



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

Grado en Educación Primaria - Mención Educación Especial

Curso 2014/2015

Apoyo Conductual Positivo:

Estudio de un caso

Autor: Patricia Redondo Redondo

Tutor: Tomás Peláez Reoyo

Índice:

1.	Introducción.....	4
2.	Objetivos.....	5
3.	Justificación del tema elegido	5
4.	Fundamentación teórica.....	6
4.1.	Cambios en la concepción de la Discapacidad	6
4.2.	Discapacidad Intelectual	7
4.3.	Trastorno del Espectro Autista	9
4.4.	Modificación de conducta.....	10
4.4.1.	Definición de conducta problemática.....	10
4.4.2.	Antecedes de modificación de conducta	12
4.4.3.	Apoyo conductual positivo.....	13
4.4.4.	Otros estudios experimentales de Apoyo conductual positivo.....	14
5.	Intervención conductual	15
5.1.	Objetivos de la intervención	15
5.2.	Descripción del alumno	15
5.3.	Procedimiento	17
5.4.	Intervención	18
6.	Exposición de resultados	28
7.	Evaluación: limitaciones y fortalezas de la intervención	30
8.	Conclusiones.....	31
9.	Referencias bibliográficas	33
10.	Bibliografía.....	34
11.	Anexos.....	36

RESUMEN

Este trabajo se ha realizado con el propósito de investigar el programa de Apoyo Conductual Positivo (APC). Específicamente en este trabajo presentamos el estudio de un caso, un alumno con trastorno del espectro autista escolarizado en un centro de educación especial. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de la discapacidad, se ha conceptualizado la discapacidad intelectual y los trastornos del espectro autista, se ha repasado brevemente los autores más representativos de la modificación de conducta, se ha conceptualizado la conducta problemática, se ha recogido en qué consiste el programa de APC, así como se han revisado algunos estudios e intervenciones llevadas a cabo recientemente siguiendo este enfoque de intervención. En la intervención llevada a cabo con el alumno se han medido diferentes conductas disruptivas antes de la intervención y dos momentos posteriores una vez que APC ya se estaba llevando a cabo. En los resultados se exponen la evolución de las conductas problemáticas del alumno y se puede observar cómo éstas han disminuido. Finalmente se recogen las fortalezas y limitaciones del presente trabajo.

PALABRAS CLAVE: Modificación de conducta, apoyo conductual positivo, estudio de un caso, discapacidad intelectual y educación especial.

ABSTRACT

The goal of our study is to research Positive Behaviour Support (PBS). Specifically, this is a case study of a student with autism spectrum disorder who attends a special needs school. Our paper begins by reviewing the bibliography on disability and defining intellectual disability and the autism spectrum disorders; next, we review the theories of the most representative authors on behaviour modification and define challenging behaviour. Later we explain the PBS programme and present a few of the most recent studies and interventions that follow this programme.

We measured various types of disruptive behaviour before beginning the intervention and at two other times later on. In the results, we show the evolution of the student's challenging behaviour and how these decreased. Finally, we present the strengths and limitations of our study.

KEY WORDS: Behaviour modification, Positive Behaviour Support, case study, intellectual disability and special education.

1. Introducción

El propósito de este Trabajo de Fin de Grado (a partir de ahora TFG), es profundizar y ampliar mis conocimientos sobre el manejo de conductas problemáticas en el aula, ya que es un problema real con el que nos encontramos cuando comenzamos la práctica docente.

Los practicums que he realizado han sido, en un colegio ordinario como profesora generalista, y en un colegio específico como pedagoga terapéutica, en ambos centros, que en un primer momento puede parecen realidades muy dispares, me encontré con problemas de conducta, esto me hizo reflexionar en la problemática que existe en las aulas, por ello, decidí realizar este trabajo sobre los problemas de conducta. Ya que la práctica de un buen docente, no solo debe ser a nivel curricular, sino que existen otros muchos factores a tener en cuenta como el humor de los alumnos, sus problemas, sus dificultades...

En este TFG, se desarrolla un programa de Apoyo Conductual Positivo (a partir de ahora ACP), recogido en los manuales de trabajo en centros de atención a personas con discapacidad de la Junta de Castilla y León. Este programa me ha permitido valorar la importancia que tiene la dedicación hacia las personas con las que trabajamos, donde lo importante es ayudar y fomentar la mejora de calidad de vida de éstas.

El contexto donde se desarrolla esta intervención es un centro de educación especial de Valladolid, en un aula de 8 alumnos, donde uno de ellos con discapacidad intelectual presenta conductas problemáticas que alteran el buen clima en clase, siendo así una necesidad realizar una intervención para evitar que se sigan produciendo esas conductas.

En este documento, se realiza una aproximación teórica sobre el programa APC, incluyendo una aplicación del mismo en un caso real, abarcando además aspectos esenciales para la comprensión de este caso, como las diferentes concepciones de discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autismo, así como una fundamentación teórica de modificación de conducta.

2. Objetivos

Los objetivos que se pretenden alcanzar con este trabajo de investigación son:

- Ampliar y afianzar mis conocimientos sobre las conductas problema
- Saber abordar y controlar las conducta problema en un aula
- Ejecutar una intervención basada en el apoyo conductual positivo
- Valorar la calidad de vida del alumno ante cualquier situación

3. Justificación del tema elegido

En un primer momento, toda mi atención se centró en el alumno, pretendiendo realizar un trabajo de investigación sobre discapacidad intelectual y Trastorno del Espectro Autista – no especificado (a partir de ahora TEA), pero en el momento en el que comencé a trabajar con él, observe una problemática existente con su comportamiento que me pareció importante poder abordar, por lo que mi tema de investigación se focalizó en el manejo de conductas problemáticas. De este modo podría realizar una investigación más amplia sobre las conductas problema y no tan concreta de un trastorno.

Este aspecto me ha hecho reflexionar ya que durante la ejecución de la intervención, el diagnóstico del alumno es un factor secundario, importante y que hay que tener en cuenta, pero lo primordial siempre es la persona con la que intervenimos, los miedos e inquietudes, las limitaciones, de lo que puede ser capaz, y no tanto la catalogación que viene recogida en los informes.

Las conductas problema pueden provocar connotaciones negativas tanto en el resultado académico y equilibrio emocional como en las relaciones sociales, generando problemas entre los propios alumnos y los profesores. Esas connotaciones negativas pueden llegar a ser alteraciones graves y difíciles de resolver.

En esta profesión, como docentes, la predisposición que poseemos es a prestar una atención directa a los factores de rendimiento, a los resultados académicos, a las pruebas de conocimientos, a las notas... Todos son factores significativos, pero no los únicos, por ello creo que debemos de fomentar la atención a los temas de comportamiento, a los sentimientos, a las actitudes y por supuesto también a las normas.

En el Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre se recogen los objetivos y competencias básicas que han sido clave en mi formación como docente, entre todos ellas, destaco los más relevantes para el desarrollo de esta intervención:

- Diseñar, planificar y evaluar procesos de enseñanza-aprendizaje, tanto individualmente como en colaboración con otros docentes y profesionales del centro.
- Diseñar, planificar, adaptar y evaluar procesos de enseñanza aprendizaje para el alumnado con necesidades educativas específicas, en colaboración con otros docentes y profesionales del centro.
- Fomentar la convivencia en el aula y fuera de ella, resolver problemas de disciplina y contribuir a la resolución pacífica de conflictos. Estimular y valorar el esfuerzo, la constancia y la disciplina personal en los estudiantes.
- Reflexionar sobre las prácticas de aula para innovar y mejorar la labor docente. Adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo y promoverlo entre los estudiantes.

4. Fundamentación teórica

4.1. Cambios en la concepción de la Discapacidad

Uno de los precursores que han dado lugar a que haya un cambio de perspectiva en las intervenciones con personas con discapacidad ha sido el cambio de paradigma que ha tenido lugar en los últimos años en el mundo de la discapacidad. El objetivo ha sido poner el énfasis en el contexto que crea que la persona no sea capaz de realizar diferentes actividades y funciones. Schalock (1999) planteó una novedosa concepción de la discapacidad en la cual ésta no resulta de las condiciones físicas, sensoriales o intelectuales de una persona sino en la interacción entre un individuo y el ambiente en el que vive. De este modo, el origen de la discapacidad se encuentra en una deficiencia, creada por el ambiente en el que el individuo vive.

En el año 2001, la Organización Mundial de la Salud propuso con la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, una clasificación basada en el funcionamiento de la persona, y en la que el concepto de

discapacidad engloba deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. De esta manera, la discapacidad queda definida como:

Aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad y en igualdad de condiciones con las demás (Egea y Sarabia, 2001, p. 16).

De esta manera, podemos entender como el concepto de persona y el de salud prioriza sobre el de deficiencia. Otro cambio que se produce es que se diagnostica no tanto con el objetivo de etiquetar a las personas sino con el objetivo de intervenir. En las intervenciones se trata de encontrar aquellos apoyos que el individuo necesita para conseguir una mayor calidad de vida. ¿Cómo podemos traspasar este concepto tan abstracto de calidad de vida a la practicidad de las intervenciones? Según algunos autores (Brown et al., 2004; Schalock et al., 2007 en Schalock y Verdugo, 2007) hay cuatro principios que sirven como pilares conceptuales y de este la calidad de vida: (a) es multidimensional y tiene los mismos componentes para todas las personas; (b) está influenciada por factores personales y ambientales; (c) se mejora con la autodeterminación, los recursos, el propósito de vida y un sentido de pertenencia; y (d) su aplicación debe basarse en la evidencia.

Es en este punto donde se encuadra también el tipo de intervención llevada a cabo en este estudio: el apoyo conductual positivo. Ésta ha de ser vista como una herramienta que permite al individuo mejorar su calidad de vida.

4.2. Discapacidad Intelectual

Según el DSM-5, última versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, podemos decir que la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual):

Es un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. (DSM-5, p.33).

Este manual nos indica que para considerar que en una persona existe una discapacidad intelectual es necesario estudiar tres criterios:

- El primero de ellos es un **déficit de funcionamiento intelectual**, el cual debe ser 2 DT (desviaciones típicas) por debajo de la media ($CI < 70$). Es necesario realizar más de una sola prueba, ya que con saber este dato no es suficiente para determinar que una persona tiene discapacidad intelectual (DI, de aquí en adelante). En ellas se tiene en cuenta las deficiencias en el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje desde la propia experiencia. Todas ellas deben aparecer en el informe, las cuales formarán el CI total, que, como ya hemos indicado, ha de estar por debajo de 70.
- El segundo criterio está relacionado con un **déficit en el comportamiento adaptativo**. Para evaluarlo habría que tener en cuenta tres ámbitos:
 - a) **Dominio conceptual**: este área implica un déficit en diferentes aspectos que son la memoria a corto plazo, memoria semántica... etc.; el lenguaje y sus problemas de adquisición, la lectura, la escritura, el razonamiento matemático, la adquisición de conocimientos prácticos, la resolución de problemas y el juicio en situaciones nuevas.
 - b) **Dominio social**: tendremos en cuenta la conciencia de los pensamientos y experiencias de los demás (Teoría de la Mente), la empatía, las habilidades de comunicación interpersonal y personal de amistad, así como su juicio social.
 - c) **Dominio práctico**: implica el aprendizaje y la autogestión en distintos contextos, incluyendo el cuidado personal, aseo, comida, vestido; la responsabilidad en el trabajo, la administración del dinero, la utilización del ocio y tiempo libre, así como la organización de tareas en la escuela y en el trabajo.
- El tercer criterio corresponde a la **edad**. En ediciones anteriores de este manual, este criterio decía que la discapacidad tenía que presentarse antes de los 18 años, pero la nueva modificación no acota una edad, sino que dice que tiene que aparecer a lo largo del desarrollo.

Este mismo manual nos indica la necesidad de especificar la gravedad de la discapacidad, la cual puede ser leve, moderada, grave o profunda.

Independientemente de la definición dada por este manual, resulta interesante destacar otras conceptualizaciones de la DI de diferentes autores como las que se recogen a continuación:

- a) Expresión de las limitaciones del funcionamiento individual dentro de un contexto social y que representa una desventaja sustancial para el individuo (Schalock, R.L., 2009).

Según la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR): retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson y Cols., 2002).

- b) La discapacidad es la expresión de limitaciones en el funcionamiento individual dentro de un contexto social y representa una sustancial desventaja para el alumnado (American Psychiatric, 2014).

- c) AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) establece que la discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años (Schalock et al., 2010, p.1).

El DSM-5 va más allá y afirma que se da en el periodo de desarrollo e implica una limitación en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder en distintas situaciones y en lugares (contextos) diferentes.

4.3. Trastorno del Espectro Autista

Respecto a las nuevas consideraciones del DSM-5 (APA, 2013), lo que anteriormente se catalogaba como trastorno generalizado del desarrollo, en este nuevo manual se denomina: Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Dentro del TEA, se engloba al trastorno autista, asperger, desintegrativo de la infancia y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado (TGD-no especificado).

Se concibe al TEA como un continuo o una única dimensión, donde desaparece la triada que se encontraba en el DSM IV, fusionándose así los déficits sociales y comunicativos.

Asimismo, los retrasos en el lenguaje no son únicos ni universales en los TEA y se consideran un factor que influye en los síntomas clínicos. Además el cociente intelectual (CI) no es un criterio de diagnóstico sino un factor pronóstico. Los que mejor CI posean, tendrán una mejor evolución.

El alumno con el que se realiza la intervención posee TGD-no especificado, por lo que es conveniente centrarnos en este aspecto. Estos niños se diferencian de los que tiene autismo propiamente dicho, porque presentan menos síntomas o cuando se detecta el trastorno tienen una edad más avanzada. Esta categoría resulta compleja de analizar y de diagnosticar, siendo posible que se diagnostique a un niño un trastorno general del desarrollo-no especificado cuando tiene algunas señales y síntomas de Trastornos del espectro autista o síndrome de Asperger pero no cumple con el estricto criterio utilizado para diagnosticar esas condiciones.

4.4. Modificación de conducta

4.4.1. Definición de conducta problemática

Es importante empezar por definir el concepto de conducta problemática. La terminología para referirse a esos comportamientos desajustados, desafiantes, o inadecuados ha ido evolucionando debido a numerosas investigaciones y al desarrollo del trabajo de muchos profesionales.

Los anteriores términos usados podían dar una imagen de la persona más negativa y en algunos casos no describían bien el tipo de conducta. La conducta problemática es aquella que debido a su intensidad, duración o frecuencia afecta negativamente al desarrollo personal del individuo, así como a sus oportunidades de participación en la comunidad (Emerson, 1995; en Canal y Martín, 2002).

Según Emerson (2003) sólo puede entenderse el fenómeno de conducta problema cuando ésta es entendida como una construcción social. Este autor por ello destaca como importante los siguientes factores:

- las normas sociales como aquello que constituye el comportamiento adecuado en un determinado ambiente, en nuestro caso en una determinada aula;
- las habilidades que posee la persona para dar una explicación lógica y/o plausible de su comportamiento;
- las creencias que tienen los otros alumnos del aula sobre las características o el tipo de discapacidad intelectual y la causa de la conducta problemática creada por la persona; y
- la capacidad del ambiente, del aula para manejar cualquier interrupción creada por el comportamiento de la persona.

Por lo tanto, y en base a lo recogido anteriormente es importante establecer cuáles son los descriptores de estos comportamientos:

- La conducta problema es funcional, tiene un propósito adaptativo para la persona que la desempeña en el contexto en el que está, por eso son tan estables y frecuentes. La conducta problema es una forma de comunicación con el contexto.
- La conducta problema se define socialmente, es un comportamiento que infringe las normas sociales, de forma que constata las relaciones entre lo que la persona hace, el contexto en el que lo hace y en cómo los demás interpretan o dan significado a esa conducta.
- De la conducta problema se derivan unas consecuencias personales y sociales que pueden ser tanto inmediatas como a largo plazo. En algunos casos, la conducta culturalmente anormal es de tal intensidad, frecuencia o duración que es probable que la seguridad física de la persona o de los demás corra serio peligro (Emerson, 1995; en Tamarit, 2005).
- La conducta problema supone un reto para el entorno, reta al contexto a diseñar soluciones, y a proponer estrategias y alternativas en ese mismo entorno, y no solo a proponer acciones dirigidas a la persona que las realiza. La intervención tiene que estar basada en la comprensión de la persona, su conducta y el contexto social.

Por ende, una misma conducta puede ser problemática en un contexto y en otro no; y la conducta problema tiene lugar por alguna razón, no es el resultado de la discapacidad de la persona, ni un síntoma de la discapacidad, es la evidencia de que hay algo en ese

ambiente que favorece esa conducta. De forma, que a la hora de abordar una determinada problemática, debemos fijarnos más en los signos (conductas observadas) que en los síntomas (ansiedad, depresión, trastorno de evitación social...).

4.4.2. Antecedes de modificación de conducta

A continuación, se presentan algunos de los psicólogos más importantes para el desarrollo de los principios de la modificación de conducta (Miltenber, 2013):

Ivan P. Pavlov (1849-1936). Pavlov ejecutó experimentos donde comenzaron a realizarse las primeras líneas de lo que conocemos como reflejo condicionado. Pavlov demostró que ante un reflejo (salivación) podría asociarse un estímulo neutro (sonido). En sus experimentos, Pavlov trabaja con un perro, donde presenta un estímulo neutro, al mismo tiempo que proporciona comida al perro. A continuación, el perro salivaba ante el sonido sin la presencia de la comida. Esto es lo que se denomina reflejo condicionado.

Edward L. Thorndike (1874- 1949). La aportación más importante de Thorndike fue la descripción de la ley de efecto. Esta ley se basa en la afirmación siguiente: *“una conducta que produce un efecto favorable sobre el ambiente es más probable que se repita en el futuro”* (Thorndike, 1911). El experimento de Thorndike se realizó con un gato que estaba en una jaula, colocando la comida del gato fuera de la jaula, donde el gato la tuviera a la vista. Para abrir la jaula, el gato tenía que tocar una palanca con la tapa, este experimento demostró que el gato aprendía a tocar la palanca para abrir la puerta de la jaula. Con el tiempo, el gato aprendió a tocar la palanca más rápido debido a que esa conducta tenía un efecto deseable, conseguir la comida.

Jonh B. Watson (1878 – 1858). En 1913, Watson afirma en el artículo “La psicología desde el punto de vista conductista”, que la conducta observable es el objeto de estudio para la psicología y que toda conducta está controlada por los acontecimientos del ambiente. En particular, Watson describió una psicología estímulo-respuesta según la cual los eventos ambientales (estímulos) provocan las respuestas de un organismo. Watson es considerado el fundador del conductismo.

B.F Skinner (1904-1990). Este autor destaca en el tema que nos ocupa, ya que su propuesta sobre el conductismo es el resultado de aclarar las diferencias entre el condicionamiento respondiente de Pavlov y Watson y el condicionamiento operante. El

condicionamiento operante describe las consecuencias de una conducta que controlan la aparición de la misma (del mismo modo que afirmaba la ley de Thorndike). Las investigaciones sobre condicionamiento operante fueron exitosas en animales y fue aplicada en niños y jóvenes con resultados positivos. (Velázquez, 2001).

4.4.3. Apoyo conductual positivo

El apoyo conductual positivo (ACP) no solo es un conjunto de procedimientos funcionales y no aversivos destinados a reducir o a corregir un comportamiento problemático, sino que es un enfoque que va más allá del mero análisis conductual y hace hincapié en la modificación del contexto en el que se da el problema (Goñi, Martínez y Zardoya, 2008). De esta manera, el ACP consiste en desarrollar y establecer una planificación, intervención y desarrollo de los apoyos conductuales necesarios, con la finalidad de conseguir cambios conductuales significativos a nivel social, utilizando estrategias favorables para la persona, respetando los valores y derechos de la misma. Para definir el ACP de una manera concisa podemos hacer referencia a la conceptualización dada por Carr: el ACP es un enfoque para abordar los problemas de conducta que supone remediar condiciones ambientales y/o déficits en habilidades (Carr, 1995; en Canal y Martín, 2002).

Es muy importante destacar los diferentes agentes para una óptima intervención: el psicólogo, los profesores, los educadores y/o monitores, la familia y otros agentes sociales que sean significativos en el contexto del usuario.

En el programa de Apoyo Conductual Positivo, recogido en los Manuales de Trabajo en Centros de Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León (Canal y Martín, 2002) se especifica que:

El apoyo conductual positivo se distingue de otros planteamientos en que combina valores y técnicas. Valores respecto a la dignidad de la persona y técnicas respecto a procedimientos específicos de evaluación y tratamiento. Creemos que esta combinación puede ser más eficaz para hacer frente a las necesidades concretas de las personas, con conductas problemáticas, que la simple aplicación de procedimientos estándar de intervención (p, 77).

Este enfoque programa se centra en crear y apoyar contextos que incrementan la calidad de vida, propiciando que las conductas problema que presentan las personas sean menos eficaces, eficientes y relevantes, de forma que las conductas alternativas sean más funcionales.

Las características más significativas del enfoque ACP que encontramos en el manual mencionado anteriormente son:

- Se basa en la evaluación funcional.
- Es global e incluye intervenciones múltiples.
- Trata de enseñar habilidades alternativas y de adaptar el ambiente.
- La prioridad de este programa son los valores de las personas, respetando su dignidad y sus preferencias, y trata de mejorar su estilo de vida.
- Se diseña para ser aplicado en contexto de la vida diaria, haciendo uso de los recursos disponibles y basándose en una visión compartida del problema.
- Mide el éxito del programa por el incremento en la frecuencia de conductas alternativas, el descenso de frecuencia de conducta problema y por mejoras en la calidad de vida de las personas.

4.4.4. Otros estudios experimentales de Apoyo conductual positivo

Nos parece interesante destacar algunos de los estudios que se han llevado a cabo utilizando el enfoque ACP. A lo largo de los últimos años se han producido numerosos manuales, artículos e investigaciones al respecto. Sin embargo, a continuación destacamos aquellas que se acercan más a la temática de nuestro estudio.

En un reciente estudio (Närhi, Kiiski, Peitso, y Savolainen, 2015) llevado a cabo en las aulas de secundaria en las cuales se utilizó el ACP como estrategia para disminuir las conductas problemáticas en dicha escuela, los resultados demostraron una disminución en éstas. Se observó varios cambios, ya que se produjo una gran reducción en el comportamiento disruptivo, una bajada en el tiempo que se necesita para crear un clima de aprendizaje positivo y una disminución en la tensión experimentada por los profesores durante el tiempo que estaban enseñando en las aulas. El trabajo concluye sugiriendo que este tipo de intervenciones pueden ser muy sencillas y no necesitan un gran apoyo externo

por parte de otros profesionales y pueden producir mejoras significativas en el clima del aula.

Un estudio llevado a cabo por Chitiyo, Makweche-Chitiyo, Park, Ametepee, y Chitiyo (2011) encontró una correlación positiva de 0,40 entre la mejora en un problema de comportamiento a través del uso de ACP y logro académico en estudiantes con discapacidad.

En el estudio desarrollado por Mc Clean y Grey (2012), llevado a cabo con cuatro participantes en el que tanto la intervención como la recogida de datos continuó durante un periodo de tres años, demostró la eficacia de ACP para alumnos con severos problemas de comportamiento cuando éstos son diseñados de manera individualizada.

Storey y Post (2012) en su libro *Positive Behavior Supports in Classrooms and Schools: Effective and Practical Strategies for Teachers and Other Service Providers*, aportan una interesante definición que viene a destacar otros aspectos diferentes a las definiciones que se han ido aportando. En ésta los autores inciden en como la mejor manera de disminuir las conductas problemáticas es mediante el aumento de las conductas deseables, dando a los alumnos habilidades y apoyos para que éstos no se vean en la situación de tener que llevar a cabo las conductas no deseadas (Quigley, 2014).

5. Intervención conductual

5.1. Objetivos de la intervención

Centrándonos en la intervención que se desarrolla en este documento, los objetivos que se quieren alcanzar son:

- Eliminar las conductas problema que presenta el alumno
- Favorecer el desarrollo de una calidad de vida óptima para el alumno
- Fomentar la autonomía personal del alumno

5.2. Descripción del alumno

Manuel, es un alumno de trece años, diagnosticado con TEA (trastorno generalizado del desarrollo-no especificado) con discapacidad intelectual. Posee una minusvalía del 36%, la cual el 33% es atribuido al trastorno y el otro 3% a factores sociales complementarios.

Presenta déficits en la comunicación y en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social. Dentro de lo que el DSM- 5 (APA, 2013), cataloga como “patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas”, el alumno Manuel presenta ecolalia, malestar extremo ante pequeños cambios, patrones de pensamientos rígidos, intereses restrictivos y obsesivos (como las cabras o los Beatles), hiperreactividad sensorial.

Respecto al historial educativo, Manuel ha estado escolarizado en un centro ordinario durante su etapa escolar en el curso correspondiente a su edad y en el último año se optó por una educación en modalidad combinada en un centro de educación especial. Los padres optaron finalmente por una escolarización a jornada completa en el curso 2014/2015 en otro centro de educación especial. Durante este curso, el alumno recibe los servicios de logopedia y fisioterapeuta en el propio centro.

Los informes anteriores de Manuel, nos muestran que en los últimos tres años de primaria (cursos 4º, 5º y 6º-con combinada) en el centro ordinario las conductas problema de Manuel han ido en aumento de forma considerable, siendo necesario separar a Manuel de su clase habitual y trabajar siempre con él de forma individual en el aula de apoyo con atención directa y continua del PT. Los padres aseguran que las conductas problema también se producen en el contexto no educativo, siendo difícil poder realizar actividades en familia en sitios públicos.

En el nuevo centro de educación especial, Manuel pertenece a Educación Básica Obligatoria II, donde comparte aula con ocho alumnos más, sigue el ritmo normal de la clase. La programación de aula corresponde a un nivel curricular de 2º / 3º de primaria dependiendo del área.

Las mayores dificultades que presenta Manuel en el aprendizaje, se debe a que su tiempo de atención es reducido, así como su incapacidad por expresar lo que quiere o siente, siendo difícil que comunique sus deseos y preferencias.

Manuel se altera en actividades grupales, con personas nuevas o que no son de referencia para él. Cualquier estímulo externo capta su atención, desde un golpe en la mesa de otro

alumno o un ruido de maquinaria procedente del exterior, esto le altera y su atención se focaliza en ese ruido, resultando imposible trabajar en ese momento.

El alumno, está acostumbrado a trabajar de manera directa e individual con el profesor, por lo que siempre está demandado su atención.

Las conductas problema que Manuel presenta son: rotura de gafas a cualquier persona o compañero que pase por su lado, romper fichas de trabajo, comer gomas de borrar, dar manotazos y tirar objetos.

A continuación se desarrollará el plan de intervención que se ha llevado a cabo y como se trabaja para limitar esas conductas no deseadas.

5.3. Procedimiento

Este trabajo lo consideramos un estudio de caso único ya que es un estudio experimental en el que un solo individuo es su propio control (Montero y León, 2002). En nuestro caso es el alumno que ya hemos descrito anteriormente. El tipo de diseño de estudio es AB, donde A es la situación base de la que partimos y B es la intervención que realizamos la cual no se termina sino que se extiende en el tiempo.

La intervención se desarrolla durante un curso académico, de septiembre a junio. Durante el mes de septiembre observamos de forma directa al alumno, realizamos las entrevistas con la familia y revisamos toda la información y documentos que poseemos del alumno. En octubre se realizaría el primer registro formal de las conductas problemas que Manuel presenta, la medida que vamos a utilizar, se recoge en la tabla que se muestra a continuación, donde tenemos que anotar la conducta problema que se produce, con qué frecuencia y la gravedad de ésta. El siguiente registro se realizará en enero y el tercero en mayo. Finalmente en junio, cuando acabe el curso escolar se valorará todo el desarrollo del programa.

Tabla 1. Registro conducta problema.

CONDUCTA PROBLEMA	FRECUENCIA	GRAVEDAD		
		Grave	Moderada	Leve
		Grave	Moderada	Leve
		Grave	Moderada	Leve
		Grave	Moderada	Leve

		Grave	Moderada	Leve
		Grave	Moderada	Leve

Fuente: Elaboración propia.

5.4. Intervención

A continuación desarrollamos el programa de Apoyo Conductual Positivo, recogido en los manuales de trabajo en centros de atención a personas con discapacidad de la Junta de Castilla y León, destinado al alumno que hemos descrito anteriormente.

Fase 1: Identificación y valoración de la conducta problema.

La primera fase es fundamental ya que es importante identificar la conducta problema que se va a trabajar. En el caso de Manuel, la familia y los informes del colegio anterior nos sitúan y nos pone en antecedentes de las conductas que presentaba el alumno. Cuando Manuel comienza en este colegio, podemos observar que conductas presenta, de todas ellas, se tienen que valorar cuales son conducta problema, cuales son asociadas a un contexto o a un trastorno y así poder realizar la intervención. Para recoger toda la información utilizamos el documento que se presenta en el *anexo I*.

Fase 2: Evaluación o hipótesis funcional.

En esta fase es prioritario que se presente y debata toda la información relativa a la conducta problema. El objetivo de esta fase es comprender conjuntamente la conducta que se está desarrollando y analizar cómo estamos actuando ante ese comportamiento problemático. Para ello, se trabajará con los protocolos de recogida de información (*anexo I*) como un instrumento que nos ayuda a organizar, seleccionar y plantear una posible hipótesis de trabajo.

Uno de los aspectos más importantes de esta fase es establecer una “línea base” de la conducta problema sobre la que vamos a intervenir. La línea base nos ayuda a valorar posteriormente la eficacia de la intervención, ya que mide en función de varios parámetros significativos (frecuencia, gravedad...) de la conducta problema. Nuestro objetivo siempre será modificar esa línea base para disminuir o eliminar esa conducta objeto de intervención, así como también nos permitirá establecer la evolución de la conducta alternativa que pretendemos potenciar o generar.

En esta fase, se realiza un análisis exhaustivo de las conductas, lo que nos lleva directamente a establecer una hipótesis funcional, los objetivos de la intervención y las primeras propuestas de estrategias para la intervención (se verá en las siguientes fases).

En la tabla que se muestra a continuación, quedan reflejados los antecedentes de la conducta de Manuel y sus consecuencias.

Tabla 2. Análisis conductual.

ANÁLISIS DE CONDUCTA: MANUEL	
Antecedentes Lentos	<ul style="list-style-type: none"> • TEA. • Alteración de rutinas en el colegio (ensayos, fiestas...). • Última hora del día (Tardes). • Actividades poco estructuradas y en grupo. • Ha tendido algún problema en casa.
Antecedentes Rápidos	<ul style="list-style-type: none"> • Risas inmotivadas o inquietud motórica. • Ruidos (maquinaria, golpes de un compañero en la mesa...). • Ha finalizado una tarea o actividad y no tiene ninguna otra. • Presencia de una profesora en concreto.
Conductas	<ul style="list-style-type: none"> • Romper gafas. • Dar manotazos. • Romper fichas o material para trabajar. • Tirar objetos.
Consecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir atención y contacto físico del personal de referencia. • Evitar hacer alguna tarea. • Hacer otra tarea que le gusta. • Disminuir el estado de “estrés” que presenta.

Fuente: Elaboración propia.

Fase 3: Elaboración de la hipótesis de trabajo.

Las hipótesis de trabajo no son sólo una explicación lógica a lo que está ocurriendo, sino que constituyen la base del plan de intervención, por tanto el éxito del plan de apoyo

conductual dependerá de la formulación de esta hipótesis. Las hipótesis de trabajo nos informa sobre qué variables están influyendo sobre la conducta problema.

Una **hipótesis general** proporciona una explicación contextual de por qué los sucesos identificados son problemáticos para la persona; reúne todos los elementos que pueden estar influyendo en la persona: habilidades, debilidades, preferencias, rutinas diarias, consideraciones de calidad de vida, consideraciones contextuales... Esta hipótesis nos va a facilitar la creación de un plan de apoyo a largo plazo y mucho más amplio que la hipótesis funcional.

Las **hipótesis funcionales** son mucho más concretas que las hipótesis generales, y se centran en los antecedentes, consecuentes y propósitos de la conducta problema sobre la que vamos a intervenir. Nos facilitan el trabajo a corto plazo, y establecen tres informaciones básicas: cuando ocurre, que ocurre y con qué propósito.

Llegados a esta fase, teniendo en cuenta toda la información y todo el trabajo realizado en las fases anteriores elaboramos un análisis funcional o una hipótesis de trabajo.

Documento 1. Análisis funcional e hipótesis de trabajo

ANÁLISIS FUNCIONAL E HIPÓTESIS DE TRABAJO

Alumno: Manuel

Fecha: octubre 2014

- **Equipo de Apoyo Conductual:**

1.- CONDUCTA PROBLEMA.

CONDUCTA PROBLEMA	FRECUENCIA	GRAVEDAD		
		Grave	Moderada	Leve
Romper gafas	Una al día	Grave	Moderada	Leve
Romper fichas	5 veces al día	Grave	Moderada	Leve
Comer gomas de borrar	10 veces al día	Grave	Moderada	Leve
Dar manotazos	5 veces al día	Grave	Moderada	Leve
Tirar objetos	5 veces al día	Grave	Moderada	Leve

Otras Conductas a tener en cuenta:

- Amenazar con que va a hacer algo inadecuado: “¿Te rompo las gafas?, ¿Te pego?”, ¿lo tiro?...
- Reírse de forma continua y sin motivo aparente.
- Hacer preguntas de forma reiterativa sin tener en cuenta al interlocutor.
- Romper cosas: papeles, objetos...
- No comer la comida del comedor.
- No hacer las tareas.

Línea de base de la/s conducta/s problema: las conductas se repiten de forma continua.

Línea de base de la/s conducta/s alternativas: presenta pocas habilidades para relacionarse y conseguir la atención del adulto, tendiendo a amenazar o buscar atención a través de conductas inadecuadas. Ocasionalmente se ha observado alguna conducta de acercamiento a través de preguntas relativas a “¿Dónde está alguna persona?”, o relativas a cosas de la persona que le llama la atención.

2.- DETERMINANTES DE LA CONDUCTA.

Desencadenantes rápidos:

- Reírse de forma estereotipada.
- Levantarse de la silla.
- Avisar verbalmente que va a emitir una conducta problema: “te voy a romper las gafas”, “te voy a acortar el pelo”, “te voy a dar un manotazo”...
- Hablarle en un tono de voz alto y autoritario.
- No tener cerca de una persona de referencia.
- Sonido de cortacésped, taladro...

Desencadenantes lentos:

- Actividades de grupo no muy estructuradas.
- Finalizar una tarea y no tener nada que hacer o a alguna persona de referencia con la que hacer algo.
- Últimas horas del día (a partir de las 16:00).

3.- HIPÓTESIS GENERAL.

Manuel presenta una discapacidad intelectual moderada y rasgos dentro del espectro autista. Se incorporó el 10 de Septiembre a nuestro centro educativo tras ser derivado por el CEIP “_____”, en combinada con el C.E.E “_____”. Según informa la familia durante estos últimos cursos todo este repertorio conductual ha estado instaurado. Parece que estas conductas han sido eficaces para Manuel. De hecho nos comentan que en el centro ordinario se trabajaba de forma individual en un aula sólo para disipar las conductas problema.

Además Manuel, presenta numerosos rasgos del espectro autista: lenguaje estereotipado, intereses restrictivos y peculiares, dificultades de empatía..., así como una alta reactividad sensorial (cortacésped, taladro...).

4.- HIPÓTESIS FUNCIONAL.

Tras realizar el análisis funcional de las conductas problema que manifiesta Manuel, hemos observado que fundamentalmente van dirigidas a “conseguir atención de la persona de referencia” y/o “evitar la tarea”.

Trabajaremos con estas dos hipótesis:

- **Función: conseguir atención** ⇔ **Conductas asociadas:**
 - Dar manotazos.
 - Romper o tirar objetos.
 - Agarrar a la persona de referencia.
 - Preguntar de forma estereotipada a la persona de referencia.
- ⇔ **Conductas alternativas:**
 - Indicación verbal de no adecuación de la conducta y ausencia de atención sobre esa conducta.
 - Refuerzo de conducta alternativa.
- **Función: Evitar tareas** ⇔ **Conductas asociadas:**
 - Romper o tirar objetos.
 - Levantarse de la silla.
 - No respetar los tiempos de espera.
 - Dar manotazos.
- ⇔ **Conductas alternativas:**

- Indicación verbal de no adecuación de la conducta y ausencia de atención.
- Identificar antecedente (tipo de tarea, ruido, cansancio...): preguntar si está cansado o hay algún ruido (a veces está oyendo máquinas de fuera y nosotros no lo hemos apreciado), si la tarea es difícil...
- Reforzar que diga que le pasa, buscar soluciones con él.

Fuente: Apoyo conductual positivo. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. (Adaptación propia)

Fase 4: Elaboración del Plan de Intervención.

El plan de apoyo conductual consiste en la elaboración y aplicación de diferentes estrategias de apoyo.

Es muy poco probable que una estrategia simple resuelva un problema de conducta, que suele ser complicado, y por tanto requiere de intervenciones múltiples y a veces complejas, ya que tras una intervención simple es poco probable que se puedan afrontar metas amplias y tengan efectos a largo plazo.

El plan de apoyo conductual es individual, sólo sirve para una persona concreta. Aunque hay estrategias que se pueden aplicar en varios planes de apoyo; los planes de apoyo conductual están centrados en la persona y orientados al proceso, teniendo en cuenta la complejidad del contexto y la individualidad de cada persona.

Las estrategias de intervención atienden fundamentalmente a tres componentes:

- Modificación de antecedentes.
- Enseñanza de habilidades alternativas.
- Intervenciones sobre las consecuencias.

Se deja por escrito en un documento que se comparte con el resto de personas que intervengan con Manuel, una vez todos los profesionales estén informados, se comienza la ejecución del plan e intervención.

En nuestro caso, realizamos una tabla explicativa, donde quedan reflejadas además de las conductas de Manuel, las acciones que debemos hacer los profesionales antes de que

sucedan la conducta problema que son las acciones preventivas, las conductas alternativas que le ofrecemos, las consecuencias que tiene y se añade alguna observación donde es preciso.

Tabla 3. Plan de intervención conductual.

	TEA	Conseguir atención del profesional	Evitar tarea
Conductas asociadas	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje ecológico y soliloquios. - Dificultades para empatizar. - Dificultades en las relaciones sociales. - Alta reactividad sensorial (ruidos de máquinas, cortacésped, taladros...). - Poca flexibilidad de pensamiento. - Dificultades para expresar estados de ánimo. 	<p>Conductas en escalada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inquietud motórica, suele buscar una esquina o se levanta de la silla. - Risas inmotivadas. - Agarrar al profesional. - Aviso verbal de que va a emitir conducta disruptiva. - Emisión de conducta (manotazo, romper gafas, tirar objetos...). 	<ul style="list-style-type: none"> - Romper la ficha o tarea. - Negarse a realizar la tarea. - Comenzar a preguntar a la persona de referencia de forma ecológica.
Acciones preventivas	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer rutinas. - Mensajes sin doble sentidos. - Preguntas dirigidas a identificación de estados de ánimo. - Redirigir la conversación hacia temas que le interesen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Darle claves contextuales (en el aula se hace esto...). - Sacarle del aula antes de que comiencen a recoger los compañeros. - Manos al bolsillo. - Ocuparle el tiempo que no tiene 	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntarle si le gusta la tarea. - Preguntarle si está cansado. - Ofrecerle tareas que le agraden.

		<p>actividad estructurada.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Actividades que le relajen cuando comienza a dar signos de que comienza a alterarse. – Si comienza a estar alterado: supervisión próxima si está cerca de algún compañero con gafas. 	
Conducta alternativa	<ul style="list-style-type: none"> – Redirigir la conversación hacia temas que le interesen. 	<ul style="list-style-type: none"> – Reforzar cualquier conducta que sea positiva de acercamiento a los profesionales en actividades grupales. – Reforzarle mensajes y frases de cortesía con cualquier persona. 	<ul style="list-style-type: none"> – Reforzar si nos indica lo que le sucede. – Cambiar la actividad que le disguste.
Consecuentes		<ul style="list-style-type: none"> – Ignorar la conducta problema (el manotazo, la rotura de gafas), pero no ignorar a la persona. – No entrar a valorar con Manuel cuando nos diga que ha hecho algo mal (“he roto gafas”...), y 	<ul style="list-style-type: none"> – Si realiza la tarea, reforzarle verbalmente y con alguna actividad posterior que le agrade (ordenador, música...).

		redirigir la conversación.	
Observaciones		– Sujetar la mano sólo si la lanza a romper gafas o agredir.	

Fuente: Elaboración propia.

Fase 5: Ejecución del Plan de Intervención.

Es importante ser consecuentes y consistentes en el tiempo (hacer todos lo mismo y de la misma manera), además puede ocurrir que cuando se aplique el plan de intervención, la conducta sobre la que intervengamos aumente, si sucede esto no debemos desalentarnos, ya que hasta cierto punto es lógico, pues estamos propiciando que la persona no obtenga el beneficio que antes obtenía con la conducta problema, lo que puede hacer que intente con más fuerza conseguirlo de la misma forma que lo hacía habitualmente, ahí es donde tenemos que estar muy atentos y propiciar que utilice la conducta alternativa.

Poco a poco iremos viendo los progresos, ya que estamos intentando que una persona deje de hacer algo que le resultaba muy eficaz y que lleva haciendo durante mucho tiempo, y que lo cambie por otra conducta que tiene que ver como más eficaz aún.

Lo que se ha podido comprobar durante esta fase, es que las reacciones de Manuel eran muy diversas a la hora de ejecutar el plan de intervención, debido a que es algo desconocido y nuevo para él y la reacción del profesional le impresionaba porque no era lo que él esperaba.

En el momento en el que Manuel quiere evitar una tarea y comienza su ritual de conductas como dar golpes a la mesa, romper la ficha o comer las gomas, no tenía ninguna importancia para nosotros. Ignoramos esa conducta por completo, pero intentamos que Manuel se comunique con nosotros preguntándole si no quiere hacer la ficha porque está cansado o porque no le gusta esa actividad. Si Manuel nos responde y nos comunica que es lo que le pasa automáticamente se refuerza esa conducta y se le cambia la actividad ofreciéndole una alternativa, bien sea la misma actividad en otro formato (en vez de en papel en el ordenador), o bien ir al aula de al lado para así andar un poco y desconectar.

Me llamó la atención como muchas de las veces Manuel se autoinstruía después de realizar una conducta problema verbalizando: “no se pega, Manuel no se pega, atar

manos, atar manos, ¿fuera de clase? sí, fuera de clase”. Esto nos hizo pensar, que es lo que siempre ha escuchado después de dar un manotazo y que lo que él estaba esperando era que le agarrarán las manos y así tener mi atención directa o bien salir de clase y así evitar tarea.

Hemos podido llegar a comprender los comportamientos de Manuel y la finalidad que poseían, debido a que si una persona está cansada y dando un golpe o rompiendo algo consigue salir de clase y consigue dejar de realizar el trabajo que estaba haciendo, es normal que esa conducta este aprendida e interiorizada y además se repita cada vez que se quiera evitar esa tarea.

Fase 6: Seguimiento y modificaciones.

Entendemos la evaluación y seguimiento como un proceso, por tanto, la mayoría de los planes de apoyo conductual necesitan ser modificados y/o ajustados, especialmente al comienzo de las primeras etapas de las diferentes intervenciones.

En esta fase lo más importante es:

- Valor la eficacia del plan de apoyo.
- Revisar de los puntos fuertes y débiles del plan.
- Plantear propuestas mejoras y modificaciones.
- Analizar los datos: registros, gráficos...
- Constatar que la persona, familia y profesionales están satisfechos con el plan de apoyo.

Con Manuel, se realiza un seguimiento muy exhaustivo y cualquier reacción no esperada ante una conducta alternativa se registra, en un documento de seguimiento, donde se anotan las conductas problema que sigue presentando, como la que se muestra a continuación. Siguiendo el mismo esquema del documento, este proceso se realiza con todas las conductas que consideremos problema, como son: romper gafas, dar manotazos, lanzar objetos, etc...

Documento 2. Ficha de seguimiento – Registro

FICHA DE SEGUIMIENTO de MANUEL – REGISTRO

Observador: Profesoras de ambas clases, alumna en prácticas, profesora de apoyo.	Fecha: 20/marzo/2015
Lugar: Sala de psicomotricidad.	Hora: 10:30
Contexto: ¿qué ocurría antes de que se diera la conducta?	
Los alumnos estaban sentados en las colchonetas, mientras las profesoras estábamos repasando los pasos que les íbamos a enseñar para el baile de la fiesta de San Juan de Dios.	
Conducta:	
Manuel se dirige hacia una profesora, la tira del pelo y la intenta mojar con una botella de agua que había en una mesa cercana a ellos.	
Consecuente: ¿Qué ocurrió después de darse la conducta?	
Otra profesora lo aparta del lugar, con la excusa de ir a por una fregona para limpiar el agua. Siempre se hace referencia a que se le ha caído el agua, sin echarle la culpa, ni reñirle.	
Observaciones: ¿Por qué crees que se ha producido la conducta?	
La actividad no estaba estructurada y no tenía atención directa del profesorado.	

Fuente: Elaboración propia.

Para evaluar los progresos a nivel general utilizaremos los siguientes parámetros:

- Observar si el alumno ha aprendido o está aprendiendo las habilidades nuevas.
- Comprobar si la nueva habilidad se utiliza en distintos contextos (generalización del aprendizaje).
- Comprobar si la frecuencia e intensidad de la conducta problema ha descendido a niveles más tolerables.
- Comprobar si ha aumentado la calidad de vida del alumno y de la de su familia.

6. Exposición de resultados

Como se ha explicado anteriormente se realiza una recogida formal en tres momentos del desarrollo del programa. Los resultados obtenidos se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 4. Recogida formal de datos.

Fecha: octubre 2014				
CONDUCTA PROBLEMA	FRECUENCIA	GRAVEDAD		
Romper gafas	11 veces / semana	Grave	Moderada	Leve
Romper fichas	10 veces/ semana	Grave	Moderada	Leve
Comer gomas de borrar	12 veces / semana	Grave	Moderada	Leve
Dar manotazos	39 veces / semana	Grave	Moderada	Leve
Tirar objetos	25 veces / semana	Grave	Moderada	Leve

Fecha: enero 2015				
CONDUCTA PROBLEMA	FRECUENCIA	GRAVEDAD		
Romper gafas	7 veces / semana	Grave	Moderada	Leve
Romper fichas	9 veces / semana	Grave	Moderada	Leve
Comer gomas de borrar	No se repite	Grave	Moderada	Leve
Dar manotazos	17 veces / semana	Grave	Moderada	Leve
Tirar objetos	12 veces / semana	Grave	Moderada	Leve

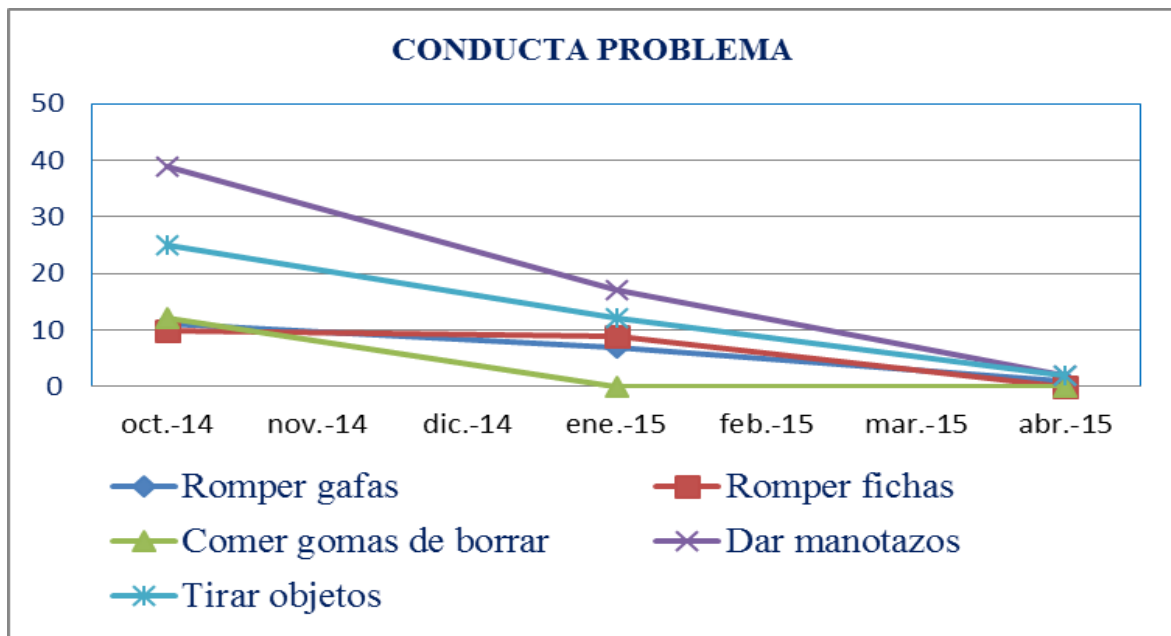
Fecha: abril 2015				
CONDUCTA PROBLEMA	FRECUENCIA	GRAVEDAD		
Romper gafas	1 vez/ dos semanas	Grave	Moderada	Leve
Romper fichas	No se repite	Grave	Moderada	Leve

Comer gomas de borrar	Se mantiene sin repetirse	Grave	Moderada	Leve
Dar manotazos	2 veces / semana	Grave	Moderada	Leve
Tirar objetos	2 veces / semana	Grave	Moderada	Leve

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se muestra de forma gráfica el contenido expuesto anteriormente en las tablas, dónde de manera más visual se analiza el progreso del alumno. Se puede observar como todas las conductas que hemos querido eliminar, disminuyen notoriamente en frecuencia, llegando incluso a eliminarse algunas por completo.

Gráfica 1. Progreso de la conducta problema.



Fuente: Elaboración propia.

7. Evaluación: limitaciones y fortalezas de la intervención

La fortaleza más destacable son los resultados favorables que hemos obtenido y la evolución de Manuel durante esta intervención, erradicando algunas conductas por completo y disminuyendo la frecuencia de otras.

Asimismo, las conductas alternativas que hemos ofrecido a Manuel, están siendo utilizadas por él. Este es otro de los aspectos por los que se caracteriza el éxito de este programa: no se castiga la conducta problema, sino que se ignora esa conducta y se refuerzan positivamente aquellas conductas alternativas que utilice.

Uno de los aspectos más positivos de esta intervención es la dedicación hacia la persona, dedicando tiempo para la comprensión del porqué se produce dicha conducta, qué finalidad tiene, qué intención tiene, que nos está pidiendo. Es importante observar y conocer al alumno, sus gustos, sus miedos, sus aficiones, que estímulos acepta y cuales rechaza, para poder intervenir de una manera adecuada.

A pesar de que no se han medido otras variables, hemos podido observar cómo tanto a nivel académico, como el clima social del aula ha mejorado considerablemente debido a la eliminación de estas conductas problemáticas.

Como limitación podríamos resaltar, que la intervención ha sido realizada en un único sujeto, es una muestra pequeña, por lo que no podemos extrapolar los resultados.

Otra de las limitaciones que pueden resultar, es que en la fase inicial de la ejecución de la intervención, las conductas problema pueden aumentar de intensidad y frecuencia, siendo un motivo desalentador para continuar. Esto puede ser debido a la incomprensión y cambios que se producen a la hora de intervenir con el alumno, ya que al no conseguir lo que quería con esa conducta, se puede sentir frustrado. Pero que con tiempo, paciencia y dedicación puede tener resultados muy positivos y favorables, como hemos podido ver en nuestro caso.

8. Conclusiones

Respecto a la fundamentación teórica y a los estudios prácticos de Närhi, McClean y Grey, podemos deducir que el Apoyo Conductual Positivo es una de las herramientas más conveniente para el trabajo de conductas problemáticas, alejando el concepto de la modificación de conducta tradicional, donde el trabajo que se realizaba daba más importancia a las conductas en sí, que a la persona.

Las estrategias en técnicas de conducta que se venían empleando con anterioridad dejaban en un segundo plano a la persona, siendo esto un aspecto que gracias a la evolución y

desarrollo se ha ido modificando hasta situar en primer lugar los derechos y la calidad de vida de la persona.

En el estudio de caso que he realizado, he podido ver como los resultados son positivos, habiendo eliminado por completo ciertas conductas, y otras siendo reducidas considerablemente.

Asimismo he podido obtener información de los padres durante la intervención, donde ellos también ven mejoras en la conducta de Manuel, gracias a las pautas que les hemos dado sobre las conductas alternativas que tienen que ofrecerle cuando se presente una conducta problema.

Este trabajo me ha hecho reflexionar sobre la importancia que tiene en las aulas el saber cómo manejar y controlar conductas problema, debido a que éstas están presente en las aulas. Considerando el ámbito escolar como un lugar ideal para realizar una interacción social, donde las relaciones entre alumnos y entre alumnos y profesores, fomentan unas oportunidades clave para estimular y fomentar las experiencias de crecimiento y de educación socioemocional, necesarias para formar personas que sean miembros activos de nuestra sociedad.

Asimismo, los centros educativos, son responsables de prevenir la aparición de conductas problema o compensarlas en la medida de lo posible una vez que se manifiesta. Por ello me parece importante que los maestros estemos formados en estos aspectos sobre control de conducta, porque tanto en un colegio ordinario como especial, en cualquier etapa educativa puedes encontrarte con ello.

Como aportación a la ciencia, después de realizar esta intervención, puede ser conveniente extrapolar este programa de actuación a las aulas ordinarias, es cierto, que el programa está destinado a personas con discapacidad, pero creo firmemente, que como lo importante de este programa es la persona en sí, podría ser exitoso en el ámbito de la educación ordinaria, donde también existen problemas de conducta que deben ser atendidos.

Finalmente concluyo expresando que he alcanzado mis objetivos propuestos en la realización de este trabajo, ya que el alumno Manuel ha eliminado ciertas conductas, consiguiendo más autonomía al no tener que estar siempre con la atención directa de un

profesor, mejorando su calidad de vida y por tanto su integración tanto en el ámbito escolar como en el familiar.

9. Referencias bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Canal, R. y Martín, Mª V. (2002). *Apoyo conductual positivo*. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Chitiyo, M., Makweche-Chitiyo, P., Park, M., Ametepee, L. K., & Chitiyo, J. (2011). Examining the Effect of Positive Behaviour Support on Academic Achievement of Students with Disabilities. *Journal Of Research In Special Educational Needs*, 11(3), 171-177.

Egea García, C. y Sarabia Sánchez, A. (2001): “Clasificaciones de la OMS sobre discapacidades”, Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, núm. 50, pp. 15-30, Madrid.

Emerson, E. (2003). Review of Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Severe Intellectual Disabilities (Second Edition). *Journal Of Applied Research In Intellectual Disabilities*, 16(1), 89-90. doi:10.1046/j.1468-3148.2003.00125.x

Luckasson, R. y cols. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports* (10th Edition). Washington, AAMR.

McClean, B., & Grey, I. (2012). An Evaluation of an Intervention Sequence Outline in Positive Behaviour Support for People with Autism and Severe Escape-Motivated Challenging Behaviour. *Journal Of Intellectual & Developmental Disability*, 37(3), 209-220.

Miltenber, R. (2013). *Modificación de conducta. Principios y procedimientos*. (5ª Edición). Editorial Pirámide. Madrid.

- Montero, I., & León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 503-508.
- Närhi, V., Kiiski, T., Peitso, S., & Savolainen, H. (2015). Reducing disruptive behaviours and improving learning climates with class-wide positive behaviour support in middle schools. *European Journal Of Special Needs Education*, 30(2), 274-285. doi:10.1080/08856257.2014.986913.
- Quigley, S. P. (2014). Review of Positive behavior supports in classrooms and schools: Effective and practical strategies for teachers and other service providers. *Education & Treatment Of Children*, 37(1), 177-181. doi:10.1353/etc.2014.0008
- Schalock R. L. (1999): “Hacia una nueva concepción de la Discapacidad”, *III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*, Universidad de Salamanca, 18-20 marzo, Salamanca.
- Schalock, R. L., & Verdugo Alonso, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Recuperado en <http://hdl.handle.net/10366/55873>
- Velásquez, F. R. (2001). *Enfoques sobre el aprendizaje humano. pág. 1.*

10. Bibliografía

- Goñi, M.J, Martínez, N y Zardoya, A. (2008). “Apoyo conductual positivo. Algunas herramientas para afrontar las conductas difíciles” *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, vol 39 (1), n. 225.
- Tamarit, J. (2005, octubre). *Claves para la comprensión e intervención ante las conductas desafiantes en personas con discapacidades del desarrollo*. Presentado en el I Congreso Iberoamericano sobre Discapacidad, Familia y Comunidad, Buenos Aires.
- Canal, R. y Martín, M^a V. (2002). *Apoyo conductual positivo*. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

- Carr, E. G. (1996). *Intervención comunicativa sobre los problemas de conducta*. Alianza editorial, Madrid.
- Franco, M. (1998). *Trastornos mentales y de conducta en el retraso mental. Evaluación e intervención*. Edintras, Zamora.
- Montero, D. (1999). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidad*. Editorial Mensajero, Bilbao.
- Olivares, J y Méndez, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. (5ª Edición). Biblioteca Nueva. Psicología Universidad, Madrid
- Peeters, T. (1998). *Educatisme. Los problemas de comportamiento*. Servicio de Publicaciones del Departamento de Educación del Gobierno Vasco, San Sebastián.
- Tamarit, J. (1995). *Conductas desafiantes y autismo: un análisis contextualizado*. Equipo CEPRI, Madrid.
- Tamarit, J. (1997). *Los problemas de comportamiento en el aula*. Equipo CEPRI, Madrid.
- Tamarit, J. (1998). *Comprensión y tratamiento de las conductas desafiantes en las personas con autismo*. Equipo CEPRI, Madrid.
- Verdugo, M. A. y de Borja Jordan, F. (coord.) (1999). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad*. Editorial Amarú, Salamanca.
- Verdugo, M. A. y de Borja Jordan, F. (coord.) (2001). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Editorial Amarú, Salamanca.

11. Anexos

11.1. Anexo I

RECOGIDA DE INFORMACIÓN SOBRE PROBLEMAS DE CONDUCTA

1.- DATOS DEL USUARIO:

Nombre:	Fecha:
Apellidos:	Edad:
Información proporcionada por:	
Taller:	Educador:
Vivienda:	Monitor:

2.- MOTIVO DE LA DEMANDA DE INTERVENCIÓN:

- Conducta problema:
- Describir con exactitud la última vez que ocurrió:
- Frecuencia e intensidad de la conducta:

3.- HISTORIA DEL PROBLEMA:

Historia breve del problema (inicio y desarrollo):

¿Ha habido circunstancias relevantes en la vida del usuario o en el ambiente?:

- Familiares: Si No
- En el centro: Si No
- Sociales: Si No

Observaciones:

¿Afecta el problema a sus relaciones con los demás?: Si No

- En el taller?: Si No

- En el centro?: Si No
- En casa o en viviendas?: Si No
- En su entorno social?: Si No

Observaciones:

4.- ENTORNO FAMILIAR:

¿La conducta problema se da:
<ul style="list-style-type: none"> - ¿En su casa familiar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - ¿En la vivienda? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - ¿En el fin de semana con la familia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Descripción de la conducta:

5.- DETERMINANTES DE LA CONDUCTA PROBLEMA:

5.1.- Antecedentes: ¿qué factores de los siguientes aparecen antes de que se produzca la conducta problema?

Referidos a la formación en el taller:
<input type="checkbox"/> Le resulta difícil la tarea <input type="checkbox"/> Cambios en la rutina <input type="checkbox"/> Monotonía en las actividades, está aburrido <input type="checkbox"/> Alta frecuencia de errores <input type="checkbox"/> Imposibilidad de elegir tarea <input type="checkbox"/> Poco interés por la tarea por no ser relevante para el/ella <input type="checkbox"/> Falta de apoyo en las actividades <input type="checkbox"/> Deseo de realizar otra tarea u actividad

<input type="checkbox"/> Demandas o solicitudes para conseguir algo Otras <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?
Observaciones:

Referidos al entorno físico:
<input type="checkbox"/> Ambiente ruidoso <input type="checkbox"/> Temperatura ambiental muy baja o muy alta <input type="checkbox"/> Luminosidad inadecuada <input type="checkbox"/> Olores desagradables <input type="checkbox"/> Mucha gente <input type="checkbox"/> Poco espacio alrededor <input type="checkbox"/> Mobiliario incómodo Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?
Observaciones:

Referidos a variables internas:
<input type="checkbox"/> Efectos secundarios de la medicación <input type="checkbox"/> Síndrome premenstrual <input type="checkbox"/> Alergias (estaciones del año)

<input type="checkbox"/> Hambre o sed <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Animo triste/ humor depresivo <input type="checkbox"/> Desajustes emocionales (irritabilidad, trastorno psiquiátrico asociado,...) <input type="checkbox"/> Dificultades en la expresión y gestión de necesidades <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Ansiedad / estrés <input type="checkbox"/> Patrón de sueño Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?
Observaciones:

Referidos al entorno social:
<input type="checkbox"/> Discusiones con personas próximas: Familiares, compañeros, educadores <input type="checkbox"/> Proximidad o lejanía de la familia, compañeros o educadores <input type="checkbox"/> Cambio de educador o monitor <input type="checkbox"/> Presencia de un educador o monitor que es el favorito · <input type="checkbox"/> Presencia de un educador o monitor que no le gusta · <input type="checkbox"/> Presencia de los educadores o monitores y nivel de atención de estos · <input type="checkbox"/> Presencia de los compañeros y nivel de atención de estos · Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?
Observaciones:

5.2.- Consecuentes: ¿qué ocurre después de darse la conducta?

- Se le presta más atención que en otras ocasiones (contacto físico, contacto ocular, reconocimiento social...) por parte del educador o del personal
- Se le presta más atención que en otras ocasiones (contacto físico, contacto ocular, reconocimiento social...) por parte de los compañeros de taller o viviendas
 - Consigue objeto o posesiones personales (objetos preferidos, música, su bolsa del deporte...)
- Consigue comida o bebida
- Se tranquiliza y se calma sin tener en cuenta lo que ha ocurrido a su alrededor
 - Evita o retrasa el cambio de actividad o tarea (cambio del descanso al trabajo, o al comedor, o cambio de actividad en el taller)
 - Evita o retrasa circunstancias que no le son agradables (estar con mucha gente, o con alguna persona en concreto, sonidos, algún alimento...)
 - Anticipa o consigue el cambio de actividad o tarea (cambio del descanso al trabajo, o al comedor, o cambio de actividad en el taller)
 - Anticipa o consigue circunstancias que le son agradables (estar con mucha gente, o con alguna persona en concreto, sonidos, algún alimento...)
- Otros ¿Cuáles?

Observaciones:

6.- INTENTOS DE SOLUCIÓN:

· **¿Qué se ha hecho para intentar solucionarlo?**

· **Excepciones. Momentos en los que se suponía que se iba a dar la conducta problema, pero no se ha dado.**

7.- REFUERZOS:

PRIMARIOS	ACTIVIDADES	SOCIALES	OBJETO

8.- OBSERVACIONES:

Fuente: Apoyo conductual positivo. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social