constante)	14,978	1,400		10,695	,000		
Suma de Autocuidado y HH. Practicas	-,123	,040	-,331	-3,046	,003	,882	1,133
Tiempo total en servicios de día	,074	,033	,247	2,273	,026	,882	1,133

a Variable Dependiente: F1. AGRESIVIDAD FISICA

En segundo lugar, procedimos del mismo modo con la conducta de agresividad verbal/psicológica. En este caso, tras introducir las cinco variables potencialmente relevantes, el modelo quedó compuesto por el CI de la persona. Esta variable explica el 40% de la conducta agresiva verbal/psicológica. Como se puede observar, la conducta agresiva es predicha por un bajo CI.

Tabla 134. Coeficientes de regresión parcial del modelo final de predicción de la conducta agresiva verbal/psicológica

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticos de Colinealidad	
	B	Error típ.	Beta			Tolerancia	FIV
(Constante)	8,067	,408		19,755	,000		
cociente intelectual de la persona	-,072	,010	-,639	-7,201	,000	1,000	1,000

a Variable Dependiente: F2. AGRESIVIDAD VERBAL/PSICOLÓGICA

Por su parte y en lo que se refiere al poder predictivo de diferentes variables asociadas con las autolesiones de alto nivel con agitación, tan sólo el tipo de residencia tiene poder predictivo. Esta variable explica el 13% de dicha conducta. EL coeficiente beta= -0,378 indicó que la residencia en un contexto menos normalizado está asociado a una mayor probabilidad de incurrir en este tipo de conductas.

Finalmente, en cuanto a la predicción de la autolesión de ingesta (f5), tan sólo las habilidades de comunicación contribuyen a predecir un 8,4% de esta conducta. De nuevo, bajas habilidades comunicativas explican parcialmente estas conductas autolesivas.

5 CONCLUSIONES

Con este estudio hemos tratado de analizar la prevalencia y los factores asociados a la conducta problemática con el fin de aportar evidencias adicionales a la literatura existente que alude, entre otros factores, al sexo, al déficit de habilidades, sobre todo sociales y comunicativas, y a la presencia de trastorno mental. Así mismo, hemos construido una escala breve y con adecuadas propiedades psicométricas para evaluar las habilidades de los usuarios y hemos contrastado la fiabilidad de los instrumentos de medición de los comportamientos problemáticos.

Como se expuso en el capítulo 1 existen escasos estudios que tengan en cuenta la prevalencia de múltiples formas de conducta problemática y que cuenten con una muestra amplia y representativa. En nuestro trabajo se han abordado distintas topografías de dicha conducta, partiendo de una muestra de 1.363 personas con discapacidad, de las cuales 224 presentaban comportamiento problemático. Nuestro estudio además abarca un área geográfica amplia como es la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Además, el estudio se ha llevado a cabo en diferentes contextos de apoyo a las personas con discapacidad. Más concretamente, un número importante de usuarios de Centros Ocupacionales hacen uso de servicios residenciales públicos o viven en sus hogares familiares. Otros usuarios utilizan Centros de día, viviendas tuteladas o residencia pequeña y un menor número emplea los CADP, pues estos últimos constituyen un tipo de servicio que tiende a desaparecer.

La población analizada en la presente Tesis Doctoral abarca igualmente un amplio rango de edad. La edad mínima promedio es de 22 años y la máxima es de 56. De entre los usuarios de estos servicios se ha recogido información de aquéllos que, a

juicio de los profesionales, presentan conducta problemática. Con ello hemos pretendido dar respuesta a nuestro primer objetivo del estudio. Así, los datos indican que estos usuarios representan el 16,43% del total de la muestra, deduciéndose una prevalencia muy parecida a la observada en trabajos previos en el contexto internacional (Emerson y cols., 2001, Holden y Gittlensen, 2006; Lowe y cols., 2007). Los datos confirman nuestra primera hipótesis, pese a que los porcentajes varíen sustancialmente respecto a lo encontrado en estudios previos con población española (Canal y Martín, 1999). A nuestro parecer, las diferencias son atribuibles a que tanto la definición de conducta problemática, como los diferentes tipos de la misma han seguido criterios distintos. Más concretamente, en el estudio de Canal y Martín (1999) se utilizó la definición más amplia de Kiernan y Quereshi (1993) y se analizó población institucionalizada exclusivamente. En este sentido y como se ha señalado a lo largo de estas páginas, la población institucionalizada presenta unas tasas sustancialmente más elevadas de conducta problemática (Borthwick-Duffy, 1994; Bruininks y cols., 1994; Eyman y Call, 1977; Fovel y cols., 1989; Harris, 1993; Harris y Russell, 1989; Linaker, 1994; Sigafos y cols., 1994; Tenneij y Koot, 2008; Tyrer y cols., 2006; Wisely y cols., 2002).

Abundando en el primer objetivo de este estudio y respecto al análisis de las topografías de conducta problemática, hemos encontrado que la más frecuente alude a "otro tipo de conductas" (p.e. rabietas, acoso, negativismo) con un 59,82%, seguida de la conducta agresiva, con un porcentaje del 56,25%, la autolesiva (33,04%), y finalmente la conducta destructiva (26,79%). Además, los análisis correlacionales realizados entre estos cuatro tipos de conductas sugieren que la probabilidad de que alguien que presente conducta agresiva también manifieste conducta destructiva es elevada, siendo a su vez menos probable que presente otros tipos de conducta problemática. Estos datos coinciden con los obtenidos por Emerson y cols., (2001) quienes encontraron dos ó más formas de conducta problemática en un mismo

individuo y una mayor probabilidad de agresión unida a rabietas y a acoso repetitivo. Todo ello nos ha permitido mantener la segunda hipótesis.

Por su parte, la mayor prevalencia de conductas consistentes en negativismo o disruptividad, encuadrables en el apartado de otros tipos de conducta, coincide con los hallazgos de otros autores (Lowe y cols., 2007). Al igual que en el estudio de Holden y Giltensen (2006) y de Emerson y cols. (2001), la conducta agresiva más frecuente y considerada como más seria, consiste en golpear a otros con la mano, aunque también es frecuente amenazar. Estas conductas son bastante frecuentes, pues suceden una vez o más a la semana. En cuanto a la conducta autolesiva, las topografías más serias consisten en morderse y golpearse la cabeza, bien contra objetos o con otra parte del cuerpo. La frecuencia es parecida a la conducta agresiva incluso llega a ser mucho más frecuente, (una o más veces al día), en un 33,3% de los casos informados. Cuando la persona presenta conducta destructiva suele destruir objetos de otros y propios, siendo la frecuencia de esta conducta de una al mes. Por último, otro tipo de conductas problemáticas como las rabietas o berrinches, son también consideradas problemas serios o controlados, al igual que la disconformidad. Estas conductas suelen ser tan habituales como las autolesiones, teniendo que enfrentarse a ellas los profesionales una o más veces al día.

El análisis de los factores antecedentes y las variables de mantenimiento asociadas a la conducta problemática, objetivo segundo del presente trabajo, ha permitido obtener resultados también interesantes. Así, no proporcionar atención o la retirada de objeto se asocia a cualquier tipo de conducta problemática. Curiosamente cuando la atención es exclusiva aparece asociada a determinadas conductas autolesivas, a hiperactividad y a una conducta sexual inapropiada, lo que podría interpretarse como signos de excitación por recibir la atención. Cuando la persona ha de realizar una tarea difícil, la instrucción puede desembocar en

amenazas, disconformidad o rabietas, siendo entonces la función más probable la evitación de la tarea. La presentación de una actividad se encuentra asociada a conductas como golpear con un objeto (quizá para evitar dicha tarea), dejar de arañarse (por obtener otro tipo de estimulación) o presentar conductas de pica. Si lo que se le presenta es un objeto favorito, además de golpear con el objeto (quizá para expresar su excitación) puede escupir, o incluso tratar de robarlo (para recuperarlo cuando se lo han quitado). Por último, dar órdenes o instrucciones a la persona puede hacer que ésta responda con disconformidad o berrinches. Estos datos coinciden con algunos de los obtenidos por Embregts y cols. (2009) en su estudio sobre las variables contextuales que afectan a la conducta agresiva observada en personas con discapacidad que viven en residencias. Concretamente, los mencionados autores encuentran que recibir un feedback correctivo, actitudes negativas, comunicaciones del personal de atención directa, no obtener lo que se desea, no cubrir necesidades, una excesiva estimulación ambiental, tareas difíciles o novedosas y cambios en las rutinas diarias estaban asociados con un incremento en la probabilidad de conducta agresiva. Si bien estos datos tienen un carácter preliminar y debieran ser contrastados con metodologías más específicas (evaluación funcional), el conocimiento de las variables que pueden elicitarse la presencia de conductas autolesivas debería llevar a la puesta en marcha de medidas que permitan a los usuarios expresar conformidad o disconformidad del modo más funcional y adaptativo posible (Carr y cols., 2000, Cooper y cols., 2009; Emerson y cols., 2001).

En cuanto al análisis de las consecuencias que se derivan de la presencia de conducta problemática, y apelando a la prudencia con que deben ser tenidos en cuenta estos resultados a la espera de su confirmación con estrategias de evaluación funcional, los análisis realizados han partido de cinco opciones que se les presentaban a los profesionales como estrategias para ejercer un control inmediato de la conducta. Es decir, en este caso y teniendo en cuenta que los servicios suelen hacer uso de los

métodos de intervención física (Deveau y McGill, 2009), hemos analizado la posible relación entre el tipo de conducta y el grado de restricción. Así, de entre las cinco opciones que se plantean a los profesionales (restricción física, aislamiento, sedación, distracción y otro tipo de intervención física) hemos encontrado que se suelen emplear estrategias restrictivas cuando la conducta problemática supone consecuencias negativas para otros. De este modo encontramos una asociación con la estrategia de aislar al usuario cuando la conducta es agresiva, lo que también ha sido constatado en el reciente estudio de Allen y colaboradores (Allen y cols., 2009), o la restricción física cuando la agresión se produce con la mano o el usuario intenta morder. También, hemos encontrado una asociación significativa entre la restricción y la conducta disruptiva y las de desnudarse, untar con heces, o hiperactividad, en cuyo último caso se suele recurrir a la sedación. Cuando las conductas consisten en rabietas o berrinches, sin consecuencias físicas, se suele recurrir a distraer o redirigir a la persona. También se utiliza esta estrategia cuando la persona pide continuamente ingerir líquido, sin tener quizá en cuenta que tal conducta podría ser un efecto de la medicación. Una posible explicación a la escalada de conductas problemáticas, en la línea de estudios previos, es que estas conductas sean consecuencia de la escasa atención otorgada a conductas de menor intensidad. De ahí la importancia que tiene emplear técnicas de apoyo conductual positivo en casos de conductas problemáticas de baja intensidad o gravedad, con el fin de evitar que se lleguen a producir conductas de mayor severidad (Carr y cols., 2000; Crocker y cols., 2006; O'Neill y cols., 1997).

Aunque no se ha hecho explícito, de los resultados obtenidos es posible inferir que en los centros objeto de estudio no existe un plan preestablecido de actuación para desarrollar este u otro modelo concreto de intervención, puesto que los datos indican que generalmente no existe un programa conductual escrito para las conductas problemáticas, siendo más probable que se elabore algún tipo de plan solo

para el caso de la conducta agresiva. Este hecho no es un hallazgo único de nuestro estudio y coincide con lo expresado por los profesionales en los estudios de Emerson y cols. (2001) y Holden y Gittlesen (2006). Pese a que los profesionales manifiestan que existe un proceder consistente para el manejo de estas conductas, el hecho de que todas las categorías de conducta problemática se mantengan igual que hace 6 meses, hace cuestionable dicha actuación supuestamente programada.

De acuerdo con los modelos biopsicosociales, y más concretamente con los postulados ecoconductuales, las capacidades físicas constituyen elementos del nivel ontogenético y que pueden ayudar a explicar la conducta problemática (Ammerman, 1997). En la misma línea, los postulados de Gardner (1999), desde el modelo analítico de conducta contextual multimodal, ponen énfasis en la explicación interactiva "*persona x contexto*" de la conducta. De un modo similar, los planteamientos desde el apoyo conductual positivo (Carr y cols., 2002) destacan la importancia de atender a la función que cumple el comportamiento problemático, tras analizar los múltiples factores potencialmente asociados. En coherencia con estos postulados, en la presente Tesis Doctoral hemos comenzado por analizar las capacidades físicas de la muestra objeto de estudio. Se ha constatado que los participantes no presentan limitaciones sustanciales en su estado físico o, en si acaso, se trata de problemas de visión, ataques epilépticos o de control de esfínteres. Sin embargo, y en cuanto a su habilidad adaptativa o habilidades básicas prácticas y sociales, las necesidades de supervisión se refieren a desempeñar actividades como comer, asearse o vestirse y, con más intensidad de apoyo, para realizar tareas domésticas, manejar el dinero, utilizar el transporte público, la lectura o la escritura. En cuanto a la comunicación, la mayoría se trata de personas con intención comunicativa pero con dificultades en la expresión. Estas dificultades pueden explicar la utilización de un código más primario para comunicarse o mostrar su frustración,

como es la conducta agresiva u otro tipo de conducta problemática, en la línea de los planteamientos de Carr y cols. (2002), entre otros.

Los resultados del presente estudio nos permiten mantener la idea de que, pese a que por lo general no existe una asociación significativa entre los diferentes tipos de comportamiento problemático y género, los hombres tienden a presentar más comportamientos agresivos que las mujeres. Una asociación entre conducta problemática y género masculino ha sido también hallada en estudios previos (Borthwick-Duffi, 1994, Davidson, y cols., 1994; Harris y Russell, 1989; McClintock y Oliver, 2003; Quine, 1986; Sigafos y cols., 1994). Sin embargo, en el trabajo de Holden y Gitlesen (2006), con datos obtenidos de participantes con un rango de edad de 0 a 89 años no, se encontraron diferencias significativas en función de esta variable. A la vista de lo anteriormente comentado, una posible explicación podría ir en la línea de los hallazgos de Crocker y cols. (2006) quienes encontraron pocas diferencias y plantearon que quizás los niveles de tolerancia de los cuidadores pudieran ser diferentes según el género de quien presentara dichas conductas. Por otro lado, y al igual que en otros estudios (Holden y Gitlesen, 2006; Ross-Collins y Cornish, 2002; Tyrer y cols., 2006, entre otros) hemos encontrado una asociación entre conducta agresiva y una edad relativamente más joven (33,9 años), frente a una edad promedio inferior (36,9 años) por parte de quienes no muestran dichas conductas en un grado tan elevado.

A la luz de la literatura existente, en el presente estudio se predecía, en la tercera hipótesis, la existencia de una mayor presencia de conductas agresivas en las personas con más nivel (p.e. capacidad cognitiva) y de conductas autolesivas en las de menos nivel. Si bien los datos de nuestro estudio avalan en parte la primera afirmación, no respaldan la segunda, puesto que aunque en niveles más bajos de CI es menos común la presencia de conducta agresiva, no se ha encontrado una

asociación significativa entre el CI y la conducta autolesiva. Estos resultados coinciden parcialmente con los encontrados por Holden y Gitlens (2006) quienes indican que la agresión es más común en personas con Retraso Mental ligero y moderado que en personas con Retraso Mental más severo y las autolesiones son más comunes en personas con Retraso Mental profundo y severo que en personas con menos Retraso Mental. Al igual que estos autores, tampoco se ha encontrado asociación entre CI y conducta destructiva, ni con otro tipo de conductas problemáticas. No obstante, hemos de tener en cuenta que el CI es tan sólo un indicador de las capacidades del individuo, tal y como hemos venido defendiendo en la presente Tesis Doctoral.

Contrario a los estudios de McClintock y cols. (2003) y Holden y Gitlens (2006), en este estudio no hemos hallado una asociación significativa entre presencia de un síndrome y conducta problemática. Esto puede deberse a que, a pesar de que determinados síndromes puedan hacer que aumente la vulnerabilidad de la persona para presentar determinados problemas de comportamiento, sólo un 21,2% de los usuarios de nuestra muestra presentaban algún síndrome asociado. En nuestra muestra, además, hay una gran heterogeneidad de síndromes, con una baja prevalencia, lo que pudiera ayudar a explicar los resultados obtenidos en relación a este aspecto.

Es también importante destacar que los datos generales indican que en un 72,77% no han ingresado en Salud Mental y no tienen ningún tipo de diagnóstico de trastorno mental, aunque eso no signifique la ausencia de trastorno. Más bien viene a confirmar que las personas con discapacidad intelectual puede que se encuentren infradiagnosticadas (Emerson y cols., 1999; Novell y Forgas, 2000; Reiss, Levitan y Szyszko, 1982)). El diagnóstico más frecuente de los participantes en este estudio es de trastorno de *control de impulsos de tipo explosivo*. Pueden tener prescritos de uno a tres psicofármacos, siendo más frecuentes los antiepilépticos cuando la persona

presenta agresividad física y los antipsicóticos cuando presenta conducta antisocial, autolesiva y destructiva. Tal y como ponen en evidencia otros estudios (p.e. Ded, Clarke y Unwin, 2006), los neurolépticos suelen ser los psicofármacos de primera elección.

De acuerdo con nuestra cuarta hipótesis, hemos encontrado evidencias de asociación entre menores habilidades y mayor probabilidad de incurrir en conductas autolesivas, en la línea de lo encontrado también por otros autores (Emerson y Hatton, 1997). Más concretamente, la literatura ha asociado las conductas problemáticas con el déficit de habilidades y en consonancia con dichos resultados, hemos observado numerosas asociaciones, no sólo con las habilidades, sino también con el estado físico. Así, la agresividad física está asociada con ataques epilépticos, con dificultades de lectura, con problemas de comunicación en general y con problemas de interacción social sobre todo con desconocidos. Cuando la agresión es verbal, ésta se asocia a necesidad de apoyo en control de esfínteres, alimentación, vestido y también a problemas de comunicación, sobre todo de intención comunicativa, presentando menos agresividad verbal cuando los problemas de interacción social son con desconocidos y cuando la persona tiene que realizar actividades de participación individual. En cuanto a las autolesiones con alto nivel de agitación, los datos indican que están asociadas a ataques epilépticos, a problemas en habilidades de la vida cotidiana (manejo de dinero) y a problemas de interacción social. Por su parte, la autolesión de ingesta se encuentra asociada con problemas de control de esfínteres, dificultades en habilidades de la vida cotidiana (realización de tareas domésticas), problemas de comunicación y de participación individual. Al igual que en el estudio de Cooper y cols. (2009) hemos encontrado una asociación significativa entre la conducta autolesiva y dificultades de visión.

Continuando con nuestra cuarta hipótesis, esperábamos encontrar una asociación entre menor capacidad física y de habilidades y aumento de la probabilidad de conductas autolesivas frente a heteroagresivas. También esperábamos que a mayores capacidades físicas y de habilidades, se encontrara mayor probabilidad de conducta problemática dirigida a otros. Sin embargo, los resultados de nuestro estudio confirman parcialmente la hipótesis, ya que los datos indican que cuanto menos habilidades presenta la persona, mayor es la agresividad física y menor la verbal y a la inversa. Es más probable que la persona muestre autolesiones, y de forma más específica de ingesta, si tiene menos habilidades sociales. Si el déficit es de habilidades de autocuidado y/o para la vida cotidiana, las autolesiones consisten en morderse o golpearse la cabeza. Ante problemas en habilidades de comunicación, el usuario puede presentar, además de los dos últimos tipos de autolesión mencionados, el de ingesta. No encontramos esta asociación con la conducta destructiva, ni con otros tipos de conducta problemática. Estos resultados son congruentes con los encontrados por Collacott y cols. (1998) y son ampliamente coincidentes con los obtenidos por Cooper y cols. (2009). Confirman además los hallazgos del metaanálisis de McClintock y cols. (2003) quienes encuentran asociación entre conducta autolesiva y déficit en habilidades comunicativas.

Por lo que se refiere a nuestra quinta hipótesis, los análisis descriptivos en cuanto a las variables ambientales indican que el 74,3% de los usuarios viven en un entorno restrictivo, con un promedio de 10 años en un mismo centro y habiendo estado en dos centros como promedio. Pueden ir a dos lugares de servicios de día, donde pasan un promedio de 14,72 horas. Además, el 84,44% no reciben formación educativa y están incapacitados para el trabajo. La carencia de servicios de formación es, a nuestro juicio, consecuencia de la edad de la muestra, superior a la de otros estudios (p.e. Emerson y cols., 2001; Fovel y cols., 1989; Holden y Gitlensen, 2006). Además, la hipótesis quinta planteaba que el porcentaje de personas con discapacidad con

conducta problemática sería mayor en servicios más restrictivos, mientras que en servicios menos restrictivos el comportamiento problemático sería menos frecuente. En el estudio hemos encontrado que la conducta problemática en general está asociada con los servicios residenciales, siendo menos frecuente en personas que hacen uso de viviendas, o de pisos tutelados, o que viven con su familia. Estos resultados concuerdan con numerosos estudios previos (Clarke y cols., 1990; Emerson y cols, 2001; Harris, 1993; Hill y Bruininks, 1984; Jacobson, 1982; Kiernan y Kiernan, 1994; McClintock y cols., 2003; Meador y Osborn, 1992). La interpretación más aceptada a este hallazgo es que la conducta problemática suele ser la primera razón para requerir un tratamiento especializado o el ingreso en institución, por lo que siempre sería más frecuente encontrar personas con comportamiento problemático en contextos residenciales donde hay personal más dedicado al apoyo directo a estas personas, mientras que en contextos menos restrictivos o familiares la atención a personas adultas con retraso mental y con problemas de conducta es mucho más difícil, sobre todo si, además, en el contexto familiar se da la circunstancia del envejecimiento de los cuidadores primarios, que conlleva mayor dificultad para controlar las situaciones donde la persona con discapacidad presenta problemas de conducta. Por otra parte las personas que presentan menos frecuencia de conductas problemáticas tienen mayor probabilidad de recibir propuestas para trasladarse del centro residencial a un piso o vivienda tutelada. De hecho, como ya hemos indicado, un 74,3% de quienes presentan conducta problemática viven en un entorno restrictivo. En síntesis, es en los contextos más restrictivos donde se atiende a un mayor número de casos con conducta problemática, lo cual no quiere decir que estos contextos sean los que causan este tipo de problemas. También, podemos sugerir que, puesto que en los contextos menos restrictivos y más abiertos a la sociedad hay menos casos con conducta problemática, es improbable que dichos contextos causen conducta problemática, por lo que aquellos usuarios que no tienen conducta problemática y

residen en contextos restrictivos, podrían trasladarse a contextos más abiertos sin que esto supusiera ningún riesgo de empeoramiento en su conducta, lo que no podemos decir si continúan en contextos restrictivos.

En nuestro estudio, y en contra de nuestra sexta predicción, no se ha encontrado una relación entre centros con un gran número de usuarios y mayor prevalencia de conducta problemática. Concretamente, en un centro con tan sólo 40 usuarios el 27,5% de usuarios presenta conducta problemática. Sin embargo, teniendo en cuenta las características de dicho centro, parece más bien que los mayores porcentajes de conducta problemática se encuentran en los contextos más restrictivos que ofrecen servicios a personas con mayor afectación. Este dato viene a coincidir con los obtenidos por autores como Harris (1993), Meador y Osborn (1992), Sigafos y cols., (1994), Tyrer y cols., (2006).

En consonancia con nuestra sexta predicción, se ha constatado una asociación entre conducta problemática y tiempo que la persona pasa en un mismo servicio. Concretamente, a mayor tiempo, mayor probabilidad de presentar conducta problemática. Esto puede estar relacionado con una escasa oferta de actividades o falta de motivación por parte del usuario, lo que se correspondería con un estilo de vida poco enriquecedor. Explicaciones similares se han ofrecido en otros estudios como el de Owen y cols. (2004), quienes indican que más que la desinstitucionalización es el enriquecimiento en la calidad de vida lo que conlleva mejoras o reducción en el comportamiento problemático. Igualmente, Hasting y cols. (2004) encuentran una asociación entre estilo de vida, acontecimientos vitales estresantes y presencia de conducta problemática.

El trabajo realizado ha permitido además contrastar nuestra séptima hipótesis. Relativa a la relación de la conducta problemática con variables orgánicas y contextuales conjuntamente, hemos encontrado que unas bajas habilidades de

autocuidado y de habilidades prácticas unido a un tiempo prolongado en el mismo servicio predicen la agresividad física. En el caso de las autolesiones de ingesta, las escasas habilidades de comunicación y la prolongada estancia en un servicio residencial son variables predictoras, lo que coincide con estudios previos (Canal y Martín, 1999; Carr y cols., 2000). De nuevo, es posible aludir a los efectos negativos de una prolongada institucionalización, junto con un déficit de habilidades. Todo ello nos lleva a plantear la necesidad de seguir trabajando en la mejora de las habilidades de estos usuarios y en la promoción de un ambiente lo más enriquecido posible.

Finalmente y por lo que se refiere a nuestra octava hipótesis, que planteaba la posibilidad de obtener medidas fiables de la conducta problemática y habilidades asociadas, es posible indicar en primer lugar, la elevada fiabilidad obtenida en la escala de Estado físico y Habilidades ($\alpha = 0,95$), así como en las diferentes subescalas: Estado físico ($\alpha = 0,69$), Habilidades sociales ($\alpha = 0,86$), Autocuidado y Habilidades Prácticas ($\alpha = 0,90$) y Habilidades de Comunicación ($\alpha = 0,91$). En segundo lugar, los datos relativos a la Escala de Conducta Agresiva tal y como quedó configurada en el presente estudio ($\alpha = 0,46$), así como la fiabilidad de las subescalas de agresividad física ($\alpha = 0,69$) y agresividad verbal/psicológica ($\alpha = 0,54$), son aceptables, teniendo en cuenta el número reducido de ítems de que se compone, si bien estudios posteriores deberán contrastar estos resultados.

Por lo que se refiere a la consistencia interna de la Escala de conducta autolesiva ($\alpha = 0,71$), y a sus diferentes subescalas o factores de primer orden: Autolesión estereotipada sin agitación ($\alpha = 0,69$), Autolesión estereotipada con agitación ($\alpha = 0,54$), Autolesión de alto nivel compulsivo ($\alpha = 0,71$), Autolesión de alto nivel con agitación ($\alpha = 0,53$), Autolesión de Ingesta ($\alpha = 0,54$), así como los de segundo orden: I-Autolesiones con agitación/compulsiva ($\alpha = 0,70$), II-Autolesión con

Introducción/Ingesta ($\alpha = 0,54$), los datos pueden también considerarse satisfactorios. Finalmente, los resultados relativos a la Escala de otras conductas problemáticas ($\alpha = 0,55$) y a los factores de que se compone: Rabietas/quejas ($\alpha = 0,62$), conducta Antisocial ($\alpha = 0,54$), Desafiantes/oposicionistas ($\alpha = 0,30$), ofrecen evidencias de fiabilidad, aunque será necesario contrastar estos datos con posteriores estudios, especialmente en lo referido al factor de conductas desafiantes u oposicionistas.

No deseamos terminar este apartado sin antes aludir a varias limitaciones o precauciones a tener en cuenta en el presente trabajo. Entre ellas, es necesario tener en cuenta que los análisis son correlacionales y por tanto, no es posible extraer relaciones causa-efecto. Por otro lado, la calidad de los datos depende, por una parte, del conocimiento que los profesionales tengan de los usuarios. En este sentido, una de las consignas para rellenar el cuestionario era que debían conocer y llevar tiempo con el usuario y de hecho la antigüedad en la categoría del puesto era elevada en la muestra de profesionales empleada. Por otra parte, también es cierto que algunas preguntas que indagan sobre la reacción por parte de los profesionales o el tipo de actuación, entre otras, pueden haber llevado a ofrecer una información sesgada o socialmente deseable. No obstante, el hecho de que este estudio forme parte de un proyecto más amplio de trabajo conjunto con los servicios objeto de este estudio y con los profesionales que trabajan en los mismos, en los que recae la responsabilidad de la evaluación e intervención, nos permite aventurar que los sesgos debidos a la deseabilidad social puede haber sido menor que en otros estudios.

También, aunque la muestra utilizada es bastante amplia y comparable a la de otros estudios internacionales (Emerson y cols., 2001; Holden y Gittlesen, 2006), puede resultar demasiado pequeña para observar determinados factores como la relación entre las conductas problemáticas y los síndromes conductuales. Además, como la

muestra incluye solo a población adulta, no es posible generalizar los datos obtenidos a otros grupos de edad, o a otras situaciones no contempladas en el presente trabajo.

Otra limitación que deberá ser superada en estudios superiores se relaciona con la metodología de evaluación. En nuestro caso hemos utilizado el método de indirecto a través de un cuestionario. Sería muy deseable combinar este método con la observación directa por parte de evaluadores entrenados, o con la realización de análisis funcionales (McClellan y cols., 2007).

De este estudio se desprende la necesidad de seguir investigando sobre factores que predicen la conducta problemática ampliando la muestra, así como ampliar el estudio para ver la persistencia de la misma.

Esta investigación tiene unas implicaciones futuras en la planificación de los apoyos a las personas que presentan conducta problemática. Así, de este trabajo se desprende que a nivel general es necesario ofrecer formación a los profesionales de cara a la intervención, ya que no disponer de un programa de apoyo conductual y la escasa mejoría que presentan las conductas problemáticas pueden ser indicativos de que aún no se dispone en los centros de las herramientas necesarias para llevar a cabo una intervención efectiva a largo plazo. La evaluación posterior permitiría determinar la eficacia de estas intervenciones en la reducción del comportamiento problemático, de modo similar a lo obtenido en otros trabajos (Carr y cols., 2000; McClellan y cols., 2007, Sanders, 2009, Singh y cols., 2009; Williams, 2009).

Aunque este estudio se centra en las conductas problemáticas consideradas como más severas por parte de los profesionales, las formas menos severas tienen también importantes implicaciones para la inclusión y autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual, así como para la carga diaria para los cuidadores primarios. El hecho de que las personas con problemas menos severos se

encuentren en contextos residenciales más normalizados nos lleva a destacar la importancia de este hecho. Además, y como señaláramos previamente, la identificación precoz de estas formas leves impediría la escalada hacia formas de conducta problemática más severas.

La presencia de determinadas variables que se asocian al comportamiento problemático indica que hay tres aspectos que se deben mejorar para reducir la conducta problemática en general. Estos son: las habilidades sociales, las habilidades de comunicación y el lugar de residencia que debería ser lo más normalizador posible. También, como hemos visto previamente, entre las intervenciones conductuales que han mostrado eficacia se encuentra la enseñanza de una comunicación funcional. Se trata de que los servicios evolucionen hacia contextos más normalizados, donde los profesionales trabajen orientados a conseguir mejoras en habilidades adaptativas (comunicación, autocuidado, etc.), así como a incrementar la calidad de vida de los usuarios y donde dispongan de herramientas técnicas para la evaluación e intervención conductual.

Sin embargo, en el caso de algunas topografías, pueden estar influyendo otros aspectos. Así, en aquellos usuarios que presentan agresividad física debemos también prestar atención a sus habilidades de autocuidado y habilidades prácticas, además de procurar ofrecerle una mayor variabilidad de servicios. En este último aspecto puede incluirse otra intervención de eficacia probada, como es realizar elecciones, en este caso elegir contextos. Además, también se ha encontrado que es menos probable que la conducta agresiva verbal se de en actividades de participación individual y, por el contrario, en este tipo de situaciones es más frecuente la conducta desafiante. Por lo tanto, dependiendo del usuario y teniendo en cuenta que para cada usuario suele destacar una conducta problemática (Canal y Martín, 1999), se deberían planificar de un modo u otro las diferentes actividades.

Por último, debemos tener en cuenta que aunque no podemos recomendar una intervención específica para cada topografía de conducta problemática, puesto que ésta dependerá del contexto y función que en el mismo tenga para la persona, hay unas variables organísmicas que interactúan y que podemos tratar de reducir o eliminarlas.

Pese a las limitaciones comentadas previamente, esperamos por tanto que el presente estudio sirva para fomentar el rigor evaluador y para mejorar las intervenciones realizadas con personas con discapacidad intelectual y conductas problemáticas.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T.M., Conners, C.K., Quay, H.C. y Cols. (1989). Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/adolescent psycho-pathology. *Journal Abnormal Child Psychology*, 17, 299-320.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
- Adelinis, J. D., Piazza, C.C., Fisher, W.W. y Hanley, G.P. (1997). The establishing effects of client location on self-injurious behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 18, 383-391.
- Ager, A. y O'May, M., F. (2001). Issues in the definition and implementation of best practice for staff delivery of interventions for challenging behaviour. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 26, 243-256.
- Alborz, A., Bromley, J., Emerson, E., Kiernan, C. y Qureshi, H., 1994. *Challenging behaviour survey: individual schedule*. Manchester: Hester Adrian Research Centre, University of Manchester.
- Allen, K.M., Hart, B.M., Buell, J.S., Harris, F.R. y Wolf, M.M. (1964). Effects of social reinforcement on isolate behavior of a nursery school child. *Child Development*, 35, 511-518.
- Allen, D., Lowe, K., Brophy, S. y Moore, K. (2009). Predictors of Restrictive Reactive Strategy Use in People with Challenging Behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 159-168.
- Álvarez, Y. y Farré, M. (2005). Farmacología de los opioides. *Adicciones*, 17, 21-40.
- Aman, M.G. (1991). *Assessing psychopathology and behavior problems in persons with mental retardation: A review of available instruments*. Rockville, MD: U.S., Department of Health and Human Services.
- Aman, M.G. (1994). Instruments for assessing treatment effects in developmental disabled populations. *Assessment in Rehabilitation and Exceptionality*, 1, 1-20.
- Aman, M. G., Burrow, W.H. y Wolford, P.L. (1995). The Aberrant Behavior Checklist-Community: Factor validity and effect of subject variables for adults in group homes. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 293-294.
- Aman, M.G., Arnold, L.E. y Armstrong, S.C. (1999a). Review of serotonergic agents and perseverative behavior in patients with developmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 279-289.
- Aman, M.G. y Madrid, A. (1999b). Atypical antipsychotics in persons with developmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 253-263.
- Aman, M.G. y Singh, N.N. (1986). *Manual for the Aberrant Behavior Checklist*. Nueva York: Educational Publications.
- Aman, M.G. y White, A.J. (1986). Measures of drug change in mental retardation. *Advances in Learning & Behavioral Disabilities*, 5, 157-202.
- Aman, M.G. y Singh, N.N. (1991). Psychopharmacological intervention. En J.L. Matson y J.A. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation* (2nd ed., pp 327-372). Nueva York: Pergamon Press.
- Aman, S., Singh, N.N., Stewart, A.W. y Field, C.J. (1985b). Psychometric characteristics of the Aberrant Behavior Checklist. *American Journal Mental Deficiency*, 89, 492-502.
- Aman, M., Watson, J.E., Singh, N., Turbott, S.H. y Wilsher, C.P. (1986). Psychometric and demographic characteristics of the psychopathology instrument for mentally retarded adults. *Psychopharmacology*, 22 (4), 1072-1076
- American Psychiatric Associatio. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-Fourth edition*. Washington D.C.: Author.
- American Psychological Association Division of Clinical Psychology. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-27.
- Ammerman, R. (1997). Nuevas tendencias en investigaciones sobre discapacidad. *Siglo Cero*, 28(170), 5-23.
- Anagnostou, E., Esposito, K., Soorya, L., Chaplin, W., Wasserman, S. y Hollander, E. (2006). Divalproex versus placebo for the prevention of irritability associated with fluoxetine treatment in autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Psychofarmacology*, 26(4), 444-446.
- Anastasi, A. (1961). Psychological tests: uses and abuses. *Teacher College Record*, 62, 389-393.
- Anderson, L. T. y Ernst, M. (1994). Self Injury in Lesch Nyhan Disease. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 67-81.
- Anderson, C.M. y Freeman, K.A. (2000). Positive behavior support: Expanding the application of applied behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 23, 85-94.
- Anderson, J.C, Williams, S., McGee, R. y Silva, P.A. (1987). The DMS-III-R disorders in preadolescent children, prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Ando, H y Yoshira, I. (1979). Speech skill levels and prevalence of maladaptive behaviors in autistic and mentally retarded children. *Child Psychiatry and Human Development*, 10(2), 85-90.
- Anguera, M.T. (1998a). Metodología cualitativa. En M.T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual, y G. Vallejo (Eds.), *Métodos de investigación en psicología* (pp. 513-522). Madrid: Síntesis.

- Anguera, M.T. (1998b). Recogida de datos cualitativos. En M.T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual, y G. Vallejo (Eds.), *Métodos de investigación en psicología* (pp. 523-548). Madrid: Síntesis.
- Anguera, M.T. (1998c). Tratamiento cualitativo de datos. En M.T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual, y G. Vallejo, *Métodos de investigación en psicología* (pp. 549-576). Madrid: Síntesis.
- Anguera, M.T., Behar, J., Blanco, A., Carreras, M. V., Losada, J.L., Quera, V. y Riba, C. (1993). Glosario. En M.T. Anguera (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica* (pp. 587-617). Barcelona: P. P. U., Vol. II.
- Arnau, J. (1998). Metodología de la investigación psicológica. En M. T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual, y G. Vallejo (Eds.), *Métodos de investigación en psicología* (pp. 23-43). Madrid: Síntesis.
- Ault, M.M., Guy, B. y Guess, D. (1993). *Project ABLE manual: Analyzing behavior state and learning environments profile*. Department of Special Education, Lawrence, KS: University of Kansas.
- Ayllon, T. y Azrin N.H. (1965). The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 8(6), 357-383.
- Ayllon, T. y Houghton, E. (1962). Control of the behavior of schizophrenic patients by food. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 5, 343-352.
- Ayllon, T. y Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 2, 323-334.
- Aymamí, M.N. (2006). *Psicopatología de la inteligencia*. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría* (321-348). Barcelona: Masson-Salvat.
- Ayres, A.J. (1963). The Eleanor Clarke Slagle Lecture: The development of perceptual-motor abilities: a theoretical basis for treatment of dysfunction. *American Journal of Occupational Therapy*, 17, 221-226.
- Azrin, N.H. y Lindsley, O.R. (1956). The Reinforcement of cooperation between children. *Journal of Abnormal Social Psychiatry*, 52, 100-103.
- Bachara, G y Phelan, W. (1980). Rhythmic movement in deaf children. *Perceptual and Motor Skills*, 50(3), 933-934.
- Baer, D., Wolf, M. y Risley, R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91- 97.
- Bailey, J.S., Shook, G.L., Iwata, B.A., Reid, D.H. y Repp, A.C. (1987). *Behavior analysis in developmental disabilities 1980-1985*. Lawrence, KS: Society for the Experimental Analysis of Behavior.
- Bailey, J.S. y Pyles, D.A. (1989). Behavioral diagnostics. The treatment of severe behavior disorders. En E. Cipani (Ed.), *Monographs of the American Association on Mental Retardation*, 12 (pp. 85-107). Washington D. C.: American Association on Mental Retardation.
- Bakeman, R. y Gottman, J.M. (1986). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Balboni, G., Battagliese, G. y Pedrabissi, L. (2000). The Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults: Factor structure and comparisons between subjects with or without dual diagnosis. *Research in Developmental Disabilities*, 2, 311-321.
- Ball, T., Bush, A. y Emerson, E. (2004). *Challenging behaviours: Psychological interventions for severely challenging behaviours shown by people with learning disabilities Clinical Practice Guidelines*. Leicester: The British Psychological Society.
- Ballinger, B.R. (1971). Minor self-injury. *The British Journal of Psychiatry*, 118, 535-538.
- Bambara, L.M. y Knoster, T.P. (1995). *Guidelines: Effective behavioral support*. Pennsylvania Department of Education: Bureau of Special Education.
- Baranek, G.T., Foster, L.G., y Berkson, G. (1997). Tactile defensiveness and stereotyped behaviors. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 91-95.
- Baranek, G.T., Parham, L.D. y Bodfish, J.W. (2005). Sensory and Motor Features in Autism: Assessment and Intervention. En F. Volkmar, A. Klin, & R. Paul (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders: Vol. 2. Assessment, Interventions and Policy* (3rd Edition, pp. 831-857). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Barlow, D.H. y Hersen, M. (1989). *Diseños experimentales de caso único. Estrategias para el estudio del cambio conductual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Barnard, L., Pearson, J., Rippon, L. y O'Brien, G. (2002). Behavioural phenotypes of genetic syndromes: summaries including notes on management and therapy. En G. O'Brien (Ed.), *Behavioural phenotypes in clinical practice* (pp. 169-227). London: Mac Keith Press.
- Baroff, G.S. (1974). *Mental Retardation: Nature, Cause and Management*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Barrera, F.J., Teodoro, J.M., Selmeçi, T. y Madappuli, A. (1994). Self-injury, pain and the endorphin theory. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 6, 169-192.
- Barrett, B.H. (1977). Behavior analysis. En J. Wortis (Ed.), *Mental retardation and developmental disabilities* (pp. 141-302). Nueva York: Brunner and Mazel.
- Barrett, R.P., Feinstein, C. y Hole, W.T. (1989). Effects of Naloxone and Naltrexone on self-injury: a double blind, placebo-controlled analysis. *American Journal on Mental Retardation*, 93, 644-651.

- Barrett, R. P. (2004). *Identifying and establishing best practice parameters for children with psychiatric disorder and developmental disabilities*. Trabajo presentado en el simposio Contemporary models of care in child developmental disabilities, Septiembre, Portsmouth, New Hampshire.
- Barron, J. y Sandman, C.A. (1985). Paradoxical excitement to sedative-hypnotics in mentally retarded clients. *American Journal of Mental Deficiency, 90*, 124-129.
- Bartak, L. y Rutter, M. (1976). Differences between mentally retarded and normally intelligent autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 6*(2), 109-120.
- Bartlet, L. y Limsila, P. (1992). Severe deprivation in childhood: a case report from Thailand. *British Journal of Psychiatry, 161*, 412-414.
- Bass, J.N. y Bellis, J.A. (1991). Therapeutic effects of fluoxetine on naltrexone-resistant self-injurious behavior in an adolescent with mental retardation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 1*, 331-340.
- Bates, E. y Snyder, L.C. (1987). The cognitive hypothesis in language development. En: I. Uzgiris y J. McV. Hunt (Eds.), *Infant performance and experience: New findings with the ordinal scales* (168-204). Urbana, University of Illinois Press.
- Baumeister, A.A. (1984). Mental retardation: Some conceptions and dilemmas. *American Psychologist, 42*(8), 796-800.
- Baumeister, A.A. y Forehand, R. (1973). Stereotyped acts. En N.R. Ellis (Ed.), *International Review of Research in Mental Retardation* (pp. 55-96). Nueva York: Academic.
- Baumeister, A.A. y Rollings, J.P. (1976). Self-injurious behaviour. *International Review of Research in Mental Retardation, 8*, 1-34.
- Baumeister, A.A. y Sevin, J.A. (1990). Pharmacologic control of aberrant behavior in the mentally retarded: toward a more rational approach. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 14*, 253-262.
- Baumgardner, T.L., Reiss, A.L., Freund, L.S., y Abrams, M.T. (1995). Specification of the neurobehavioral phenotype in males with fragile X syndrome. *Pediatrics, 95*, 744-752.
- Beail, N. (2000). An evaluation of out-patient psychodynamic psychotherapy for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 44*, 204.
- Beail, N. (2004). Methodology, design and evaluation in psychotherapy research with people with intellectual disabilities. En: C. H. E. Emerson, T. Thompson y T.R. Parmenter (Eds.), *The international handbook of applied research in intellectual disabilities* (pp. 531-547). England: Wiley.
- Beail, N. y Warden, S. (1996). Evaluation of a psychodynamic psychotherapy service for adults with intellectual disabilities: rationale, design and preliminary outcome data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 9*, 223-228.
- Belamy, G.T., Horner, R.H. y Inman, D. (1979). *Vocational Habilitation of severely retarded adults: a direct service technology*. Baltimore: University Park Press.
- Benson, B.A. y Brooks, W.T. (2008). Aggressive challenging behaviour and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry, 21*, 454-458.
- Bergin, A. E. y Strupp, H.H. (1970). New directions in psychotherapy research. *Journal of Abnormal Psychology, 76*, 13-26.
- Berkson, G., Gutermuth, L. y Baranek, G. (1995). Relative prevalence and relations among stereotyped and similar behaviors. *American Journal on Mental Retardation, 100*(2), 137-145.
- Bermejo, B.G. (1995). La conducta autolesiva en personas con Retraso Mental: revisión de las técnicas de intervención. *Siglo Cero, 26*(2), 5-13.
- Bernstein, G.A., Hughes, J.R., Mitchell, J.E. y Thompson, T. (1987). Effects of narcotic antagonists on self-injurious behavior: a single case study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 886-889.
- Berkson, G. y Mason, W. (1964b). Stereotyped movements of mental defectives: IV. The effect of toys and the character of the acts. *American Journal of Mental Deficiency, 68*, 511-524.
- Berrios, G.E. (1994). Mental illness and mental retardation: history and concepts. En N. Bouras (Ed.), *Mental Health in Mental Retardation: Recent Advances and Practices* (pp. 5-28). Cambridge: University Press.
- Best, M., Williams, J.M., y Coccaro, E.F. (2002). Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder. *Proceedings of the National Academy Sciences USA, 84*48-8853.
- Bihm, E.M., Poindexter, A.R. y Warren, E.R. (1998). Aggression and psychopathology in persons with severe or profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 19*, 423-438.
- Bijou, S.W. (1966). A functional analysis of retarded development. En N.R. Ellis (Ed.), *International Review of research in mental retardation* (pp. 1-19). Nueva York: Academic Press.
- Biklen, D. (1990). Communication unbound: autism and praxis. *Harvard Educational Review, 60*, 291-314.
- Birnbrauer, J.S., Bijou, S.W., Wolf, M.M. y Kidder, J.D. (1965). Programmed instruction in the classroom. En L. P. Ulman y L. Krasner (Eds.), *Case studies in behavior modification* (pp. 358-363). Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Birnbrauer, J.S., Wolf, M.M., Kidder, J.D. y Tague, C. (1965). Classroom behaviour of retarded pupils with token reinforcement. *Journal of Experimental Child Psychology, 2*, 219-235.
- Black, L., Cullen, C. y Novaco, R. W. (1997). Anger assessment for people with mild learning disabilities in secure settings. En B.S. Kroese, D. Dagnan y K. Loumidis (Eds.), *Cognitive-behaviour therapy for people with learning disabilities* (pp. 33-52). London: Routledge.

- Blough, D., Pulliam, B., Page, T. J., Sweeney, V., Dougherty, R. y Grim, M. (2006). Improving evaluation of psychotropic medication for adults with developmental disabilities living in community settings. *Behavioral Interventions*, 21, 73-83.
- Blumer, D., Davies, K., Alexander, A. y Morgan, S. (2001). Major psychiatric disorders subsequent to treating epilepsy by vagus nerve stimulation. *Epilepsy and Behavior*, 2, 466-472.
- Bodfish, J.W. (2007). Stereotypy, Self- Injury and Related Abnormal Repetitive Behaviors. En J. W. Jacobson, J.A. Mulick y J. Rojahn (Eds.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 481-505). New York: Springer.
- Bodfish, J.W., Crawford, T.W., Powell, S.B., Golden, R.N. y Lewis, M.H. (1995). Compulsions in adults with mental retardation: Prevalence, phenomenology, and co-morbidity with stereotypy and self-injury. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 183-192.
- Bodfish, J.W., McCuller, W.R., Madison, J.M., Register, M., Mailman, R.B. y Lewis, M.H. (1997). Placebo, double-blind evaluation of long-term naltrexone treatment effects for adults with mental retardation and self-injury. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 9, 135-152.
- Bodfish, J.W. y Madison, J.T. (1993). Diagnosis and fluoxetine treatment of compulsive behavior disorder of adult with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 360-367.
- Bodfish, J.W. y Lewis, M.H. (2002). *Repetitive Behavior in Autism*. Trabajo presentado en la reunión The International Meeting for Autism Research (IMFAR), Noviembre, Orlando, FL.
- Bodfish, J.W., Symons, F.J., Parker, D.E. y Lewis, M.H. (2000). Varieties of repetitive behavior in autism: comparisons to mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, 30, 237-243.
- Borthwick-Duffy, E. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 17-27.
- Borthwick-Duffy, S., Lane, K.L. y Widaman, K.F. (1997). Measuring Problem Behaviors in Children with Mental Retardation: Dimensions and Predictors. *Research in Developmental Disabilities*, 18(6), 415-433.
- Borthwick-Duffy, S.A. (1994). Prevalence of destructive behaviors: A study of aggression, self-injury, and property destruction. En T.D.B. Gray (Ed.), *Destructive behavior in developmental disabilities* (pp. 3-23). Thousand Oaks: CA, Sage.
- Borthwick-Duffy, S.A., Meyers, C.E. y Eyman, R.K. (1981). Comparative adaptive and maladaptive behavior of mentally retarded clients of five residential settings in three western states. En R.H. Bruininks, C.E. Meyers, B.B. Sigford y K.C. Lakin (Eds.), *Deinstitutionalization and community adjustment of mentally retarded people* (Monograph No. 4, pp. 351-359). Washington, DC: American Association of Mental Deficiency.
- Bouras, N. (1993). *Assessment and Information Rating Profile (AIRP)*. London: Division of Psychiatry, Guy's Hospital.
- Bowman, W. (1957). Tying Arrangements and the Leverage Problem. *Yale Law Journal*, 67 (1), 19-36.
- Breese, G.R., Baumeister, A., McCown, T.G., Emerick, S.G., Frye, G.D., Crotty, K y Mueller R.A. (1984). Behavioural differences between neonatal and adult 6-hydroxydopamine-treated rats to dopamine agonists: relevance to neurological symptoms in clinical syndromes with reduced brain dopamine. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 231, 343-354.
- Breese, G.R., Criswell, H.E., Duncan, G.E. y Mueller, R.A. (1989). Dopamine deficiency in self-injurious behavior. *Psychopharmacology Bulletin* 25, 353-357.
- Breese, G. R., Criswell, H.E., Duncan, G.E. y Mueller, R.A. (1990). A dopamine deficiency model of Lesch-Nyhan disease--the neonatal-6-OHDA-lesioned rat. *Brain Research Bulletin*, 25(3), 477-484.
- Breese, G.R., Criswell, H.E. y Duncan, G.E. (1995). Model for reduced brain dopamine in Lesch-Nyhan syndrome and the mentally retarded: neurobiology of neonatal-6-hydroxydopamine-lesioned rats. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 1, 111-119.
- Bregman, J.D., Leckman, J.F. y Ort, S.I. (1988). Fragile X syndrome: Genetic predisposition onto psychopathology. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 343-354.
- Bregman, J.D. y Hodapp, R.M. (1991). Current developments in the understanding of mental retardation: Part 1. Biological and phenomenological perspectives. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 707-719.
- Breton, A.V., Tonge, B.J., Mackinnon, A. y Einfeld, S.L. (2002). Screening Young People for Autism Using the Developmental Behaviour Checklist. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1-7.
- Brioso, M.A. y Sarriá, E. (2003). Necesidades educativas específicas en alumnos con trastornos del comportamiento. (Bajado de Internet en junio de 2008 en la dirección: <http://www.pnte.cfnavarra.es/creena/002conductuales/nee%20y%20trastornos%20de%20comp.htm>)
- Britton, L.N., Carr, J.E., Landaburu, H.J. y Romick, K.S. (2002). The efficacy of noncontingent reinforcement as treatment for automatically reinforced stereotypy. *Behavioral Interventions*, 17, 93-103.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory, En R. Vasta (Ed.), *Six Theories of Child Development: Revised Formulations and Current Issues*. Greenwich, Connecticut: JAI Press.
- Brower, M.C. y Price, B.H. (2000). Epilepsy and violence. When is the brain to blame? *Epilepsy and Behavior*, 1, 145-149.
- Brown, A.L. (1974). The role of strategic behavior in retardate memory. En N.R. Ellis (Ed.), *International Review of Research in Mental Retardation* (pp. 7). New York: Academic Press.
- Brown, E.C., Aman, M.G. y Havercamp, S.M. (2002). Factor analysis and norms for parent ratings on the Aberrant Behavior Checklist-Community for young people in special education. *Research in Developmental Disabilities*, 23, 45-60.

- Bruininks, R.H., Bradley, K., Weatherman, R.F. y Woodcock, R.W. (1986). *Inventory for Client and Agency Planning: Examiner's Manual*. Chicago, IL: Riverside Publishing Company.
- Bruininks, R.H., Woodcock, R.W., Weatherman, R.F. y Hill, B.H. (1986). *Development and standardisation of the Scales of Independent Behavior*. Allen: DLS Teaching Resources.
- Bruininks, R.H., Woodcock, R.W., Weatherman, R.F. y Hill, B.H. (1986). *Inventory for Client and Agency Planning, ICAP*. Allen: DLM Teaching Resources.
- Bruininks, R. H., Olson, K. M., Larson, S. A. y Lakin, K. C. (1994). Challenging behaviors among persons with mental retardation in residential settings. En T. Thompson y D. Gray (Eds.), *Destructive Behavior in Developmental Disabilities: Diagnosis and Treatment* (pp. 24-48). Thousand Oaks: CA, Sage.
- Buckley, S.J. (1999). Promoting the cognitive development of children with Down syndrome: The practical implications of recent research. En J. A. Rondal, J. Perera, y L. Nadel. *Down's Syndrome: A Review of Current Knowledge* (pp. 99-110). London: Whurr.
- Buitelaar, J.K. (1993). Self-injurious behavior in retarded children. Clinical phenomena and biological mechanisms. *Acta Paedopsyciatrica*, 56,105-111.
- Burack, J.A., Hodapp, R.M. y Zigler, E. (1998). *Handbook of Mental Retardation and Development*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Burkhart, J. E. (1987). Evaluation of ten second contingent overcorrection and visual screening procedures in combination with DRI for reducing stereotypic responding and increasing adaptive behavior in mentally retarded children. *Dissertation Abstracts International*, 48(1-B), 257.
- Butler, C., Chambers, H., Goldstein, M., Harris, S., Leach, J., Campbell, S. y cols. (1999). Evaluating research in developmental disabilities: A conceptual framework for reviewing treatment outcomes. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41, 55-59.
- Caine, A. y Hatton, C. (1998). Working with people with mental health problems. En C.H.E. Emerson, J. Bromley y A. Caine (Eds.), *Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities* (pp. 210-230). Chichester: Wiley.
- California Department of Developmental Services (1980). *Client development evaluation report*. Sacramento, CA: Autor.
- Cameron, M. y Kimball, J. (1995). Beyond consequences. *Mental Retardation*, 33, 268-270.
- Canal, R. y Martín, M.V. (1999). *Apoyo conductual Positivo*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Cantavella, F.L.M., Esteban, M.A., López-Nicolau, C. y Ferret, T.M. (1992). *Introducción al estudio de las estereotipias en el niño ciego*. Barcelona: Masson.
- Caplan, R. y Austin, J.K. (2000). Behavioral aspects of epilepsy in children with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 6, 293-299.
- Carcani-Rathwell, I., Rabe-Hasketh, S. y Santosh, P. J. (2006). Repetitive and stereotyped behaviours in pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 573-581.
- Carlin, M. E. (1990). The improved prognosis in cri du chat (5p-) syndrome. En W. I. Fraser (Ed), *Actas del 8º Congress of the International Association of the Scientific Study of Mental Deficiency* (pp. 64-73). Edinburgh, UK: Blackwell.
- Carr, E. (1977). The origins of self-injurious behavior: A review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, 84, 800-816.
- Carr, E. (1995). *Communication-based Intewention for Problem Behavior*. Baltimore: Paul Brookes.
- Carr, E. G., Dunlap, G., Homer, H. R., Koegel, R. L., Turnbull, A. P., Sailor, W., Anderson, J., Albin, R.W., Koegel, L. K., y Fox, L. (2002). Positive behavior support: Evolution of an applied science. *Journal of Positive Behavioral Interventions*, 4, 4-16.
- Carr, E.G., Horner, R. H., Turnbull, A.P. y cols. (1999). *Positive Behavior Support for People with Developmental Disabilities*. Washington, D.C: American Association on Mental Retardation
- Carr, E. G., Langdon, N. A. y Yarbrough, S. C. (1999). Linking functional assessment to effective intervention. En A.C. Reep y R.H. Horner (Eds.), *Functional analysis of problem behavior* (pp. 7-31). Belmont, CA: Wadsworth.
- Carr, E.G., Langdon, N.A. y Yarbrough, S.C. (2000). La intervención basada en hipótesis para tratar conductas problema severas. En A.C. Reep y R.H. Horner (Eds.), *Análisis funcional de Problemas de conducta* (pp. 9-29). Madrid: Paraninfo Thomson Learning.
- Carr, J. E. y LeBlanc, L. A. (2006). Noncontingent reinforcement as antecedent behavior support. En J.K. Luiselli (Ed.), *Antecedent assessment & intervention: Supporting children & adults with developmental disabilities in community settings* (pp. 147-164). Baltimore, MD: Brookes.
- Carr, E., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, I., Kemp D.C. y Smith, Ch. E. (1996). *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*. Madrid: Alianza Editorial.
- Carr, E.G., Reeve, C.E. y Magito-McLaughlin, D. (1996). Contextual influences on problem behavior in people with developmental disabilities. En L. K. Koegel, R. L. Koegel y G. Dunlap (Eds.), *Positive behavioral support: Including people with difficult behavior in the community* (pp. 402-424). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Carr, E.G., Robinson, S. y Palumbo, L.W. (1990). The wrong issue: Aversive versus nonaversive treatment. The right issue: Functional versus nonfunctional treatment. En A. Repp y N. Singh (Eds.), *Perspectives on the use of nonaversive and aversive interventions for persons with developmental disabilities* (pp. 361-379). Sycamore, IL: Sycamore.
- Carr, J.E. y Severson, J.M. (2005). On the appropriateness of the term "noncontingent reinforcement." *European Journal of Behavior Analysis*, 6, 21-24.

- Carr, E. y Smith, C. (1995). Biological setting events for self-injury. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 1(2), 94-98.
- Carr, E. G., Smith, Ch. E., Giacini, T.A., Whelan, B. M. y Pancari, J (2003). Menstrual discomfort as a biological setting event for severe problem behavior: assessment and intervention. *American Journal on Mental Retardation*, 108(2), 117-133.
- Cataldo, M.F., y Harris, J. (1982). The biological basis of self-injury in the mentally retarded. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 7, 21-39.
- Chadsey-Rusch, J. y Sprague, C. J.(1989) Maladaptive behavior associated with neuroleptic drug maintenance. *American Journal of Mental Retardation*, 93, 607-617.
- Chambless, D.L. y Ollendik, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chaplin, E., Tsakanikos, E., Wright, S. y Bouras, N. (2009). Clinical Psychopathology, Untoward Incidents and the Use of Restrictive Procedures in Adults with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 169-178.
- Chiarugi, V. (1987). *On Insanity and its Classification*. Canton, Mass: Science History Publications
- Clarke, D.J., Kelley, S., Thinn, K. y Corbett, J.A. (1990). Psychotropic drugs and mental retardation: Disabilities and the prescription of drugs for behaviour and for epilepsy in three residential settings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 34(5), 385-395.
- Clarke, S., Worcester, J., Dunlap, G., Murray, M. y Bradley-Klug, K. (2002). Using multiple measures to evaluate positive behavior support: A case example. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4, 131-145.
- Cleland, C.C. y Clark, C.M. (1966). Sensory deprivation and aberrant behavior among idiots. *American Journal of Mental Deficiency*, 71(2), 213-225.
- Clements, J., Wing, L. y Dunn, G. (1986). Sleep problems in handicapped children: A preliminary study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 399-407.
- Coccaro, E. F., Kavoussi, R. J. , Sheline, Y. I., Berman, M. E. y Csernansky, J. G. (1997). Impulsive aggression in personality disorder correlates with platelet 5-HT_{2A} receptor binding. *Neuropsychopharmacology*, 16(3), 211-216.
- Cohen, I. L., Schmidt-Lackner, S., Romanczyk, R. y Sudhalter, V. (2003). The PDD Behavior Inventory: A rating scale for assessing response to intervention in children with PDD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(1), 31-45.
- Cohen, I.L. y Sudhalter, V. (2005). *The PDD Behavior Inventory*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Colman, R.S., Frankel, F., Ritvo, E. y Freeman, B.J. (1976). The effects of fluorescent and incandescent illumination upon repetitive behaviors in autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 6, 157-162.
- Cole, D. A. y Meyer, L. H. (1989). Impact of family needs and resources on the decision to seek-out-of-home placement. *American Journal of Mental Deficiency*, 82, 12-18.
- Coleman, C.L. y Holmes, P.A. (1998). The use of noncontingent escape to reduce disruptive behaviors in children with speech delays. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 687-690.
- Collacott, R.A. (1992). The effect of age and residential placement on adaptive behavior of adults with Down's syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 161, 675-679.
- Collacott, R.A., Cooper, S. A., Branford, D. y McGrother, C. (1998). Epidemiology of self-injurious behaviour in adults with learning disabilities. *British Journal Psychiatry*, 173, 428-432.
- Conners, C.K. (1970). Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic, and normal children. *Child Development*, 4, 667-682.
- Cooper, S. (1998). Clinical study of the effects of age on the physical health of adults with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 102, 582-589.
- Cooper, S.J. y Dourish, C. T. (1990). *Neurobiology of stereotyped behaviour*. Oxford: Oxford University Press.
- Cooper, S., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. y Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190, 27-35.
- Cooper, S.A., Smiley, E., Allan, L.M., Jackson, A., Finlayson, J., Mantry, D. y Morrison J. (2009). Adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence and remission of self-injurious behaviour, and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 200-216.
- Cooper, L.J., Wacker, D.P., Thursby, D., Plagmann, L.A., Harding, J., Millard, T. y Derby, M. (1992). Analysis of the effects of task preferences, task demands, and adult attention on child behavior in outpatient and classroom settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 823-840.
- Cornish, K.M. y Pigram, J. (1996). Developmental and behavioural characteristics of cri du chat syndrome. *Archives of Diseases in Childhood*, 75, 448-450.
- Cowley, A., Newton, J., Sturme, P., Bouras, N. y Holt, G. (2005). Psychiatric inpatient admissions of adults with intellectual disabilities: predictive factors. *American Journal on Mental Retardation*, 110, 216-225.
- Creswell, J.W. (1994). *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches* Thousand Oaks, Calif: Sage

- Crews, W.D., Bonaventura, S.H., Rowe, F.B. y Bonsie, D. (1993). Cessation of long-term naltrexone therapy and self-injury: a case study. *Research in Developmental Disabilities, 14*, 331-340.
- Crews, W.D., Rhodes, R.D., Bonaventura, S.H., Rowe, F. B. y Goering, A. M. (1999). Cessation of long-term naltrexone administration: longitudinal follow-up. *Research in Developmental Disabilities, 20*, 23-30.
- Crocker, A.G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D. y Roy, M. E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 652-661.
- Cronbach, L.J. (1957). The two disciplines of scientific psychology. *American Psychologist, 12*, 671-684.
- Cromer, R.F. (1991). *Language and thought in normal and handicapped children*. Oxford: Basil Blackwell.
- Cruz, S. L. (2006). *El cerebro y el consumo de drogas*. Cinvestav, 36-45.
- Cullen, W. (1803). *Synopsis nosologiae methodicae*. Edinburhg.
- Dadson, S. y Horner, R.H. (1993). Manipulating setting events to decrease problem behaviors: A case study. *Teaching Exceptional Children, 25*, 53-55.
- Danford, D.E. y Huber, A.M. (1982). Pica among mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency, 87*(2), 141-146.
- Dagnan, D. y Chadwick, P. (1997). Cognitive behaviour therapy for people with learning disabilities: assessment and intervention. En B.S. Kroese, D. Dagnan y K. Loumidis (Eds.), *Cognitive Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities* (pp. 110-123). Kroese, London: Routledge.
- Davidson, M. y McCarthy, D. (1988). *The matching law: A research review*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Davidson, P., Cain, N., Sloane-Reeve, J., VanSpeybroeck, A., Segel, J., Gutkin y cols. (1994). Characteristics of community-based individuals with mental retardation and aggressive behavioral disorders. *American Journal of Mental Retardation, 98*, 704-716.
- Davidson, P., Jacobson, J., Cain, N. N., Palumbo, D., Sloane-Reeve, J., Quijano, L., Van Heynengen, J., Giesow, V., Erhart, J. y Williams, T. (1996). Characteristics of children and adolescents with mental retardation and frequent outwardly directed aggressive behavior. *American Journal of Mental Retardation, 101*, 244-255.
- Dawson, G. y Watling, R. (2000). Interventions to facilitate auditory, visual, and motor integration in autism: A review of the evidence. *Journal of Autism Developmental Disorders, 30*(5), 415-421.
- Deb, S., Clarke, D. y Unwin GL. (2006). *Guide to using psychotropic medication to manage behaviour problems among adults with intellectual disability*. [Bajado de Internet el 28 Marzo 2009, en la dirección: www.LD-Medication.bham.ac.uk].
- Deb, S., Sohanpal, S. K., Soni, R., Lenotre, L. y Unwin, G. (2007). The Effectiveness of Antipsychotic Medication in the Management of Behaviour Problems in Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*(10), 766-777.
- Deb, S., Chaplin, R., Sohanpal, S., Unwin, G., Soni, R. y Lenotre, L. (2008). The effectiveness of mood stabilizers and antiepileptic medication for the management of behaviour problems in adults with intellectual disability: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research, 52*(2), 107-113.
- Dekker, M. C., Nunn, R.J., Einfeld, S.E., Tonge, B.J. y Koot, H.M. (2002). Assessing emotional and behavioral problems in children with intellectual disability: Revisiting the factor structure of the Developmental Behavior Checklist. *Journal Autism Development Disorders, 32*, 601-610.
- DeLissovoy, V. (1963). Head banging in early childhood: A suggested cause. *Journal of Genetic Psychology, 102*, 109-114.
- Demchak, M. (1993). Functional assessment of problem behaviors in applied settings. *Intervention in School and Clinic, 29*, 89-95.
- Demchak, M. A. y Bossert, K.W. (1996). *Assessing problem behaviours*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Derby, K.M., Wacker, D.P., Sasso, G., Steege, M., Northup, J., Cigrand, K. y Asmus, J. (1992). Brief functional assessment techniques to evaluate aberrant behavior in an outpatient setting: a summary of 79 cases. *Journal of Applied Behavior Analysis, 25*(3), 713-721.
- DesNoyers-Hurley, A., Reiss, S., Aman, M.G., Salvador, L., Demb, H., Loschen, E. y Einfeld, S. (1998). Instruments for assessing effects of psychotropic medication. En S. Reiss. y M. Aman (Eds.), *The international consensus handbook. psychotropic medications and developmental disabilities*. Ohio: The Ohio State University Nisonger Center.
- Desrochers, M. N., Hille, M.G. y Williams-Moseley, T.L. (1997). Survey of functional assessment procedures used with individuals who display mental retardation and severe problem behaviors. *American Journal of Mental Retardation, 101*, 535-546.
- Deveau, R. y McGill, P. (2009). Physical Interventions for Adults with Intellectual Disabilities: Survey of Use, Policy, Training and Monitoring. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22*(2), 145 -151.
- Devinsky, O. y Bear, D. (1984). Varieties of aggressive behavior in temporal lobe epilepsy. *American Journal Psychiatry, 141*, 651-656.
- Didden, R., Duker, P. y Korzilius, H. (1997). Metaanalytical study on treatment effectiveness for problem behaviours with individuals who have mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 101*(4), 387-399.
- Dillon, K.E., Fenlason, J.E. y Vogel, D.J. (1994). Belief in and use of a questionable techniques, facilitated communication, for children with autism. *Psychological Reports, 75*, 459-464.

- Dimitropoulos, A., Feurer, I. D., Butler, M. G. y Thompson, T. (2001). Emergence of compulsive behavior and tantrums in children with Prader-Willi syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 39-51.
- Doman, Rj., Spitz, Eb., Zucman, E., Delacato, Ch. y Doman, G. (1960). Children with severe brain injuries. Neurological organization in terms of mobility. *The Journal of American Medical Association*, 17(174), 257-262.
- Don, E.W., Kirkpatrick-Sanchez, S., Crocker, W.T., Raichman, J.A., Roehen, S., Horany, M., Hardie, R. y Borden, D. (1995). An Evaluation of Clozapine Combined with Behavioral Intervention in the Treatment of Aggression and Tantrums in a Woman with Mental Retardation and Schizophrenia. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 7(2), 155-160.
- Donnellan, A.M., LaVigna, G.W., Negri-Shoultz, N. y Fassbender, L.L. (1988). *Progress Without Punishment: Effective Approaches for Learners with Behavior Problems*. Nueva York: Teachers College Press.
- Dosen, A. (1993). Diagnosis and treatment of psychiatric and behavioural disorders in mentally retarded individuals: the state of the art. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37 (Supp), 1-7.
- Dosen, A. (2007). Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems, *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(1), 66-74.
- Dunlap, G., Robbins, F.R. y Darrow, M.A. (1994). Parents' reports of their children's challenging behaviors: Results of a statewide survey. *Mental Retardation*, 32, 206-212.
- Dunlap, G., Clarke, S. y Steiner, M. (1999). Intervention research in behavioral and developmental disabilities 1980-1997. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 1, 170-180.
- Durand, V.M. y Crimmins, D.B. (1988). Identifying the variables maintaining self-injurious behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 99-115.
- Durand, V.M. (1990). *Severe Behavior Problems: A Functional Communication Training Approach*. Nueva York: Guilford Press.
- Durand, V.M., Gernert-Dott, P. y Mapstone, E. (1996). Treatment of sleep in children with developmental disabilities. *Journal of the Associations for Persons with Severe Handicaps*, 21(3), 114-122.
- Durand, V. M. y Crimmins, D.B. (1992). *The Motivation Assessment Scale*. Topkepa, KS: Monaco & Associates.
- Durand, V.M. y Mapstone, E. (1998). Influence of mood inducing music on challenging behavior. *American Journal of Mental Retardation*, 102, 367-378.
- Dykens, E.M. (1995). Measuring behavioral phenotypes: provocations from the new genetics. *American Journal on Mental Retardation*, 99, 522-532.
- Dykens, E.M. (1999). Prader-Willi syndrome: toward a behavioral phenotype. En: H. Tager-Flusberg (ed.). *Neurodevelopmental disorders: contributions to a new framework from the cognitive neurosciences*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Dykens, E.M. (2003). Anxiety, fears, and phobias in persons with Williams syndrome. *Developmental Neuropsychology*, 23, 291-316.
- Dykens, E.M. y Clarke, D.J. (1997). Correlates of maladaptive behavior in individuals with 5p- (cri du chat) syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 39, 752-756.
- Dykens, E.M., Hodapp, R.M. y Leckman, J.F. (1987). Strengths and weaknesses in intellectual functioning of males with fragile X syndrome. *American Journal of Mental Deficiency*, 92, 234-236.
- Dykens, E.M., Hodapp, R.M., Walsh, K.K. y Nash, L. (1992). Profiles, correlates and trajectories of intelligence in Prader-Willi syndrome. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1125-1130.
- Dykens, E.M., Leckman, J.F. y Cassidy, S.B. (1996). Obsessions and compulsions in Prader-Willi syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 995-1002.
- Dykens, E.M., Finucane, B.M. y Gayley, C. (1997). Brief report: Cognitive and behavioral profiles in persons with Smith-Magenis syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 203-211.
- Dykens, E.M. y Kasari, C. (1997). Maladaptive behavior in children with Prader-Willi syndrome, Down syndrome, and non-specific mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 228-237.
- Dykens, E.M. y Hodapp, R.M. (1997). Treatment issues in genetic mental retardation syndromes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 263-270.
- Dykens, E.M. y Smith, A.C. (1998). Distinctiveness and correlates of maladaptive behaviour in children and adolescents with Smith-Magenis syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 481-489.
- Dykens, E.M. y Rosner, B.A. (1999). Refining behavioral phenotypes: Personality-motivation in Williams and Prader-Willi syndromes. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 158-169.
- Edelson, S.M., Taubman, M.T. y Lovaaas, O.I. (1983). Some social contexts of self-destructive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 299-312.
- Einfeld, S.L. y Tonge, B.J. (1996). Population Prevalence of Behavioural and Emotional Disturbance in Children and Adolescents with mental retardation. 1. Rationale and methods. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40(2), 91-98.
- Einfeld, S. L., y Tonge, B.J. (1996). Population Prevalence of Behavioural and Emotional Disturbance in Children and Adolescents with mental retardation. 2. Epidemiological findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 99-109.

- Einfeld, S.L. y Tonge, B.J. (1992). *Manual for the Developmental Behaviour Checklist*. Clayton, Melbourne y Sydney: Monash University Center for Developmental Psychiatry and School of Psychiatry, University of New South Wales.
- Einfeld, S.L. y Tonge, B.J. (2002). *Manual for the Developmental Behaviour Checklist*. Clayton, Melbourne y Sydney: Monash University Center for Developmental Psychiatry and School of Psychiatry, University of New South Wales.
- Ellis, C.R., Singh, N.N. y Ruane, A.L. (1999). Nutritional, dietary and hormonal treatments for individuals with mental retardation and developmental disabilities. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 5, 335-341.
- Ellis, N.R. (1963). The stimulus trace and behavioral inadequacy. En N. R. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency* (pp.134-158). Nueva York: McGraw-Hill.
- Ellis, N.R. (1974). *Handbook of mental deficiency, psychological theory and research*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Elorriaga, J. (1993). La utilización del ICAP en la gestión y evaluación de los servicios que atienden a personas con Retraso Mental. En R.H. Bruininks, K.S. McGrew, R.F. Wetherman y cols. (Eds.), *Discapacidad y Conducta Adaptativa*. Bilbao: Mensajero.
- Emberson, J. y Walker, E. (1990). Self injurious behaviour in people with a mental handicap. *Nursing Times*, 86 (23), 43-46
- Embregts, P. J., Didden, R., Huijink, C. y Schreuder, N. (2009). Contextual variables affecting aggressive behaviour in individuals with mild to borderline intellectual disabilities who live in a residential facility. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 255-264.
- Emerson, E. (1992). Self-injurious behaviour: An overview of recent developments in epidemiological and behavioural research. *Mental Handicap Research*, 5, 49-81.
- Emerson, E. (1995). *Challenging behaviour: analysis and intervention in people with learning difficulties*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Emerson, E. (1998). Working with people with challenging behaviour. En E. Emerson, J. Bromley y A. Caine (Eds.), *Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities*. Chichester: Wiley.
- Emerson, E. (2007). *Challenging behaviour, analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Emerson, E. y Bromley, J. (1995). The form and function of challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 388-398.
- Emerson, E. y Hatton, C. (1997). Regional and local variations in residential provision for people with learning disabilities in England. *Tizard Learning Disability Review*, 2, 43-46.
- Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D. Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L. y Hatton, Ch (2001). Predicting the persistence of severe self-injurious behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 67-75.
- Emerson, E., Moss, S.C. y Kiernan, C.K. (1999). The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe intellectual disabilities. En N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and Behavioural Disorders in Mental Retardation* (pp. 38-48). Cambridge: Cambridge University Press.
- Emerson, E., Robertson, J., Gregory, N., Kessissoglou, S., Hatton, C., Hallam, A., Knapp, M., Jarbrink, K., Walsh, P. y Netten, A. (2000). The quality and costs of village communities, residential campuses and community-based residential supports in the United Kingdom. *American Journal on Mental Retardation*, 105, 81-102.
- Emerson, E., Robertson, J., Gregory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., Hallara, A. y Hillery, J. (2000). The treatment and management of challenging behaviours in residential settings. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13, 197-215.
- Emerson, E., Thompson, T., Parmenter, T. y Hatton, C. (2004). *The International handbook of applied research in intellectual disabilities*. Chichester: Wiley.
- Erickson, F. (1986). Qualitative methods in research of teaching. En M. C. Wittrock (Ed.), *Handbook of research on teaching* (pp. 119-161). Nueva York: McMillan.
- Esquirol, E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Paris, Baillière.
- Eyman, R. K. y Call, T. (1977). Maladaptive behaviour and community placement of mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 82, 137-144.
- Falcomata, T. S., Roane, H. S., Hovanetz, A. N., Kettering, T. L. y Keeney, K. M. (2004). An evaluation of response cost in the treatment of inappropriate vocalizations maintained by automatic reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37, 83-87.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatric*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fazzi, E., Lanners, J., Danova, S., Ferrari-Ginevra, O., Gheza, C., Luparia, A., Balottin, U. y Lanzi, G. (1999) Stereotyped behaviours in blind children. Fazzi E, Lanners J, Danova S, Ferrari-Ginevra O, Gheza C, Luparia A, Balottin U, Lanzi G. (1999) Stereotyped behaviours in blind children. *Brain & Development*, 21, 522-528.
- Fee, V.E. y Matson, J.L. (1992). Definition, classification, and taxonomy. En J.K. Luiselly, J.L. Matson y N.N. Singh (Eds.), *Self-injurious behavior: Analysis, assessment and treatment* (pp. 3-20). New York: Springer-Verlag.
- Fester, C. B. y Skinner, B. F. (1957). *Schedules of reinforcement*. Nueva York : Appleton Century Croff.
- Fernández-Álvarez E. (2003). Estereotipias. *Revista de Neurología*, 36(Supl 1), 54-56.

- Fernandez-Ballesteros, R. (1989). Psychological assessment in Spain. *Verlag fur Psychologie*, Gottingen: Hogrefe
- Fernández-Ballesteros, R. (1989). Perspectivas históricas de la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros y J. A.I. Carboles (Eds.), *Evaluación conductual* (pp. 33-64). Madrid: Pirámide.
- Ferris, C. F. (1996). Serotonin diminishes aggression by suppressing the activity of the vasopressin system. *Ann New York Academy Sciences*, 794, 98-103.
- Feuerstein, R. (1990). The theory of structural cognitive modifiability. En B. Presseisen (Ed.), *Learning and thinking styles: Classroom interaction*. Washington, DC: National Education Association.
- Feuerstein, R. (2002). El desarrollo del potencial de aprendizaje. *Revista electrónica de investigación educativa*, 4(2). [Bajado de Internet el 11 de octubre de 2007 en la dirección: <http://redie.uabc.mx/vol4no2/contenido-noguez.html>].
- Fierro, A. (1984). Modelos psicológicos de análisis del Retraso Mental. *Papeles del Colegio de Psicólogos*, 14, 5-7.
- Finucane, B., Dirigl, K. H. y Simon, E. W. (2001). Characterization of self-injurious behaviors in children and adults with Smith-Magenis syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 52-58.
- Finucane, B. M., Konar, D., Haas-Givler, B., Kurtz, M. D. y Scott, L. I. (1994). The spasmodic upper-body squeeze: A characteristic behavior in Smith-Magenis syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36, 78-83.
- Fisher, W.W., Adelinis, J.D., Thompson, R.H., Worsdell, A.S. y Zarcone, J.R. (1998). Functional analysis and treatment of destructive behavior maintained by termination of "don't" (and symmetrical "do") requests. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(3), 339-356.
- Fisher, W.W., DeLeon, I.G., Rodriguez-Catter, V. y Keeney, K.M. (2004). Enhancing the effects of extinction on attention-maintained behavior through noncontingent delivery of attention or stimuli identified via a competing stimulus assessment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37, 171-184.
- Fisher W.W, Ninness H.A, Piazza C.C, Owen-DeSchryver J.S. (1996). On the reinforcing effects of the content of verbal behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 235-238.
- Fisher, W.W., Piazza, C.C., Bowman, L.G., Hanley, G.P. y Adelinis, J.D. (1997). Direct and collateral effects of restraints and restraint fading. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 105-120.
- Fleming, I., Caine, A., Ahmed, S. y Smith, S. (1996). Aspects of the use of psychoactive medication among people with intellectual disabilities who have been resettled from long-stay hospitals into dispersed housing. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 9, 194-205.
- Fovel, J.T., Lash, P.S., Barron, D.A. y Roberts, M.S. (1989). A survey of self-restraint, self-injury, and other maladaptive behaviors in an institutionalized retarded population. *Research in Developmental Disabilities*, 10, 377-382.
- Fowler, A. (1998). Language in mental retardation: Associations with dissociations from general cognition. En R. Hodapp, J.A. Burack, y E. Zigler (Eds.), *Handbook of mental retardation and development*(pp. 290-335). Cambridge: University Press.
- Franco, M. (1998). *Trastornos mentales y de conducta en el Retraso Mental evaluación e intervención*. Zamora, Edintras.
- Fraser, W. y Nolan, M. (1994). Psychiatric disorders in mental retardation. En N. Bouras (Ed.), *Mental Health in Mental Retardation. Recent advances and practices* (pp.79-92). Cambridge: University Press.
- Freeman, R. L., Horner, R. H., y Reichle, J. E. (1999). Relation between heart rate and problem behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, 104(4), 330-345.
- Friedlander, M.B., Lazar, S. y Klancnik, J., 2001. Atypical antipsychotic use in treating adolescents and young adults with developmental disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 741-745.
- Fuhrmann, W., Vogel, F. (1970). *El consejo genético. Una guía para el médico práctico*. Barcelona: Científico-Médica.
- Fuller, P. R. (1949). Operant conditioning of a vegetative organism. *American Journal of Psychology*, 62, 587-590.
- Gabriels, R. L., Cuccaro, M. L., Hill, D. E., Ivers, B. J. y Goldson, E. (2005). Repetitive behaviors in autism: Relationships with associated clinical features. *Research in Developmental Disabilities*, 26(2), 169-181.
- Gabriels, R. L., Agnewa, J. A., Miller, L. J., Gralla, J. Pan, Z., Goldson, E., Ledbetter, J. C, Dinkins, J. P. y Hooks E. (2008). Is there a relationship between restricted, repetitive, stereotyped behaviors and interests and abnormal sensory response in children with autism spectrum disorders? *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2, 660-670.
- Gadow, K.D. y Poling, A.D. (1988). *Pharmacotherapy and mental retardation*. Boston: Little, Brown.
- García Llamas, J. L. (1994). Investigación correlacional y descriptiva. En V. G. Hoz (Ed.), *Problemas y métodos de investigación en educación personalizada* (pp. 307-329). Madrid: Rialp.
- Gardner, W. I. (2002). *Aggression and other disruptive behavioral challenges: Biomedical and psychosocial assessment and treatment*. Kingston, NY: NADD.
- 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. (1999). Understanding challenging behavior. En D. M. Griffiths, W. I. Gardner y J. A. Nugent *Behavioral Supports: Individual Centered Interventions A Multimodal Functional Approach* (pp.7-16). Kingston, Nueva York: NADD Press.

- Gardner, W. I. (2000). Behavioral therapies: Using diagnostic formulation to individualize treatment for persons with developmental disabilities and mental health concerns. En: R. J. Fletcher (ed.), *Effective therapy approaches with persons who have mental retardation* (pp.1-25). Kingston, NY: NADD Press.
- Gardner, W. I. y Moffat, C.W. (1990). Aggressive behaviour: definition, assessment, treatment. *International Review of Psychiatry*, 2, 91-100.
- 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, 147-61.
- Gedye, A. (1990). Dietary increase in serotonin reduces self-injurious behavior in a Down's syndrome adult. *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 195-203.
- Gedye, A. (1991). Buspirone alone or with serotonergic diet reduced aggression in a developmentally disabled adult. *Biological Psychiatry*, 30, 88-91.
- Gedye, A. (1992). Anatomy of self-injurious, stereotypic, and aggressive movements: evidence for involuntary explanation. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 766-778.
- Gedye, A. (1993). Evidence of serotonergic reduction of self-injurious movements. *Habilitative Mental Health Newsletter*, 12, 53-56.
- Georgines, S., Duku, E., Smith, I.M., Mirenda, P., Szatmari, P., Bryson, S., Fombonne, E., Roberts, W., Vaillancourt, T., Volden, J., Waddell, C. y Zwaigenbaum, L. (2008). *Examining the structure of the Repetitive Behavior Scale-Revised in young children with autism spectrum disorder* [Comunicación presentada en la International Meeting for Autism Research (INSAR), Enero, Londres].
- Goddard, H. H. (1912). *The Kallikak Family: A study in the heredity of feeble-mindedness*. Nueva York: Macmillan.
- Gold, M. W. (1980). *Try Another Way: Training Manual*. Champaign, IL: Research Press.
- Goldstein, M. (1986). Dopamine agonist induced self-mutilative biting behavior in monkeys with unilateral ventromedial tegmental lesions of the brainstem: Possible pharmacological model for Lesch-Nyhan syndrome. *Brain Research*, 367, 114-120.
- Gonzalez-Gordon, R. G., Salvador-Carulla, L., Romero, C., Gonzalez-Saiz, F. y Romero, D. (2002). Feasibility, reliability and validity of the Spanish version of psychiatric assessment schedule for adults with developmental disability: a structured psychiatric interview for intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 209-217.
- González-Sainz Gordon, F., García González, R., Romero López-Alberca, C., Salvador Carulla, L. y Romero Comella, R. (2001). Adaptación española del PAS-ADD 10, una entrevista psiquiátrica estructurada para adultos con retraso mental. *Siglo Cero*, 32(195), 11-19.
- Gosch, A. y Pankau, R. (1994). Social-emotional and behavioral adjustment in children with Williams syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 53, 335-339.
- Gowdey, C. W., Zarfes, D. E. y Phipps, S. (1987). Audit of psychoactive drug prescriptions in group homes. *Mental Retardation*, 25, 331-334.
- Green, C. W., Reid, D.H., White, L.K., Halford, R.C., Britain, D.P. y Gardner, S.M. (1988). Identifying reinforcers for persons with profound handicaps: staff opinion versus systematic assessment of preferences. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21, 31-43.
- Green, C. W., Reid, D.H., Canipe, V.S. y Gardner, S.M. (1991). A comprehensive evaluation of reinforcer identification processes for persons with profound multiple handicaps. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 537-552.
- Greenberg, A. y Coleman, M. (1973). Depressed whole blood serotonin levels associated with behavioral abnormalities in the de Lange syndrome. *Pediatrics*, 52, 720-724.
- Grey, I. M. y Hastings, R. P. (2005). Evidence-based practices in intellectual disability and behaviour disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 469-475.
- Griffin, J. C., Ricketts, R.W., Williams, D.E., Locke, B.J., Altmeyer, B.K. y Stark, M.T. (1987). A community survey of self-injurious behavior among developmentally disabled children and adolescents. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 959-963.
- Griffiths, D. M. y Gardner, W. I. (2002). The integrated biopsychosocial model: State of the art. En D. Griffiths, C. Stavrakaki y J. Summers (Eds.), *An introduction to the mental health needs of persons with developmental disabilities* (pp. 81-114). Sudbury, ON: Habilitative Mental Health Resource Network.
- Griffiths, D., Gardner, W.I. y Nugent, J. (1998). *Behavioral supports and Individual centered interventions: A multi-modal functional approach*. Kingston, Nueva York: NADD Press.
- Griffiths, D. M., Stavrakaki, Ch. y Summers, J. (2002). *Dual diagnosis. An introduction to the mental health needs of persons with developmental disabilities*. Canada, Habilitative Mental Resource Network.
- Griffin, J. C., Williams, D. E., Stark, M. T., Altmeyer, B. K. y Mason, M. (1986). Self-injurious behavior: A state-wide prevalence survey of the extent and circumstances. *Applied Research in Mental Retardation*, 7, 105-116.
- Grossett, D.L y Williams, D.E. (1995). Effects of haloperidol, alone and combined with DRO, on the self-injurious behavior in a woman with profound mental retardation and atypical psychosis. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 7(2), 147-154.
- Gualtieri, C. T. y Schroeder, S.R. (1989). Pharmacotherapy of self-injurious behavior: preliminary tests of the D1 hypothesis. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 364-371.

- Guba, E. G. (1990). *The paradigm dialog*. Newbury Park, CA: Sage.
- Guess, D., Roberts, S. y Guy, B. (1999). Implications of behavior state for the assessment and education of students with profound disabilities. En A.C. Repp y R.H. Horner (Eds.), *Functional analysis of problem behavior: From effective assessment to effective support* (pp. 338-394). Belmont, CA: Wadsworth Publishing.
- Gustafsson, C. (2003). *Intellectual Disability and Mental Health Problems*. Uppsala. Acta Universitatis Upsaliensis.
- Gustafsson, C. y Sonnander, K. (2002). Psychometric evaluation of a Swedish version on the Reiss Screen for Maladaptive Behavior. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 218-229.
- Hagberg, B., Aicardi, J., Dias, K. y Ramos, O. (1983). A progressive syndrome of autism, dementia, ataxia, and loss of purposeful hand use in girls: Rett's syndrome: report of 35 cases. *Annals of Neurology*, 14, 471-479.
- Hagerman, R. J. (1996). Fragile X syndrome child and adolescent psychiatric clinics of North America. *American Journal of Medical Genetics*, 5, 895-911.
- Hagopian, L. P., Wilson, D. M. y Wilder, D. A. (2001). Assessment and treatment of problem behavior maintained by escape from attention and access to tangible item. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 229-232.
- Hall, S. y O., C. (1992). Differential effects of severe self-injurious behaviour on the behaviour of others. *Behavioral Psychotherapy*, 20, 355-365.
- Hall, S. y O., C. (2000). An alternative approach to the sequential analysis of behavioral interactions. En Thompson, D. Felce y F. J. Symons (Eds.), *Computer assisted behavioral observation methods for developmental disabilities* (pp. 335-349). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Hammock, R., Levine, W.R. y Schroeder, S.R. (2001). Brief report: Effects of clozapine on self-injurious behavior of two risperidone nonresponders with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, 31, 109-113.
- Hammock, R. G., Schroeder, S.R. y Levine, W.R. (1995). The effects of clozapine on self-injurious behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 611-626.
- Hanley, G. P., Iwata, B. A. y McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: a review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 147-185.
- Hanley, G. P., Piazza, C. C. y Fisher, W. W. (1997). Noncontingent presentation of attention and alternative stimuli in the treatment of attention-maintained destructive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 229-237.
- Hanley, H.G., Stahl, S.M. y Freeman, D. (1977). Hyperserotonemia and amine metabolites in autistic and retarded children. *Archives General of Psychiatry*, 34, 521-531.
- Harding, J., Wacker, D., Berg, W., Call, N. y Barretto, A. (1999). *An analysis of choice making in the treatment of self-injurious behavior*. Poster presentado en the annual conference of the Association for Behavior Analysis, Mayo, Chicago.
- Harchick, A. E., Sherman, J.A. y Sheldon, B. (1992). The use of self-management procedures by people with developmental disabilities: a brief review. *Research in Developmental Disabilities*, 13, 211-217.
- Harper, D.C. y Wadsworth, J.S. (1993). Behavioral problems and medication utilization. *Mental Retardation*, 31, 97-103.
- Harris, J.C. (1992). Neurobiological factors in self-injurious behavior. En J.K. Luiselly, J.L. Matson y N.N. Singh (Eds.), *Self-Injurious Behavior: Analysis, Assessment and Treatment* (pp. 59-92). Nueva York, Springer-Verlag.
- Harris, P. (1993). The nature and extent of aggressive behaviour amongst people with learning difficulties (mental handicap) in a single health district. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 221-242.
- Harris, P. y Russell, O. (1989). *The Prevalence of Aggressive Behaviour Among People with Learning Difficulties in a Single Health District: Interim Report Bristol*. Nora Fry research Centre: University of Bristol.
- Hartley, S. L., Horrell, S. V. y Maclean, W. JR. (2007). Science to Practice in Intellectual Disability, The Role of Empirically Supported Treatments. En J. W. Jacobson, J.A. Mulick, J. Rojahn (Eds.), *Issues on Clinical Child Psychology: Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. Nueva York: Springer.
- Hartman, D. P. (1989). Estrategias de Evaluación. En D. H. Barlow y M. Hersen (Eds.), *Diseños experimentales de caso único. Estrategias para el estudio del cambio conductual* (pp. 107-131). Barcelona: Martínez Roca.
- Hastings, R.P. (1996). Staff strategies and explanations for intervening with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 166-175.
- Hastings, R.P. (1997). Measuring staff perceptions of challenging behaviour: the Challenging Behaviour Attributions Scale (CHABA). *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 495-501.
- Hastings, R.P. y Brown, T. (2002) Behavioural knowledge, causal beliefs, and self-efficacy as predictors of special educators emotional reactions to challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(2), 144-150.
- Hastings, R. P., Brown, T., Mount, R.H. y Cormack, K.F.M. (2001). Exploration of the psychometric properties of the Developmental Behaviour Checklist. *Journal Autism Development Disorders*, 31, 423-431.
- Hastings, R. P., Hatton, C., Taylor J. L. y Maddison C. (2004). Life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 42-46.
- Havercamp, S. (1996). *Psychiatric diagnosis and mental retardation: reliability of rating scales as a function of IQ*. Columbus, OH: The Ohio State University, Department of Psychology.
- Hawkins, R.P., Peterson, R.F., Schweid E. y Bijou, S.W. (1966). Behavior therapy in the home: Amelioration of problem parent-child relations with the parent in a therapeutic role. *Journal of Experimental Child Psychology*, 4, 99-107.

- Hayes, R. P. (1987). Training for work. En D. C. Cohen y A. M. Donnellan (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 331-385). Nueva York, Wiley.
- Heal, L. W. y Johnson, J. T. (1970). Inhibition deficits in retarded learning and attention. En N. R. Ellis (Ed.), *International review of research in mental retardation* (p. 4). Nueva York: Academic Press.
- Heber, R. (1959). A manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 64 (supl. monográfico).
- Hellings, J. A. (1999). Psychopharmacology of mood disorders in persons with mental retardation and autism. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 5, 270-278.
- Hellings, J.A., Zarcone, J.R., Reese, R.M., Valdovinos, M.G., Marquis, J.G., Fleming, K.K. y Schroeder, S.R. (2006). A crossover study of risperidone in children, adolescents and adults with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(3), 401-411.
- Hemmings, C. P., Gravestock, S., Pickard, M. y Bouras, N. (2006). Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 269-276.
- Herman, B. H., Hammock, M.K., Arthur-Smith, A. y cols. (1987). Naltrexone decreases self-injurious behavior. *Annals of Neurology*, 22, 550-552.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw-Hill / Interamericana de Mexico.
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57-68.
- Herpertz, S., Steinmeyer, S. M., Marx, D., Oidtmann, A. y Saß, H. (1995). The significance of aggression and impulsivity for self-mutilative behavior. *Pharmacopsychiatry*, 28, 64-72.
- Herpertz, S., Sass, H. y Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behaviour: psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatry Research*, 31, 451-465.
- Hester Adrian Research Centre. (1994a). *The Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD 10)*. ICD 10 Version. Reino Unido: University of Manchester.
- Hill, B.K., Balow, E. A. y Bruininks, R. H. (1985). A national study of prescribed drugs in institutions and community residential facilities for mentally retarded people. *Psychopharmacology Bulletin*, 32, 279-284.
- Hill, B. K., Bruininks, R.H., Weatherman, R.F. y Woodcock, R.W. (1993). *COMPUSCORE-ICAP. Programa para la corrección y base de datos del ICAP. Col. Programas de ordenador para Psicología y Educación*. Bilbao: ICE de la Universidad de Deusto- Mensajero.
- Hill, B. K. y Bruininks, R. H. (1984). Maladaptive behavior of mentally retarded individuals in residential facilities. *American Journal of Mental Retardation*, 88, 380-387.
- Hillery, J. (1999). Self-injurious behavior and people with developmental disabilities. En N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (pp. 109-120). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hillery, J.M. y Mulcany, M. (1997). Self Injurious behaviour in persons with a mental handicap: an epidemiological study in an Irish population. *The Irish Journal of Psychological Medicine*, 14(1), 12-5.
- Hillery, J. y Dodd, P. (2007). Self-injurious behaviour. En: N. Bouras y G. Holt (ed. 2nd edn), *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities* (pp. 225-237). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hoch, T.A., Long, K.E., McPeak, M.M. y Rojahn, J. (2004). Self-Injurious Behavior in Mental Retardation. En M. L. Matson, J.L. Matson y R.B. Laud (Eds.), *Behavior modification for persons with developmental disabilities: treatments and Supports*. Louisiana: NADD Press.
- Hodapp, R. M. (1997). Direct and indirect behavioral effects of different genetic disorders of mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 67-79.
- Hodapp, R. M., Burack, J.A. y Zigler, E. (1998). Developmental approaches to mental retardation: A short introduction. En J.A. Burack, R.M. Hodapp y E. Zigler. *Handbook of mental retardation and development* (pp. 3-19). Cambridge, University Press.
- Hodapp, R. M. y Fidler, D.J. (1999). Special education and genetics: connections for the 21st century. *Journal Special Education*, 33, 130-137.
- Hodapp, R. M. y Dykens, E. M. (2004). Studying behavioral phenotypes: Issues, benefits, challenges. En C. H. E. Emerson, T. Thompson y T. R. Parmenter. *The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities* (pp. 203-220). England: John Wiley.
- Hodapp, R. M. y Dykens, E. M. (2007). Behavioral Effects of Genetic Mental Retardation Disorders. En M.C. Roberts y L. Peterson. *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 203-220). Nueva York : Springer.
- Hodapp, R. M., Ricci, L.A., Ly, T.M. y Fidler, D.J. (2003). The effects of the child with Down syndrome on parental stress. *British Journal Developmental Psychology*, 21, 137-151.
- Hoehn, T.P. y Baumeister, A.A. (1994). A critique of the application of sensory integration therapy to children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 27(6), 338-350.
- Hoffbauer, J. C. (1827). *Médecine légale relative aux aliénés et aux sourds-muets ou les lois appliquées aux désordres de l'intelligence*. Paris: Baillière.

- Holden, B. y Gitlesen, J.P. (2006). A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence and risk markers. *Research in Developmental Disabilities, 27*, 456-465.
- Holzer, J. C. y Baer, D.M. (1997). Psychiatric considerations in patients with epilepsy. En S. C. Schachter y D. L. Schomer. *The comprehensive evaluation and treatment of epilepsy: A practical guide* (pp. 131-148). San Diego: Academic Press.
- Homme, L.E., DeBaca, P.C., Devine, J.V., Stienhorst, R. y Rickert, E.J. (1963). Use of the Premack principle in controlling the behavior of nursery school children. *Journal of the Experimental Analysis Behavior, 6*, 544.
- Hopkins, B.L. (1970). The first twenty wears are the hardest. En R. Ulrich, T. Stachnick, y J. Mabry (Eds.), *Control of human behavior: from cure to prevention* (pp. 358-365). Glenview, IL: Scott, Foresman, & Co.
- Horner, R. H. Dunlap, G. Koegel, R.L., Carr, E.G. Sailor, W, Anderson, J., Albin, R. W. y O'Neill, R. E. (1990). Toward a technology of "nonaversive" behavioral support. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 15*, 125-132.
- Horner, R. H., Vaughn, B. J., Day, H. M. y Ard, W. R. (1996). The relationship between setting events and problem behavior: Expanding our understanding of behavioral support. En R.L. Koegel, L. K. Koegel y G. Dunlap (Eds.), *Positive behavioral support: Including people with difficult behavior in the community* (pp. 381-402). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Horner, R. H., Day, H. M. y Day, J. R. (1997). Using neutralizing routines to reduce problem behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis, 30*, 601-614.
- Hoffinger-Blanc, P.M., Ziegler, A. y Deonna, T. (2002). A special type of head stereotypies in children with developmental (?cerebellar) disorder: description of 8 cases and literature review. *European Journal of Paediatric Neurology, 6*, 143-152.
- Hughes, J. (1975). Identification of two related pentapeptides from the brain with potent opiate agonist activity. *Nature, 258*, 577-579.
- Infante, L. y Rodríguez, J. (1998). Conductas desadaptativas en el Retraso Mental: estudio comparativo de la escala de Reiss y la subescala de problemas de conducta de Bouras. *Anales de Psiquiatría, 14*(4), 133-146.
- Ingalls, R. P. (1978). *Mental Retardation: The Changing Outlook*. New York, Prentice Hall.
- Ingalls, R. P. (1982). *Retraso Mental: La nueva perspectiva*. Mexico: El manual moderno.
- Inhelder, B. (1968). *The diagnosis of reasoning in the mentally retarded*. Nueva York, John Day Co.
- Institute., M. R. (1997). *Cultural adaptation of the Behavior Problems Inventory into UK-, Canadian and South African English, French, Canadian French, German, Afrikaans, Dutch, Italian, Spanish and Portuguese*. Lyon, Francia: Autor.
- Iwata, B. A., Dorsey, M.F., Slifer, K.J., Bauman, K.E., y Richman, G.S. (1982). Toward a functional analysis of self-injury. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 2*, 3-20.
- Iwata, B. A., Pace, G.M., Dorsey, M.F., Zarcone, J.R., Vollmer, T.R., Smith, R.G. y cols. (1994). The functions of self-injurious behavior: an experimental-epidemiological analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 27*(21),5-40.
- Iwata, B. A., Pace, G. M., Kalsher, M. J., Cowdery, G. E. y Cataldo, M. F. (1990). Experimental analysis and extinction of self-injurious escape behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 23*, 11-27.
- Iverson, J. C. y Fox, R. A. (1989). Prevalence of psychopathology among mentally retarded adults. *Research in Developmental Disabilities, 10*, 77-83.
- Jacobson, J. W. (1982). Problem behavior and psychiatric impairment within a developmentally disabled population I: Behavior frequency. *Applied Research in Mental Retardation, 3*, 121-39.
- Jacobson, J. W. (1990). Assessing the prevalence of psychiatric disorders in a developmentally disabled population. En E. Dibble y D.B. Gray (Eds.), *Assessment of behavioral problems in persons with mental retardation living in the community* (pp. 19-70). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Jacobson, J. W. (1990). Do some mental disorders occur less frequently among persons with mental retardation? *American Journal Mental Retardation, 94*, 596-602.
- Jacobson, J. W. y Holburn, S. (2004). History and current status of applied behavior analysis in Developmental Disabilities. En J.B. Matson, R.B. Laud y J.L. Matson (Eds.), *Behavior Modification for Persons with Developmental Disabilities: Treatments and Supports* (pp. 1-32). Louisiana: NADD: Press.
- Jacobson, J. W., Mulick, J. A y Foxx, R. M. (2005). *Controversial therapies for developmental disabilities: Fad, fashion, and science in professional practice*. Hillsdale, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Janowsky, D. S., Barnhill, L. J., Shetty, M. y Davis, J. M. (2005). Minimally effective doses of conventional antipsychotic medications used to treat aggression, self-injurious and destructive behaviors in mentally retarded adults. *Journal of clinical psychofarmacology, 25*(1), 19-25.
- Janowsky, D. S., Barnhill, L. J., Khalid, A. y Davis, J. M. (2008). Antipsychotic withdrawal-induced relapse predicts future relapses in institutionalized adults with severe intellectual disability. *Journal of clinical psychofarmacology 28*(4), 401-405.
- Jensen, A. R. (1969). How much can we boost IQ and scholastic achievement?. *Harvard Educational Reviews, 39*, 1-123.
- Johnson, W.L., Day, R.M. y Hassanein, R.E. (1988). Prevalence of self-injurious behaviors within public school special education programs. [Comunicación presentada en 112th annual Meeting of the American Association on Mental Retardation].

- Johnson, K., Johnson, C.R., y Sahl, R.A. (1994). Behavioral and naltrexone treatment of self-injurious behavior. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 6, 193-202.
- Johnson, J. W., Van Laarhoven, T. y Repp, A.C. (2002). Effects on stereotypy and other challenging behavior of matching rates of instruction to free-operant rates of responding. *Research in Developmental Disabilities*, 23(4), 266-284.
- Jones, R. S. (1987). The relationship between stereotyped and self-injurious behaviour. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 287-289.
- Kahng, S. W. y Iwata, B. A. (1999). Correspondence between outcomes of brief and extended functional analyses. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 149-159.
- Kalachnik, J.E., Hanzel, T.E., Sevenich, R. y Harder, S.R. (2002). Benzodiazepine behavioral side effects: Review and implications for individuals with mental retardation, *American Journal on Mental Retardation*, 107 (5), 376-410.
- Kanfer, F. H. (1975). Self-management methods. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Eds.), *Helping People Change* (pp. 309-355). New York, Pergamon.
- Kantor, J. R. (1947). *Problems of physiological psychology*. Chicago: Principia Press.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal Psychiatry*, 160(1), 13-23.
- Kars, H., Broekema, W., Glaudemans-van Gelderen, I., Verhoeven, W.M.A. y van Ree, J.M. (1990). Naltrexone attenuates self-injurious behavior in mentally retarded subjects. *Biological Psychiatry*, 27, 741-746.
- Kastner, T., Walsh, K. K. y Fraser, M. (2001). Undiagnosed medical conditions and medication side effects presenting as behavioral/psychiatric problems in people with mental retardation. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 4, 101-107.
- Kaufman, M. y Levitt, H. (1965). A study of three stereotyped behaviors in institutionalized mental defectives. *American Journal of Mental Deficiency*, 69, 467-473.
- Kazdin, A.E. y Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Kebbon, L. y Windahí, S. (1985). Self Injurious behaviour. Results of a nationwide survey among mentally retarded persons in Sweden. *Seventh World Congress of IASSMD*.
- Kemper, M. B., Hagerman, R.J. y Altshul-Stark, D. (1988). Cognitive profiles of boys with fragile X syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 30, 191-200.
- Kenedy, C. H. y Meyer, K.A. (1996). Sleep deprivation, allergy symptoms, and negatively reinforced problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 133-135.
- Kennedy, C. H. y Meyer, K. A. (1998). Establishing operations and the motivation of challenging behavior. En J. K. Luiselli y M. J. Cameron (Eds.), *Antecedent control: Innovative approaches to behavioral support* (pp. 329-346). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Kennedy, C. H. y Itonken, T. (1993). Effects of setting events on the problem behavior of students with severe disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 321-327.
- Kennedy, C. H. y Meyer, K. A. (1998). Sleep deprivation, allergy symptoms, and negatively reinforced problem behavior. *Journal of Applied behavior Analysis*, 26, 321-327.
- Kennedy, C. H. y Thompson, T. (2000). Health conditions contributing to problem behavior among people with mental retardation and developmental disabilities. En M. L. Wehmeyer y J. R. Patton (Eds.), *Mental retardation in the 21st century* (pp. 211-231). Austin, TX: Pro-Ed.
- Kennedy, C. H. y Souza, G. (1995). Functional analysis and treatment of eye-poking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 27-37.
- Kerr, M. M. y Nelson, C. M. (1989). *Strategies for managing behavior problems in the classroom* (2ª Ed.). Columbus: Charles E. Merrill
- Kiernan, C. y Kiernan, D., (1994). Challenging behaviour in schools for pupils with severe learning difficulties. *Mental Handicap Research*, 7, 117- 201.
- Kiernan, C., Reeves, D. y Alborz, A. (1995). The use of anti-psychotic drugs with adults with learning disabilities and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 247-263.
- Kiernan, C., Reeves, D., Hatton, C. y cols. (1997). Persistence and Change in the Challenging Behaviour of People with Learning Disability. *The HARC challenging behaviour project*. Manchester: The Hester Adrian Research Centre.
- Kiernan, C. y Qureshi, H., 1986. *Setting interview*. Hester Adrian Research Centre: Manchester.
- Kiernan, C. y Qureshi, H. (1993). Challenging behaviour. En C. Kiernan (Ed.), *Research to practice? implications of research on the challenging behaviour of people with learning disabilities* (pp. 53-87). British Institute of Learning Disabilities: Kidderminster
- Kiloh, L. G. y Smith, J.S. (1978). The neural basis of aggression and its treatment by psychosurgery. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 12, 21-28.
- King, B. (1993). Self-injury by people with mental retardation: A compulsive behavior hypothesis. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 93-112.

- King, R.A., Riddle, M.A., Chappell, P.B., Hardin, M.T., Anderson, G.M., Lombroso, P. y Scahill, L. (1991). Emergence of self-destructive phenomena in children and adolescents during fluoxetine treatment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 179-186.
- Kirchner, T., Torres, M. y Forns, M. (1998). *Evaluación psicológica: modelos y técnicas*. Barcelona, Paidós.
- Knabe, R., Schulz P. y Richard, J. (1990). Initial aggravation of self-injurious behavior in autistic patients receiving naltrexone treatment. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 591-592.
- Kodak, T., Miltenberger, R.G. y Romaniuk, C. (2003). The effects of differential negative reinforcement of other behavior and noncontingent escape on compliance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 379-382.
- Koegel, L.K., Koegel, R.L. y Dunlap, G. (1993). *Positive behavioral support: including people with difficult behavior in the community*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Kraemer, G. W. y Clarke, H.S. (1990). The behavioral neurobiology of self-injurious behavior in rhesus monkeys. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 14, 141-168.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis. An introduction to its methodology*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Kroese, B. S. (1997). Cognitive behaviour therapy for people with learning disabilities: conceptual and contextual issues. En B.S. Kroese, D. Dignan y K. Loumidis (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for people with learning disabilities* (pp. 1-15). London, Routledge.
- Kuhlmann, F. (1940). One hundred years of special care and training. *American Journal of Mental Deficiency*, 45, 8-24.
- Kuhn, T. (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kulka, A., Fry, C. y Goldstein, F.J. (1960). Kinesthetic needs in infancy. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 30, 562-571.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña E. (2004). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos : Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Lader, M. y Herrington, R. (1996). *Biological treatments in psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Lalli, J.S., Casey, S.D. y Kates, K. (1997). Noncontingent reinforcement as treatment for severe problem behavior: some procedural variations. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30(1), 127-137.
- Lalli, J.S., Mace, F.C., Wohn, T. y Livezey, K. (1995). Identification and modification of a response-class hierarchy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 551-559.
- Lam, K. y Aman, M. (2007). The Repetitive Behavior Scale-Revised: Independent Validation in Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(5), 855-866.
- Lambert, N., Nihira, K. y Leland, H. (1993). *AA.MR Adaptive Behavior Scales-School*. Austin: TX, Pro-Ed.
- Lancaster, B. M., LeBlanc, L. A., Carr, J. E., Brenske, S., Peet, M. M. y Culver, S. J. (2004). Functional analysis and treatment of the bizarre speech of dual diagnosed adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37, 395-399.
- Larson, S. A. y, K. C. Lakin. (1989). Deinstitutionalization of persons with mental retardation: behavioral outcomes. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 14, 324-332.
- LaVigna, G. W. y Donnellan, A. M. (1986). *Alternative to punishment: Solving behavior problems with non aversive strategies*. New York: Irvington Publishers.
- Lecavalier, L. y Aman, M.G. (2004). Rating instruments. En R.B., Laud y J.L. Matson (Eds.), *Behavior modification for person with developmental disabilities: treatments and supports* (pp. 160-189). Nueva York: NADD Press.
- Lecavalier, L. y Tassé, M.J. (2001). Traduction et adaptation transculturelle du Reiss Screen for Maladaptive Behavior (Translation and across-cultural adaptation of the Reiss Screen for Maladaptive Behavior). *Revue Francophone de la déficience intellectuelle. French Journal on Mental Retardation*, 12, 31-44.
- Lennox, D. B., Miltenberger, R. G., Spengler, P. y Erfanian, N. (1988). Decelerative treatment practices with persons who have mental retardation: A review of five years of the literature. *American Journal of Mental Retardation*, 92, 492-501.
- Lerman, D.C., Iwata, B.A., Shore, B.A. y Kahng, S.W. (1996). Responding maintained by intermittent reinforcement: implications for the use of extinction with problem behavior in clinical settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29(2), 153-171.
- Lewis, M. H. (1992). *Neurobiological basis of stereotyped behavior: non-human primate and clinical studies*. Gatlinburg Conference. Gatlinburg TN: Research and Theory in Mental Retardation and Developmental Disabilities.
- Lewis, M.H. y Bodfish, J.W. (1998). Repetitive behavior disorders in autism. Special issue: Autism''. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 4, 80-89.
- Lewis, M.H., Bodfish, J.W., Powell, S.B. y Golden, R.N. (1995). Clomipramine Treatment for Self-Injurious Behavior of Individuals with Mental Retardation. *American Journal Mental Retardation*, 100, 299-312.
- Lewis, M. H., Bodfish, J.W., Powell, S. B., Parker, D. E. y Golden, R. N. (1996). Clomipramine treatment for self-injurious behavior of individuals with mental retardation: A doubleblind comparison with placebo. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 654-665.
- Lewis, M. H., Bodfish, J. W., Powell, S. B., Wiest, K., Darling, M. y Golden, R. N. (1996). Plasma HVA in adults with mental retardation and stereotyped behavior: Biochemical evidence for a dopamine deficiency model. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 413-418.

- Lewis, M. H., Silva, J. y Silva, S. (1995). Cyclicity of aggression and self injurious behavior in individuals with mental retardation. *American Journal Mental Retardation*, 99, 436-444.
- Liberzon, I., Phan, K.L., Decker, L.R. y Taylor, S.F. (2003). Extended amygdala and emotional salience: a PET activation study of positive and negative affect. *Neuropsychopharmacology*, 28(4), 726-733.
- Lienemann, J. y Walker, F.D. (1989). Naltrexone for treatment of self-injury. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1639-1640.
- Linaker O.M. (1994). Assaultiveness among institutionalised adults with mental retardation. *British Journal of Psychiatry*, 164, 62-8.
- Linaker, O.M. (1991). DSM-III diagnosis compared with factor structure of the Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults (PIMRA), in an institutionalized, mostly severely retarded population. *Research in Developmental Disabilities*, 12, 143-153.
- Linaker, O.M. (1994). *Mental retardation and psychiatry, past and present*. Acta Universitatis Nidrosiensis Facultatis Medicinae, Series A: Dissertations.
- Linaker, O. M. y Helle, J. (1994). Validity of the schizophrenia diagnosis of the Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults (PIMRA): A comparison of schizophrenic patients with and without mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 15, 473-486.
- Linaker O. M. y Nitter R. (1990). Psychopathology in institutionalised mentally retarded adults. *British Journal of Psychiatry*, 156, 522-525.
- Lindberg, J.S., Iwata, B. A., Kahng, S. y DeLeon, I.G. (1999). DRO contingencies: An analysis of variable-momentary schedules. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 123-136.
- Lindsay, W. R. (1999). Cognitive therapy. *Psychology*, 66, 135-141.
- Lindsley, O., Skinner, B.F. y Solomon, H.C. (1953). *Studies in behavior therapy (Status Report I)*. Waltham, MA: Metropolitan State Hospital.
- Liss, M., Harel, B., Fein, D., Allen, D., Dunn, M., Feinstein, C., y cols. (2006). Predictors and correlates of adaptive functioning in children with developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 219-230.
- Lombroso, C. (1877). *Medicina Legal*. Biblioteca e jurisprudencia, filosofía e historia. Madrid: La España Moderna.
- Long, E., Hagopian, L.P., DeLeon, I.G. y cols. (2005). Competing stimuli in the treatment of multiply controlled problem behaviour during hygiene routines. *Research in Developmental Disabilities*, 26, 57-69.
- Loumidis, K. S. y Hill, A.B.(1997a). Training social problem solving skill to reduce maladaptive behaviours in intellectual disability groups: the influence of individual difference factors. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10, 217-237.
- Lourie, R. (1949). The role of rhythmic patterns in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 105, 653-660.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- Lovaas, O.I., Litrownik, A. y Mann, R. (1971). Response latencies to auditory stimuli in autistic children engaged in self-stimulatory behavior. *Behavioral Research and Therapy*, 9, 39-49.
- Lovaas, O.I. y Simmons, J.Q. (1969). Manipulation of self-destruction in three retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 143-157.
- Lowe, K., Allen, D., Jones, E., Brophy, S., Moore, K. y James, W. (2007). Challenging behaviours: prevalence and topographies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 625-636.
- Lowe, K. y Felde, D. (1995). How do carers assess the severity of challenging behaviour? A total population study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 117-127.
- Luiselli, J. K., Beltis, J.A. y Bass, J. (1989). Clinical analysis of naltrexone in the treatment of self-injurious behavior. *Journal of the Multihandicapped Person*, 2, 43-50.
- Luiselli, J. K. (2009). Physical Restraint of People with Intellectual Disability: A Review of Implementation Reduction and Elimination Procedures. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 126-134.
- Luría, A. R. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. Nueva York: Pergamon Press.
- Luría, A. R. (1963). Psychological studies of mental deficiency in the Soviet Union. En N. R. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency* (pp. 353-387). Nueva York: McGraw-Hill.
- Lloyd, K.G., Hornykiewicz, O., Davidson, L., Shannak, K., Farley, I., Goldstein, M., Shibuya, M., Kelley, W.N. y Fox, I.H. (1981). Biochemical evidence of dysfunction of brain neurotransmitters in the Lesch-Nyhan syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 305, 1106-1111.
- Luría, A. R. (1984). *Lenguaje y comportamiento*. Madrid: Fundamentos.
- Mace, F.C. (1994). The significance and future of functional analysis methodologies. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 385-392.
- Mace, F. C. y Mauk, J. E. (1999). Diagnóstico bioconductual y tratamiento de la autolesión. En A. C. Reep y R. H. Horner (Ed.), *Análisis funcional de problemas de conducta* (pp. 75-92). Madrid: Paraninfo.
- MacKay, D., McDonald, G. y Morrissey, M. (1974). Self-mutilation in the mentally subnormal. *Journal of Psychological Research in Mental Subnormality*, 1(1), 25-31.

- Maguire, K.B. y Piersel, W.C. (1992). Specialized treatment for behaviour problems of institutionalised persons with intellectual disability. *Mental Retardation*, 30, 227-232.
- Mahoney, M.J. (1989). Scientific psychology and radical behaviorism: Important distinctions based in scientism and objectivism. *American Psychologist*, 44, 1372-1377.
- Maisto, C.R., Baumeister, A.A. y Maisto, A.A. (1978). An analysis of variables related to self-injurious behaviour among institutionalised retarded persons. *Journal of Mental Deficiency Research*, 22(1), 27-36.
- Malzberg, B. (1940). *Social and Biological Aspects of Mental Disease*. Nueva York: State Hospital Press.
- Manchanda, S. K., Poddar, A., Saha, S., Bhatia, S.C., Kumar, V.M. y Nayar, U. (1995). Predatory aggression induced by hypothalamic stimulation: modulation by midbrain periaqueductal gray (PAG). *Neurobiology*, 3(3-4), 405-417.
- March, R. E. y Horner, R. H. (2002). Feasibility and contributions of functional behavioral assessment in schools. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10, 158-170.
- March, R. E., Horner, R. H., Lewis-Palmer, T., Brown, D., Crone, D. y Todd, A.W. (2000). *Functional Assessment Checklist: Teachers and Staff (FACTS)*. Eugene, OR: Educational and Community Supports.
- Mark, V. H., Ervin, F.R. (1970). *Violence and the brain*. Nueva York: Harper and Row.
- Markowitz, P. (1992). Effect of fluoxetine on self-injurious behavior in the developmentally disabled: a preliminary study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, 27-31.
- March, R., Horner, R. H., Lewis-Palmer, T., Brown, D., Crone, D., Todd, A. W. y Carr E. (2000). *Functional Assessment Checklist for Teachers and Staff (FACTS)*. Eugene: Department of Educational and Community Supports, University of Oregon.
- Marsh, L. y Krauss, G. L. (2000). Aggression and violence in patients with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 1, 160-168.
- Marshburn, E. C. y Aman, M.G. (1992). Factor validity and norms for the Aberrant Behavior Checklist in a community sample of children with mental retardation. *Journal Autism Development Disorders*, 22, 357-373.
- Martin, J. E., Burger, D.L., Elia-Burger, S. y Mithang, D.D. (1998). Applying self-control strategies to facilitate independence in vocational and instructional settings. *International Review of Research in Mental Retardation*, 15, 155-194.
- Matalainen, R. A., E. Mononen, T. Louniala, K. y Kaarianen, R. (1995). A population-based study of the causes of severe and profound mental retardation. *Acta Paediatrica*, 84, 261-266.
- Matson, J. L. (1988). *The PIMRA manual*. Orlando Park, IL: International Diagnostic Systems.
- Matson, J. L. (1989). Self-injury and stereotypies. En T.O., Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology* (pp. 265-275). Nueva York: Plenum.
- Matson, J. L. (1995). *Manual for the Matson Evaluation of Social Skills for Individuals with Severe Retardation*. Baton Rouge, LA: Scientific Publishers Inc.
- Matson, J.L. (1997). *Manual for the Assessment of Dual Diagnosis*. Baton Rouge, LA, Louisiana State University.
- Matson, J.L. y Bamburg, J.W. (1998). Reliability of the Assessment of Dual Diagnosis (ADD). *Research in Developmental Disabilities*, 19, 89-95.
- Matson, J.L., Bamburg, J.W., Mayville, E.A., Pinkston, J., Bielecki, J., Kuhn, D. y cols. (2000). Psychopharmacology and mental retardation: A ten-year review (1990-1999). *Research in Developmental Disabilities*, 21, 263-296.
- Matson, J. L., Benavidez, D. A., Compton, L. S., Paclawskyj, T., y Baglio, C. (1996). Behavioral treatment of autistic persons: a review of research from 1980 at present. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 433-65.
- Matson J.L. y Boisjoli, J.A. (2009). Restraint Procedures and Challenging Behaviours in Intellectual Disability: An Analysis of Causative Factors. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 111-117.
- Matson, J.L., Gardner, W.I. y Coe, D.A. (1991). A scale for evaluating emotional disorders in severely and profoundly mentally retarded persons. Development of the Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped (DASH). *British Journal Developmental Psychology*, 159, 404-409.
- Matson, J. L., Kazdin, A.E. y Senatore, V. (1984). Psychometric properties of the Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults. *Applied Research in Mental Retardation*, 5, 81-89.
- Matson, J. L., Kiely, S. L., y Bamburg, J. W. (1997). The effect of stereotypes on adaptive skills as assessed with the DASH-II and Vineland Adaptive Behavior Scales. *Research in Developmental Disabilities*, 18(6), 471-476.
- Matson, J. L., Bamburg, J.W., Cherry, K.E. y Paclawshy, T.R. (1999). A validity study on the Questions About Behavioral Function (QABF) scale: predicting treatment success for self-injury, aggression and stereotypies. *Research in Developmental Disabilities*, 20, 163-176.
- Matson, J. L. y Wilkin, J. (2008). Antipsychotic drugs for aggression in intellectual disability. *Lancet*, 371, 9-10.
- Maurice, P. y Trudel, G. (1982). Self-injurious behavior: prevalence and relationships to environmental events. En J.H. Hollis y C.E. Meyers (Eds.), *Life-threatening behavior: analysis and interventions* (pp. 8-103). Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- McBrien, J. y Felce, D. (1994). *Working with people who have severe learning difficulty and challenging behaviour*. Clevedon: BILD Publications.
- McCaman, S. y Rues, J. (1990). Nutrition monitoring and supplementation. En J. C. Graff, D. Guess, M. Taylor, y B. Thompson (Eds.), *Health care for students with disabilities: An illustrated medical guide for the classroom*. Baltimore: Paul H. Brookes.

- McClellan, B., Grey, I.M. y McCracken, M. (2007). An evaluation of positive behavioural support for people with very severe challenging behaviours in community-based settings. *Journal of Intellectual Disabilities, 11*(3), 281-301.
- McClintock, K., Hall, S. y Oliver, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviors in people with intellectual disabilities: A meta analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 405-416.
- McGill, P., Murphy, G. y Kelly-Pike, A. (2009). Frequency of Use and Characteristics of People with Intellectual Disabilities Subject to Physical Interventions. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22*(2), 152-158.
- McIntosh, K., Borgmeier, C., Anderson, C.M., Horner, R.H., Rodriguez, B. J. y Tobin, T. J. (2008). Technical Adequacy of the Functional Assessment Checklist: Teachers and Staff (FACTS) FBA Interview Measure. *Journal of Positive Behavior Interventions, 10*(1), 33-45.
- Meador, D. M. y Osborn, R.G. (1992). Prevalence of severe behavior disorders in persons with mental retardation and treatment procedures used in community and institutional settings. *Behavioral Residential Treatment, 7*(4), 299-314.
- Mehlman, P. T., Higley, J.D., Faucher, I., Lilly, A.A., Taub, D.M., Vickers J., Suomi, S.J., Linnoila, M. (1994). Low CSF 5-HIAA concentrations and severe aggression and impaired impulse control in nonhuman primates. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1485-1491.
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology, 77*, 115-126.
- Meins, W. (1995). Symptoms of major depression in mentally retarded adults. *Journal of Intellectual Disability Research, 39*, 41-50.
- Metz, J. R. (1967). Stimulation level preferences of autistic children. *Journal of Abnormal Psychology, 72*, 529-535.
- Meyer K.A. (1999). Functional analysis and treatment of problem behavior exhibited by elementary school children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 32*, 229-232.
- Meyer, L. H. y Evans, I. M. (1989). *Nonaversive intervention for behavior problem: A manual for home and community*. Baltimore: Paul. H. Brookes.
- Meyers, B. A. y Pueschel, S. M. (1991). Psychiatric disorders in persons with Down syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 609-613.
- Michael, J. (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 37*, 149-155.
- Miczek, K. A., Fish, E.W., De Bold, J.F., De Almeida, R.M. (2002). Social and neural determinants of aggressive behavior: pharmacotherapeutic targets at serotonin, dopamine and gamma-aminobutyric acid systems. *Psychopharmacology, 163*, 434-458.
- Mikkelsen, E.J. y McKenna, I. (1999). Psychopharmacologic algorithms for adults for developmental disabilities and difficult-to-diagnose behavioral disorders. *Psychiatric Annals, 29*, 302-314.
- Mikkelsen, E.J. (1986). Low-dose haloperidol for stereotypic self-injurious behavior in the mentally retarded. *The New England Journal of Medicine, 315*, 398-399.
- Mildon, R.L., Moore, D.W. y Dixon, R.S. (2004). Combining non contingent escape and functional communication training as a treatment for negatively reinforced disruptive behavior. *Journal of Positive Behavior Interventions, 6*(2), 92-102.
- Militerni, R., Bravaccio, C., Falco, C., Fico, C., y Palermo, M. T. (2002). Repetitive behaviors in autistic disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry, 11*(5), 210-218.
- Minnen, A., Van Savelsberg, P.M. y Hoogduin, K.A. (1994). A Dutch version of the Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults (pimra). *Research in Developmental Disabilities, 15*, 269-278.
- Minihan, P. (1986). Planning for community physician services prior to deinstitutionalization of mentally retarded persons. *American Journal of Public Health, 76*, 1202-1206.
- Mizuno, T. y Yugarí, Y. (1974). Self-mutilation in Lesch-Nyhan syndrome. *The Lancet, 1*, 761.
- Mitchell, G. y Hastings, R.P. (1998). Learning disability care staff's emotional reactions to aggressive challenging behaviour: development of a measurement tool. *British Journal of Clinical Psychology, 37*, 441-449.
- Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: Mensajero.
- Montero, D. (1999). *Retos en la respuesta al Retraso Mental en la vida adulta: Formación, oportunidades y calidad de vida*. [Comunicación presentada en las III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, Marzo, Salamanca].
- Montero, D. y Martínez, S. (1994). El ICAP. Una herramienta en la mejora de la planificación y la intervención en servicios para personas con discapacidad. *Siglo Cero, 25*(3), 49-58.
- Moore, D. B., Abou-Khalil, B., Fakhoury, T. y Mathews, G. (1998). Preictal behavior in psychogenic and epileptic seizures. *Journal of Epilepsy, 11*, 182-186.
- Morris, E. K., Midgley, B.D. (1990). Some Historical and Conceptual Foundations of Ecobehavioral Analysis. En S. R. Schroeder (Eds.), *Ecobehavioral Analysis and Developmental Disabilities: The Twenty-First Century* (pp. 1-32). Nueva York: Springer-Verlag.
- Moss, S., Goldberg, D.P., Simpson, N., Patel, P. y Rowe, S. (1993). *Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disability (PAS-ADD)*. Manchester: Hester Adrian Research Centre-University of Manchester.

- Moss, S., Goldberg, D., Patel, P., Prosser, H., Ibbotson, B., Simpson, N. y Rowe, S. (1995). *The Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disability (PAS-ADD)*. Manchester: Hester Adrian Research Centre-Institute of Psychiatry.
- Moss, S., Emerson, E., Kiernan, 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.
- Mount, R. H., Charman, T., Hastings, R. P., Reilly, S. y Cass, H. (2003). Features of autism in Rett syndrome and severe mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 435-442.
- Mudford, O. C., Arnold-Saritepe, A. M., Phillips, K. J., Locke, J. M., Ho, I. S. y Taylor, S. A. (2008). Challenging Behaviors. En J. L. Matson (Ed.), *Clinical Assessment and Intervention for Autism Spectrum Disorders* (pp. 267-298). Londres; Nueva York: Academic Press.
- Muñoz-Yunta, J. A., Palau-Baduell, M., Díaz, F., Aznar, G., Valls-Santասusana, J. A., Salvadó-Salvadó, B y Maldonado, A. (2005). Fisiopatogenia de las estereotipias y su relación con los trastornos generalizados del desarrollo. *Revista de Neurología*, 41(1), 139-147.
- Mulick, J. A., Dura, J. R., Rasnake, J. K. y Wisniewski, J. (1988). *Self-injurious behavior and stereotypy in nonambulatory children with profound mental retardation*. [Comunicación presentada en the 2nd Annual North Coast Regional Conference, Society of Pediatric Psychology, May 12-14, Worthington, Ohio].
- Murphy, G. (1994). Understanding challenging behaviour. En E. Emerson, P. McGill y J. Mansell (Eds.), *Severe Learning Disabilities and Challenging Behaviours: Designing High Quality Services* (pp. 37-68). London, Chapman and Hall.
- Murphy, G., Hall, S., Oliver, C. y Kissi-Debra, R. (1999). Identification of early self injurious behaviour in young children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 4, 149-163.
- Nadarajah, J., Roy, A., Harris, T.O. y Corbett, J.A. (1995). Methodological aspects of life events research in people with learning disabilities: a review and initial findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 47-56.
- Nagaraj, R., Singhi, P. y Malhi, P. (2006). Risperidone in children with autism: randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Journal of Child Neurology*, 21(6), 450-455.
- Nelson, R. O. (1980). The use of intelligence tests within behavioral assessment. *Behavioral Assessment*, 2, 417-423.
- Nelson, R. O. y Hayes, S. (1981). Theoretical explanation for reactivity in self-monitoring. *Behavioral Modification*, 5, 3-14.
- Newman, D. W. y Beail, N. (1994). The assessment of need: a psychological perspective on people with learning disabilities. *Clinical Psychology Forum*, 71, 21-25.
- Newsom, C. y Kroeger, K.A. (2005). Nonaversive treatment. En J.W. Jacobson, R.M. Foxx y J.A. Mulick, (Eds.), *Controversial therapies for developmental disabilities: Fad, fashion, and science in professional practice* (pp. 405-422). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Nezu, C. M. y Nezu, A.M. (1994). Outpatient psychotherapy for adults with mental retardation and concomitant psychopathology: research and clinical imperatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 34-42.
- Niederhofer, H., Staffen, W. y Mair, A. (2003). Tianeptine: a novel strategy of psychopharmacological treatment of children with autistic disorder. *Human Psychopharmacology*, 18(5), 389-393.
- Nihara, K., Meyers, C.E. y Mink, I.T. (1980). Home environment, family adjustment, and the development of mentally retarded children. *Applied Research in Mental Retardation*, 1, 5-24.
- Nihira, K., Leland, H., Lambert, N. (1993). *Adaptive Behavior Scale-Residential and Community (ABS-RC:2)*. Austin, Texas: Proed.
- Noguez, S. (2002). El desarrollo potencial de aprendizaje. Entrevista a Reuven Feuerstein. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 4(2). [Bajado de Internet el 12 de Octubre de 2008 en la dirección: <http://redie.uabc.mx/vol4no2/contenido-noguez.html>]
- Northup, J., Wacker, D.P., Sasso, G.M., Steege, M., Cigrand, K., Cook, J. y DeRaad, A. (1991). A brief functional analysis of aggressive and alternative behavior in an out-clinic setting. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 509-522.
- Novell, R. y Forgas, E. (2000). *Retraso Mental y Demencia. Seminario sobre el envejecimiento de la persona con Retraso Mental*. Oviedo.
- Nøttestad, J. A. y Linaker, O. M. (2003). Psychotropic drug use among people with intellectual disability before and after deinstitutionalization. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(6), 464-471.
- Novell, R., Rueda, P. y Salvador, L. (2003). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual*. Madrid: FEAPS.
- Nyhan, W. L. (1994). The Lesch-Nyhan disease. En: T. Thompson y D.B. Gray (eds.), *Destructive Behavior in Developmental Disabilities: Diagnosis and Treatment* (pp.181-97). Thousand Oaks: Sage.
- Nyhan, W.L., Johnson, H.G., Kaufman, I.A. y Jones KL. (1980) Serotonergic approaches to the modification of behavior in the Lesch-Nyhan syndrome. *Applied Research in Mental Retardation*, 1, 25-40.
- O'Brien, G. (2002). *Behavioural Phenotypes in Clinical Practice*. London: Mac Keith Press.
- O'Callaghan, P.M, Allen, K.D, Powell, S y Salama, F. (2006). The efficacy of noncontingent escape for decreasing children's off-task behavior during restorative dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39,161-171.
- O'Connor, N. (1987). Cognitive psychology and mental handicap. *Journal of Mental Deficiency Research*, 31, 329-336.

- Oliver, C., Murphy, G.H. y Corbett, J.A. (1987). Self Injurious behaviour in people with mental handicap: a total population study. *Journal of Mental Deficiency Research*, 31, 146-62.
- Oliver, C. (1993). Self-injurious behaviour: from responses to strategy. . *Research to practice?* En: C. Kiernan (ed.), *Implications of Research on the Challenging Behaviour of People with Learning Disabilities* (p.135-88). Clevedon, Avon: British Institute of Learning Disabilities.
- Oliver, C., Hall, S., Hales, J. y Head, D. (1996). Self-injurious behaviour and people with intellectual disabilities: assessing the behavioural knowledge and causal explanations of care staff. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 9, 229-239.
- Oliver, C. y Head, D. (1990). Self injurious behaviour in people with learning disabilities: determinants and interventions. *International Review of Psychiatry*, 2, 101-16.
- Olson, D. A., Ingram, W. y Mann, J. R. (2002). Combination of Olanzapine and Divalproex for Agitation in Individuals with Profound Mental Retardation. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(5), 529-530.
- O'Neal, M., Page, N., Atkins, W.N. y Eichelmann, B. (1986). Tryptophan-trazodone treatment of aggressive behavior. *Lancet*, 62, 859-860.
- O'Neill, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Storey, K., y Newton, J. S. (1997). *Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook (2ª ed.)*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- O'Reilly, M. F. (1995). Functional analysis and treatment of escape-maintained aggression correlated with sleep deprivation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 225-226.
- O'Reilly, M. F. (1996). Assessment and treatment of episodic self-injury: a case study. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 349-361.
- O'Reilly, M. F. (1997). Functional analysis of episodic self-injury correlated with recurrent otitis media. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30(1), 165-167.
- O'Reilly, M.F. y Carey, Y. (1996). A preliminary analysis of the effects of prior classroom conditions on performance under analogue analysis conditions. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29 (4), 581-584
- Owen, D.M., Hastings, R.P., Noone, S.J., Chinn, J., Harman, K., Roberts, J. y Taylor, K. (2004). Life events as correlates of problem behavior and mental health in a residential population of adults with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 25(4), 309-320.
- Pace, G. M., Ivancic, M. T., Edwards, G. L., Iwata, B. A., y Page, T. J. (1985). Assessment of stimulus preference and reinforcer value with profoundly retarded individuals. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 249-255.
- Pandina, G., Aman, M.G. y Findling, R.L. (2006). Risperidone in the management of disruptive behavior disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16, 379-392.
- Papoulos, D. F., Faedda, G. L., Veit, S., Goldberg, R., Morrow, B., Kuchertapati, R. y Shprintzen, R.J. (1996). Bipolar spectrum disorders in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome: Does a homozygous deletion on chromosome 22q11 result in bipolar affective disorder?. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1541-1547.
- Parry, C. (1996). *NHS psychotherapy services in England, Rep. 96PP0043*. Londres: Department of Health.
- Patton, M. Q. (1980). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills: Sage.
- Pennington, B. F., Moon J., Edgin, J., Stedron, J., y Nadel, L. (2003). The Neuropsychology of Down Syndrome: Evidence for Hippocampal Dysfunction. *Child Development*, 74, 75-93.
- Peña, J. y Pérez, M. (1995). *Rehabilitación de la Afasia y trastornos asociados*. Barcelona: Masson
- Pérez Juste, R. (1985). *Estadística descriptiva*. Madrid: UNED.
- Peterson, S. M., Neef, N. A., Van Norman, R. K., & Ferrari, S. (2005). Choice making in educational settings. En W. L. Heward, T. E. Heron, N. A. Neef, S. M. Peterson, D. M. Sainato, G. Cartledge, R. Gardner III, L. D. Peterson, S. B. Hersh y J. C. Dardig (Eds.), *Focus on Behavior Analysis in Education: Achievements, challenges, and opportunities*. Upper Saddle River, Nueva Jersey: Prentice Hall/Merrill.
- Piazza, C.C., Fisher, W.W., Hanley, G.P., LeBlanc, L.A., Worsdell, A.S., Lindauer, S.E. y Keeney, K.M. (1998). Treatment of pica through multiple analyses of its reinforcing functions. *Journal of Applied Behavior Analysis* 31,165-189.
- Piazza, C. C., Hanley, G. P. y Fisher, W. W. (1996). Functional analysis and treatment of cigarette pica. *Journal of applied behavior analysis*, 29(4), 437-449.
- Pietrini, P., Guazzelli, M., Basso, G., Jaffe, K., Grafman, J. (2000). Neural correlates of imaginal aggressive behavior assessed by positron emission tomography in healthy subjects. *American Journal Psychiatry*, 157(11), 1772-1781.
- Pyles, D.A.M., Muniz, K., Cade, A. y Silva, R. (1997). A behavioral diagnostic paradigm for integrating behavior—Analytic and psychopharmacological interventions for people with a dual diagnosis, *Research in Developmental Disabilities*, 18, 185-214.
- Pinel, P. (1818). *Nosographie Philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. Paris : J.A. Brosson.
- Poling, A., Gadow, K.D. y Cleary, J. (1991). *Drug therapy for behavior- disorders: An introduction*. Nueva York : Pergamon.
- Porterfield, J., Blunden R. y Blewitt, E. (1980). Improving environments for profoundly handicapped adults: using prompts and social attention to maintain high group engagement. *Behavior Modification*, 4, 225.

- Poustka, F., y Lisch, S. (1993). Autistic behaviour domains and their relation to self-injurious behaviour. *Acta Paedopsychiatrica* 56(2), 69-73.
- Powell, S. B., Bodfish, J. W., Parker, D. E., Crawford, T. W. y Lewis, M. H. (1996). Self-restraint and self-injury: Occurrence and motivational significance. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 41-48.
- President's Committee. (1977). *Proceedings of a National Multicultural Seminar on Mental Retardation among Minority Disadvantaged Populations*, October, Norfolk, Virginia.
- Prichard, J. C. (1835). *A treatise on Insanity*. Londres: Sherwood, Gilbert and Piper.
- Pulver, A. E., Nestadt, G., Shpritzen, R. J., Lamacz, M., Wolyniec, P. S., Morrow, B. y cols (1994). Psychotic illness in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome and their relatives. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 476-478.
- Pyles, D.A.M., y Bailey, J.S. (1990). Diagnosing severe behavior problems. En: A.C. Singh y N.N. Reep (Eds.), *Perspectives on the Use of Nonaversive and Aversive Interventions for Persons with Developmental Disabilities* (pp. 301-330). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- Pyles, D. A. M., Muniz, K., Cade, A., y Silva, R. (1997). A behavioral diagnostic paradigm for integrating behavior-analytic and psychopharmacological interventions for people with a dual diagnosis. *Research in Developmental Disabilities*, 18, 185-214.
- Qureshi, H. (1994). The size of the problem. En: E. Emerson, P. McGill y J. Mansell (eds.) *Severe learning disabilities and challenging behaviours*. Designing high quality services (pp. 17-36). London: Chapman & Hall.
- Qureshi, H. y Alborz, A. (1992). Epidemiology of challenging behaviour. *Mental Handicap Research*, 5, 130-145.
- Quay, H. C. (1999). Classification of behavior disorders. En: H. C. Quay y A. E. Hogan (eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp 75-104). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Quine, L. (1986). Behaviour problems in severely mentally handicapped children. *Psychological Medicine*, 16, 895-907.
- Rachlin, H. (1974). Self-control. *Behaviorism*, 2, 94-104.
- Racusin, R., Kovner-Kline, K., y King, B.H. (1999). Selective serotonin reuptake inhibitors in intellectual disability. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 5, 264-269.
- Ratey, J.J., Sovner, R., Mikkelsen, E. y Chmielinski, H.E. (1989). Buspirone therapy for maladaptive behavior and anxiety in developmentally disabled persons. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 50(10), 382-384.
- Reid, A. H. (1982). *The Psychiatry of Mental Handicap*. Oxford, Blackwell.
- Reiss, S. (1988). *Reiss Screen for Maladaptive Behavior*. Chicago, IL: International Diagnostic Systems.
- Reiss, S. (1994). *Handbook of Challenging Behaviors: Mental Health Aspects of Mental Retardation*. Worthington, OH: IDS Publishing Corporation.
- Reiss, S. (1997). Comments on the Reiss Screen for Maladaptive Behavior and its factor structure. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 346-354.
- Reiss, S. y Aman, M.G. (1997). The international consensus process on psychopharmacology and intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 448-455.
- Reiss, S. y Aman, M.G. (1998). *Psychotropic Medication and Developmental Disabilities: The International Consensus Handbook*. Ohio: Nisonger Center, Ohio State University.
- Reiss, S., Levitan, G.W. y Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 567-574.
- Reiss, S. y Valenti-Hein, D. (1990). *Test Manual for the Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis*. Worthington: International Diagnosis Systems.
- Remington, B. (1991). *The Challenge of Severe Mental Handicap: A Behaviour Analytic Approach*. Chichester: Wiley.
- Reppucci, N.D. (1977). Implementation issues for the behavior modifier as institutional change agent. *Behavior Therapy*, 8, 594-605.
- Reppucci, N. D. y Saunders, J. T. (1974). Social psychology of behavior modification: Problems encountered in natural settings. *American Psychologist*, 29, 649-660.
- Revuelta, A., García, F.; Alonso, F. e Hidalgo, C. (1994). Trastornos psíquicos en el Retraso Mental: aspectos epidemiológicos, etiológicos y clínicos. *Anales de Psiquiatría*, 10(5), 192-200.
- Ribes, E. (1972). Terapias conductuales y modificación del comportamiento. *Revista Latino Americana de Psicología*, 4, 8-21.
- Richardson, S. A. (1987). The ecology of mental handicap. En: G. H. G. Murphy, *Prevention of Mental Handicap: a World View. International congress and Symposium Series, Num. 112* (pp. 95-102). London: Royal Society of Medicine Services.
- Richman, D. M., Reese, R. M. y Daniels, D. (1999). Use of evidence based practice as a method for evaluating the effects of secretin on a child with autism. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 14, 204-211.
- Ricketts, R.W., Goza, A.B., Ellis, C.R., Singh, Y.N., Chambers, S., Singh, N.N. y Cooke, J.C. (1994). Clinical effects of buspirone on intractable self-injury in adults with mental retardation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(2), 270-276.

- Ricketts, R. W., Goza, A.B. y Matese, M. (1992). Case study: effects of naltrexone and SIBS on self-injury. *Behavioral Residential Treatment*, 7, 315-26.
- Ridley, R. M. (1994). The psychology of perseverative and stereotyped behaviour. *Progress in Neurobiology*, 44, 221-231.
- Ringdahl, J. E., Vollmer, T. R., Marcus, B. A. y Roane, H. S. (1997). An analogue evaluation of environmental enrichment: The role of stimulus preference. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 203-216.
- Risley, T. R. (1968). The effects and side effects of punishing the autistic behaviors of a deviant child. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 21-34.
- Ritvo, E. R., Ornitz, E. M., La Fanchi, S. (1968). Frequency of repetitive behaviors in early infantile autism and its variants. *Archives of General Psychiatry*, 19(3), 341-347.
- Ritvo, E. R., Yuwiler, A., Geller, E., Ornitz, E., Saeger, K. Y Poltkin, S. (1970). Increased blood serotonin and platelets in early infantile autism. *Archives of General Psychiatry*, 23, 566-572.
- Roane, H. S., Fisher, W. W. y Sgro, G. M. (2001). Effects of a fixed-time schedule on aberrant and adaptive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 333-336.
- Roane, H.S., Kelly, M.L. y Fisher, W.W. (2003). The effects of noncontingent access to food on the rate of object mouthing across three settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 579-582.
- Roberts, C., Yoder, P. J. y Kennedy, H. C. (2005). Descriptive analysis of epileptic seizures and problem behavior in adults with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 110(5), 405-412.
- Rodríguez de Molina, M. (1994). *Evaluación psiquiátrica del Retraso Mental en el medio laboral*. Cádiz: Universidad de Cádiz.
- Rodríguez de Molina, M., Salvador, L. y García, M.J. (1995). Evaluación clínica y psicosocial. En: L. Salvador (ed.), *Retraso Mental y Enfermedad Psiquiátrica. Evaluación, tratamiento y servicios* (pp. 79-100). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Rodríguez-Sacristán, J. y Buceta, A. (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Rogers, S. J., Wehner, E. A. y Hagerman, R. (2001). The behavioral phenotype of fragile X: Symptoms of autism in very young children with fragile X syndrome, idiopathic autism, and other developmental disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 409-417.
- Rojahn, J. (1984). Self-injurious behavior in institutionalized, severely/profoundly retarded adults—Prevalence data and staff agreement. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 6(1), 13-27.
- Rojahn, J. (1986). Self Injurious and stereotypic behavior of non-institutionalised mentally retarded people. Prevalence and classification. *American Journal of Mental Deficiency*, 91(3), 268-76.
- Rojahn, J. (1994). Epidemiology and topographic taxonomy of self-injurious behavior. En: T. Thompson y D.B. Gray (eds.), *Destructive behavior in developmental disabilities: diagnosis and treatment* (pp. 3-23). Thousand Oaks: Sage.
- Rojahn, J., Borthwick-Duffy, S.A., y Jacobson, J.W. (1993). The association between psychiatric diagnoses and severe behavior problem in mental retardation. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 163-170.
- Rojahn, J. y Esbensen, A.J. (2002). Epidemiology of self-injurious behavior in mental retardation: A review. En S.R. Schroeder, M.L. Oster-Granite y T. Thompson (Eds.), *Self-injurious behavior: Gene-Brain-behavior relationship* (pp. 41-77). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rojahn, J. y Helsel, W. J. (1991). The Aberrant Behavior Checklist with children and adolescents with dual diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 17-20.
- Rojahn, J., Matson, J.L., Lott, D., Esbensen, A.J. y Smalls, Y. (1999). *Epidemiology and topographic assessment of SIB*. [Comunicación presentada en la NICHD Conference on SIB; Diciembre 6-7]. Rockville, MD.
- Rojahn, J., Matlock, S. T., y Tasse, M. J. (2000). The Stereotyped Behavior Scale: Psychometric properties and norms. *Research in Developmental Disabilities*, 21(6), 437-454.
- Rojahn, J., Matson, J.L., Lott, D., Esbensen, A.J., y Smalls, Y. (2001). The Behavior Problems Inventory: An instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior, and aggression/destruction in individuals with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 577-588.
- Rojahn, J., Matson, J.L., Naglieri, J.A. y Mayville, E. (2004). Relationships between psychiatric conditions and behavior problems among adults with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 109(1), 21-33.
- Rojahn, J., Matlock, S.T., y Tassé, M.J. (2000). The Stereotyped Behavior Scale: Psychometric properties and norms. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 437-454.
- Rojahn, J., y Sisson, L. A. (1990). Stereotyped behavior. En J. L. Matson. (Ed.), *Handbook of behavior modification with the mentally retarded* (pp. 181-213). New York: Plenum Press.
- Rojahn, J., Tassé, M.J. y Sturmey, P. (1997). The Stereotyped Behavior Scale for adolescents and adults with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 102, 137-146.
- Romanczyk, R. G., y Mathews, A.L. (1998). Physiological state as antecedent: En: J. K. Luiselli y M. J. Cameron (eds.), *Utilization in functional analyses. Antecedent control: Innovative approaches to behavioral support* (pp. 115-138). Baltimore, Brookes.
- Rose, J., West, C. y Clifford, D. (2000). Group interventions for anger and people with mental retardation. *Journal of Physical and Developmental Disabilities*, 21, 171-181.

- Ross, R.T. (1972). Behavioral correlates of levels of intelligence. *American Journal of Mental Deficiency*, 76(5), 545-549.
- Ross-Collins, A., McInnis, M.G., Margolis, R.L., y Li, S.H. (1993). Genes with triplet repeats: Candidate mediators of neuropsychiatric disorders. *Trends in Neuroscience*, 16, 254-260.
- Ross-Collins, M., y Cornish, K. (2002). A survey of the prevalence of stereotypy, self-injury and aggression in children and young adults with Cri du Chat syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 133-140.
- Roth, A. D., y Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Nueva York: Guilford.
- Rourke, B. P. y Fuerst, D. R. (1991). *Learning disabilities and psychosocial functioning: A neuropsychological perspective*. Nueva York, Guilford Press.
- Royal College of Psychiatrists (2001). *DC-LD: Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation*. Gaskell: Autor.
- Ruedrich, S. y Erhardt, L. (1999). Beta-adrenergic blockers in mental retardation and developmental disabilities. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 5, 290-298.
- Ruffinely, A. (2002). Modificabilidad cognitiva en el aula reformada. Revista Umbral 2000, 9.[Bajado de Internet el 10 de Enero de 2009 en la dirección: http://www.trinityschool.cl/_modificabilidad_cognitiv.pdf]
- Rush, K. S., Bowman, L. G., Eidman, S. L., Toole, L. M. y Mortenson, B. P. (2004). Assessing psychopathology in individuals with developmental disabilities. *Behavior Modification*, 28, 621-637.
- Ryan, E. P., Helsel, W.J., Lubetsky, M.J., Miewald, B.K., Hersen, M. y Bridge, J. (1989). Use of naltrexone in reducing self-injurious behavior: a single case analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 209-22.
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W. y Haynes RB. (1997). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM*. Londres: Churchill Livingstone.
- Salvador, L., García-Mellado, M.J., Rodríguez de Molina, M., Revuelta, A. y Arroyo M. (1994). Evaluación de problemas comportamentales en sujetos afectados de Retraso Mental en un medio laboral: Estudio de fiabilidad de la Social Behaviour Schedule (SBS). *Anales de Psiquiatria*, 10(7), 261-267.
- Salvador, L., García-Mellado, M.J., Romero, C. y Montero, S. (1995). *Evaluación Psicosocial del Retraso Mental. Conceptos, Metodología e Instrumentos*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, Servicio de Publicaciones - INSERSO.
- Salvador, L., García-Mellado, M.J., Velázquez, R., Romero, C. y Alonso, F. (1998). A reliability study of the Spanish version of the Social Behaviour Schedule (SBS) in a population of adults with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(1), 22-28.
- Salvador-Carulla, L., Rodríguez-Blázquez, C. y Velázquez, R. (1999). Comparing Services for Learning Disability and Mental Health in Spain. *Tizard Learning Disability Review, European Issue*: 26-33.
- Salvador-Carulla, L., Rodríguez-Blázquez, C., García González-Gordón, R. y Magallanes, T. (2003). En: A. Bulbena, G. Berrios y P. Fernández de Larrinoa (eds.), Instrumentos de evaluación para el Retraso Mental. *Medición clínica en psiquiatria y psicología* (pp. 357-368). Barcelona: Masson.
- Sanders, K. (2009). The Effects of an Action Plan, Staff Training, Management Support and Monitoring on Restraint Use and Costs of Work-Related Injuries. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 216-220.
- Sandman, C. A., Barron, J.L. y Colman, H. (1990b). An orally administered opiate blocker, naltrexone, attenuates self-injurious behavior. *American Journal on Mental Retardation*, 95, 93-102.
- Sandman, C. A., Barron, J.L., Chicz-DeMet, A. y DeMet, E.M. (1990a). Plasma Beta-endorphin levels in patients with self-injurious behavior and stereotypy. *American Journal on Mental Retardation*, 95, 84-92.
- Sandman, C. A. y Hetrick, W.P. (1995). Opiate mechanisms in self-injury. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 1,130-136.
- Sandman, C. A. y Hetrick, W. P., Taylor, D.V. y Chicz-DeMet, A. (1997). Dissociation of POMC peptides after self-injury predicts responses to centrally acting opiate blocker. *American Journal of Mental Retardation*, 102,182-199.
- Sandman, C. A., Spence, M.A. y Smith, M. (1999). Proopiomelanocortin (POMC) dysregulation and response to opiate blockers. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 5, 314-321.
- Sasso, G.M., Reimers, T.M., Cooper, L.J., Wacker, D.P., Berg, W., Steege, M. y cols. (1992). Use of descriptive and experimental analyses to identify the functional properties of aberrant behavior in school settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 809-821.
- Schain, R.J. y Freedman, D.X. (1961). Studies on 5-hydroxyindole metabolism in autistic and other mentally retarded children. *Journal of Pediatrics*, 58, 315-320.
- Scheerenberger, R. C. (1983). *A history of mental retardation*, Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Schindler, H. y Homer, R. (2005). Generalized reduction of problem behavior of young children with autism: Building trans-situational interventions. *American Journal on Mental Retardation*, 110 (1), 36-47.
- Schroeder, S. R. (1970). Usage of stereotypy as a descriptive term. *Psychological Record*, 20, 337-342.
- Schroeder, S. R., Mulick, J. A., y Rojahn, J. (1980). The definition, taxonomy, epidemiology and ecology of self-injurious behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 417-432.
- Schroeder, S. R., Bickel, W.K., y Richmond, G. (1986). Primary and secondary prevention of self-injurious behaviors: a life-long problem. En: K. D. Gadow (ed.), *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*, vol. 5. Greenwich, CT: JAI Press.

- Schroeder, S. R. (1991). Self-injury and stereotypy. En: J. L. Matson y J. A. Mulick (eds.), *Handbook of mental retardation* (pp. 382-396). New York, Pergamon Press.
- Schroeder, S. R., y Tessel, R. (1994). Dopaminergic and serotonergic mechanisms in self-injury and aggression. En T. Thompson y D. B. Gray (eds.), *Destructive Behavior in Developmental Disabilities: Diagnosis and Treatment* (pp. 181-197). Thousand Oaks: Sage.
- Schroeder, S. R., Hammock, R.G., Mulick, J.A. y cols. (1995). Clinical trials of D1 and D2 dopamine modulating drugs and self-injury in mental retardation and developmental disability. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 1, 1120-1129.
- Schroeder, S. R., Schroeder, C.S., Rojahn, J. y Mulik, J.A. (1981). Self-Injurious behavior: an analysis of behavior management techniques. En: J. L. Matson y J. R. McCartney (eds.), *Handbook of behavior modification with a mentally retarded* (pp. 61-115). New York: Plenum Press.
- Schroeder, S.R., Schroeder, C.S., Smith, B. y Dalldorf, J. (1978). Prevalence of self-injurious behaviors in a large state facility for the retarded: a three-year follow-up study. *Journal of Autism Childhood Schizophrenia*, 8(3), 261-269.
- Scotti, J. R., Evans, I. M., Meyer, L. H. y Walker, P. (1991). A meta-analysis of intervention research with problem behavior: Treatment validity and standards of practice. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 233-256.
- Scotti, J. R. y Meyer, L. H. (1999). *Behavioral Intervention*. Baltimore, Brookes.
- Séguin, E. (1846). *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés*. Paris: Baillière.
- Seidenwurm, D., Pounds, T.R., Globus, A., Walk, P.E. (1997). Abnormal temporal lobe metabolism in violent subjects: correlation of imaging and neuropsychiatric findings. *American Journal of Neuroradiology*, 18, 625-631.
- Shirley, M. J., Iwata, B. A., Kahng, S., Mazaleski, J. L. y Lerman, D. C. (1997). Does functional communication training compete with ongoing contingencies of reinforcement? An analysis during response acquisition and maintenance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 93-104.
- Shogren, K.A., Faggella-Luby, M.N., Jik Bae, S. y Wehmeyer, M.L. (2004). The effect of choice making as an intervention for problem behaviour: A meta analysis. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 6, 228-237.
- Shulman, M. B. (2000). The frontal lobes, epilepsy and behavior. *Epilepsy and Behavior*, 1, 384-395.
- Sidman, M. (1960/1988). *Tactics of scientific research: Evaluating experimental data in Psychology*. Boston, MA: Authors Cooperative.
- Sigafoos, J., Elkins, J., Kerr, M. y Attwood, T. (1994). A survey of aggressive behaviour among a population of persons with intellectual disability in Queensland. *Journal of Intellectual Disability Research*, 38, 369-381.
- Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J. J., Winchel, R. y Stanley, M. (1992). Selfmutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 149, 221-226.
- Simonoff, E., Bolton, P. y Rutter, M. (1998). Genetic perspectives on mental retardation. En: R. M. H. J.A. Burack, y E. Zigler (ed), *Handbook of Mental Retardation and Development* (pp. 41-79). Cambridge, University Press.
- Singh, N.N., Ellis, C.R. y Wechsler, H. (1997). Psychopharmacoeptideology of mental retardation: 1966-1995. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 7, 255-266.
- Singh, N. N., Ellis, C. R. y Wechsler, H. (2003). Psychopharmacoepidemiology of mental retardation: 1966 to 1995. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 7, 255-266.
- Singh, N. N., Lancioni, G.E., Winton, A.S.W., Singh, A.N., Adkins, A.D. y Singh, J. (2009). Mindful staff can reduce the use of physical restraints when providing care to individuals with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 194-202.
- Sivam, S.P. (1996). Dopamine, serotonin and tachykinin in self-injurious behavior. *Life Science*, 58, 2367-2375.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. Nueva York: Appleton Century Croft.
- Skinner, B. F. (1948). *Walden Two*. Nueva York: Macmillan.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. Nueva Tork: The Macmillan Company.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behaviour*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B.F. (1959). *Cumulative Record*, Nueva York, Appleton-Century-Crofts. Traducción española: *Aprendizaje y comportamiento* (1985). Barcelona: Martínez Roca
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501-504.
- Smeets, P.M. (1971). Some characteristics of mental defectives displaying self-mutilative behaviors. *The Training School Bulletin*, 68(2), 131-135.
- Smiley, E. (2005). Epidemiology of mental health problems in adults with learning disability: an update. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 214-222.
- Smith, G., Gupta, K.K. y Smith, S.H. (1995). Effects of naltrexone on self-injury, stereotypy, and social behavior of adults with developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 7, 137-146.
- Smith, R.G., Iwata, B.A., Goh, H. y Shore, B.A. (1995). Analysis of establishing operations for self-injury maintained by escape. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 515-535.

- Smith, R.G., Iwata, B.A., Vollmer, T.R. y Zarcone, J.R. (1993). Experimental analysis and treatment of multiply controlled self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26(2), 183-196.
- Snyckerski, S., Laraway, S., y Poling, A. (2000). Basic research with humans. En: T. B. A. Poling (ed.), *Behavioral pharmacology* (pp. 111-139). Reno: Context Press.
- Sohanpal, S. K., Deb, S., Thomas, C., Soni, R., Lenotre, L. y Unwin, G. (2007). The effectiveness of antidepressant medication in the management of behaviour problems in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(10), 750-765.
- Soule, D. y O'Brien, D. (1974). Self-injurious behavior in a state center for the retarded: Incidence. *Research and the Retarded*, 7, 1-8.
- Sovner, R., Fox, C.J., Lowry, M.J. y Lowry, M.A. (1993). Fluoxetine treatment of depression and associated self-injury in two adults with mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 301-311.
- Sovner, R., Pary, R.J., Dosen, A. y cols. (1998). Antidepressants. En: S. Reiss y M. G. Aman (eds.), *Psychotropic Medication and Developmental Disabilities: The International Consensus Handbook* (pp. 179-200). Ohio: Nisonger Center, Ohio State University.
- Sparrow S. y Zigler E. (1978). Evaluation of a patterning treatment for retarded children. *Pediatrics*, 62(2), 137-150
- Spitz, H. H. (1963). Field theory in mental deficiency. En: N. R. Ellis (ed.), *Handbook of mental deficiency, psychological theory and research* (pp. 121-141). New York: McGraw-Hill.
- Spitz, H. H. (1986). *The raising of intelligence*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Spitz, H. H. (1966). The role of input organization in the learning and memory of mental retardates. En: N. R. Ellis (ed), *International review of research in mental retardation* (Vol. 6, pp. 149-168). New York, Academic Press.
- Spitz, R. (1965). *The first year of life: A study in the normal and deviant development of object relations*. Nueva York: International Universities Press.
- Sprague, R. L., y Werry, J. S. (1971). Methodology of psychopharmacological studies with the retarded. En N. R. Ellis (Ed.), *International review of research in mental retardation* (vol 5, pp. 147-219). New York: Academic Press.
- Steege, M., Wacker, D., Berg, W., Cigrand, K. y Cooper, L. (1989). The use of behavioral assessment to prescribe and evaluate treatments for severely handicapped children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22, 23-33.
- Stein, M.B., Hauger, R.L., Dhalla, K.S., Chartier, M.J. y Asmudson, G.J. (1996). Plasma neuropeptide y in anxiety disorders: findings in panic disorder and social phobia. *Psychiatry Research*, 59(3), 183-188.
- Stemberg, R. J. (1977). *Intelligence, information processing and analogical reasoning*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Strauss, B. M., y Kaechele, H. (1998). The writing on the wall: Comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. *Psychotherapy Research*, 8, 158-177.
- Strohmer, D.C. y Prout, H.T. (1989). *Strohmer-Prout Behavior Rating Scale*. Schenectady, NY: Genium Publishing.
- Sturme, P., Sevin, J.A. y Williams, D.E. (1995). The Behavior Problem Inventory: A further replication of its factor structure. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 353-356.
- Sturme, P., y Ley, T. (1990). The Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults: Internal consistencies and relationship to behaviour problems. *British Journal of Psychiatry*, 156, 428-430.
- Symons, F. J., Fox, N.D. and Thompson, T. (1998). Functional communication training and naltrexone treatment of self-injurious behaviour: an experimental case study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 11, 273-92.
- Szymansky, L. S. (1994). Mental retardation and mental health: concepts, aetiology and incidence. En: N. Bouras (ed.), *Mental Health in Mental Retardation: Recent Advances and Practices* (pp.26-29). Cambridge, University Press.
- Taffe, J. R., Gray, K.M., Einfeld, S. L., Dekker, M. C., Koot, H. M., Emerson, E., Koskentausta, T. y Tonge B. J. (2007). Short Form of the Developmental Behaviour Checklist. *American Journal Mental Retardation*, 112(1), 31-39.
- Tamarit, J. (1995). Conductas desafiantes y Autismo: un análisis contextualizado. *VVAA: Trastornos Profundos del Desarrollo*. Sevilla, ASPANRI.
- Taylor, D. V., Hetrick, W.P., Neri, C.L., Touchette, P., Barron, J.L. y Sandman, C.A. (1991). Effect of naltrexone on self-injurious behavior, learning and activity: a case study. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 40, 79-82.
- Taylor, D.V., Sandman, C.A., Touchette, P., Hetrick, W.P. y Barron, J.L. (1993). Naltrexone improves learning and attention in self-injurious individuals with developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 5(1), 29-42.
- Tenneij, N. H. y Koot, H. M. (2008). Incidence, types and characteristics of aggressive behaviour in treatment facilities for adults with mild intellectual disability and severe challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(2), 114-124.
- Tessel, R. E., Schroeder, S.R., Stodgell, C.J. y Loupe, P.S. (1995). Rodent models of mental retardation: self-injury, aberrant behavior and stress. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 1, 99-103.
- Tharp, R. G. y Wetzel, R. J. (1969). *Behavior modification in the natural environment*. Nueva York: Academic Press.
- Thompson, B. (1989). The place of qualitative research in contemporary social science: the importance of post-paradigmatic thought. *Advances in Social Science Methodology*, 1, 134-137.

- Thompson, C. L. y Reid, A. (2002). Behavioural symptoms among people with severe and profound intellectual disabilities: a 26-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 181, 67-71.
- Thompson, T. y Berkson, G. (1985). Stereotyped behavior of severely disabled children in classroom and free-play settings. *American Journal of Mental Deficiency*, 89(6), 580-586.
- Thompson, T., Egli, M., Symons, F. y Delany, D. (1994a). Neurobehavioral mechanisms of drug action in developmental disabilities. En T. Thompson y D. B. Gray (Eds.) *Destructive Behavior in Developmental Disabilities: Diagnosis and Treatment* (pp. 133-80). Thousand Oaks: Sage.
- Thompson, T., Hackenberg, T., Cerutti, D., Baker, D. y Axtell, S. (1994b). Opioid antagonist effects on self-injury in adults with mental retardation: response form and location as determinants of medication effects. *American Journal of Mental Retardation*, 99, 85-102.
- Thompson, T., Symons, F.J., Delaney, D. y England, C. (1995). Self-injurious behavior as endogenous neurochemical self-administration. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 1, 137-48.
- Thompson, T., Symons, F.J. y Felce, D. (2000). Principles of Behavioral Observation. En D. Felce y T. Thompson (Eds.), *Behavioral Observation* (pp. 3-16). Baltimore, London, Toronto, Sydney: Brookes.
- Tonge, B.J. y Einfeld, S.L. (2003). Psychopathology and Intellectual Disability: The Australian Child to Adult Longitudinal Study. *International Review of Research in Mental Retardation*, 26, 61-93.
- Toogood, S. y Timlin, K. (1996). The functional assessment of challenging behavior. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 9, 206-222.
- Treiman, D. M. (1991). Psychobiology of ictal aggression. *Advances Neurology*, 55, 341-356.
- Trent, J. W. (1994). *Inventing the feeble mind. A history of mental retardation in the United States*. Berkeley: University of California Press.
- Trimble, M.R. y Van Elst, L.T. (1999). On some clinical implications of the ventral striatum and the extended amygdale. Investigations of aggression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 877, 638-644.
- Troster, H., Brambring, M., y Beelman, A. (1991a). Prevalence and situational causes of stereotyped behaviors in blind infants and preschoolers. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(5), 569-590.
- Troster, H., Brambring, M., y Beelman, A. (1991b). The age dependence of stereotyped behaviours in blind infants and preschoolers. *Child: Care, Health, and Development*, 17, 137-156.
- Tu, J. y Smith, J.T. (1983). The eastern Ontario survey: a study of drug-treated psychiatric problems in the mentally handicapped. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 270-276.
- Turner, M. (1999). Annotation Repetitive behavior in autism: A review of psychological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 839-849.
- Turner, W.D., Realon, R.E., Irvin, D. y Robinson E. (1996). The effects of implementing program consequences with a group of individuals who engaged in sensory maintained hand mouthing. *Research in Developmental Disabilities*, 17(4), 311-330.
- Twitchell, G.R., Hanna, G.L., Cook, E.H. y cols. (1998). Overt behavior problems and serotonergic function in middle childhood among male and female offspring of alcoholic fathers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1340-1348.
- Tyrer, F., McGrother, C. W., Thorp, C. F., Donaldson, M., Bhaumik, S., Watson, J. M. y Hollin, C. (2006). Physical aggression towards others in adults with learning disabilities: prevalence and associated factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 295-304.
- Tyrer P., Oliver-Africano PC., Ahmed Z., Bouras N., Cooray S., Deb S., Murphy D., Hare M., Meade M., Reece B., Kramo K., Bhaumik S., Harley D., Regen A., Rao B., North B., Eliahoo J., Karatela S., Soni A. y Crawford M. (2008) Risperidone, haloperidol and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomized control trial. *Lancet*, 371, 57-63.
- Udwin, O., Yule, W. y Martin, N. (1987). Cognitive abilities and behavioral characteristics of children with idiopathic infantile hypercalcaemia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 28, 297-309.
- Udwin, O. (1990). A survey of adults with Williams's syndrome and idiopathic infantile hypercalcaemia. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32, 129-141.
- Ullman, L.P. y Krasner, L. (1965). Introduction. En L.P. Ullman y L. Krasner (Eds.), *Case studies in behavior modification* (pp. 1-63). Nueva York: Holt, Reinhart y Winston.
- Ullmann, L. P. y Krasner, L. (1969). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Umbreit, J. (1995). Functional assessment and intervention in a regular classroom setting for the disruptive behavior a student with attention deficit hyperactivity disorder. *Behavioral Disorders*, 20(4), 267-278.
- Umbreit, J., y Blair, K.C. (1997). Using structural analysis to facilitate the treatment of non-compliance and aggression in a young child at-risk for behavioural disorders. *Behavioural Disorders*, 22, 75-86.
- Valdovinos, M. y Napolitano, D.A. (2007). Translational Implications of the Behavioral Effects of Anticonvulsants for Persons with Developmental Disabilities. *National Association for the Dually Diagnosed Bulletin*, 10, 23-30.
- Valdovinos, M. G. y Weyand, D (2006). Blood glucose levels and problem behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 227-231.

- Van Acker, R. (1991). Rett syndrome: a review of current knowledge. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 381-406.
- Van Elst, L. T., Woermann, F.G., Lemieux, L., Thompson, P.J. y Trimble, M.R. (2000). Affective aggression in patients with temporal lobe epilepsy: a quantitative MRI study of the amygdale. *Brain Research Bulletin*, 123(2), 234-243.
- Van Erp, A. M. M. y Miczek, K.A. (2000). Aggressive behavior, increased accumbal dopamine and decreased cortical serotonin in rats. *Journal Neuroscience*, 15, 9320-9325.
- Van Houten, R. (1993). The use of wrist weights to reduce self-injury maintained by sensory reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 197-203.
- Van Minnen, A., Savelsberg, P.M. y Hoogduin, K.A.L. (1995). A Dutch version of the Reiss Screen of Maladaptive Behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 16, 43-49.
- Vanderschuren, L.J. y Kalivas, P.W. (2000). Alterations in dopaminergic and glutamatergic transmission in the induction and expression of behavioral sensitization: A critical review of preclinical studies. *Psychopharmacology*, 151, 99-120.
- Vaughn, B.J. y Horner, R.H. (1997). Identifying instructional tasks that occasion problem behaviors and assessing the effects of student versus teacher choice among these tasks. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 299-312.
- Vázquez-Barquero, J.L. (1993). *SCAN: Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría*. Adaptación al español. Unidad de Investigación en Psiquiatría Social de Cantabria; Servicio de psiquiatría; Hospital Universitario «Marqués de Valdecilla» (Santander), Madrid: Meditor.
- Verdugo, M.A. (1994). Introducción a los modelos de evaluación. En M. A. Verdugo (Dir.), *Evaluación curricular: Una guía para la intervención psicopedagógica* (pp. 3-92). Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, M. A. (1995). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, M.A. (2003). La concepción de discapacidad en los modelos sociales. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urries (Coords.), *Investigación, innovación y cambio: V Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad* (pp. 235-247). Salamanca: Amarú..
- Verdugo, M.A. y Bermejo, B. (1998). *Retraso Mental. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Verdugo, M.A. y Canal, R. (1998). Procesos cognitivos en las personas con Retraso Mental. En M. A. Verdugo (Dir.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 619-676). Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, M.A., Jenaro, C. y Arias, B. (1995). Actitudes sociales y profesionales hacia las personas con discapacidad: Estrategias de intervención y evaluación. En M.A. Verdugo (Dir.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 74-104). Madrid: Siglo XXI.
- Verhoeven, W.M.A. y Tuinier, S. (1999). The psychopharmacology of challenging behaviours in developmental disabilities. En N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and Behavioural Disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Vigotsky, L. S. (1962). *Thought and language*. Cambridge, MA.: MIT Press.
- Vigotsky, L. S. (1979). Consciousness as a Problem in the Psychology of Behavior. (Original 1925). *Soviet Psychology*, 17(4), 3-35.
- Vigotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.
- Vigotsky, L.S. (1998). *The Collected Works of L.S. Vygotsky. Volume 5: Child Psychology*. Nueva York, Plenum Press
- Vigotsky, L. S. (1988). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Grijalbo.
- Vitiello, B. y Jensen, P.S. (1995). Developmental perspectives in pediatric psychopharmacology. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 75-81.
- Vollmer, T.R., Iwata, B.A., Smith, R. G. y Rodgers, T.A. (1992). Reduction of multiple aberrant behaviors and concurrent development of self-care skills with differential reinforcement. *Research in Developmental Disabilities*, 13, 287-299.
- Vollmer, T.R, Iwata, B.A, Zarccone, J.R, Smith, R.G y Mazaleski, J.L. (1993). The role of attention in the treatment of attention-maintained self-injurious behavior: Noncontingent reinforcement and differential reinforcement of other behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 9-21.
- Vollmer, T.R., Marcus, B.A. y LeBlanc, L. (1994). Treatment of self injury and hand mouthing following inconclusive functional analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 331-334.
- Vollmer, T.R., Marcus, B.A. y Ringdahl, J.E. y Roane, H.S. (1995). Noncontingent escape as treatment for self-injurious behavior maintained by negative reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28(1), 15-26.
- Vollmer, T. R., Progar, P. R., Lalli, J. S., Van Camp, C. M., Sierp, B. J., Wright, C. S. y cols. (1998). Fixed-time schedules attenuate extinction-induced phenomena in the treatment of severe aberrant behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 529-542.
- Wacker, D.P., Berg, W.K., Cooper, L.J., Derby, K.M., Steege, M.W., Northrup, J. y cols. (1994). The impact of functional analysis methodology on outpatient clinic services. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 405-408.
- Wacker, D. P., Berg, W. K., Harding, J. W., Derby, K. M., Asmus, J. M. y Healy, A. (1998). Evaluation and long-term treatment of aberrant behaviour displayed by young children with developmental disabilities. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 260-266.
- Walters, A. S., Barrett, R.P., Feinstein, C., Mercurio, A. y Hole, W.T. (1990). A case report of naltrexone treatment of self-injury and social withdrawal in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 169-176.

- Wallace, M. D. y Iwata, B. A. (1999). Effects of session duration on functional analysis outcomes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 175-183.
- Warren, R. E., Deary, I.J., y Frier, B.M. (2003). The symptoms of hyperglycaemia in people with insulin-treated diabetes: classification using principal components analysis. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 19(5), 408-414.
- Werry, J. S. (1999). Anxiolytics in MRDD. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Reviews*, 5, 299-304.
- Whitaker, S. (1993). The reduction of aggression in people with learning difficulties: A review of psychological methods. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 1-37.
- Whitman, T. L. (1990). Self-regulation and mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 347-362.
- Whitman, T.L., Scibak, J. y Reid, D. (1983). *Behavior modification with the severely and profoundly retarded: Research and application*. New York: Academic Press.
- Wieseler, N. A., Hanson, R.H., Chamberlain, T.P. y Thompson, T. (1985). Functional taxonomy of stereotypic and self-injurious behavior. *Mental Retardation*, 23, 230-234.
- Wigren, M. y Heimann, M. (2001). Excessive picking in Prader-Willi syndrome: A pilot study of phenomenological aspects and comorbid symptoms. *International Journal of Disability Development and Education*, 48, 129-142.
- Wilkie, A. O. M. (1994). The molecular basis of genetic dominance. *Journal of Medical Genetics*, 31, 89-98.
- Willemsen-Swinkles, S.H.N., Buitelaar, J.K., Nijhof, G.J. y Van Engeland, H. (1995). Failure of naltrexone hydrochloride to reduce self-injurious and autistic behavior in mentally retarded adults. *Archives of General Psychiatry*, 52, 766-773.
- Williams, C. D. (1959). The elimination of tantrum behavior by extinction procedures. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 269-272.
- Williams, D. (2009). Restraint Safety: an Analysis of Injuries Related to Restraint of People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 135-139.
- Wing, L. (1971). Severely retarded children in a London area: prevalence and provision of services. *Psychological Medicine*, 1, 405-415.
- Wisely, J., Hare, D. J. y Fernandez-Ford, L. (2002). A Study of the Topography and Nature of Self-Injurious Behaviour in People with Learning Disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 6(1), 61-71.
- Woodcock, R. W. y Johnson, M.B. (1977). *Woodcock-Johnson Psychoeducational Battery*. Allen: DLM, Teaching Resources.
- Woodward, W. (1979). Piaget's theory and the study of mental retardation. En N. R. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency, psychological theory and research* (2^a ed. pp.169-195). Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaum.
- Wolf, M. M., Risley, T., Johnston, M., Harris, F. y Allen, E. (1967). Application of operant conditioning procedures to the behaviour problems of an autistic child: A follow-up and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 103-112.
- Wolf, M. M., Risley, T. y Mees, H. (1964). Application of operant conditioning procedures to the behaviour problems of an autistic child. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 305-312.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Nueva York: Pergamon.
- Wykes, T. y Sturt, E. (1986). The measurement of Social Behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of SBS. *British Journal Developmental Psychology*, 148, 241-247.
- Yoder, P. J., Short-Meyerson, K. y Tapp, J. (2004). Measurement of behavior with a special emphasis on sequential analysis of behavior. En E. Emerson, T. Thompson y T. R. Parmenter (Eds.), *The International handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities* (pp. 179-199). England: Wiley.
- Yudofsky, S., Williams, D. y Gorman, J. (1981). Propranolol in the treatment of rage and violent behavior in patients with organic brain syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 138, 218-220.
- Yung, A., Park, Y. D., Cohen, M. J., y Garrison, T. N. (2000). Cognitive and behavioral problems in children with centrotemporal spikes. *Pediatric Neurology*, 23, 391-395.
- Zabalza, M. A. (1991). *Los diarios de clase. Documento para estudiar cualitativamente los dilemas prácticos de los profesores*. Barcelona: P. P. U.
- Zarcone, J.R., Iwata, B.A., Smith, R.G., Mazaleski, J.L. y Lerman, D.C. (1994). Reemergence and extinction of self-injurious escape behavior during stimulus (instructional) fading. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2(2), 307-316.
- Zarkowska, E. y Clements, J. (1994). *Severe Problem Behaviour: The STAR Approach*. London: Chapman & Hall.
- Zazzo, R. (1965). *Los débiles mentales*. Barcelona: Fontanella.
- Zigler, E. F. (1967). Familial mental retardation: A continuing dilemma. *Science*, 155, 298-292.
- Zigler, E. F. (1969). Developmental vs. difference theories and the problem of motivation. *American Journal of Mental Deficiency*, 73, 536-555.
- Zimmerman, E.H. y Zimmerman, J. (1962). The alteration of behavior in a special classroom situation. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 5(1), 59-60.
- Zingarelli, G. E., G., Hom, A., Wymore, M., Heidorn, S. y Chicz -De-Met, A. (1992). Clinical effects of naltrexone on autistic behavior. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 57-63.

rodeado por verjas o tiene las puertas cerradas
 Omitir a las personas que no supongan un problema continuo

Sí

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

1 (26)
2

No

Si ha ocurrido, quién y qué problemas

Nº

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

(27-28)

Se han tomado medidas especiales para alguna persona con discapacidad intelectual debido a sus conductas problemáticas

Sí

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

1 (29)
2

No

Si la respuesta es sí, a quién y qué tipo de medidas

Nombre	Medidas adoptadas		
	PE	RS	O

(PE: Profesional extra; RS: Reubicación de profesionales; O: Otras)

Nº

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

(30-31)

Durante el último mes algún profesional u otros usuarios han sufrido lesiones por una persona con discapacidad intelectual

Sí

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

1 (32)
2

No

Si la respuesta es Sí

quién ha sido el causante y qué lesiones ha provocado (señalar la primera categoría en la que puede aplicarse aunque pueda situarse en más)

Nombre	Lesiones provocadas		
	S	L	F

S: Serias L: Leves F: frecuentes pero causan lesiones muy leves

Nº

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

(33-34)

Alguno de los anteriormente citados u otro ha causado lesiones serias a alguien hace más de un mes (Incluir sólo a quienes son considerados como potencialmente más probable que cause lesiones a otros)

Nº(nuevos nombres):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(35-36)

El Centro dispone de algún recurso estándar para disponer de ayuda extra en la intervención de momentos de crisis de agresividad o conducta destructiva cuando ocurren

- | | | | |
|--|--------------------------|---|------|
| Botón de alarma | <input type="checkbox"/> | 1 | (48) |
| Gritar, Llamar a los de la sala de al lado | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| Otros | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| Ninguno | <input type="checkbox"/> | 4 | |
| No se necesita ayuda | <input type="checkbox"/> | 5 | |

Si es que sí, cuando fue la última vez que la utilizó

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|---|------|
| La semana pasada | <input type="checkbox"/> | 1 | (49) |
| Hace dos semanas | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| El mes pasado | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| Hace más de un mes | <input type="checkbox"/> | 4 | |
| Nunca | <input type="checkbox"/> | 5 | |

Cuál es la media general de incidentes o conductas problemáticas a la semana

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|------|
| Más de una al día | <input type="checkbox"/> | 1 | (50) |
| Una al día | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| Una o más a la semana | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| Menos de una a la semana | <input type="checkbox"/> | 4 | |
| Ninguna | <input type="checkbox"/> | 5 | |

En el último año, se ha expulsado a alguien del Centro debido a sus conductas problemáticas

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|---|------|
| Sí de forma permanente | <input type="checkbox"/> | 1 | (51) |
| Sí de forma temporal | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| No | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| No lo sé | <input type="checkbox"/> | 4 | |

Si es así describe la conducta por la cuál fue expulsado

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|---|------|
| Implicaba violencia/agresión | <input type="checkbox"/> | 1 | (52) |
| Otras conductas | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| Demasiado variables | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| No lo se | <input type="checkbox"/> | 4 | |

7 ANEXO 2. CUESTIONARIO INDIVIDUAL

Nota: Para salvaguardar los derechos de los autores originales de la escala, se reproducen tan sólo algunos apartados



Estado Físico		
La persona sufre ataques epilépticos		
No (ni medicación, ni ataques)	1	
No (ha tenido ataques pero ahora están controlados por la medicación)	2	
Ataques ocasionales	3	(16)
Uno o más ataques por mes	4	
Estado sensorial		
a) Visión (si utiliza gafas codificar la visión con gafas)		
Normal	1	
Pobre	2	
Ciego	3	(17)
No lo sé/difícil de saber	4	
b) Audición		
Normal	1	
Pobre	2	(18)
Sordo	3	
No lo sé/difícil de saber	4	
Movilidad		
No tiene dificultad para andar	1	
Camina sin ayuda pero con alguna dificultad	2	
Camina con ayuda (o silla de ruedas)	3	(19)
No puede andar pero puede moverse por el Centro	4	
Se mueve alrededor, sólo con ayuda de alguna persona	5	
Inmóvil	6	
Control de esfínteres		
a) Esta persona		
Habitualmente controla esfínteres	1	
Algunas veces no tiene control (se mancha o se moja una vez o menos a la semana)	2	
No tiene control más de una vez a la semana	3	(20)
No tiene ningún control de esfínteres	4	
b) Muestra incontinencia deliberadamente, es decir orina o defeca en lugares inapropiados de forma consciente		
Nunca	1	(21)
No lo sé/no estoy seguro	2	
Sí, sólo en ocasiones aisladas	3	
Sí	4	
Habilidades de comunicación		

Tipo de comunicación (indicar sólo una opción)					
Lenguaje verbal		1			
Lenguaje de signos formal		2			
Combina palabras y signos formales		3			
Sólo unas palabras y/o signos no formales		4			(31)
Utiliza sonidos o gestos no formales		5			
Poco o no tiene comunicación		6			
Intención comunicativa (indicar sólo una opción)					
Inicia la comunicación		1			
Algunas veces puede iniciar la comunicación		2			
Responde a la intención comunicativa de otros		3			
Responde de forma mínima a la comunicación de otros		4			(32)
Sólo se comunica para expresar necesidades		5			
No hace intentos para iniciar o responder a la comunicación		6			
Comprensión (indicar sólo una opción)					
Comprende lo que sucede fuera de su propia experiencia (sucesos o experiencias de otros)		1			
Comprende comentarios, preguntas o instrucciones relacionadas con sus experiencias o necesidades personales (por ejemplo, ¿te lo pasaste bien en la excursión al zoo?)		2			
Comprende las instrucciones u órdenes suficientes relacionadas con las necesidades básicas		3			(33)
Comprende sólo unas órdenes cortas (siéntate, ven)		4			
Comprende poco o nada		5			
Expresión (Comprensión por parte de quienes le escuchan)					
Se expresa de tal forma que cualquiera puede entenderle		1			
Pueden entenderle quien lo conoce, pero no los extraños		2			
Se le entiende difícilmente, incluso quienes le conocen		3			(34)
No tiene suficiente lenguaje como para codificarlo		4			
Conducta Agresiva					
Por favor, indique cual es la opción más apropiada en esta persona para las conductas agresivas que se describen a continuación					LÍNEA 3
(La definición de "seria", "controlada", "menor" o "no" se encuentra en la página 13)					
Cuál es la consecuencia de esta conducta autolesiva					
Por favor, haga un círculo en el número adecuado para cada ítem, teniendo en cuenta si la consecuencia de la agresión de la persona implica:					
ninguna lesión, lesión pequeña que sólo perjudica el funcionamiento durante unos minutos (ej: magulladura, moretón, etc.), lesión seria (ej: torcedura de tobillo, etc.) suficiente como para perjudicar el funcionamiento unos días, y lesión importante (ej: algún hueso roto, cortadura, herida por objeto cortante) que requieren un tratamiento hospitalario					
Se produce una lesión a sí mismo	Ninguna	Pequeña	Seria	Importante	
Como consecuencia habitual de un episodio	1	2	3	4	(43)
Como consecuencia de episodios repetidos	1	2	3	4	(44)
La consecuencia más seria que ha ocurrido	1	2	3	4	(45)
Lesiona a los profesionales					
Como consecuencia habitual de un episodio	1	2	3	4	(46)
Como consecuencia de episodios repetidos	1	2	3	4	(47)
La consecuencia más seria que ha ocurrido	1	2	3	4	(48)
Lesión física a sí mismo debido a cualquier restricción o represalia de otros					
Como consecuencia habitual de un episodio	1	2	3	4	(49)

Como consecuencia de episodios repetidos	1	2	3	4	(50)
La consecuencia más seria que ha ocurrido	1	2	3	4	(51)

¿Cuál es la reacción más habitual de los otros usuarios y de los profesionales cuando la persona se autolesiona?

Por favor rodee con un círculo un número para cada sentimiento en cada apartado

	Nada	Un poco	La mitad de las veces	La mayoría	Siempre	
Otros usuarios						
Rabia	1	2	3	4	5	(52)
Fastidio	1	2	3	4	5	(53)
Desesperación	1	2	3	4	5	(54)
Repugnancia	1	2	3	4	5	(55)
Miedo	1	2	3	4	5	(56)
Tristeza	1	2	3	4	5	(57)
Profesionales						
Rabia	1	2	3	4	5	(58)
Fastidio	1	2	3	4	5	(59)
Desesperación	1	2	3	4	5	(60)
Repugnancia	1	2	3	4	5	(61)
Miedo	1	2	3	4	5	(62)
Tristeza	1	2	3	4	5	(63)

a) Por qué cree que la persona se autolesiona.

Rodee con un círculo tantos ítems como desee

Por su estado psicológico interno o su estado de humor (p.e.: estrés, frustración)	1			(64-65)
Por su historia previa (p.e.: circunstancias familiares, abusos, institucionalización)	2			(66-67)
Por los aspectos de su contexto actual (p.e.: aislamiento social, muchedumbre)	3			(68-69)
Porque es sensible a las discusiones o al ambiente	4			(70-71)
Por autoestimulación	5			(72-73)
Porque es su personalidad	6			(74-75)
Para obtener la atención de otros	7			(76-77)
Porque quiere fastidiar a otros	8			(78-79)
Por imitación de otros	9			(80-81)
Por un estado físico temporal (p.e.: hambre, cansancio)	10			(82-83)
Porque no puede esperar	11			(84-85)
Por un problema médico específico	12			(86-87)
Por un síndrome específico (p. e.: Autismo)	13			(88-89)
Por su adaptación	14			(90-91)
Por efecto secundario de los psicofármacos o la retirada de alguno	15			(92-93)
Por un trastorno mental	16			(94-95)
Para comunicar sus necesidades o ejercer control	17			(96-97)
Por déficit en sus habilidades de comunicación	18			(98-99)
Para evitar actividades	19			100-101
Para evitar la atención	20			102-103
Para tener acceso a determinados objetos (p.e.: comida)	21			104-105
Para tener acceso a determinadas actividades (p.e.: actividades de ocio)	22			106-107
Porque quiere una vida normal (se siente privado comparado con otros)	23			108-109
Otros (por favor especificar)	24			110-111

b) Cuál de los motivos de arriba, en orden de importancia, son las tres principales razones por las que usted cree que este usuario se comporta de forma autolesiva

1

Codificar en el 1º de los tres cuadros (95-96)

--	--

2
3

¿Cómo afecta la conducta destructiva a su contexto de trabajo o a su vida?

Por favor, haga un círculo en el número adecuado para cada ítem, teniendo en cuenta si la consecuencia de la conducta de la persona supone: ningún daño, pequeños objetos (ej: revistas, vajilla, etc) que causan unos minutos de interrupción en la actividad, disminuye la calidad del contexto (ej: daños en muebles, en ropa, objetos como la televisión, etc) de tal forma que los profesionales no pueden repararlo de forma inmediata, y destrucción del contexto de tal forma que no puede volver a ser utilizado (al menos temporalmente)

	Ningún daño	Pequeño objeto	Disminu- ción	Destru- cción	
Habitualmente la conducta destructiva causa	1	2	3	4	(36)
Lo máximo que puede llegar a causar la conducta destructiva	1	2	3	4	(37)

¿Cuál es la reacción más habitual de los otros usuarios y de los profesionales hacia la conducta destructiva de la persona?

Por favor rodee con un círculo un número para cada sentimiento en cada apartado

	Nada	Un poco	La mitad de las veces	La mayoría	Siempre	
Otros usuarios						
Rabia	1	2	3	4	5	(38)
Fastidio	1	2	3	4	5	(39)
Desesperación	1	2	3	4	5	(40)
Repugnancia	1	2	3	4	5	(41)
Miedo	1	2	3	4	5	(42)
Tristeza	1	2	3	4	5	(43)

	Serio	Controlada	Menor	No	
Golpear a otros con la mano u otra parte del cuerpo (p.e.: dar un puntapié, un cabezazo)	1	2	3	4	(1)
Golpear a otros con objetos (p.e.: lanzar objetos a las personas, chocar contra las personas con sillas de ruedas)	1	2	3	4	(2)
Maldad o crueldad (p.e.: coger objetos o comida de otros, intimidar)	1	2	3	4	(3)
Morder a otros	1	2	3	4	(4)
Tirar del pelo a otros	1	2	3	4	(5)
Arañar a otros	1	2	3	4	(6)
Pellicar o apretar el cuerpo de otros	1	2	3	4	(7)
Amenazas o insultos verbales (p.e.: decir obscenidades)	1	2	3	4	(8)
Escupir a otros	1	2	3	4	(9)
Otros (por favor, especificar)	1	2	3	4	(10)

Cual es la forma más frecuente en la que manifiesta la agresión (11)

Episodios breves de agresión que no continúan posteriormente (implican patadas, puñetazos, mordiscos, arrojar algo contra alguien, etc)

Episodios continuados y prolongados en el tiempo	1	
La persona utiliza algún objeto en sus agresiones (por ejemplo, cuchillos, sillas, objetos decorativos, botellas, etc)	2	
Sí (por favor, especificar)	1	(12)
No	2	

Cuál ha sido la frecuencia media de las agresiones de la persona en el último mes

Cada hora	1	
Una o más veces al día	2	
Una o más veces a la semana	3	(13)
Una al mes	4	
Ninguna	5	

8 ANEXO 3. ESCALA BREVE

La persona sufre ataques epilépticos	
No (ni medicación, ni ataques).....	1
No (ha tenido ataques pero ahora están controlados por la medicación)	2
Ataques ocasionales.....	3
Uno o más ataques por mes.....	4
Control de esfínteres	
Habitualmente controla esfínteres	1
Algunas veces no tiene control (se mancha o se moja una vez o menos a la semana)	2
No tiene control más de una vez a la semana	3
No tiene ningún control de esfínteres.....	4
Grado de funcionamiento de la persona en alimentación	
Es autónomo habitualmente	1
Físicamente capaz pero necesita supervisión	2
Necesita ayuda física.....	3
Depende de otros	4
Grado de funcionamiento de la persona en aseo	
Es autónomo habitualmente	1
Físicamente capaz pero necesita supervisión	2
Necesita ayuda física.....	3
Depende de otros	4
Grado de funcionamiento de la persona en vestido	
Es autónomo habitualmente	1
Físicamente capaz pero necesita supervisión	2
Necesita ayuda física.....	3
Depende de otros	4
Grado de funcionamiento de la persona en tareas domésticas	
Es autónomo habitualmente	1
Físicamente capaz pero necesita supervisión	2
Necesita ayuda física.....	3
Depende de otros	4
Cooperación: le gusta realizar o ayudar en las tareas de autocuidado o domésticas, arriba mencionadas, en las que es capaz	
Le complacen todas o la mayoría de las veces	1
Algunas veces le gusta	2
Nunca o pocas veces le gusta.....	3
Grado de funcionamiento de la persona en el manejo del dinero	
Puede ir a comprar y controlar el cambio	1
Puede usar dinero pero no controla el cambio	2
Sabe que el dinero tiene valor pero no lo maneja.....	3
No conoce el valor del dinero.....	4
Grado de funcionamiento de la persona en el uso de transporte público	
Sí, lo utiliza de forma autónoma y flexible	1
Sí, pero sólo determinadas rutas	2
Sí, pero sólo si va acompañado.....	3
No, por sus problemas de conducta.....	4
No, por sus problemas físicos	5

No, lo sé/ no ha tenido oportunidad.....	6
Habilidades para la lectura	
Lee materiales dirigidos a niños de nueve años o más.....	1
Lee materiales dirigidos a niños de siete u ocho años.....	2
Lee historias sencillas o tebeos.....	3
Lee determinadas señales o símbolos (hombre, mujer, no aparcas).....	4
Reconoce diez o más palabras por su forma.....	5
Reconoce menos de diez palabras.....	6
No reconoce ninguna palabra, señal o símbolo.....	7
Habilidades para la escritura	
Escribe cartas, historias; de forma comprensible.....	1
Escribe notas pequeñas.....	2
Escribe o copia oraciones completas.....	3
Escribe o copia al menos diez palabras.....	4
Escribe o copia su nombre.....	5
No tiene ningún tipo habilidad.....	6
Tipo de comunicación	
Lenguaje verbal.....	1
Lenguaje de signos formal.....	2
Combina palabras y signos formales.....	3
Sólo unas palabras y/o signos no formales.....	4
Utiliza sonidos o gestos no formales.....	5
Poco o no tiene comunicación.....	6
Intención comunicativa	
Inicia la comunicación.....	1
Algunas veces puede iniciar la comunicación.....	2
Responde a la intención comunicativa de otros.....	3
Responde de forma mínima a la comunicación de otros.....	4
Sólo se comunica para expresar necesidades.....	5
No hace intentos para iniciar o responder a la comunicación.....	6
Comprensión	
Comprende lo que sucede fuera de su propia experiencia (sucesos o experiencias de otros).....	1
Comprende comentarios, preguntas o instrucciones relacionadas con sus experiencias o necesidades personales (por ejemplo, ¿te lo pasaste bien en la excursión al zoo?).....	2
Comprende las instrucciones u órdenes suficientes relacionadas con las necesidades básicas.....	3
Comprende sólo unas órdenes cortas (siéntate, ven).....	4
Comprende poco o nada.....	5
Expresión	
Se expresa de tal forma que cualquiera puede entenderle.....	1
Pueden entenderle quien lo conoce, pero no los extraños.....	2
Se le entiende difícilmente, incluso quienes le conocen.....	3
No tiene suficiente lenguaje como para codificarlo.....	4
Adecuación de la conducta en las interacciones sociales con quienes le conocen bien.	
<p>"Una conducta socialmente adecuada" incluye saludar y despedirse de forma adecuada, mostrar interés, mantener el contacto ocular con la otra persona y respetar los turnos al hablar.</p>	
Se muestra de forma apropiada la mayor parte del tiempo.....	1
Se muestra de forma apropiada por lo menos el cincuenta por ciento de	

las veces	2
La mayor parte del tiempo se comporta de forma inadecuada.....	3
No tiene una respuesta social	4
Adecuación de la conducta en las interacciones sociales con quienes NO le conocen bien.	
Se muestra de forma apropiada la mayor parte del tiempo	1
Se muestra de forma apropiada por lo menos el cincuenta por ciento de las veces	2
La mayor parte del tiempo se comporta de forma inadecuada.....	3
No tiene una respuesta social	4
Participación en actividades de GRUPO	
Inicia actividades de grupo (las dirige y organiza)	1
Participa en actividades de grupo de forma espontánea y gustosamente ..	2
Participa gustosamente si se le anima a hacerlo	3
Interrumpe las actividades de grupo	4
Participación individual	
Realiza las tareas espontáneamente y de forma provechosa	1
No realiza las tareas espontáneamente pero responde de forma positiva si le proporcionas una tarea	2
Coopera en la tarea si alguien le anima.....	3
Coopera si están continuamente animándole y en una relación de uno a uno	4
Se niega a cooperar, no muestra interés incluso animándole y en una relación de uno a uno	5
Su participación varía demasiado	6

