

INTERVENCIÓN

Protocolo de actuación ante conductas desafiantes graves y uso de intervenciones físicas

Elaborado por el equipo de profesionales de Fundación Uliazpi



CUADERNOS DE BUENAS PRÁCTICAS FEAPS

INTERVENCIÓN

Protocolo de actuación ante conductas desafiantes graves y uso de intervenciones físicas

Elaborado por el equipo de profesionales de Fundación Uliazpi



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
- Fundación Uliazpi	3
- Intervenciones Físicas	4
1.-PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE CONDUCTAS DESAFIANTES GRAVES Y USO DE INTERVENCIONES FÍSICAS EN FUNDACIÓN ULIAZPI	10
- Informe de Evaluación Conductual	11
- Plan de Intervención	17
- Informe de Progreso	23
- Plan de Intervención Física	30
- Registro de Intervención Física	32
- Valoración del Riesgo en las Intervenciones Físicas	33
- Consentimiento Informado para Utilización de Intervenciones Físicas	35
- Declaración de Revocación de Consentimiento	36
- Guión-Registro de la Revisión del Plan de Intervención Física	37
2.-HISTORIAS PERSONALES	38
- Historia de J.	38
- Historia de M.	38
- Historia de N.	39
- Historia de B.	40
- Historia de M. J.	40

3.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

■ ANEXO 1: HOJAS DE REGISTRO DE DATOS CONDUCTUALES

- Hoja de Registro de Conducta (Scatter Plot)
- Análisis de Incidentes A-B-C

■ ANEXO 2: EXTRACTO DE "PHYSICAL INTERVENTIONS: A POLICY FRAMEWORK"

- Resumen de los Principios Políticos Clave referidos a las Intervenciones Físicas
- Resumen de los Puntos de la Agenda para la Acción
- Listas de Control para el uso de procedimientos de Intervenciones Físicas ante conductas desafiantes

42

44

45

46

49

49

51

53

INTRODUCCIÓN

FUNDACIÓN ULIAZPI

MISIÓN

Fundación Uliazpi (FU) es un Organismo Autónomo de la Diputación Foral de Guipúzcoa adscrito al Departamento de Servicios Sociales (Gizartekintza) que trabaja para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y necesidades de apoyos generalizados y de sus familias en dicho ámbito territorial.

USUARIOS

Fundación Uliazpi atiende, en este momento, a unas 280 personas (en su inmensa mayoría adultas) con discapacidad intelectual y necesidades de apoyos generalizados de la provincia de Guipúzcoa. Algunas de estas personas pueden presentar además discapacidades o trastornos asociados (discapacidades motóricas, discapacidades sensoriales, trastornos mentales, conductas desafiantes, problemas médicos diversos, etc.).

SERVICIOS Y CENTROS

Fundación Uliazpi proporciona, fundamentalmente, servicios:

- residenciales,
- de atención de día,
- programa de apoyo en el hogar y
- de respiro (en diversas modalidades)

En 4 centros diseminados por la provincia de Guipúzcoa:

- Centro Donosti (Donostia-San Sebastián)
- Centro Zubieta (Hondarribia)
- Centro Fraisoro (Zizurkil)
- Centro Dr. Zubillaga (Bergara).

CALIDAD DE VIDA - CALIDAD DE GESTIÓN

Fundación Uliazpi fundamenta su organización en los principios de calidad y mejora continua para la consecución de lo que representa su razón de ser: mejorar la calidad de vida de las personas que atiende y de sus familias. Para ello utiliza las herramientas de organización y de gestión que puedan contribuir a tal fin, todas ellas coherentes y alineadas con la visión y los valores que tiene definidos:

- Gestión por procesos
- Cuadro de Mando Integral
- Planes de Gestión BIANUALES
- Autoevaluación EFQM
- Auditorías Internas...

... Tratando de aunar en su práctica la técnica, la empatía y la ética. Un ejemplo de esta conjunción de técnica, empatía y ética puede ser el modelo de intervención que utilizamos en el caso de las conductas desafiantes graves y la regulación y protocolización que hacemos del uso de las intervenciones físicas. Este modelo es el que presentamos en este documento y lo hacemos en su versión actual, sabedores de que puede irse desarrollando y mejorando, y completamente convencidos de intentar hacerlo.

INTERVENCIONES FÍSICAS

Antes de entrar en materia deberíamos clarificar lo que entendemos por **intervención física**. Nos referimos con este término a:

"Cualquier método de responder a una conducta desafiante que implique algún grado de fuerza física dirigida a limitar o restringir el movimiento o la movilidad" (Harris y cols., 1996)

Se entiende este tipo de intervención física como restrictiva ya que puede haber también intervenciones físicas no restrictivas como, por ejemplo, la guía física para apoyar la deambulación o el uso de un casco para prevenir daños por autolesión.

Hay **tres grandes categorías de intervención física** restrictiva:

a) Materiales o equipamiento que restringen o impiden el movimiento. Como ejemplos podemos citar: poner correas a alguien en una cama; colocar unas tablillas (férulas) en los brazos de una persona para restringir su movimiento; usar manoplas para que la persona no se haga daño en las manos al morderse; sujeción post-intervención quirúrgica, etc.

b) El uso de barreras, tales como puertas cerradas con llave, para limitar la libertad de movimientos. Como ejemplos tenemos: colocar a una persona en una silla con una mesa frente a sí de modo que no pueda levantarse o irse fácilmente; colocar pestillos o cerrojos en las puertas que los usuarios no puedan alcanzar; tener cerradas las puertas, etc.

c) Contacto físico directo entre un miembro del personal y una persona del servicio. Como ejemplos pueden señalarse: sostener la mano de una persona para parar movimientos estereotipados; sostener los brazos y piernas de una persona para prevenir que golpeen a alguien; arrinconar a la persona para impedir que siga agrediendo; sentarse en el regazo de una persona; inmovilización física, etc.

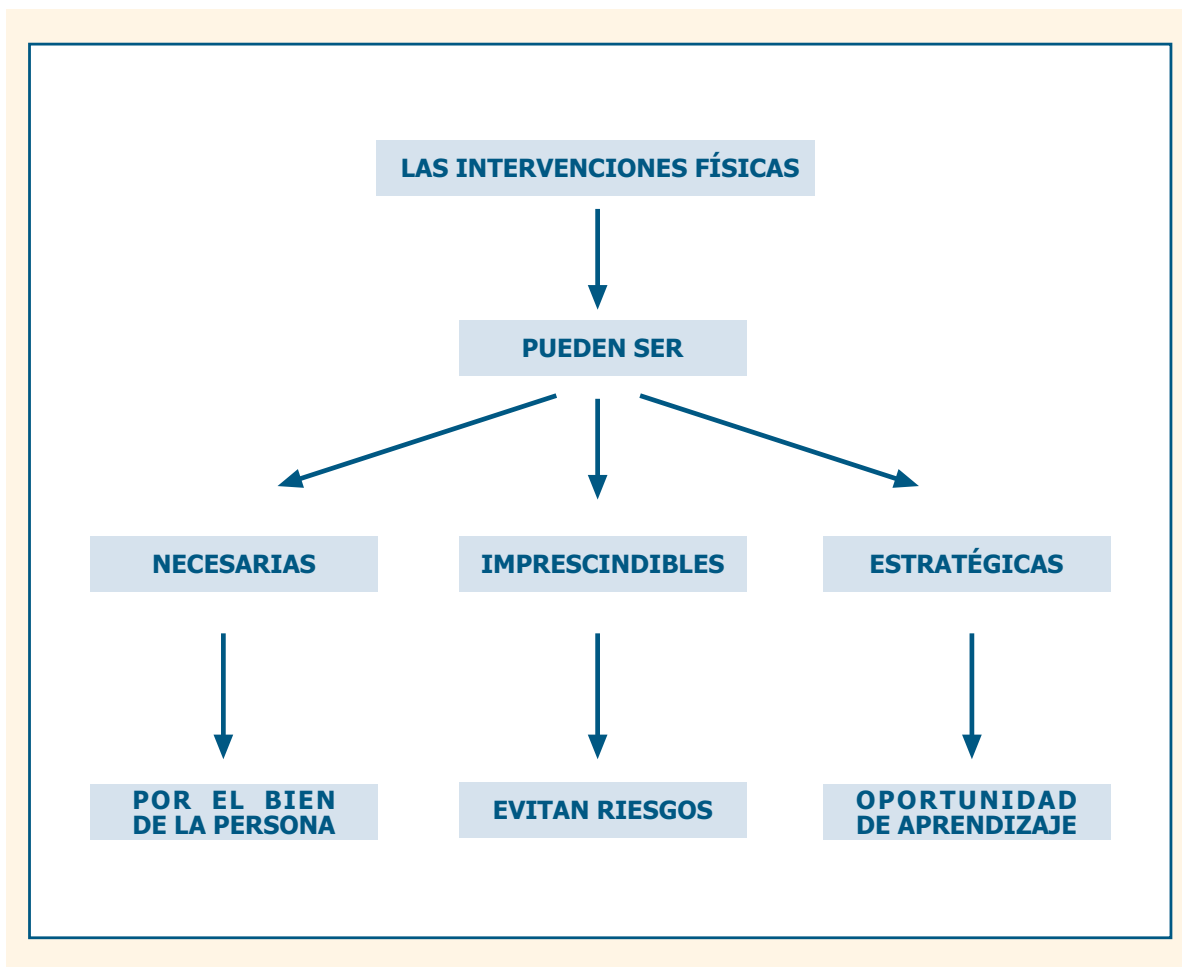
Es preciso indicar que el uso de intervenciones físicas en respuesta a conductas desafiantes es problemático por una serie de **razones**:

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

■ El uso de intervenciones físicas puede estar en conflicto con los valores del servicio tales como: respeto, dignidad y elección para las personas del mismo.

Es importante distinguir claramente entre una estrategia general, respecto a las intervenciones físicas, y métodos o respuestas específicas para una determinada persona; y también es importante señalar que la intervención física debe utilizarse siempre como último recurso, después de que otros métodos positivos no hayan resultado eficaces, y en situaciones en las que no queda más remedio que recurrir a ella.

Según Escribano, Gómez, Márquez y Tamarit (2002):



Hay una serie de **aspectos a observar en caso de tener que utilizar una intervención física** (Harris y cols., 1996) (Véase en Anexo 2 extracto del documento):

En primer lugar deberíamos ajustarnos a los siguientes **principios** en el uso de intervenciones físicas:

- Excepto cuando las personas estén en serio e inmediato peligro, la intervención física será el último recurso.
- En el caso de tener que utilizar el contacto físico directo, se utilizarán los procedimientos menos restrictivos, con la mínima fuerza necesaria, y durante el más corto tiempo posible.

- En la medida de lo posible los procedimientos utilizados mantendrán la dignidad del individuo y del personal.
- Los procedimientos tendrán en cuenta las características físicas de la persona, el tipo e intensidad de la conducta, su localización y el contexto social.
- La intervención física nunca se utilizará por ira (cólera) o como una forma de castigo.

No obstante, siempre es mejor utilizar la **prevención** que la intervención y, en este sentido, las intervenciones físicas sólo deberían usarse después de que otros métodos menos intrusivos hubiesen sido experimentados. Un primer paso es ver cómo podemos prevenir la aparición de conductas en las que luego se deberá intervenir físicamente.

Las intervenciones físicas no deberían verse como procedimientos que son introducidos cuando la conducta escala a niveles inaceptables. Más bien, las intervenciones físicas deberían introducirse como parte de una respuesta planificada y graduada que busca minimizar el conflicto y evitar la confrontación entre el usuario del servicio y el personal.

En tercer lugar, cualquier intervención física debe **promover el mejor interés de las personas** del servicio.

El uso de intervenciones físicas es probable que implique interacciones complejas, y a menudo emocionales, entre el personal y las personas. Bajo estas condiciones, no siempre es fácil distinguir entre el mejor interés para la persona en cuestión y las necesidades de otras personas del servicio, y las metas individuales del personal.

Probablemente el uso de una intervención física dará como resultado una reducción de las demandas hechas al personal y un ambiente más apacible para las otras personas. Esto crea la posibilidad de un conflicto de intereses para aquellos que son responsables de la toma de decisiones. El personal puede estar tentado a usar las intervenciones físicas, principalmente para satisfacer sus propias necesidades o las de otras personas más que para promover el mejor interés de la persona que presenta conducta desafiante.

Las siguientes declaraciones intentan proporcionar una guía para proteger los intereses de las personas:

1. Deberían establecerse procedimientos individualizados para responder a las personas que es probable que presenten conducta violenta o peligrosa para sí mismas o para los demás. Los procedimientos deberían posibilitar que el personal responda efectivamente a estas conductas mientras garantiza la seguridad de todos los interesados. En la medida de lo posible, no deben ser aplicados por un solo miembro del personal. El trabajo en equipo es indispensable y cada miembro debe conocer su rol.
2. Las intervenciones físicas sólo deberían utilizarse conjuntamente con otras estrategias diseñadas para ayudar a las personas a aprender conductas alternativas no desafiantes.
3. Las intervenciones físicas planificadas deberían estar justificadas tomando en consideración: lo que se sabe de la persona a partir de una evaluación multidisciplinar formal; enfoques alternativos que han sido probados; una evaluación de los riesgos potenciales implicados; referencias a un cuerpo de conocimiento experto y de buena práctica establecida.
4. El uso de intervenciones físicas debería ser objeto de revisión periódica por una serie de razones:
 - Porque ponen a la persona en riesgo de daño físico y de estrés psicológico; una revisión periódica es necesaria para controlar los efectos colaterales.

- Los modelos conductuales a lo largo del tiempo cambiarán a medida que lo hagan los beneficios y los riesgos asociados con cualquier intervención física; cada revisión debería incluir una valoración revisada del riesgo.

- Las intervenciones físicas deberían combinarse con otros enfoques que lleven hacia la reducción o retirada de la intervención física; revisiones periódicas deberían controlar el progreso hacia este objetivo.

Las intervenciones deberían, en la medida de lo posible, mantener y apoyar el bienestar físico y emocional de la persona; y para ello debemos tener en cuenta los siguientes aspectos o PRINCIPIOS (Harris y cols., 1996):

■ Las intervenciones físicas que se empleen deberían usar la mínima fuerza posible. La fuerza posible o "razonable" implica dos conceptos relacionados:

a) Existe la cuestión de si la fuerza utilizada es consistente con el resultado deseado. Por ejemplo, es probable que una intervención física utilizada para prevenir que un joven se arañe implicará menos fuerza que el esfuerzo requerido para responder a un hombre que se agrede y ataca a otros. Las respuestas a conductas desafiantes y peligrosas deberían implicar la aplicación del menor nivel de fuerza para prevenir el mal o disminuir el daño.

b) El concepto de fuerza razonable implica una consideración de si otras acciones menos intrusivas pudieran ser utilizadas para conseguir el mismo resultado. Por ejemplo, si se sabe que determinados acontecimientos provocan un "desencadenamiento" de la agresión o autolesión, una respuesta más apropiada que la intervención física sería la retirada de estas "provocaciones" ambientales.

■ Cualquier aplicación de intervención física simple debería emplearse durante el mínimo período de tiempo guardando concordancia con el mejor interés de la persona:

Nuestro objetivo es devolver el control de sus acciones a la propia persona tan rápidamente como se pueda. En la práctica, esto significa que cuando la persona se calma y recupera su compostura, el nivel de restricción aplicado a través de la intervención física debería reducirse sistemáticamente.

■ El uso de intervenciones físicas debería autorizarse para un período corto de tiempo y en concordancia con su mejor interés:

Las intervenciones físicas deberían verse como medidas a corto plazo. Deberían ir acompañadas siempre de unos planes cuyos pasos a seguir deberían minimizar su rol en el manejo de las conductas desafiantes. Debería marcarse un calendario de revisión de las intervenciones físicas para cada persona.

■ Las intervenciones físicas no deberían causar dolor o ansiedad:

Algunos métodos de intervención física implican la aplicación de una presión localizada en los dedos, muñeca o brazos por medio de ataduras u otros sistemas de inmovilización. El nivel de incomodidad y dolor experimentado por la persona puede aumentarse o disminuirse variando la cantidad de presión usada en la restricción. La amplitud por la que el dolor es infringido está directamente relacionada con la eficacia del procedimiento de inmovilización.

■ Las personas deberían tener una valoración individual para identificar contraindicaciones a las intervenciones físicas antes de que se aprueben:

Hay una serie de condiciones médicas que aumentan el riesgo de serias lesiones si se utilizan intervenciones físicas. Donde estén presentes estos factores es importante que se dé asesoramiento médico antes de que se apruebe cualquier intervención.

- Las personas que reciben una intervención física deberían ser evaluados periódicamente de signos de lesión o estrés psicológico:

La forma en que el personal responde a la persona después del uso de una intervención física tendrá una serie de implicaciones importantes. Por ejemplo, el manejo del período post-intervención es probable que afecte:

- a) Al bienestar psicológico de la persona.
- b) A la probabilidad de que la persona presente formas similares de conducta desafiante en el futuro.
- c) A la relación entre la persona y el personal.
- d) A la relación entre el personal y sus supervisores.

Por esta razón es importante asegurar que las personas no experimenten efectos adversos de forma permanente. El personal debería dar soporte y animar a comentar lo que ha sucedido y a restablecer sus actividades y rutinas habituales. No debería crearle ansiedad recordándole las consecuencias adversas si vuelve a suceder una conducta desafiante. El personal debería hacer esfuerzos positivos para reintegrar a la persona en su situación social cuanto más pronto pueda y ayudarle a restaurar las relaciones con amigos y compañeros.

Al nivel de servicio debe asegurarse que:

- La utilización de cualquier intervención física por parte del personal está bajo la forma de una directriz escrita.
- Todos los incidentes que implican el uso de una intervención física se registren clara, comprensible y rápidamente:

El registro sincero y preciso llevado a cabo por el personal proporciona un seguimiento permanente de los acontecimientos que rodean el uso de las intervenciones físicas. Éste tiene una serie de ventajas:

- a) Ayuda a prevenir tratamientos inapropiados de las personas.
- b) Proporciona protección al personal al que puede requerirse que dé detalles de sus acciones.
- c) Ayuda a controlar la implantación de la política y el uso de los procedimientos acordados.
- d) Indica la necesidad de acciones de manejo en respuesta al uso de intervenciones físicas no planificadas o de urgencia.
- e) Es una parte integral de un procedimiento de valoración del riesgo.

El registro no se llevará a cabo a menos que el personal esté convencido de que esto conduce a resultados prácticos positivos. Por lo tanto, es importante proporcionar al personal, de forma periódica, un claro "feedback" usando un resumen de los datos del registro. Los directores son responsables de asegurar que las sobrecargas de cada miembro del personal permitan que pueda registrarse.

El personal debería disponer de unas instrucciones claras de Cuándo registrar; Cómo registrar, y Cuándo informar a la dirección.

Los registros deberían mantener la confidencialidad, pero también deberían estar disponibles a toda persona autorizada sobre ello que visite el centro. Los directores son responsables de revisar periódicamente los registros del personal por los siguientes motivos:

- a) Para asegurar que el personal se ajusta (observa en sus actuaciones) a las políticas o protocolos.
- b) Para comprender las causas de las conductas desafiantes presentadas por los individuos.
- c) Para controlar los procedimientos acordados.
- d) Para iniciar reuniones de revisión en el caso de intervenciones no planificadas.

Las personas y sus familiares también deberían ser consultados cuando se están preparando o revisando las políticas, ya que éstos tienen derecho a estar implicados en el control de la buena práctica. Esto puede lograrse de diversas formas incluyendo el dar la oportunidad de crear comités de usuarios o forum para discutir el uso

de intervenciones físicas. Un mecanismo importante de salvaguarda de los intereses de los usuarios es un procedimiento de quejas efectivo. Cuando las personas son incapaces de participar en el control de la buena práctica y de quejarse, los defensores de sus derechos deberían representarles. Los defensores deberían seleccionarse, entrenarse y ser apoyados cuidadosamente y deberían ser completamente independientes de la entidad prestadora del servicio.

■ Todas las personas y sus familias y representantes deberían tener un acceso libre a un sistema efectivo de quejas.

Un sistema de quejas efectivo tiene tres características importantes:

1. Un mecanismo que permite a los directores responder rápidamente y afrontar las quejas cuando éstas aparecen.

2. Acceso a jueces o fiscales externos e independientes que consideren los incidentes serios o investiguen las quejas que no pueden ser resueltas satisfactoriamente por los directores del servicio.

3. Un ambiente seguro donde los usuarios del servicio se sientan libres de expresar quejas sin miedo a recriminaciones posteriores por parte del personal o de otros usuarios.

El recurso más importante que tiene el responsable de un servicio es un personal experimentado y formado. Personal temporal (para corta duración), la baja moral del personal, o las limitadas capacidades del personal pueden explicar los déficits de algunos servicios. De tal forma que estas circunstancias pueden conducir a un incremento del nivel de conductas desafiantes y, consecuentemente, un aumento en el uso de intervenciones físicas.

- Debe darse una consideración cuidadosa al impacto de la gestión de recursos humanos en el uso de intervenciones físicas.

Los responsables deberían preguntarse si los niveles de personal o sus competencias contribuyen a:

a) La frecuencia con que se emplean las intervenciones físicas

b) El número de intervenciones físicas no planificadas.

c) El número de heridas padecidas como consecuencia del uso de intervenciones físicas.

INTER

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE CONDUCTAS DESAFIANTES GRAVES Y USO DE INTERVENCIONES FÍSICAS EN FUNDACIÓN ULIAZPI

Todas las personas atendidas en Fundación Uliazpi cuentan con un **Plan de Programa Individual** (PPI) elaborado conjuntamente por la propia persona (o su familia, en la mayoría de los casos), por el profesional de atención directa (PAD) tutor y por el equipo multidisciplinar de técnicos. Dicho programa, que se revisa periódicamente, se basa en un análisis multidisciplinar de su calidad de vida que se concreta en la identificación de una serie de necesidades, puntos fuertes, limitaciones y objetivos a trabajar con cada persona.

En el caso de personas que presentan **conductas desafiantes graves**, el técnico correspondiente responsable elabora, como parte del programa de planificación individual (PPI), el consiguiente plan de intervención específico (**plan de apoyo conductual positivo**) dirigido no tanto a eliminar el problema de comportamiento, sino a mejorar su calidad de vida. Dicho plan se basa, en primer lugar, en el análisis de las diversas dimensiones que contemplamos en el constructo de **calidad de vida**:

- bienestar emocional
- bienestar físico
- bienestar material
- desarrollo personal
- relaciones interpersonales
- inclusión social
- autodeterminación
- derechos

En segundo lugar, el plan se basa en una amplia y profunda **evaluación conductual** (véase Ficha 1) que contempla los siguientes aspectos:

- **descripción de la persona** (capacidades en las diversas áreas, estado de salud, historia familiar, unidad de vida y programa de atención de día),
- **análisis funcional** (descripción e historia del problema, análisis ecológico, análisis de los antecedentes, análisis de los consecuentes, análisis del significado de la conducta),
- **análisis motivacional** (preferencias y posibles refuerzos para la persona) y
- **análisis de los mediadores** (capacidades, formación, valores y motivación de familiares y profesionales).

(continua en página 16)

INFORME DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL Y PLAN DE INTERVENCIÓN

(Véase el Plan de Intervención en Ficha 2)

Fecha del Informe:

Fecha de Remisión:

Periodo del Informe:

IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

D.N.I.:

Dirección:

Programa de Día:

Fuente de Remisión:

RAZONES POR LAS QUE HA SIDO REMITIDO

La persona ha sido remitida por _____ para una evaluación.

Los problemas concretos que presenta y que han sido identificados en el momento en el que ha sido remitida incluyen:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

FUENTE DE DATOS

Esta evaluación se basa en la información obtenida de las siguientes fuentes:

1. Observaciones de la conducta de la persona en _____;
2. Entrevistas con la familia de la persona y sus cuidadores;
3. Entrevistas con el personal del servicio, incluidos _____;
4. Una revisión de los informes del servicio y otros registros históricos;
5. Un inventario de refuerzos registrado por _____;

Ficha 1

INFORMACIÓN BÁSICA

A. Breve Descripción de la Persona:

- edad,
- sexo,
- diagnóstico,
- características físicas,
- habilidades cognitivas,
- habilidades comunicativas,
- capacidades motóricas y perceptivas,
- habilidades de autonomía personal,
- habilidades sociales,
- habilidades del hogar,
- habilidades comunitarias,
- habilidades de autodirección,
- habilidades de ocio y tiempo libre,
- habilidades ocupacionales y laborales,
- habilidades de salud y seguridad,
- habilidades académico-funcionales

B. Organización de la Unidad de Vida e Historia Familiar: ubicación y tipo de residencia, personas con la que convive, situación familiar...

C. Emplazamiento de Programa de Día: tipo, ubicación, actividades en las que participa...

D. Estado de Salud y Médico:

- Fecha de revisión más reciente
- Valoración general
- Problemas neurológicos
- Problemas circulatorios o cardíacos
- Problemas respiratorios
- Problemas digestivos
- Problemas urológico-ginecológicos
- Problemas visuales
- Problemas auditivos
- Problemas endocrinos
- Problemas musculares u óseos
- Problemas dermatológicos
- Reacciones alérgicas

- Hospitalizaciones
- Discapacidades físicas
- Actividad epiléptica (si no hay, valorar posibles episodios de ausencias y/o conductas repentinas descontroladas):
 - Tipo de crisis
 - Frecuencia
 - Última crisis
 - Efectos
- Medicación actual:
 - Fármaco
 - Dosis
 - Programa de tomas
 - Fecha inicio
 - Razones-Objetivos
- Historia de medicación:
 - Fármaco
 - Dosis
 - Programa de tomas
 - Fecha inicio
 - Fecha final
 - Impacto/efectos secundarios

E. Historia de Tratamiento:

- Servicios en los que ha sido atendido
- Programas recibidos
- Resultados obtenidos

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA

Se ha llevado a cabo un análisis funcional para las siguientes conductas: _____

- conducta 1 (análisis funcional 1):
- conducta 2 (análisis funcional 2):
- conducta 3 (análisis funcional 3):

Para cada conducta realizamos un análisis funcional. Este análisis intenta identificar los sucesos que controlan la emisión y la no-emisión de las conductas para aquellos problemas clínicamente importantes de forma que podamos diseñar las estrategias de intervención que mejor respondan a las necesidades de la persona.

Ficha 1

Esta evaluación se divide en seis niveles de análisis:

1. Descripción del Problema

Este análisis intenta describir la topografía actual de la conducta, el ciclo (inicio y fin) de la conducta (si es aplicable) y la intensidad de la conducta (e.d., tasa o frecuencia, duración, severidad):

- **Topografía:** se alude a la "forma" que presenta, se debe definir cada conducta en términos concretos, precisos, mensurables y observables según sus características físicas (qué hace exactamente la persona).
- **Ciclo:** se debe definir el criterio de inicio y fin de la conducta (cuándo empieza y cuándo acaba).
- **Curso/precursores:** se debe hacer referencia a presencia o ausencia de precursores, de indicios que anticipan la llegada inminente de la conducta (cómo es, aparece gradual o repentinamente...).
- **Intensidad:** es preciso definir la frecuencia durante una unidad de tiempo (por ejemplo, número de mordiscos por hora), la duración (segundos o minutos que dura el/los chillido/s) y la severidad (daños producidos en personas o entorno).

2. Historia del Problema

Este análisis presenta la historia reciente y a largo plazo del problema. El objetivo aquí es entender mejor la historia de aprendizaje de la persona y los sucesos históricos que pueden haber contribuido al problema(s):

- **Inicio:** se debe indicar cuándo apareció la conducta por primera vez.
- **Duración:** establecer la duración aproximada del problema.
- **Evolución - cambios:** hacer referencia a cualquier cambio en la frecuencia o severidad de la conducta. Si ha habido un aumento o disminución recientes, indicar qué posibles factores han contribuido a ello.

3. Análisis Ecológico

Este análisis intenta identificar aquellas características del entorno físico, el sistema social y de relación interpersonal, así como las características programáticas que pueden estar influyendo en la presencia del problema. Algunos de los factores (puede haber otros) a considerar pueden ser los siguientes:

- las expectativas de la persona sobre el entorno,
- las expectativas de otros sobre el entorno relacionado con la persona,
- la naturaleza de los materiales y objetos físicos disponibles para la persona,
- los refuerzos y preferencias de los materiales/actividades disponibles,
- la naturaleza de las actividades en las que la persona participa en términos de dificultad, novedad, interés, etc.,
- el número de personas presentes en el entorno de la persona,
- la conducta de otras personas en el entorno de la persona,
- las poluciones ambientales tales como ruido, hacinamiento, etc.,
- los cambios repentinos en la vida de la persona,
- las capacidades y habilidades adaptativas en relación con las demandas del entorno,

- la accesibilidad y efectividad de los reforzadores,
- la variedad de los materiales/actividades disponibles,
- la variedad de organización grupal utilizada,
- las oportunidades de interacción con otras personas incluyendo personas sin discapacidad,
- la naturaleza de las estrategias instructivas usadas en los programas,
- la variedad y naturaleza de los entornos a los que tiene acceso la persona...

4. Análisis de los Antecedentes

El análisis de los antecedentes intenta identificar las condiciones que controlan la conducta problema. Algunos antecedentes específicos explorados incluyen el lugar, personas específicas, horas del día/semana /mes y sucesos específicos que pueden ocurrir regularmente en la vida cotidiana de la persona:

- **Entornos/localizaciones:** se debe hacer referencia a los entornos y lugares donde la conducta es más y menos probable que ocurra.
- **Personas:** indicar las características de las personas en cuya presencia es más o menos probable que ocurra la conducta.
- **Hora:** indicar las horas del día, semana, mes y estación del año en los que es más y menos probable que ocurra la conducta.
- **Actividades:** indicar en qué actividades es más y menos probable que ocurra.
- **Eventos inmediatos:** describir todos aquellos eventos específicos que inmediatamente preceden la ocurrencia de la conducta (una instrucción, ruido, una persona que entra en la sala...).

5. Análisis de Consecuentes

El análisis de consecuentes intenta identificar las reacciones y los estilos de manejo que pueden contribuir a y/o aminorar los problemas actuales. También se centra en los efectos que las conductas pueden tener en el ambiente físico y social, en las posibles funciones de las conductas problema y en los posibles sucesos que pueden servir para mantener o inhibir su ocurrencia:

- **Reacciones:** indicar las reacciones que tienen las otras personas presentes ante la conducta.
- **Manejo:** indicar qué pautas se vienen utilizando para manejar la conducta.
- **Eventos que la mantienen:** describir los eventos que pueden estar actuando para mantener o reforzar la conducta.

6. Análisis del Significado (hipótesis)

El análisis del significado es la culminación de los análisis anteriores e intenta identificar las funciones para las que sirven las conductas problema. Estas posibles funciones pueden incluir la comunicación, iniciar/mantener la interacción, incrementar/disminuir el input sensorial, consecución de eventos del entorno, escape/huida de sucesos no placenteros, etc.

Ficha 1

ANÁLISIS MOTIVACIONAL

Se lleva a cabo con la finalidad de identificar los sucesos que se pueden usar de forma efectiva como refuerzos positivos dentro del programa que se diseñe para disminuir los problemas de conducta identificados y para desarrollar habilidades adaptadas, funcionales y apropiadas a la edad cronológica. En función de dicho análisis, se identifican y priorizan los posibles reforzadores y preferencias que pueden ser útiles para mejorar la motivación y satisfacción de la persona.

ANÁLISIS DE LOS MEDIADORES

Se lleva a cabo con el objetivo de identificar a aquellas personas que van a ser las responsables de poner en marcha la intervención conductual, sus capacidades y habilidades para llevar a cabo el plan de intervención recomendado teniendo en cuenta las demandas de tiempo, energía, y las limitaciones impuestas por el contexto específico, así como la motivación e interés en utilizar los procedimientos de intervención como se han recomendado. Asimismo, se analizan sus necesidades de sensibilización en valores, formación teórica y entrenamiento práctico para llevar a cabo adecuadamente todos y cada uno de los puntos del plan de apoyo diseñado.

(viene de la página 10)

Y de acuerdo con el **modelo de intervención multicomponente** (véase Ficha 2) que tenemos establecido contemplando tanto

Estrategias proactivas:

- **Manipulaciones ecológicas** (en factores físicos, interpersonales o programáticos)
- **Programación positiva** (enseñanza de habilidades generales, enseñanza de habilidades alternativas funcionalmente equivalentes, enseñanza de habilidades alternativas funcionalmente relacionadas y enseñanza de habilidades de autocontrol y adaptación personal) y
- **Tratamiento directo o apoyo protésico** (programas de reforzamiento diferencial RDO, RDB, RDA, control de antecedentes, saciación de estímulos...),

como **Estrategias reactivas:**

- Ignorar
- Redirigir
- Retroalimentar
- Entrenar
- Escuchar activamente
- Cambiar estímulos
- Usar intervenciones físicas restrictivas

(Para una descripción teórica más amplia acerca de los fundamentos y puntos constitutivos de los planes de apoyo conductual, véase Rueda, 2002)

Puede ser preciso, además, valorar la posible conveniencia de un tratamiento farmacológico u otro tipo de intervención a nivel médico complementario (nunca único o sustitutivo) y fruto de un adecuado trabajo multidisciplinar.

PLAN DE INTERVENCIÓN (APOYO) RECOMENDADO

A. METAS A LARGO PLAZO

Los objetivos a largo plazo para la persona pueden ser obtener resultados clínicos (eliminar o disminuir las conductas problemáticas), funcionales (mejorar sus capacidades y participación) y personales (mejorar su calidad de vida de acuerdo con las 8 dimensiones contempladas), dando preponderancia a éstos últimos.

B. OBJETIVOS CONDUCTUALES A CORTO PLAZO

Se seleccionan unos objetivos más concretos y mensurables pensando en las necesidades prioritarias de la persona y siendo realistas dado su nivel de funcionamiento en este momento. Se pueden establecer objetivos adicionales en función del éxito o fracaso de los procedimientos de intervención recomendados. Cada objetivo debe contener la siguiente información:

- la descripción de la conducta a modificar,
- la naturaleza del cambio esperado (disminución, mantenimiento, incremento, aparición...),
- una referencia en términos mensurables del cambio esperado (por ejemplo, frecuencia, duración, porcentaje de ocurrencia...),
- una referencia del tiempo que se considera necesario para la ocurrencia del cambio.

De esta manera:

Conducta A, B, C _____:
 Reducir/incrementar/mantener la frecuencia/tasa/porcentaje/duración de _____ a / del nivel de línea base de _____ a _____ dentro de un periodo de _____ desde el inicio de la intervención, y _____ dentro de un periodo de _____.

Por ejemplo:

- Reducir la conducta de "morder" de 25 veces por semana a 10 veces por semana en 3 meses.
- Incrementar la conducta comunicativa de petición de ayuda de 1 vez por semana a 5 veces por semana en 2 meses.

C. PROCEDIMIENTOS DE OBSERVACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS

(véanse ejemplos en anexo 1)

Procedimientos:

a. **Estrategia de Muestreo de Intervalos.** Cada _____ periodo de _____ minutos a lo largo del día, el personal debe indicar la presencia de las siguientes conductas objetivo:

Ficha 2

- 1)
- 2)
- 3)

b. Estrategia de Registro de Episodios (Frecuencia). Se debe utilizar el procedimiento de registro de episodios, en el cual se registra cada ocurrencia de _____, en un impreso de registro de datos concreto.

c. Registros anecdóticos ABC. La ocurrencia de cada una de las conductas se debe registrar usando el procedimiento narrativo estructurado de "Antecedentes-Conductas-Consecuentes". Se registra la siguiente información en una Hoja de Registro ABC:

- 1) Fecha del episodio
- 2) Hora del episodio
- 3) Cada topografía concreta
- 4) Personas presentes
- 5) La actividad que se realizaba en ese momento
- 6) El lugar en el cual ocurre la conducta
- 7) Los antecedentes inmediatos que preceden la conducta
- 8) Descripción de las interacciones, conversaciones precedentes inmediatas, etc..
- 9) Las consecuencias o reacciones que siguen a la conducta.
- 10) Impresiones sobre la conducta

d. Resumen de Datos. Se debe resumir la siguiente información en base diaria/semanal/mensual para la:

- 1) Frecuencia de los episodios concretos
- 2) Duración de los sucesos o episodios
- 3) Frecuencia de los sucesos antecedentes
- 4) Porcentaje de ocurrencias por oportunidad.

e. Gráficos. La siguiente información se representará en gráficas en base diaria/semanal/mensual:

- 1)
- 2)
- 3)

Fiabilidad de la Observación

Llevar a cabo comprobaciones de la fiabilidad de las Observaciones como mínimo _____ para cada conducta objetivo, resumir los resultados en un impreso específico y conseguir o mantener puntuaciones de fiabilidad del 85%.

Fiabilidad del Procedimiento

Llevar a cabo comprobaciones de fiabilidad del procedimiento como mínimo _____ para cada una de las conductas objetivo. Resumir los resultados en un impreso específico y conseguir o mantener las puntuaciones de fiabilidad en el 85%.

D. PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN

La intervención se organiza alrededor de cinco ejes: Manipulaciones Ecológicas, Programación Positiva, Estrategias de Tratamiento Directo, Estrategias Reactivas y Desarrollo de Personal.

1. Manipulaciones Ecológicas

Muchos problemas de conducta son el reflejo de conflictos entre las necesidades individuales de la persona y el contexto ambiental o interpersonal en el cual la persona debe vivir o trabajar. Como parte de la evaluación anterior, se identifican posibles factores contextuales (ecológicos) al modificar los cuales es posible que la conducta de la persona pueda cambiar como consecuencia de una mejor adecuación entre las necesidades de la persona y el entorno en el que se desenvuelve:

- a. **Factores físicos** (intervenir sobre ambiente, ruido, luz, hacinamiento, etc.).
- b. **Factores programáticos** (intervenir sobre aspectos de elección, predictibilidad, control, motivación, curriculum, características de las actividades y tareas, estrategias instructivas...).
- c. **Factores interpersonales** (intervenir sobre expectativas, tipo de trato, interacciones, relaciones variadas y significativas...).

2. Programación Positiva

Los problemas de conducta frecuentemente ocurren en entornos que no dan a la persona oportunidades de usar y aprender conductas adaptadas y apropiadas a su edad cronológica. Se puede afirmar que los entornos que proporcionan programas que estimulan el desarrollo de habilidades domésticas funcionales, vocacionales, recreativas y comunitarias en general son, en cuanto a procedimiento, realmente importantes en nuestros esfuerzos por disminuir los problemas de conducta. La programación positiva, por lo tanto, debería ser efectiva no sólo para que la persona desarrolle nuevas conductas funcionales, sino también para reducir la ocurrencia de las conductas problemáticas. Las estrategias de Programación Positiva se organizan alrededor de cuatro grandes áreas: Enseñanza de Habilidades Adaptadas Generales, Enseñanza de Habilidades Funcionalmente Equivalentes, Enseñanza de Habilidades Funcionalmente Relacionadas y Enseñanza de Habilidades de Autocontrol y Adaptación.

- a) **Habilidades Adaptadas Generales.** El objetivo de enseñar estas habilidades es dotar a la persona de una mayor independencia. Haciendo esto, la persona tendrá menos necesidad de depender de otros para responder a sus necesidades y será menos probable que entre en conflicto con un ambiente que a menudo puede ser aversivo. Se recomienda trabajar y desarrollar las siguientes áreas de habilidades:

Ficha 2

- Área de Autonomía Personal.
- Área de Hogar y Tareas Domésticas.
- Área de Ocio y Tiempo Libre.
- Área Comunitaria.
- Área Ocupacional - Laboral.

Se recomienda seleccionar como mínimo dos habilidades de entrenamiento para cada una de estas áreas. Se debe hacer un inventario ecológico y un análisis de tareas para cada una de las actividades seleccionadas y se debe hacer una línea base de la capacidad de la persona en estas áreas. Se debe usar un método de registro de "nivel de apoyo". Las sesiones de entrenamiento se deben programar de forma individual. Una vez hecho esto se debe seleccionar una estrategia apropiada de presentación de la tarea (entrenamiento total de la tarea, encadenamiento hacia delante, encadenamiento hacia atrás, entrenamiento parcial de unos pasos). Las actividades y habilidades deben ser funcionales, apropiadas a la edad cronológica y realizadas en entornos comunitarios socialmente integrados.

b) Habilidades Funcionalmente Equivalentes. Las personas presentan problemas de conducta por razones totalmente legítimas. Utilizan estas conductas para comunicar mensajes importantes, para manejar emociones desagradables, para escapar de sucesos desagradables y para obtener acceso a objetos o actividades. Una estrategia para ayudar a las personas a superar sus problemas de conducta es dotarles de formas alternativas para satisfacer sus necesidades. Estas alternativas se definen como habilidades funcionalmente equivalentes debido a que consiguen el mismo objetivo que los problemas de conducta.

- Entrenamiento en Comunicación (diversas funciones, diversas formas).
- Entrenamiento en Autonomía.
- Habilidades Sociales.

c) Habilidades Funcionalmente Relacionadas. Hay muchas otras conductas que si fueran aprendidas por la persona, podrían tener un impacto directo en su conducta. Por ejemplo, si a una persona se le enseña a discriminar entre sustancias comestibles y no comestibles podría dejar de comer sustancias no comestibles; si se enseña a una persona a prepararse la merienda podría dejar de robar comida, si se le permite elegir o anticipar puede ejercer un mayor control sobre su entorno:

- Entrenamiento en Discriminación.
- Elección.
- Predictibilidad y Control.
- Normas.
- Control de estímulos.

d) Enseñanza de Estrategias de Autocontrol y Adaptación personal. Muchas de las conductas problemáticas más serias son el reflejo de la dificultad de la persona para afrontar sus emociones negativas (por ejemplo, ansiedad, miedo, angustia). Ante estas emociones las personas pueden aprender formas de afrontarlas que son potencialmente peligrosas o estigmatizantes. Estas habilidades tratan de posibilitar a la persona el adaptarse y tolerar un entorno que, o bien no puede ser modificado, o bien no puede responder a sus necesidades en un determinado momento:

- **Desensibilización**
- **Entrenamiento en relajación**
- **Moldeamiento** (de la espera, por ejemplo)

3. Estrategias de Tratamiento Directo

Son una serie de estrategias capaces de disminuir las conductas problemáticas.

- a) **Reforzamiento Diferencial de otras Conductas (RDO)**
- b) **Reforzamiento Diferencial de Baja Tasa de Respuestas (RDB)**
- c) **Reforzamiento Diferencial de Respuestas Alternativas (RDA)**
- d) **Control de Estímulos o de Antecedentes**
- e) **Saciación de Estímulos**
- f) **Técnicas médicas (tratamiento farmacológico, por ejemplo)**

4. Estrategias Reactivas

Son las estrategias de intervención inmediata para evitar lesiones en las personas o daños en las cosas:

- a) Ignorar
- b) Redirigir
- c) Retroalimentar
- d) Entrenar
- e) Escuchar activamente
- f) Cambiar estímulos
- g) Aplicar intervenciones físicas (interposición, inmovilización...)

5. Desarrollo del Personal

En la adecuada implementación de un plan de apoyo o intervención es muy importante tener en cuenta el personal implicado en el mismo y considerar y trabajar de manera explícita los siguientes puntos:

- formación en valores y ética,
- formación técnica,
- entrenamiento práctico in situ,

Ficha 2

- supervisión y feedback,
- participación en el diseño del plan,
- consenso del equipo,
- motivación,
- apoyo emocional ...

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

- dificultades anticipadas
- recursos adicionales/servicios requeridos
- estrategias de evaluación de resultados

Nombre del Autor

Titulación y Puesto de Trabajo

(viene de la página 16)

Asimismo, en todo momento, deberemos analizar también los aspectos relacionados con el **desarrollo del personal** implicado en el desarrollo del plan (formación en valores y ética, formación técnica, entrenamiento práctico in situ, supervisión y feedback, participación en el diseño del plan, consenso del equipo, motivación, apoyo emocional del profesional...).

Como acabamos de señalar al mencionar las posibles estrategias reactivas, puede valorarse y utilizarse, **como parte del plan, en ciertos casos y como último recurso** y respetando una serie de principios y procedimientos de control (**ver en introducción**), una **intervención física** en cualquiera de las tres **modalidades** que contemplamos:

- **Materiales o equipamientos** que restringen el movimiento (correas, manoplas, férulas...).
- **Barreras** (disposición de muebles, puertas cerradas, pestillos...) y
- **Contacto físico directo** (sostener la mano, sentarse encima, inmovilizar...).

El plan de intervención general se mantiene mientras tengan continuidad las conductas desafiantes y es **revisado** por el técnico responsable (en algún caso, con el apoyo del responsable psicopedagógico de la Fundación) **como mínimo una** vez al año con la elaboración del consiguiente **informe de progreso** (véase Ficha 3) (análisis de los datos recogidos y actualización de las estrategias de intervención y apoyo), del cual se informa a los profesionales implicados y a la familia.

INFORME DE PROGRESO

Fecha:

Fecha del Informe de Evaluación Conductual y Plan de Intervención Inicial:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Centro:

INFORMACIÓN HISTÓRICA

Esta sección no se ha diseñado para ser una exposición minuciosa de la historia o antecedentes de la persona. Esto ya se ha hecho en la evaluación inicial (Informe de Evaluación Conductual). Se pretende que sea una revisión del material histórico relevante que puede jugar un papel en el progreso total como función de la intervención. A continuación se desarrolla el material que debería incluirse en esta sección. No es preciso organizar este material bajo encabezamientos separados, puesto que el material representa una sinopsis y puesta al día de material ya presentado.

A. Breve Descripción de la Persona. Esta sección debería incluir una descripción narrativa breve de la información que identifica a la persona incluyendo las características físicas, edad, sexo, diagnóstico y nivel de habilidades adaptativas y de funcionamiento general. Podría incluirse información adicional que sea relevante en relación con su funcionamiento cognitivo y nivel de habilidades generales, si disponemos de tests recientes o a través de la experiencia.

B. Organización de la Unidad de Vida. En esta sección debería incluirse una breve descripción de la situación de vida actual, indicando con quién vive y la localización de la vivienda-residencia. Si no ha habido grandes cambios en la situación residencial de la persona desde que se hizo la evaluación inicial, esto debe indicar (por ejemplo, Matías sigue viviendo en el grupo 5 junto con los mismos compañeros y el mismo personal). Si ha habido cambios en la situación residencial, composición de la unidad de vida, o cualquier otra cuestión que puede tener un impacto en la calidad de vida de la persona, integridad conductual, o la probabilidad de que los programas se hubiesen desechado o fuesen mal llevados (por ejemplo, una programación discontinua, personal no cooperativo, falta de personal para realizar el programa, dificultades familiares, cambios en la estructura residencial o en la gestión, etc.), dicha información debería incluirse en esta sección.

Ficha 3

C. Emplazamiento del Programa de Día. Esta sección debería incluir una breve descripción del tipo de programa de día actual de la persona, incluyendo su ubicación y nombre. Si no ha habido cambios desde la evaluación inicial, también debería reflejarse (por ejemplo, su situación en este entorno desde nuestra evaluación no ha cambiado).

Sin embargo, si ha habido algún cambio en el tipo, naturaleza, o ubicación del programa, esto debería hacerse constar en esta sección. También debería informarse aquí de cualquier cuestión, problema o incidente en la situación que pueda tener un impacto en la participación continuada de la persona en el programa y/o la capacidad de los mediadores para llevar a cabo una programación efectiva (por ejemplo, recursos de personal, cambios filosóficos, cooperación, etc.).

D. Estado de Salud y Médico. Esta sección debería incluir una brevísima descripción del estado de salud actual de la persona desde el período de evaluación (por ejemplo: Juan sigue teniendo una buena salud, y no ha tenido problemas médicos que puedan tener un impacto sobre la efectividad del plan de intervención conductual). Si ha habido algún cambio en el estado de salud (por ejemplo: enfermedades, intervenciones quirúrgicas, actividad epiléptica) debería informarse aquí. Además, cualquier impacto sospechoso en el plan de intervención conductual, en la calidad de vida de la persona, debería ponerse aquí. También se debería informar si la persona está recibiendo medicación, la medicación actual, incluyendo tipo, dosis y tomas. Si no se le ha modificado la medicación desde la última evaluación, también se debería informar, aunque sea brevemente. Si ha habido cambios en cualquier aspecto del régimen de medicación, debería presentarse una descripción de los mismos (cambios del tipo de medicación, dosis de la medicación, y horario de administración de la medicación). Las razones para el cambio y los resultados del cambio también deberían incluirse.

E. Tratamiento actual. Esta sección debería incluir una breve puesta al día del tratamiento que la persona puede estar recibiendo aparte de la intervención conductual objeto de este informe.

F. Razones para la Intervención. Esta sección debería describir brevemente las razones originales para que se determinara la intervención en el caso, así como cualquier cuestión específica que haya sucedido desde la remisión o decisión de actuación en el caso.

RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN

A. Descripción de los Servicios. En esta sección, se hace una breve referencia relativa a la naturaleza e intensidad de los servicios de intervención. La descripción debería incluir el tipo de servicio o programa (por ejemplo: servicios o programas de consulta conductual, servicios o programas de intervención conductual, servicios o programas de intervención intensiva, servicios o programas de formación de personal), las fechas que abarca el servicio o programa (desde enero de 1995 hasta diciembre de 1999), dónde se han prestado los servicios o programas (por ejemplo: hogar, escuela, taller, hogar y taller), la

frecuencia de la prestación del servicio o programa (por ejemplo: una vez al mes, semanalmente, 5 horas al día) y quién ha participado en la prestación del servicio o programa (por ejemplo: madre, profesor, cuidador). Algún ejemplo de cómo puede estructurarse una descripción de servicios o programas típica se presenta a continuación:

"El programa de intervención conductual se ha proporcionado desde el 1/11/1995 hasta 31/12/1999. El programa se proporcionó a razón de 8 horas al mes. Se llevaron a cabo dos visitas al mes tanto al hogar como al taller. Los participantes clave durante estas sesiones incluían aAdemás, como parte de la prestación del servicio, se llevó a cabo una reunión con los responsables del taller para coordinar la consistencia de la prestación del programa en esta situación".

"Mikel ha estado en un hogar de grupo en la comunidad desde el mes de septiembre de 1995, recibiendo 5 horas al día, durante siete días a la semana un programa de intervención conductual prestado por una ratio de personal de 1 a 2".

B. Conductas Objetivo y Definiciones Operativas. En esta sección, se hace una lista de las conductas identificadas durante la evaluación para la intervención. Se debería presentar aquí la etiqueta específica dada a cada una de ellas (por ejemplo: agresión, autolesión) y una definición operativa de cada una de ellas. Por ejemplo:

1. **Agresión.** Esta conducta se ha definido como "pegar a otros con el puño cerrado". La conducta se ha registrado cada vez que el individuo toca a otro con los nudillos de su mano cuando dicha mano esta cerrada.

2. **Conducta Autolesiva.** Esta conducta se ha definido como "golpearse a sí mismo con la mano abierta con suficiente fuerza para que el pelo de la persona se aplaste, y/o el golpe pueda ser oído a una distancia de 15 metros".

3. **Desobediencia.** Esta conducta se ha definido como el "fracaso para iniciar una actividad que se le requiere, o empezar a alejarse del lugar donde la actividad puede iniciarse dentro de los 15 segundos después de la primera instrucción".

C. Conductas Objetivo Adicionales y Análisis Funcional. En esta sección, se hace una lista de cualquier conducta objetivo adicional detectada durante el período de intervención que no hubiese sido informada y analizada en la evaluación original o en otros informes previos y sobre la cual se ha intervenido. El formato que se presenta a continuación para informar de estos análisis funcionales adicionales es idéntico al utilizado en el informe de evaluación.

Conducta Objetivo 1.

a. **Descripción del Problema.** Cada conducta debería definirse incluyendo la topografía, curso, ciclo y medidas de severidad. Se debería informar sobre la tasa actual y las medidas de severidad o mejor estimación.

Ficha 3

b. Historia del Problema. El comienzo y duración del problema actual se debería indicar. Cualquier aumento o disminución reciente de la conducta también debería señalarse. Además, también se deberían indicar los indicios y/o especulaciones en relación con cualquier acontecimiento que pueden haber contribuido a una exacerbación del problema(s).

c. Análisis Ecológico. Esta sección debería describir el sistema que rodea la conducta objetivo, incluyendo las características físicas del ambiente, el sistema social y oportunidades de interacciones interpersonales, y las características del programa.

d. Acontecimientos Antecedentes. Los acontecimientos específicos que normalmente preceden a las conductas problema también deberían describirse. Esto debería incluir la consideración de actividades específicas, hora del día, lugar, personas, tarea y otras demandas (por ejemplo: sociales), etc. Además, las condiciones asociadas con bajas probabilidades de conductas objetivo también deberían estar claramente identificadas. Finalmente, deberían discutirse y considerarse las hipótesis de que la conducta objetivo podría ser una respuesta elicitada.

e. Acontecimientos Consecuentes. Deberían describirse las reacciones de otros a la conducta. También deberían describirse los métodos anteriores utilizados para manejar el problema, así como los resultados de aquellos esfuerzos, con referencias transversales apropiadas a la sección de Tratamiento Actual y Previo. Finalmente, también deberían describirse los acontecimientos que pueden estar actuando en el mantenimiento o reforzamiento del problema actual.

f. Impresiones y Análisis del Significado. En esta sección deberían indicarse las hipótesis relacionadas con la función y/o papel comunicativo que la conducta puede estar sirviendo al individuo. Además, estas hipótesis deberían sugerir algunas estrategias generales para la intervención que podrían describirse en esta sección del informe.

D. Procedimientos de Intervención

1. Revisión de los Métodos Descritos Previamente. En esta sección, se describen brevemente los métodos de tratamiento para cada conducta objetivo utilizados durante este periodo. No se precisa de una descripción detallada, puesto que se presentó en el Plan de Evaluación y Tratamiento original. Por ejemplo:

"Las siguientes estrategias de intervención se han utilizado durante este periodo para ayudar a Juan a controlar mejor su conducta":

- (I) Estrategias Ecológicas que han incluido cambios en la dirección de las prácticas del personal, y la reorganización de las tareas presentadas durante el tiempo de programación en el hogar;*
- (II) Estrategias de Programación Positiva que han incluido la enseñanza del uso del inodoro, entrenamiento en hacer elecciones, entrenamiento de la relajación y contracondicionamiento a la fobia animal*

(III) un programa de obediencia general

(IV) (IV) Estrategias de tratamiento directo (un programa de RDO de 2 horas en el que Juan era reforzado cuando no presentaba agresión), y

(V) Estrategias reactivas como la escucha activa en la que el personal intentaba ayudar a Juan a expresar su frustración".

2. Procedimientos de Intervención Adicionales. En esta sección, hacer una lista y detallar los programas adicionales iniciados durante este periodo que no estaban informados en la evaluación o en los informes de progreso anteriores. Estos programas deberían describirse en detalle, puesto que no han sido descritos previamente.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

En esta sección se presentan los datos objetivos que son la base por la que se evaluará la efectividad de todo el tratamiento.

A. En esta sección (el primer párrafo de esta sección) describir el marco temporal utilizado para evaluar el progreso del individuo (por ejemplo: semanalmente, mensualmente, diariamente) y de dónde se derivan los datos de la evaluación (por ejemplo: registros objetivos mantenidos por el personal del hogar, informaciones verbales de los padres). Por ejemplo:

" Abajo se presentan una comparación de tasas de línea de base, y tasas al final de cada mes de prestación del programa. Estos datos se basan en la información proporcionada por los padres de Juan, dada verbalmente, y en la recogida de datos objetivos por parte del cuidador en el hogar".

" Abajo se presentan una comparación de tasas de línea de base, y tasas al final de cada mes de prestación del programa. Estos datos están basados en las observaciones hechas por el personal del hogar. Se utilizaron registros de frecuencia diaria para la agresión y autolesión, por otro lado, se utilizó un programa de muestreo de intervalo discontinuo de 1 minuto para los cuatro tipos de conducta autoestimuladora. Una estrategia de "pla-check" se ha utilizado para determinar el porcentaje de interacciones del personal con el individuo. "

B. Resumen de Datos del Individuo. En esta sección, se presentan los datos actuales sobre el individuo en la forma que se describe más adelante. Cada columna de la tabla representa una conducta objetivo específica durante un periodo de tiempo determinado (semana, mes, trimestre). Las conductas objetivo deberían disponerse en la parte superior de la tabla, y el periodo de evaluación debería ponerse abajo en la parte izquierda de la tabla. Los niveles de línea de base deberían estar representados en lo más alto debajo de las etiquetas. Los datos más recientes deberían estar representados cerca de la base de la tabla. En la base de la tabla, deberían presentarse los objetivos específicos estimados para el período de información. Un signo "+" debería colocarse próximo al objetivo si éste ha sido satisfecho, y un signo "-" si el objetivo no se ha cumplido. Por ejemplo:

Ficha 3

Período de Evaluación	Conductas / Habilidades Objetivo			
	Agresión	Autolesión	Se orina en los pantalones	Sentarse en la mesa
Meses				
L.B. 1/1/92	3/ Mes	2/ Semana	7/ Semana	4.0Asist.
2/92	2/ Mes	2/ Semana	3/ Semana	4. Asist.
3/92	1/ Mes	1/ Semana	2/ Semana	3.0.Asist.
Objetivo 3/30/92	1/ Mes +	5/ Semana -	2/ Semana +	1.5. Asist. -

Y/ O Gráfica

EVALUACIÓN DEL PROGRESO

A. Resumen del Progreso. En esta sección se ha presentado y discutido el progreso total del cliente durante el periodo de intervención.

1. Dar un resumen general de los resultados (por ejemplo: "los resultados de la intervención durante este periodo han sido excelentes") y de su calidad de vida actual.
2. Describir el número de objetivos que se han satisfecho y el número de los que no han sido satisfechos. Describir también las razones del fracaso de los objetivos específicos a satisfacer, por ejemplo:

"Juan consiguió 2 de los 4 objetivos durante este periodo. Mientras no satisfizo el objetivo de autolesiones, sí que se ha notado un cambio positivo. Una infección de oído durante este periodo puede haber contribuido a su lento progreso. Juan mostró un progreso en el sentarse en la mesa, pero no ha logrado el objetivo especificado. Esto puede haber sido una función de la situación del objetivo en que en sus etapas iniciales estaba a un nivel muy alto".

3. Discutir cada objetivo brevemente. Describir los factores que pueden haber contribuido al progreso del individuo, o la falta de ellos.

B. Análisis de los Mediadores. En esta sección se describe la participación de los Mediadores (por ejemplo: familiares, personal, etc.) en el programa. Describe factores tales como el seguimiento de los programas y el impacto sobre la conducta del individuo, éxitos específicos conseguidos por los mediadores, así como también los problemas, la motivación y cooperación de los mediadores. Describe problemas haciendo y manteniendo citas y cancelaciones de citas. Describe cualquier cuestión o acontecimiento que pueda ahora o en el futuro, impedir el progreso del entrenamiento y/o programa. Describe la habilidad

Ficha 3

continuada de los mediadores para llevar a cabo las estrategias de intervención, la capacidad para aprender los métodos de tratamiento. Describe cualquier recurso adicional que pueda precisarse de cara a asegurar el éxito del programa (por ejemplo: horas de consulta adicionales, intervención intensiva, respiro, etc.).

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

- A. Dar una valoración global de la intervención hasta el momento actual.
- B. Resumir algunos problemas que pueden tener un impacto en la programación futura.
- C. Dar recomendaciones en relación a los servicios o programas conductuales a futuro (por ejemplo: terminar, continuar, modificar)
- D. Proporcionar una justificación para la continuidad, finalización o modificación del programa o servicio.
- E. Especificar qué otros programas o servicios puede que necesite la persona (por ejemplo: lenguaje, médicos).
- F. Si se ha recomendado la continuidad del programa o servicio, especificar el mismo, el lugar, el número de horas que se precisarán.
- G. Describe las estrategias para la retirada del programa o servicio y el entrenamiento de la generalización.
- H. Deberían presentarse también nuevos objetivos para el siguiente trimestre para cada conducta objetivo.

Firmado:

Categoría Profesional:

(viene de la página 22)

En el caso de plantearse el uso de una intervención física, el técnico correspondiente debe **diseñar y explicitar por escrito la descripción de la intervención** recogiendo los siguientes aspectos (véase la Ficha 4):

- nombre de la persona
- descripción de la conducta que requiere el uso de la IF
- tipo de IF
- situación en la que es preciso su uso
- personal necesario
- papel de cada profesional
- duración de la IF
- cuándo y cómo terminar su uso
- cómo tratar a la persona después
- tipo de registro.

Ficha 4

PLAN DE INTERVENCIÓN FÍSICA

Nombre de la persona::

Descripción de la conducta o conductas que requieren del uso de la intervención física:

Descripción de la intervención física

- Tipo:
- Situación concreta en que debe emplearse:
- Personal necesario para su uso:
- Papel de cada profesional en su uso:
- Duración:
- Frecuencia:
- Cuándo y cómo terminar su aplicación:
- Cómo tratar a la persona después:
- Cómo registrar y notificar:
- Observaciones:

- Persona que elabora el plan:
- Fecha:

(viene de la página 29)

y los registros a efectuar de su aplicación, contemplando los siguientes puntos (véase la Ficha 5):

- nombre
- fecha y hora
- lugar y actividad
- intervención planificada o no
- profesionales y compañeros implicados
- descripción de los hechos
- estrategias previas utilizadas
- tipo y duración de la IF utilizada
- daños y efectos psicológicos en la persona, compañeros, profesionales y entorno

Ficha 5

REGISTRO DE INTERVENCIÓN FÍSICA

- Nombre de la persona:
- Fecha:
- Hora:
- Lugar y actividad:
- Intervención planificada o no planificada:
- Profesionales implicados:
- Compañeros implicados:
- Otros testigos:
- Descripción de los hechos que llevaron al incidente:

- Descripción de las estrategias utilizadas previas a la intervención física:

- Tipo y duración de la intervención física utilizada:

- Daños y efectos psicológicos en la persona, compañeros, profesionales y entorno:

- Observaciones:

- Persona que registra:

(viene de la página 31)

Asimismo, se ponen en marcha los diversos **mecanismos de control** que hemos establecido hasta el momento:

- **evaluaciones de riesgos,**
- **información y consentimiento familiar,**
- **revisiones periódicas en equipo.**

También en el caso de las intervenciones químicas, es preciso arbitrar mecanismos de información, de control y de revisión.

El técnico responsable realiza la oportuna **evaluación de riesgos** (según el modelo que tenemos establecido, véase la Ficha 6) para sopesar los posibles riesgos y beneficios de la aplicación tal intervención, aceptando su uso en el caso de que los posibles beneficios sean superiores a los riesgos en su aplicación.

VALORACIÓN DEL RIESGO EN LAS INTERVENCIONES FÍSICAS

Nombre de la persona:

Fecha:

Nombre de la persona que hace la evaluación:

Tipo(s) de Intervención(es) Física(s):

Consecuencias previstas

	Con Intervención Física	Sin Intervención Física
Individuo		
Compañeros		
Personal		
Propiedad		
Otros		

Ficha 6

Beneficios para usar la Intervención Física

	Con Intervención Física
Individuo	
Compañeros	
Personal	
Propiedad	
Otros	

Informe valorativo de los riesgos y beneficios para determinar si se lleva a cabo o no el Plan de Intervención Física:

(viene de la página 32)

El técnico responsable **informa de forma exhaustiva y comprensible**, por un lado, al equipo técnico-directivo del centro y a los profesionales de atención directa (PAD) implicados y, por otro, **a la familia** del plan de intervención en general y del plan de intervención física en particular. Ésta última, en su caso, da su **consentimiento** por escrito (según modelo establecido, véase la Ficha 7).

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UTILIZACIÓN DE INTERVENCIONES FÍSICAS

A. IDENTIFICACIÓN

Nombre del técnico que informa:

Fecha:

B. INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN (verbal y escrita):

- Información sobre el plan de intervención general (si procede).
- Información sobre la intervención física (descripción, condiciones de aplicación...)
- Información sobre los mecanismos de control y revisión de la misma.
- Beneficios y riesgos de la intervención física (adjuntar evaluación de riesgos).

C. CONSENTIMIENTO

YO _____ CON D.N.I. Nº _____,
EN CALIDAD DE _____ (vínculo) _____ DE _____ (nombre
del atendido) _____ DECLARO COMO SU REPRESENTANTE LEGAL:

- Que **he sido informado** de manera verbal y escrita por (Fundación Uliazpi) acerca del plan de intervención y de sus beneficios y posibles riesgos.
- Que **he comprendido** la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído pertinentes.
- Que **puedo revocar mi consentimiento** en cualquier momento.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE UTILICE DICHA INTERVENCIÓN FÍSICA

Firma del representante legal

Firma del técnico o técnicos

Firma del responsable de centro

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Ficha 7b

DECLARACIÓN DE REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO _____ (nombre y apellidos) _____,

Con DNI N° _____, en CALIDAD de _____ (vínculo) _____

De _____ (nombre de la persona atendida) _____,

DECLARO COMO SU REPRESENTANTE LEGAL QUE,

HABIENDO OTORGADO MI CONSENTIMIENTO EN FECHA _____

PARA LA UTILIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN FÍSICA,

POR LA PRESENTE, **REVOCO MI CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE DICHA INTERVENCIÓN FÍSICA,**

Firma del representante legal

Firma del responsable de centro

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

(viene de la página 34)

El **plan de intervención física se revisa**, en todos los casos o, especialmente, en casos de especial gravedad o de constatada ineficacia del mismo, por un **equipo reunido a tal efecto** y compuesto, actualmente, por la Trabajadora Social, el/la Responsable de Centro y el Responsable Psicopedagógico de la Fundación. Según los casos a tratar, se integrarán en dicho equipo también el Responsable de Unidad, Médico o ATS y el PAD tutor correspondientes. Dicho equipo revisa (según guión establecido, véase la Ficha 8), con una periodicidad mínima de una vez al año o de acuerdo con cualquier otra frecuencia que el propio equipo dictamine en cada caso, las intervenciones físicas, **intentando siempre limitar el nivel de restricción** de las mismas a lo estrictamente necesario en cada caso y momento y velando siempre por los derechos y la calidad de vida de las personas atendidas. Incluso en algún caso que se estime conveniente (o idealmente en todos), se puede valorar la posible colaboración de consultores externos (Comité de Bioética o similar).

GUIÓN-REGISTRO DE LA REVISIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN FÍSICA

Nombre de la persona:

Tipo de Intervención Física:

Fecha de la revisión anterior:

Fecha de inicio del Plan de Intervención Física:

Nombre de la persona o equipo que realiza la revisión:

Cuestiones a analizar:

- ¿Conoce y ha dado su consentimiento la familia?
- Condiciones actuales de utilización de la intervención física
- ¿Se siguen los procedimientos establecidos?
- ¿Se ha realizado y revisado la evaluación de riesgos?
- ¿Se ha mantenido, incrementado o disminuido su frecuencia de utilización?
- ¿Se controla la conducta de la persona?
- ¿Se perciben lesiones o estrés en la persona?
- ¿Se perciben lesiones o estrés en el personal?
- ¿Se puede eliminar la intervención física?
- ¿Se puede disminuir su grado de restricción? ¿Qué se debería hacer? ¿Lo podemos hacer?
- Cambios a introducir (responsabilidades y plazos)
- ¿A quién notificar? (responsabilidades y plazos)
- Próxima revisión

Firma de los miembros del equipo de revisión:

Lugar y fecha:

Después de cada revisión, se reflejan por escrito las modificaciones realizadas y se informa a la familia y a todo el personal implicado (equipo técnico-directivo, PAD...).

INTER

HISTORIAS PERSONALES

HISTORIA DE J.

J. es un hombre de 27 años de edad institucionalizado desde los 10 años, diagnosticado de discapacidad intelectual y necesidades de apoyo generalizadas, epilepsia y posible cuadro depresivo con agitación. En su historia aparecen conductas graves de desobediencia, huida (saltar las verjas y balcones) y de heteroagresión a la familia y personal (patadas, mordiscos, golpes...) con una frecuencia alta y consecuencias severas (autolesiones derivadas de la desobediencia y huidas, así como lesiones y estrés importante en la familia, personal y ambiente en general). Desde su institucionalización ha estado atendido en dos centros; durante el último año de su estancia en el primero de ellos, debido a la severidad de sus conductas, se llevó a cabo una evaluación conductual y plan de intervención que incluía: manipulaciones ecológicas (cambios físicos y de personal en la unidad de vida); programación positiva (entrenamiento en autonomía personal, habilidades de comunicación, autocontrol, ocio y tiempo libre en el centro y comunidad); estrategias de tratamiento directo (RDO); estrategias reactivas y medidas de seguridad para el control rápido de las conductas. Tras doce meses aproximadamente de intervención, los resultados no fueron los esperados y no era posible asegurar que la programación positiva se pudiera llevar a largo plazo en un contexto controlado y seguro en los diferentes entornos. Por ello, pasó a vivir a otro centro que disponía de algunas de las recomendaciones importantes que proponía el plan de intervención y que podían influir positivamente en la intervención; por ejemplo, grupo de compañeros menor y con nivel de funcionamiento más alto, rutina de actividades más apropiada a sus necesidades, entorno físico con espacios amplios, personal formado en el tratamiento y manejo de conductas problemáticas y con expectativas positivas hacia el sujeto..., etc. Esto hizo que el entorno fuera más adecuado para trabajar a largo plazo mediante la programación positiva el desarrollo de nuevas habilidades y la disminución de problemas de conducta.

En la actualidad tiene tratamiento farmacológico, antiepiléptico y neuroléptico, indicado para ayudar al control de sus conductas y el plan de intervención propone la programación positiva como estrategia más importante de intervención.

Tras 10 años de estancia en el centro, se considera que se ha adaptado bien; su plan de programa individual incluye actividades de aprendizaje y participación en diferentes áreas y entornos, con una variedad de actividades buena y una frecuencia alta de participación en actividades en la comunidad; sus conductas de heteroagresión han disminuido considerablemente debido a la adquisición y generalización de habilidades de autocontrol ante diferentes personas y ambientes, sus conductas de desobediencia y las conductas de huida prácticamente han desaparecido.

HISTORIA DE M.

M. es un hombre de 42 años de edad con un diagnóstico de discapacidad intelectual (por síndrome X frágil) y necesidades de apoyo generalizado, epilepsia y trastorno psicótico asociado. Muestra intensa fobia al contacto físico. Cuando éste es necesario, reacciona presentando las siguientes conductas:

- 1. Conductas No Cooperativas:** se define como no iniciar una actividad que se le ha solicitado por tercera vez (que él comprende y sabe hacer) dentro de un minuto después de habérselo pedido.
- 2. Agresión Física:** incluye acciones que pueden causar o causan daños físicos a otras personas. Por ejemplo: **arañar, agarrar, tirar del pelo, morder, lanzar objetos, dar patadas.**
- 3. Rabietas:** conductas como: gritar en un tono de voz muy alto; decir palabrotas, golpear con el puño, golpearse en la nuca contra la pared; morderse la mano o muñeca; darse tortas con la palma de la mano abierta en la cara o frente, llorar, etc.
- 4. Destrucción de objetos:** incluye acciones que provocan o pueden provocar en potencia la necesidad de reparación de objetos.

Tras la realización de una completa EVALUACIÓN CONDUCTUAL y basándonos fundamentalmente en el ANÁLISIS ECOLÓGICO, MOTIVACIONAL Y DE MEDIADORES, se elaboró un PLAN DE INTERVENCIÓN con un primer gran objetivo que era y sigue siendo la disminución de los episodios de agresión. Para ello, se trabajó con las siguientes estrategias de tratamiento:

- Manipulaciones ecológicas.
- Programación positiva: oportunidades de usar y aprender conductas adaptadas
- Tratamiento Directo: control de antecedentes
- Reactivas: comunicación facilitada, time-out y restricciones custodiales (intervenciones físicas de barrera).

Aunque no podamos hablar de éxito rotundo, los datos nos siguen animando a continuar en esta línea de trabajo.

HISTORIA DE N.

N. es una mujer de 36 años de edad, con un diagnóstico de discapacidad intelectual y necesidades de apoyo generalizadas y trastorno psicótico.

Ingresa en el Centro el 29 de Abril de 2002, procedente de un Centro Psiquiátrico. Presenta gran agitación motora, grita constantemente, golpea, rompe objetos, araña, insulta, además de mostrar una terrible expresión de terror. Solicita constantemente que no se le ate. N. ha permanecido inmovilizada durante los dos últimos años, mediante cinco puntos de ajuste (ambas extremidades inferiores, superiores y cintura).

Durante un periodo de aproximadamente dos meses intentamos que N. se fuera familiarizando con el personal y el entorno, suprimiendo desde el primer día las ataduras. Otras estrategias que utilizamos fueron:

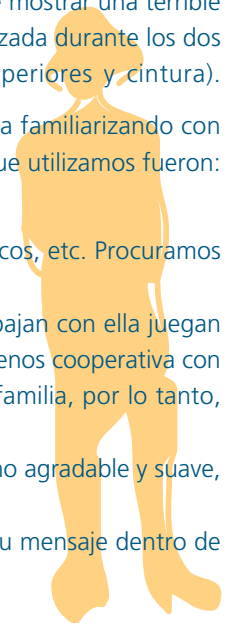
1. Estrategias ecológicas

- **Marco residencial** dispone de pertenencias personales, fotografías de su familia, muñecos, etc. Procuramos su estancia en la sala y en el jardín, junto a sus compañeros de módulo.

- **Características interpersonales.** Las interacciones entre N. y los profesionales que trabajan con ella juegan un papel importante en la puesta en marcha del plan de intervención. Se sabe que N. es menos cooperativa con cuidadores no habituales, con aquellos que demandan más que hablan de ella o de su familia, por lo tanto, tendremos que tener en cuenta:

a) Huir de utilizar instrucciones imperativas y por el contrario usar frases en un tono agradable y suave, explicando por qué tenemos que hacer una actividad.

b) Aquellos que trabajan con N. deben estar dispuestos a escucharle y respetar su mensaje dentro de lo posible.



c) Deben ser capaces de encontrar otra forma de comunicar el mismo mensaje y conseguir el mismo objetivo.

2. Programa Diario de Actividades

- Habilidades adaptadas generales.
- Habilidades funcionalmente relacionadas
- Entrenamiento en habilidades de motricidad gruesa.
- Enseñanza de habilidades de afrontamiento.

3. Estrategias de Tratamiento Directo: Control de Antecedentes, Soporte físico.

4. Estrategias Reactivas. Comunicación Facilitada y Relajación y/o Sacarle de la situación.

Transcurridos 9 meses desde su ingreso, podemos decir que N. ha mejorado su calidad de vida de forma importante si tenemos en cuenta que participa con relativa normalidad en las actividades de la vida diaria del Centro como cualquier otro chico, aunque sigue presentando las mismas conductas que cuando vino, pero con una menor frecuencia.

HISTORIA DE B.

B. es una mujer de 31 años de edad, con un diagnóstico de Discapacidad Intelectual y necesidades de apoyo generalizado, epilepsia y trastorno psicótico. Lleva institucionalizada desde los 5 años en un centro psiquiátrico y desde los 18 en un centro para personas con discapacidad por presentar conductas de hiperactividad, huida y agresión física grave, además de otras conductas socialmente inadaptadas. Los tratamientos aplicados inicialmente fueron casi exclusivamente farmacológicos, si bien, tras llevar a cabo una evaluación conductual en el año 1993, se establece también un plan de intervención que recoge estrategias como: manipulaciones ecológicas (cambios físicos y programáticos), programación positiva (enseñanza de habilidades de autonomía personal y comunicación, participación en actividades de ocio comunitarias...), estrategias de tratamiento directo y estrategias reactivas para un control rápido de sus conductas más graves (incluyendo intervenciones físicas, tipo barreras-restricción geográfica).

Su evolución ha sido variable, pues si bien su comportamiento general ha mejorado notablemente a lo largo de estos años, permitiendo la eliminación de restricciones y la participación en mayor número de actividades, ha presentado también períodos de agravamiento de su conducta psicótica, en los cuales se han restituido las restricciones y ha requerido un tratamiento farmacológico fuerte.

Actualmente mantiene ambos tipos de intervención y se sigue trabajando sobre todo en programación positiva.

HISTORIA DE M.J.

M. J. es una mujer de 37 años de edad con discapacidad intelectual y necesidades de apoyo generalizado. Vive en un Centro de Fundación Uliazpi desde hace 17 años y siempre ha estado en el mismo grupo de atendidos, en la vivienda convive con 11 adultos de similares necesidades.

Durante el año 2001 se observó que durante la noche se despertaba muy pronto, hacia las 6:00 horas, en ocasiones a las 4:00 horas..., y en ese momento, se levantaba y empezaba a pegarse y a gritar

(conducta que durante el día utiliza ante situaciones desestructuradas, ante situaciones de espera y ante la negativa a una acción que desee en un momento concreto y no se pueda realizar de forma inmediata).

Para disponer de datos concretos y saber la frecuencia de estos episodios se utilizó un registro "Scatter Plot". Con los datos recogidos por el personal de atención directa se estudió el caso con la ayuda del neurólogo y se probó el retrasar tanto la toma de la medicación conciliadora del sueño, como su hora de acostarse.

Al cabo de una semana, dejó de despertarse tan pronto, durmiendo hasta las 8:00 y desapareciendo esos episodios matinales. En la actualidad se sigue registrando el sueño de cara a poder detectar inmediatamente los posibles problemas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bollullo y otros (2000). *Parámetro de buena práctica del profesional del autismo ante las conductas desafiantes*. Mesa de trabajo de la Asociación Española de Profesionales del Autismo (AETAPI)

Carr, E.G. y cols. (1996). *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*. Madrid: Alianza Editorial.

Carr, E.G.; Horner, R.H.; Turnbull, A.P.; McLaughlin, D. M.; Ruef, M.B. y Doolabh, A. (1999). *Positive Behavior Support for People with Developmental Disabilities: A Research Synthesis*. Washington: AAMR.

Carr, E.; Levin, L.; McConnachie, G.; Carlson, J. I.; Kemp, D.C. y Smith, C.E. (1996). *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*. Madrid: Alianza Editorial.

Department of Health - London (2002). *Guidance for restrictive physical interventions*.

Dinerstein, H. y O'Sullivan (1999). *A guide to consent*. Washington: AAMR.

Educautisme. *Módulo 3: Los problemas de comportamiento*. Gobierno Vasco.

Emerson, E. (1995). *Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Learning Disabilities*. Cambridge: University Press.

Escribano, Gómez, Márquez y Tamarit (2002). *Proyecto ARCADE: apoyo y respuesta ante conductas altamente desafiantes* Mesa de trabajo de Asociación Española de Profesionales del Autismo (AETAPI).

Fundación Uliazpi (1992). *Problemas de comportamiento en personas con retraso mental grave*. Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

Harris, J., Allen, D., Cornick, M., Jefferson, A., y Mills, R. (1996). *Physical Interventions: A Policy Framework*. Kidderminster (Reino Unido): Bild Publications.

LaVigna, G.W. y Donnellan, A.M. (1987). *Alternatives to Punishment: Solving Behavior Problems with Non-Aversive Strategies*. New York: Irvington.

LaVigna, G.W. y Donnellan, A.M. *The Role of Positive Programming in Behavioral Treatment*. Washington: AMMR, Monographs 12.

LaVigna, G.W. (1991). *Dificultades Conductuales y Modificación de Conducta No-Aversiva*. San Sebastián: Fundación Uliazpi.

Mendizábal, Fundación Uliazpi (2002). *Protocolo de actuación ante conductas desafiantes graves y uso de intervenciones físicas*. 1er. Encuentro Buenas Prácticas FEAPS, Santander.

Rueda, P. (2002). *Planes de intervención en las alteraciones mentales y de la conducta en personas con discapacidad intelectual*; en Novell, Rueda y Salvador (2002). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual*. Madrid: Colección FEAPS.

O'Neill, R.E., Horner, R.H., Albin, R.W., Storey, K., y Sprague, J.R. (1990). *Functional Analysis of Problem Behavior: A Practical Assessment Guide*. Sycamore: Sycamore, IL.

Rush, J. y Frances, A. (Eds.) (2000). Treatment of Psychiatric and Behavioral Problems in Mental Retardation. *Expert consensus guideline series. American Journal on Mental Retardation*, 105, 3, 159-228.

Siglo Cero, monográficos sobre conducta: N° 158 (Vol. 26, 2, 1995); N° 159 (Vol. 26, 3, 1995), N° 179 (Vol. 29, 5, 1998), N° 180 (Vol. 29, 6, 1998).

Tamarit, J. (1995a). *Conductas desafiantes y autismo: un análisis contextualizado*. En VV.AA. (Ed.): *La atención a alumnos con necesidades educativas graves y permanentes*. Pamplona: Dpto. de Educación, Cultura, Deporte y Juventud, Gobierno de Navarra.

Willis, T.J., LaVigna, G.W., y Donnellan, A.M. (1991). *Behavior Assessment Guide*. Los Angeles: Institute for applied behavior analysis.

Willis, T.J., LaVigna, G.W. (1996). Behavioral assessment: An overview. Part 1. *Positive Practices*, 1 (2), 8-15.

Willis, T.J., LaVigna, G.W. (1996). Behavioral assessment: An overview. Part 2. *Positive Practices*, 1 (3), 11-19.

Páginas WEB de interés:

www.feaps.org

www.aamr.org

www.aetapi.org

www.iaba.com

www.bild.org.uk

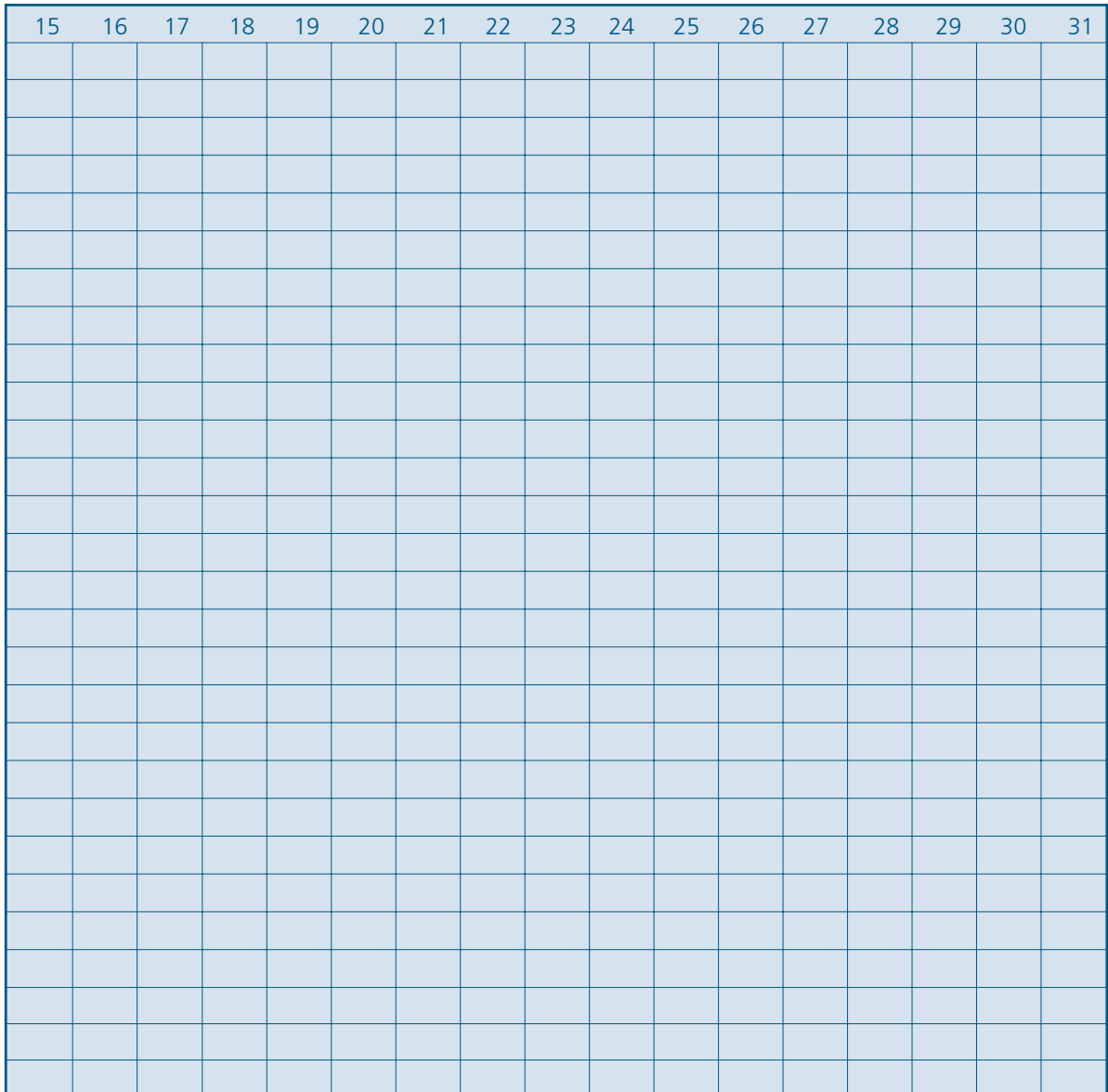
ANEXO 1

ALGUNA HOJA DE REGISTRO DE DATOS CONDUCTUALES

Existen numerosos diseños de cuadros y gráficos de registro de datos y es lógico que, en cada caso, incluso se diseñe uno específico "personalizado". A continuación, presentamos 3 ejemplos de hoja de registro de datos.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
8,00	8,30														
8,30	9,00														
9,00	9,30														
9,30	10,00														
10,00	10,30														
10,30	11,00														
11,00	11,30														
11,30	12,00														
12,00	12,30														
12,30	13,00														
13,00	13,30														
13,30	14,00														
14,00	14,30														
14,30	15,00														
15,00	15,30														
15,30	16,00														
16,00	16,30														
16,30	17,00														
17,00	17,30														
17,30	18,00														
18,00	18,30														
18,30	19,00														
19,00	19,30														
19,30	20,00														
20,00	20,30														
20,30	21,00														
21,00	21,30														
21,30	22,00														

Ejemplo 1
HOJA DE REGISTRO DE CONDUCTA
(Scatter Plot)



Ejemplo 2

ANÁLISIS DE INCIDENTES: A-B-C

Nombre del atendido:..... Fecha de registro:.....

Nombre de la persona que registra:.....

Tipo de incidente

Daños a otras personas	Daños a sí mismo	Daños al personal
Episodios agresivos	Contención física	Destrucción de objetos
HUIDA	Policía implicada	Episodios peligrosos

Descripción del incidente

Áreas de revisión	Datos del incidente
Nombre de la CONDUCTA OBJETIVO observada (por ejemplo, agresión, destrucción de objetos, berrinches, etc...)	
Fecha del incidente	
Hora de inicio	
Hora de finalización	
En qué lugar y cuando ocurrió el incidente	
¿Quién estaba trabajando con la persona en el momento del incidente?	
¿Dónde estaba el personal en el momento que ocurrió el incidente?	
¿Quién estaba cerca de la persona cuando ocurrió el incidente?	
¿Qué otras personas (personal o compañeros) estaban cerca cuando ocurrió el incidente?	
¿Cuál era el ambiente general (nivel de ruido, otros berrinches, actitud	

del personal) en la casa o en la situación en que ocurrió el incidente?	
¿Qué estaba haciendo la persona en el momento del incidente? Describe la actividad, tarea, suceso o interacciones que ocurrían en ese momento.	
¿Qué ocurrió inmediatamente antes del incidente? Describe las demandas, cambio en las actividades, interacciones con el personal u otros compañeros, peticiones, iniciación de actividades asignadas..., etc.	
Describe qué hizo la persona durante el incidente (por ejemplo, golpear con el puño, dar patadas, romper la ventana...).	
Describe la severidad del incidente (por ejemplo, daños en el ambiente, daños a otros..., etc.).	
Describe a quién o a qué estaba dirigido el incidente (nombre de la persona (cuidador) objeto...).	
Describe la reacción inmediata a la conducta ¿Cómo reaccionaron el personal y sus compañeros ante esta conducta?	
¿Qué acciones se adoptaron para reducir o redirigir la conducta?	
Describe los métodos de manejo del problema (escucha activa, relajación, reflexión, contención física..., etc.). Si se utilizó la contención física ¿durante cuánto tiempo?	
Describe brevemente tu impresión de por qué la persona realiza los incidentes descritos anteriormente.	

Ejemplo 3

Nombre	Observador: _____	Registro nº: ____	Fecha
Contexto General:			Hora
Conducta Interpersonal:			
Conducta Desafiante:			
Reacción Social:			

ANEXO 2

RESUMEN DE LOS PRINCIPIOS POLÍTICOS CLAVE REFERIDOS A LAS INTERVENCIONES FÍSICAS

Extraído de "Physical Interventions: a Policy Framework", Harris, Allen, Cornick, Jefferson y Mills (2000). Págs. 57-60, Kidderminster: BILD Publications, 3ª reimpresión. Reproducido con permiso.

LEY

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

VALORES

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

PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA DESAFIANTE

1. A menudo las conductas desafiantes se pueden prevenir mediante una cuidadosa gestión de las condiciones del contexto.
2. Para cada usuario de un servicio cuya conducta suponga un reto, debería explorarse la interacción entre las condiciones ambientales y las condiciones personales. Se deberían modificar las condiciones del contexto para reducir la probabilidad de que ocurra una conducta desafiante (prevención primaria).
3. Deberían desarrollarse procedimientos de prevención secundaria para asegurarse que los episodios problemáticos se gestionan adecuadamente con intervenciones no físicas, antes de que el usuario del servicio exprese un comportamiento violento.
4. Para cada usuario de un servicio que presente un reto debería haber estrategias individualizadas para responder a los incidentes de violencia y a la conducta peligrosa. Cuando sea apropiado la estrategia debe incluir directrices para usar intervenciones físicas.

PROMOVER EL MEJOR INTERÉS DE LOS USUARIOS DE UN SERVICIO

1. Se deben establecer procedimientos individualizados para dar respuesta a los usuarios de un servicio que sea probable que presenten una conducta violenta o peligrosa. Los procedimientos deben capacitar al equipo de cuidadores para responder con efectividad a las conductas violentas o peligrosas a la vez que aseguren la seguridad de todos los implicados.
2. Las intervenciones físicas sólo deben usarse en conjunción con otras estrategias diseñadas para ayudar a los usuarios del servicio a aprender conductas alternativas no desafiantes.
3. Las intervenciones físicas planificadas deben ser justificadas con respecto a: lo que se conoce del cliente a través de una evaluación

formal multidisciplinar; los enfoques alternativos que se han intentado; una valoración de los riesgos potenciales involucrados; referencia al conjunto de conocimiento experto y a la buena práctica establecida.

4. El uso de intervención física debe estar sujeto a una revisión periódica.

INTERVENCIÓN FÍSICA Y EVALUACIÓN DEL RIESGO

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

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

1. Las intervenciones físicas deben emplearse usando la fuerza mínima razonable.

2. Cualquier intervención física debe emplearse durante el menor tiempo posible.

3. Para un usuario de un servicio las intervenciones físicas deben ser decididas para un período de tiempo lo más corto posible y consistente con su mejor interés.

4. Las intervenciones físicas no causarán dolor.

5. Los usuarios de un servicio deben tener evaluaciones individuales que identifiquen las contraindicaciones de intervenciones físicas antes de ser éstas aprobadas.

6. Se debe evaluar periódicamente a los usuarios de un servicio que reciban intervenciones físicas para detectar si hay signos de lesión o malestar psicológico.

GESTIÓN DE RESPONSABILIDADES

1. Los directivos de un servicio son responsables de desarrollar e implementar políticas sobre el uso de intervenciones físicas.

2. El uso de cualquier procedimiento debe estar claramente establecido en forma de guía escrita para el equipo de profesionales.

3. Los directivos de un servicio son responsables de asegurar que todos los incidentes que implica el uso de intervenciones físicas se registren de modo detallado, con claridad y prontitud.

4. Todos los usuarios de un servicio, así como sus familiares o representantes han de tener acceso disponible a un procedimiento efectivo de quejas.

5. Se debe dar una cuidadosa consideración al impacto de la gestión de los recursos sobre el uso de intervenciones físicas.

RESPONSABILIDAD DE LOS DIRIGENTES HACIA EL EQUIPO DE PROFESIONALES

1. Los directivos y gerentes son responsables de la seguridad y bienestar del equipo de profesionales.

2. Se debe animar al equipo de profesionales a registrar todas las intervenciones físicas e informar de cualquier incidente que sea motivo de preocupación.

FORMACIÓN DEL EQUIPO DE PROFESIONALES

1. El equipo de profesionales al que pueda requerirse para usar intervenciones físicas debe recibir periódicamente formación sobre conocimiento, habilidades y valores.

2. La formación debe darla un instructor con experiencia y cualificación adecuadas.

3. El equipo de profesionales sólo debe emplear intervenciones físicas para cuyo uso haya sido formado.

4. Se debe organizar el equipo de profesionales de tal manera que se asegure que quienes están convenientemente formados estén disponibles para responder a cualquier incidente que requiera una intervención física.

RESUMEN DE LOS PUNTOS DE LA AGENDA PARA LA ACCIÓN

Extraído de "Physical Interventions: a Policy Framework", Harris, Allen, Cornick, Jefferson y Mills (2000). Págs. 57-60, Kidderminster: BILD Publications, 3ª reimpresión. Reproducido con permiso.

SECCIÓN 2. LA LEY Y LAS INTERVENCIONES FÍSICAS

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

SECCIÓN 3. UNA BASE COMÚN DE VALORES

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

SECCIÓN 5. PROMOVER EL MEJOR INTERÉS DEL USUARIO DEL SERVICIO

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

SECCIÓN 6. INTERVENCIÓN FÍSICA Y EVALUACIÓN DEL RIESGO

1. ¿Qué intervenciones físicas se están llevando a cabo actualmente o están decididas para ser usadas a través de miembros del equipo de profesionales?
2. ¿Cuáles son los riesgos potenciales asociados con cada procedimiento que está siendo usado?
3. ¿Quién está en situación de riesgo cuando se emplea cada una de las intervenciones físicas?

- ¿El usuario del servicio que está recibiendo la intervención?
 - ¿El personal que emplea el procedimiento?
 - ¿Otros usuarios del servicio y / o miembros del personal?
 - ¿Miembros del público?
4. ¿Qué pasos se han dado para minimizar la probabilidad de que las intervenciones físicas tengan consecuencias adversas para los usuarios del servicio, para el personal y miembros del público?
 5. ¿Cuáles son las intervenciones físicas menos restrictivas que capacitarán al personal para responder efectivamente a los incidentes previsibles que se darán en algún usuario del servicio?

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

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

SECCIÓN 8. GESTIÓN DE RESPONSABILIDADES

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

SECCIÓN 9. RESPONSABILIDAD DE LOS DIRECTIVOS CON EL PERSONAL

1. ¿En el documento de política está descrita la responsabilidad de los directivos con respecto a la seguridad y bienestar del personal? ¿Cuáles son los derechos del personal en el caso de lesión o malestar psicológico causado por el uso de intervenciones físicas?

-
2. ¿Cómo se anima al personal a registrar la buena práctica y a informar de incidentes en los que esté implicada una mala práctica?

SECCIÓN 10. FORMACIÓN DEL PERSONAL

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

LISTA DE CONTROL PARA EL USO DE PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN FÍSICA ANTE CONDUCTAS DESAFIANTES

LISTA DE CONTROL PARA UNA POLÍTICA SOBRE INTERVENCIÓNES FÍSICAS

1. ¿Cuáles son las responsabilidades legales del proveedor del servicio y qué protección legal se da a los usuarios del servicio que presentan conductas desafiantes?
2. ¿Cuáles son los valores y los estándares éticos del servicio contra los que puede juzgarse cualquier decisión de usar o no intervenciones físicas?
3. ¿En qué medida, mediante estrategias preventivas y enfoques alternativos, puede minimizarse el uso de intervenciones físicas?
4. ¿Qué pasos deben darse para asegurar que toda intervención física se utiliza siempre en el mejor interés de los usuarios del servicio?
5. Cuando se usan intervenciones físicas ¿qué riesgos entrañan para los usuarios del servicio, para el personal y para el público en general, y cómo pueden reducirse al mínimo esos riesgos?
6. ¿Cómo pueden utilizarse las intervenciones físicas sin comprometer la seguridad y el bienestar de los usuarios del servicio?
7. ¿Qué pueden hacer los directores de un servicio para asegurar la adecuada implantación de estas políticas?
8. ¿Qué responsabilidades contraen para con el personal los directivos y directores?
9. ¿Cómo puede ayudar la formación del personal al desarrollo de buenas prácticas?

LISTA DE CONTROL: CONDICIONES QUE OPERAN EN EL ENTORNO

1. ¿El personal y las personas que dan apoyo interactúan con los usuarios del servicio de modo que tienen en cuenta sus puntos fuertes y sus necesidades?
 2. ¿Los usuarios del servicio tienen acceso a suficiente espacio, especialmente si les agrada moverse por un entorno amplio o si pasan gran parte de su tiempo alejados de otras personas?
 3. ¿Los usuarios del servicio tienen su propia habitación donde guardar con seguridad sus posesiones personales?
 4. ¿Hay oportunidades de realizar actividades que reflejen los intereses y capacidades de los usuarios del servicio?
 5. ¿Todos los usuarios del servicio tienen un plan individualizado que es controlado regularmente?
 6. ¿Los usuarios del servicio comprenden la agenda diaria de actividades? ¿Qué ocurre si hay un cambio de planes imprevisto? ¿Cómo se les explican las alternativas disponibles?
 7. ¿El entorno está limpio?
-

8. ¿El entorno es demasiado tranquilo o demasiado ruidoso?
9. ¿Se proporciona con regularidad a los usuarios del servicio un chequeo físico completo, incluyendo pruebas visuales y auditivas?
10. ¿Los usuarios que toman medicación, han tenido una revisión de sus fármacos en los últimos tres meses?

LISTA DE CONTROL: CONDICIONES QUE OPERAN EN LA PERSONA

1. ¿Tiene la persona dificultades en utilizar el lenguaje hablado o en comprender lo que otros dicen? Si la persona utiliza signos, ¿es capaz de una comunicación efectiva con el personal o con sus amistades?
2. ¿Tiene la persona dificultades visuales o auditivas?
3. ¿Sufre trastornos médicos tales como tensión premenstrual, alergias o epilepsia?
4. ¿Tiene un historial de enfermedad mental?
5. ¿La persona está recibiendo algún tipo de medicación tal como antipsicóticos (por ejemplo, clorpromacina o haloperidol) o tranquilizantes (por ejemplo, diazepam)?
6. ¿Ha experimentado la persona durante el último año algún cambio esencial en su vida (por ejemplo, cambio de residencia, luto, hospitalización)?
7. ¿Se sabe si la persona tiene dificultades para afrontar cierto tipo de experiencias (por ejemplo, cambios en la rutina, aglomeraciones públicas, ruidos elevados, alturas)?

LISTA DE CONTROL: PARA PREVENCIÓN PRIMARIA

1. Analizar las condiciones que operan para cada usuario a nivel personal y ambiental.
2. Dar los pasos para asegurarse que los usuarios del servicio no están expuestos a situaciones en las que esas condiciones operantes a nivel personal y ambiental ocurren a la vez.
3. Identificar los detonadores de agresión y violencia.
4. Evitar la presencia de esos detonadores en periodos críticos.
5. Modificar el entorno para reducir al mínimo la probabilidad de un daño importante.
6. Ayudar a la persona a desarrollar conductas que le proporcionen experiencias positivas.
7. Considerar si la conducta de la persona está influida por condiciones personales tales como hambre, sed, dolor (dolor de oídos, de cabeza, de muelas...), necesidad de ir al baño, o condiciones operantes ambientales tales como calor, frío o ruido excesivos.

LISTA DE CONTROL: PARA PREVENCIÓN SECUNDARIA

1. Hacer que haya opciones disponibles, de modo que la persona no esté aislada en un rincón (por ejemplo, una persona que esté nerviosa porque no puede ver la televisión, puede estar interesada en ir al bar en vez de ello. Música, masaje o aromaterapia pueden ser tranquilizadores para alguien que está agitado o nervioso).
2. Utilizar la proximidad física (¿se sentirá la persona más segura con el contacto o estará mejor si se la deja sola?).
3. Reducir el nivel de las demandas (por ejemplo, mucha gente puede ponerse agitada y nerviosa si se le pide que haga tareas difíciles cuando está cansada o indispuesta. Para mucha gente pasar de una demanda de tarea muy alta a una actividad de ocio de bajo nivel de demanda es una buena forma de prevención secundaria).
4. Cambiar a la gente que está con la persona (la conducta desafiante puede asociarse con muchas personas o con muy pocas en estrecha cercanía al usuario del servicio. Algunos usuarios del servicio son más propensos a presentar una conducta desafiante cuando están cerca determinadas personas, personal u otros compañeros).
5. Hablar con las personas sobre lo que les preocupa y cómo pueden sobreponerse a sus dificultades (por ejemplo, puede que la persona esté cansada de una actividad y quiera tomar un descanso. Como alternativa se le puede ayudar animándole y afirmándole que casi han acabado ya con lo que tienen que hacer).

LISTA DE CONTROL PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO EN UN CASO CONCRETO (JOHN)

John es un joven de 23 años con una grave discapacidad intelectual y un diagnóstico de autismo. Comparte una casa de la comunidad con otros seis adultos los cuales también tienen discapacidad intelectual grave. Tiene dificultades con todas las formas de comunicación y le resulta extremadamente difícil introducir cambios en su rutina diaria. El ruido ha sido identificado como una condición operante importante que suele llevar a conductas agresivas hacia otras personas. Cuando se le pide que espere para las actividades, suele angustiarse y a veces se autolesiona de forma grave pegándose en la cara o mordiendo las muñecas.

Paso 1. Buscar las condiciones de peligro, por ejemplo: situaciones en las que tiene que esperar, o ambientes ruidosos.

Paso 2. Determinar quién puede ser herido y cómo. Por ejemplo:

- John, por autolesión.
- El personal, por agresión de John.
- Los riesgos para John y para el personal son: daño físico; malestar psicológico posterior al daño; infección, especialmente hepatitis; otros usuarios del servicio puede que no sean atacados.

Paso 3. Valorar los riesgos que surgen de las condiciones de peligro detectadas. Advertir si estas precauciones son suficientes para controlar el riesgo (tanto en términos de probabilidad de resultados negativos o de gravedad del impacto de estos resultados adversos).

Entre las medidas existentes se incluyen:

- a) Formación para asegurar que los trabajadores entienden la naturaleza de las dificultades de John con la comunicación y sus problemas para ajustarse a cambios en su rutina.
- b) Se le ha dicho al personal que evite dejar a John esperando para las actividades
- c) Se le ha dicho al personal que no deje a John en ambientes ruidosos
- d) El personal y los demás usuarios del servicio han sido inmunizados contra la Hepatitis B y el Tétanos (aunque el riesgo de los otros usuarios es, hasta el momento bajo, las consecuencias adversas de infección son considerables).

Riesgos no previstos:

- a) Personal nuevo que no ayude a John a evitar las condiciones de evitar ruido y "no espera".
- b) Otros usuarios del servicio que puedan hacer ruidos inesperados lo que precipitaría la agresión.

Paso 4. Hallazgos registrados.

- Medidas de la frecuencia, gravedad y duración de los incidentes en los que ha habido agresión o autolesión.
- Condiciones operantes: ruidos ambientales; esperas.

Acciones tomadas para reducir el riesgo:

- El personal se asegura de que John no pasa largos periodos de tiempo en ambientes ruidosos.
- Se reduce al mínimo la espera para las actividades.

Paso 5. Revisión. Re-evaluar el riesgo dentro de un mes. Explorar estrategias para ayudar a John a afrontar con mayor efectividad los ambientes ruidosos y los periodos de espera inevitables, por ejemplo durante las comidas.

LISTA DE CONTROL PARA LOS RIESGOS QUE SURGEN DEL USO DE INTERVENCIONES FÍSICA

Paso 1. Búsqueda de las condiciones de riesgo:

- ¿Qué posibles resultados negativos podrían seguir a la intervención física?
- ¿Cuáles son los resultados más probables si no se emprende ninguna acción?

En algunas situaciones puede haber un riesgo significativo asociado con no hacer nada, y pocos peligros potenciales asociados con emprender acciones definitivas. Por ejemplo un niño que se está rascando continuamente es posible que se dañe y por tanto hay un riesgo de infección. Coger la mano del niño durante unos minutos para evitar que se rasque podría representar poco riesgo para el niño o adulto en cuestión. Otros incidentes podrían requerir juicios cuidadosos para equilibrar el riesgo de utilizar la intervención física en comparación con no hacer nada. En todos los casos, el no hacer nada es una manera de actuar que debe ser adecuadamente evaluada.

Paso 2. ¿Quién podría ser dañado y cómo?

Cuando son utilizadas las intervenciones físicas, hay tres grupos de gente de riesgo: el usuario del servicio cuyo comportamiento está causando preocupación; el personal que esta involucrado directamente utilizando la intervención física; gente del entorno cercano, incluyendo otros usuarios de los servicios, otro tipo de personal, visitantes o miembros del público (si el incidente ocurre en el seno de una comunidad). Una valoración del riesgo debe considerar las condiciones adversas para estos tres grupos en cuanto a utilizar la intervención física o no hacer nada.

Individuos en peligro	Consecuencias si se utiliza la intervención física	Consecuencias si no se hace nada
El usuario de los servicios	¿?	¿?
Personal que utiliza la Intervención física	¿?	¿?
Otro tipo de personal, miembros del público	¿?	¿?
En algunas situaciones puede ser apropiado incluir la probabilidad de daño a la propiedad en la valoración del riesgo		

Paso 3. Evaluar los riesgos que surgen de las condiciones de peligro. Advertir cuando estas preocupaciones son suficientes para prevenir el riesgo (tanto en términos de probabilidad de resultados adversos como la duración del impacto de estos resultados adversos).

El riesgo que surge del uso de la intervención física depende de la naturaleza de los procedimientos empleados y del nivel de experiencia del personal que aplica el procedimiento. En igualdad de otras condiciones, el nivel de riesgo de los usuarios de los servicios se incrementará en intervenciones que:

- Se basan en el uso de la fuerza
- Se emplean continuamente durante un periodo de tiempo
- Son empleadas frecuentemente
- Engloba a más de un miembro del equipo
- Se ofrece resistencia por parte del usuario del servicio
- Son aplicadas por personal poco capacitado

El riesgo de los usuarios de servicios se minimiza cuando las consecuencias adversas de comportamientos desafiantes están controladas por una intervención física efectiva lo menos restrictiva posible. Esto significa que cualquier intervención física debe ser evaluada por las siguientes preguntas:

- ¿Cuánta es la fuerza mínima que se necesita? (Ver sección 7)
- ¿Cuál es el mínimo periodo de tiempo que se necesita? (Ver sección 7)
- ¿Cuál es la frecuencia mínima? (Ver sección 7)
- ¿Cuál es el menor número de trabajadores que se necesitan?
- ¿Cuál es el mínimo nivel de formación del personal? (Ver sección 10)

Paso 4. Hallazgos de los registros:

Los registros y la observación del uso de las intervenciones físicas están reflejados en la sección 8.

Paso 5. Revisión.

La importancia de las revisiones temporales y sus resultados están tratados en las secciones 5,7 y 8.

LISTA DE CONTROL PARA TERMINAR UNA INTERVENCIÓN FÍSICA

1. Hacer gradualmente cada vez menor tensión muscular.
2. Reducción gradual de la intensidad del contacto mantenido (por ejemplo, en vez de sujetar con los brazos el cuerpo de la persona, retirarse a un lado y agarrar sólo ambas manos de la persona, después agarrar solo una mano).
3. Retirada gradual desde la intervención física a un gesto mínimo (por ejemplo, en vez de agarrar a la persona, colocar una mano sobre ella).
4. Aumentar el espacio disponible, alejándose de su lado.
5. Reducción gradual del número de personas implicadas.
6. Cuando parezca que la persona está más tranquila, preguntarle "¿estás bien?", "¿te sientes mejor?", "¿estás ya tranquilo?".

LISTA DE CONTROL PARA LA EMERGENCIA DE LA REVISIÓN DE LAS INTERVENCIONES FÍSICAS

1. Las intervenciones físicas se usan más frecuentemente de lo que se había previsto.
2. Las intervenciones físicas se usan cada vez más frecuentemente.
3. El personal informa que los procedimientos acordados no les son útiles para controlar la conducta de las personas.
4. Lesiones en la persona que recibe la intervención.
5. Lesiones en el personal implicado en la intervención física.
6. Cualquier indicio de que las intervenciones no se llevan a cabo conforme a los procedimientos acordados.
7. El desarrollo de nuevas conductas desafiantes (diferentes de las inicialmente identificadas) que pueden también requerir el uso de intervenciones físicas.

LISTA DE CONTROL. CONTRAINDICACIONES DE LAS INTERVENCIONES FÍSICAS

Solicitar consejo médico sobre el uso de las intervenciones físicas si el usuario del servicio tiene:

- Una historia de enfermedad del corazón o problemas de corazón.
- Dificultades de respiración; o una historia de enfermedad respiratoria.
- Problemas con la digestión de los alimentos; trastornos gastrointestinales.
- Fracturas recientes; una historia de dislocación de las articulaciones.
- Síndrome de Down.

Finalizar inmediatamente las intervenciones físicas si la persona muestra signos de:

- Dificultades de respiración; respiración muy rápida o agitada.
- Crisis epilépticas.
- Vómitos.
- Coloración azulada en las manos, pies u otras partes del cuerpo (es un índice de una reducción en la circulación sanguínea).
- Manchas o cambios en la coloración de la piel (palidez, amarilleo de la piel debido a circulación sanguínea restringida).
- Fracturas de hueso.

LISTA DE CONTROL : IMPLANTACIÓN DE POLÍTICAS SOBRE EL USO DE INTERVENCIONES FÍSICAS

1. Se debería implicar a todo el personal, así como a los usuarios del servicio, en el desarrollo de estas políticas. El hecho de ser consultados generará confianza y reducirá la ansiedad en relación con los cambios propuestos de cara a establecer determinadas prácticas laborales. Se deben hacer circular los borradores de los documentos y animar a comentarlos.
2. Las políticas deben escribirse con prosa clara y simple, de modo que puedan comprenderse fácilmente. Hay que ofrecer al personal y a los usuarios del servicio oportunidades para su formación de manera que se asegure que todo el mundo comprende lo afirmado en dichas políticas y el modo en que ello afecta a las relaciones diarias entre el personal y los usuarios del servicio.
3. Todo el personal debe recibir una copia del documento final (puede ser de utilidad solicitar firmar el haber recibido la copia). A cada persona que se incorpore a la organización hay que entregarle una copia como parte de su formación de entrada.
4. Se debe proporcionar de manera periódica formación actualizada a todo el personal y a los usuarios del servicio.
5. Los mecanismos de control de desempeño del personal y las sesiones de supervisión deben incluir referencia a los incidentes y acontecimientos cubiertos por estas políticas.
6. Se debe revisar regularmente, a la luz de la experiencia, la política sobre intervenciones físicas. La información dada por el personal y los usuarios del servicio debe contribuir al proceso de revisión.
7. Se debe dar a conocer esta política a otras organizaciones que ofrecen servicios a personas que presentan conductas desafiantes y se las debería invitar a considerar el desarrollo de enfoques coordinados en relación con las intervenciones físicas.
8. Debería consultarse e invitar a comentar esta política a los padres y otros miembros de la familia, así como a los defensores de los usuarios del servicio que requieran intervenciones físicas.

LISTA DE CONTROL : GUÍA PARA EL PERSONAL SOBRE LAS INTERVENCIONES FÍSICAS

Se debe ofrecer la siguiente información a todo el personal que esté autorizado a emplear intervenciones físicas:

1. El nombre del usuario del servicio.
2. La conducta que puede requerir el uso de un procedimiento de intervención física.
3. El personal que ha sido entrenado para usar este procedimiento.
4. Las circunstancias precisas en que debe emplearse este procedimiento.
5. El papel de cada miembro del personal durante un incidente, por ejemplo, quién debe pedir ayuda y quién debe asumir la responsabilidad del resto de los usuarios del servicio.
6. Cómo debe finalizarse la intervención física.

7. Cómo se debe tratar a la persona que recibe esa intervención tras la misma, y los pasos necesarios para reestablecer las relaciones con el personal y con los otros usuarios del servicio.
8. Cuándo y cómo se debe informar del incidente.

LISTA DE CONTROL : QUÉ REGISTRAR TRAS REALIZAR UNA INTERVENCIÓN FÍSICA

Tras el uso de una intervención física motivada por violencia o agresión se debe registrar la siguiente información:

1. Fecha, hora y lugar del incidente.
2. Los nombres del personal y de los usuarios del servicio implicados.
3. Testigos.
4. A quién se ha informado: ¿padres, directores, médicos?
5. Una descripción de los hechos que llevaron al incidente.
6. Detalles de cualquier variación en el plan individual de atención.
7. Las intervenciones utilizadas y su duración.
8. Una descripción de cómo se ha resuelto el incidente.
9. Cualquier daño producido al personal o a los usuarios del servicio.
10. Daños a la propiedad o a las posesiones del personal o de los usuarios.
11. Efectos físicos y psicológicos de la intervención física sobre el usuario del servicio que la ha recibido.
12. Otras acciones efectuadas o recomendadas.
13. Fecha del registro, nombre y firma de quien lo realiza.

LISTA DE CONTROL PARA UN PROCEDIMIENTO DE QUEJAS

1. El alcance y el modo de envío están claramente definidos en el procedimiento de quejas.
2. El sistema es de fácil acceso para los usuarios del servicio o para sus representantes.
3. Hay plazos claros para cada paso del procedimiento.
4. Hay un sistema para apelar a personas respetadas y merecedoras de confianza, que son además independientes de la organización sobre la que recae la queja.
5. Los resultados de cualquier investigación se comunican a todos los concernidos por ella y se implantan con rapidez las recomendaciones dadas.
6. Para que el personal promueva su uso y no lo frustre es necesario que confíe en la imparcialidad y efectividad del sistema de quejas.

LISTA DE CONTROL ¿EN QUÉ MEDIDA LAS POLÍTICAS SOBRE INTERVENCIONES FÍSICAS PROTEGEN AL PERSONAL?

1. ¿En qué medida esas políticas buscan reducir al mínimo las lesiones al personal que utiliza intervenciones físicas?
2. ¿Qué procedimientos existen para afrontar el hecho de lesiones al personal?
3. ¿De qué modo el personal se aplica una baja por enfermedad si es lesionado?
4. ¿Cómo saben los directores y supervisores si un trabajador está estresado a consecuencia de las conductas desafiantes que ha de tratar?
5. Durante las reuniones de supervisión, ¿se anima al personal para que discuta sus propias reacciones cuando emplea intervenciones físicas?
6. ¿El personal que de manera regular trabaja con personas que presentan graves conductas desafiantes dispone de servicios de apoyo y consejo personal?

LISTA DE CONTROL ¿CÓMO CONTROLA EL PERSONAL LA BUENA PRÁCTICA?

1. ¿De qué oportunidades disponen los equipos de personal para hablar sobre el uso de intervenciones físicas?
2. Durante las reuniones de supervisión, ¿se pide al personal que comente sobre el modo en que están planificadas e implementadas las intervenciones físicas?
3. ¿Qué ocurre si un miembro del personal expresa preocupación sobre el modo en que se emplean las intervenciones físicas?
4. ¿Qué puede hacer el personal si desea hacer una queja formal? ¿Cuáles serían las consecuencias si lo hiciera?

CONCEPTOS CLAVE PARA LA FORMACIÓN DEL PERSONAL

1. Mantener valores positivos al trabajar con gente que realiza conductas desafiantes.
2. Responsabilidades legales y protección para las personas que usan estos servicios.
3. Tener en cuenta los contenidos de las políticas de la organización en cuanto a intervenciones físicas.
4. Estrategias para prevención primaria.
5. Estrategias para prevención secundaria.
6. Desarrollar comportamientos positivos.
7. Saber cómo utilizar las intervenciones físicas aprobadas por la organización.
8. Cómo poner en práctica los principios de:
 - Intervención lo menos restrictiva posible.
 - Graduación del control.
9. Trabajo en equipo con otros profesionales.
10. Llevar a cabo registros e informar.

¿CÓMO DETECTAR QUE ALGUIEN ES UN BUEN FORMADOR?

1. ¿Enfatiza los derechos de los usuarios de los servicios y la importancia de la formación para enmarcarse dentro de unos valores de servicio?
2. ¿Han recibido otras organizaciones formación de este instructor? Solicitar valoración confidencial de quienes han estado implicados en ella.
3. ¿Enseña estrategias preventivas como habilidades de interacción social; técnicas de relajación; técnicas de afrontamiento; desarrollo de comportamientos positivos?
4. ¿Enfatiza la importancia de reducir el uso de intervenciones físicas?
5. ¿Enseña conceptos como "intervención lo menos restrictiva posible" o "graduación del control"?
6. Deben evitarse los instructores que usan técnicas que causan dolor o realizan presas sobre las articulaciones.
7. ¿Enfatiza la importancia de cursos de actualización?
8. ¿Puedes acudir a un taller dado por el instructor antes de que te comprometas con él para que entrene a tu personal? Si no es posible, actúa con cuidado. Cuando acudas a un taller previo considera si el enfoque es consistente con los principios establecidos en este documento y si el personal gana confianza en su capacidad de utilizar intervenciones físicas con gente que realiza conductas desafiantes.
9. ¿Está el instructor dispuesto a unirse a las políticas organizativas existentes en el programa de formación?
10. ¿Tiene el instructor una experiencia y cualificación profesional relevantes (profesor, enfermero, psicólogo)?
¿Tiene el título de primeros auxilios?

INTER

I N T E R V E N C I Ó N



**Protocolo de actuación
ante conductas
desafiantes graves y uso
de intervenciones físicas**

INTER