

DIRECTRIZ 3: Tratamiento

Tratamiento y plan auxiliar de apoyo

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

Intervención basada en la hipótesis

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

Cuadro 6: Dos componentes del tratamiento del problema de conducta

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

Aplicación de una estrategia adecuada para el tratamiento.

Selección de metodología para el tratamiento.

a) *Tratamiento integral de la persona*

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

j) Enfoque en la persona

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

k) Enfoque en el entorno

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

DIRECTRIZ 3: Tratamiento

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

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

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

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

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

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

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

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

DIRECTRIZ 3: Tratamiento

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

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

Un tratamiento integrador consta de 4 fases o dimensiones.

■ **Primera fase del tratamiento**

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

■ **Segunda fase del tratamiento**

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

■ **Tercera fase del tratamiento**

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

■ **Cuarta fase del tratamiento**

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

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

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

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

Utilización de medicación psicotrópica

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

DIRECTRIZ 3: Tratamiento

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

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

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

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

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

Caso clínico 1: Jan

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

Enfoque paso a paso

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

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

Tratamiento integrador de las condiciones detectadas

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

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

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

Caso clínico 2: Tom

Historial

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

DIRECTRIZ 3: Tratamiento

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

Paso 1

Evaluación

Evaluación del problema de conducta.
Consúltese el historial.

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

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

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

Paso 2

Formulación del caso /diagnóstico integrador

Resultados

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

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

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

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

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

DIRECTRIZ 3: Tratamiento

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

Mecanismos de manifestación y dinámica del problema de conducta

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

Formulación del diagnóstico del problema de conducta

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

Paso 3

Tratamiento

(a) Tratamiento integral de la persona

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

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

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

DIRECTRIZ 4: Gestión de crisis de comportamiento

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

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

Contenido de la sección de gestión de crisis

La sección DSCM hace referencia a:

A. Enfoque integral

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

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

B. Tratamiento integrador

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

Revisión y modificación del DSCM

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

DIRECTRIZ 4: Gestión de crisis de comportamiento

Continuidad de los servicios de atención de crisis en entornos naturales

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

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

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

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

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

DIRECTRIZ 5: Evaluación de la eficacia

Evaluación de la eficacia del CITSP

Sistema de información objetiva

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

Contenido de la sección de gestión de crisis

Funciones de los sistemas de información

Estos sistemas de datos se utilizan para:

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

Continuidad de la evaluación

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