

Protocolo de actuación ante conductas problemáticas graves y uso controlado de intervenciones físicas

Pako Mendizabal

Uliazpi

Organismo Autónomo adscrito al Departamento para la Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa

En este artículo, hacemos una aproximación al modelo de apoyo a las personas con discapacidad intelectual y necesidades generalizadas de apoyo que presentan conductas problemáticas graves. Basándonos en los conceptos de calidad de vida y de planificación centrada en la persona, identificamos y trabajamos las necesidades y deseos de las personas atendidas mediante los denominados planes personales de apoyo. En el caso de personas que presentan conductas problemáticas graves, se diseñan además planes de apoyo conductual, los cuales se fundamentan en una amplia evaluación conductual y están integrados por diferentes tipos de estrategias (proactivas y reactivas). En algunos casos, como último recurso y de manera controlada, nos podemos plantear asimismo la utilización de las denominadas intervenciones físicas. En el artículo, intentamos explicar este concepto, los tipos de intervenciones físicas y los mecanismos de control que hemos establecido en Uliazpi.

1. Presentación de Uliazpi

Uliazpi es un organismo autónomo de la Excma. Diputación Foral de Gipuzkoa, adscrito al Departamento para la Política Social. Su misión es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y necesidades generalizadas de apoyo y de sus familias en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. Con este objetivo, diseña y proporciona servicios y programas diversos y flexibles para prestar apoyos individualizados a dichas personas. Desde su creación, en 1989, Uliazpi ha venido prestando, fundamentalmente, servicios residenciales en el marco de residencias amplias. En los últimos años, se ha ido adaptando a las diversas y cambiantes necesidades de las personas con discapacidad intelectual y necesidades generalizadas de apoyo, y ha ido promoviendo también programas de atención de día y de estancias temporales (respiro), así como servicios de apoyo en el hogar. Por otro lado, muy recientemente, en 2002, ha dado un salto cualitativo muy importante con la creación de un servicio residencial de formato pequeño en el Alto Deba –una comarca del Territorio Histórico de Gipuzkoa hasta ese momento con una cobertura deficitaria de servicios– inserto plenamente en la comunidad, flexible y adaptable a las necesidades concretas de sus usuarios/as.

Así pues, se puede decir que Uliazpi está pasando de ser un conjunto de “residencias de profundos”, tal y como se le llegó a considerar en el pasado, a una organización prestadora de apoyos y servicios diversos y flexibles adaptados a las necesidades de las personas con discapacidad intelectual y necesidades generalizadas de apoyo y sus familias. Uliazpi pretende ser un conjunto de servicios capaces de dar respuesta a las necesidades y deseos de las personas con discapacidad intelectual grave y sus familias, potenciador de su autodeterminación y con un

funcionamiento basado en los principios de calidad. El trabajo se asienta en los valores de orientación y respeto al cliente, atención personalizada, seguridad de las familias, participación, competencia y eficiencia y compromiso.

Uliazpi comparte el concepto de calidad de vida propuesto por la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y asumido por la Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS):

“Calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar material, relaciones interpersonales, bienestar emocional, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos”.

Así, el modelo consiste en un enfoque multidimensional compuesto por las ocho dimensiones citadas. Cada una de ellas se hace operativa en la formulación de indicadores diferenciados. Estos indicadores son determinantes para poder evaluar adecuadamente la calidad de vida.

Tabla 1. Dimensiones e indicadores de calidad de vida

Dimensión	Indicadores
Bienestar emocional	Seguridad, disminución del estrés, felicidad, espiritualidad, autoconcepto, satisfacción
Relaciones interpersonales	Intimidad, afecto, familia, interacciones, amistades, apoyos
Bienestar material	Finanzas, seguridad, empleo, posesiones, estatus, protección, comida
Desarrollo personal	Educación, habilidades, satisfacción, competencia personal, actividades significativas, progreso
Bienestar físico	Salud, actividades vida diaria, ocio, movilidad, atención médica, nutrición, cuidados sanitarios
Autodeterminación	Autonomía, valores y metas, decisiones, control personal, autodirección, elecciones
Inclusión social	Aceptación, voluntariado, ambiente residencial, ambiente laboral, actividades comunitarias, roles sociales
Derechos	Voto, responsabilidades, accesibilidad, juicio justo, privacidad, derecho de propiedad

Este concepto de calidad de vida (y sus respectivas dimensiones) debe guiar la planificación de los servicios y la planificación de los programas individuales significativos, relevantes y realmente centrados en la persona, en sus necesidades y preferencias.

Estas dimensiones e indicadores son los que se consideran para hacer una planificación centrada en la persona, que se concreta en los planes personalizados de apoyos. Es decir, los planes de apoyo personal o planes de programa individual, se basan en la priorización de las dimensiones e indicadores de

calidad de vida que hace cada persona con ayuda de sus familiares y de los profesionales que la conocen bien, para recibir los apoyos adecuados y poder conseguir sus resultados personales más relevantes y significativos.

Uliazpi atiende actualmente a 280 personas de edad adulta con discapacidad intelectual y necesidades extensas y generalizadas de apoyo. Todas presentan discapacidad intelectual, pero algunas también presentan otros trastornos o discapacidades asociadas (trastornos del espectro autista, discapacidades sensoriales, discapacidades motoras, problemas de salud, trastornos mentales, conductas problemáticas y demencias). Para estas personas, Uliazpi proporciona los siguientes apoyos y servicios:

Tabla 2. Principales servicios que ofrece Uliazpi

Servicio	Descripción
Vivienda	Uliazpi atiende actualmente a un total de 213 personas en diversos tipos de viviendas. Su objetivo es proporcionar una atención integral para asegurar una calidad de vida digna y adecuada a las personas que conviven en ellos.
Atención de día	Uliazpi atiende actualmente, además de a las personas del servicio de vivienda, a un total de 52 personas que viven en su domicilio familiar y que acuden a nuestros centros de día en un horario de 10 a 17 horas. Su objetivo es facilitar un amplio abanico de actividades funcionales y significativas de tipo formativo, terapéutico, ocupacional y lúdico, tanto en sus propios centros como haciendo uso de los diversos recursos comunitarios.
Estancias temporales	Uliazpi cuenta actualmente con un total de 7 plazas para estancias temporales en los diversos centros destinadas a personas que viven en el domicilio familiar (usuarias o no de los servicios de atención de día) y cuyas familias pueden precisar en determinados momentos y por diversas razones del apoyo que supone la estancia temporal de su familiar con discapacidad intelectual en un centro adaptado a sus necesidades. Durante el año 2006, se han beneficiado de esas plazas, en virtud de un sistema de turnos e incluyendo el respiro específico de agosto, unas 45 familias.
Apoyo familiar	Este servicio ofrece a las familias de personas con discapacidad intelectual de nuestro ámbito de actuación una serie de prestaciones de información y apoyo en función de sus necesidades en cada momento.
Apoyo en el hogar	Uliazpi, en colaboración con el Departamento de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad del País Vasco, proporciona apoyo, en el propio hogar familiar, a personas con discapacidad intelectual que presentan conductas problemáticas y a sus familias.
Apoyo técnico	Uliazpi pone su formación y experiencia en evaluación e intervención en conductas problemáticas, así como en otros temas en el ámbito de la gestión y la atención a la discapacidad intelectual grave, a disposición de otras instituciones que puedan estar interesadas en recibir formación o asesoramiento técnico en estas áreas.

2. Modelo de atención de las conductas problemáticas en Uliazpi

2.1. Definición y consideraciones sobre la conducta problemática

Según la definición de Emerson (1999), la más aceptada en la actualidad, definimos las conductas problemáticas o desafiantes como:

“Comportamientos anormales desde el punto de vista socio-cultural de una intensidad, frecuencia o duración tales que conllevan una alta probabilidad de poner en grave compromiso la integridad del individuo o los demás, o que conllevan una limitación clara de las actividades del individuo y una restricción importante en su participación en la comunidad (restricción del acceso a los recursos y servicios de la comunidad)”.

Siguiendo esta definición (citado en Novell *et al.*, 1999), que la conducta sea considerada como problemática dependerá, entre otros factores, de:

- Su intensidad, frecuencia y consecuencias para la persona y los demás.
- El entorno en donde se dé y las normas sociales que rijan en ese entorno.
- La edad de la persona.
- La capacidad de la persona para proporcionarnos una explicación que nos satisfaga.
- Nuestra formación, creencias y valores sobre la naturaleza de la discapacidad intelectual y las causas de la conducta problemática.
- La capacidad del entorno para manejar la disrupción ocasionada por el problema conductual.

Así, que una determinada conducta sea considerada problemática va a depender de una compleja interrelación entre lo que la persona hace, el lugar en que lo hace y cómo se interpreta o qué significado se le da a lo que hace.

2.2. Tipos y prevalencia de la conducta problemática

El abanico de tipos de conductas problemáticas es muy grande y las clasificaciones que se hacen de ellas, muy numerosas y diversas. El Inventory for Client and Agency Planning [ICAP (Bruininks *et al.*, 1986)], por ejemplo, las clasifica en siete categorías: comportamiento autolesivo o daño a sí mismo, heteroagresividad o daño a otros, destrucción de objetos, conducta disruptiva, hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias), conducta social ofensiva, retraimiento o falta de atención y conductas no colaboradoras.

Otro ejemplo de clasificación nos lo da el Sistema de Clasificación Multiaxial de Trastornos Psiquiátricos en Personas con Discapacidad Intelectual (Royal

College of Psychiatrists, 2001), que las clasifica en diez subtipos: agresividad verbal, agresividad física, conducta destructiva, conducta autolesiva, conducta sexual inapropiada, conducta oposicional, conducta de demanda, deambulación, conductas mixtas y otras.

En general, las tasas de conductas problemáticas muestran un amplio rango de variación según los diversos estudios (5-60%). Emerson y cols. señalan que entre un 10 y un 15% de las personas con discapacidad intelectual presentan conductas problemáticas. Otros autores señalan tasas de hasta un 60%.

Esta alta prevalencia es fácilmente comprensible si consideramos que las conductas problemáticas se pueden entender como una expresión inespecífica de factores neurobiológicos, psicológicos y socio-ambientales, y que la persona con discapacidad intelectual presenta limitaciones de capacidades y trastornos asociados que provocan una mayor vulnerabilidad y, por tanto, mayor probabilidad de mostrar conductas problemática y trastornos mentales. En Uliazpi, en torno a un 20% de las personas atendidas presentan alguna conducta problemática relativamente grave o que requiere de algún tipo de plan específico de apoyo.

2.3. Los planes de apoyo conductual

Como ya hemos mencionado, todas las personas atendidas en Uliazpi cuentan con un plan personalizado de apoyos (en nuestro caso, un plan de programa individual) elaborado conjuntamente por la propia persona (o su familia, en la mayoría de los casos, dadas sus graves limitaciones) y por el equipo multidisciplinar de técnicos, sobre los principios de la planificación centrada en la persona. Dicho plan, que se revisa periódicamente, se fundamenta en un análisis de su calidad de vida (bienestar material, relaciones interpersonales, bienestar emocional, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos) y se concreta en una serie de objetivos y resultados esperados a trabajar con cada persona.

En el caso de personas que presentan conductas problemáticas (o desafiantes) graves, ponemos en marcha nuestro protocolo de actuación ad hoc y diseñamos el consiguiente plan específico de apoyo conductual, dirigido no tanto a eliminar la conducta problemática como a mejorar la calidad de vida de la persona que la presenta. Dicho plan se asienta en los valores definidos por Uliazpi y es plenamente coherente con el código ético de FEAPS. Hacemos un esfuerzo especial, además, para asegurar que los valores, actitudes y creencias del personal mantengan una estrecha relación con los explicitados por la entidad.

El mencionado plan de apoyo se fundamenta en una profunda y completa evaluación conductual de acuerdo a un modelo establecido que contempla la descripción de la persona (capacidades, preferencias, salud, historia familiar, historia de servicios recibidos), el análisis ecológico (factores físicos, interpersonales y programáticos que puedan estar influyendo en la conducta problemática), el análisis funcional (descripción e historia del problema, análisis de antecedentes y consecuentes, análisis del significado de la conducta) y el análisis de los mediadores o personas (profesionales y/o familiares) implicadas en la aplicación práctica del plan de apoyo (sensibilización, valores, motivación, formación, entrenamiento).

En función de la información recogida y del análisis del significado, o funcionalidad de la conducta, se diseña el plan de apoyo conductual, que contempla, en nuestro caso, tanto estrategias proactivas como reactivas. Las estrategias reactivas comprenden la intervención en el momento en que se desencadena la conducta problemática, mientras que las proactivas (o constructivas o preventivas) tienen que ver con aspectos que deben abordarse en otros momentos (de cara al futuro), o de forma paralela, con planteamientos de modificación del entorno, o con la enseñanza de habilidades de autonomía, sociales, comunicativas o de autocontrol.

2.4. Estrategias proactivas

Entre las estrategias proactivas, diferenciamos las manipulaciones ecológicas, la programación positiva y las estrategias de tratamiento directo.

Cuando hablamos de manipulaciones ecológicas, nos referimos a los cambios en el entorno físico, interpersonal o programático, para que éste se adapte mejor a las necesidades y características de la persona. Se trata de intervenir sobre factores físicos (luz, ruido, hacinamiento), interpersonales (número de personas, conducta de éstas, estilo de interacción, tipo de organización grupal, oportunidades de interacción) o programáticos (naturaleza de la actividades; dificultad, novedad o interés de las tareas; posibilidad de elección; currículo; motivación) que en la evaluación conductual hemos valorado que pueden estar influyendo en la conducta problemática.

La programación positiva consiste en ayudar a la persona a desarrollar medios más eficaces y socialmente aceptables que le permitan cubrir sus necesidades y desenvolverse adecuadamente en su entorno físico y social. Se trata de desarrollar cuatro tipos de habilidades o modalidades de programación positiva:

- Habilidades adaptativas generales (autonomía personal, hogar y tareas domésticas, ocio y tiempo libre, comunidad, ocupacional-laboral): el objetivo

de enseñar estas habilidades es facilitar a la persona una mayor autonomía en su vida cotidiana.

- Habilidades funcionalmente equivalentes (habilidades de comunicación, autonomía, habilidades sociales): el objetivo es dotar a las personas de formas alternativas adecuadas para satisfacer sus necesidades.
- Habilidades funcionalmente relacionadas (entrenamiento en discriminación, habilidades de elección): el objetivo es enseñar habilidades alternativas funcionalmente relacionadas, pero no completamente equivalentes, y que pueden tener un impacto directo en la conducta.
- Habilidades de autocontrol y adaptación (desensibilización sistemática, entrenamiento en relajación, moldeamiento y tolerancia a la espera): el objetivo es tratar de que la persona pueda adaptarse y tolerar un entorno que, o bien no puede ser modificado, o bien no puede responder a sus necesidades en un determinado momento.

Las estrategias de tratamiento directo tienen que ver fundamentalmente con la manipulación de los refuerzos y la utilización de programas de reforzamiento diferencial relativamente clásicos no aversivos. Se trata de estrategias que, aplicadas de forma proactiva, eficaz y consistente, pueden disminuir las conductas problemáticas. Algunas de ellas son las siguientes:

- Reforzamiento diferencial de otras conductas: consiste en el reforzamiento después de un periodo de tiempo específico sin que se presente la conducta no deseada.
- Reforzamiento diferencial de baja tasa de respuestas: consiste en el reforzamiento de la conducta problemática en el caso de que haya pasado un periodo específico de tiempo desde la última aparición de la conducta, o si ha ocurrido menos de un número específico de veces preestablecido durante el intervalo de tiempo precedente.
- Reforzamiento diferencial de respuestas alternativas o incompatibles: consiste en el reforzamiento de las conductas que son diferentes a la conducta problemática.
- Satisfacción de estímulos: consiste en la disponibilidad continua y no contingente del reforzador que se ha identificado que mantiene la conducta problemática, lo que debilita su efectividad y reduce, por tanto, la incidencia de la conducta.

2.5. Estrategias reactivas

Las estrategias reactivas son las que debemos utilizar en el momento en el que se da la conducta problemática para evitar en lo posible lesiones en las personas o daños en el entorno. Unas son más restrictivas que otras y en cada momento, o en cada caso, deberemos valorar cuál utilizar, intentando aplicar siempre la menos restrictiva posible. Algunas de las estrategias reactivas son:

- Ignorar: puede ser una opción en algunos casos.
- Redirección: en algunos casos y en los primeros momentos, puede ser suficiente redirigir a la persona hacia otra actividad.
- Retroalimentación: otra opción es recordar a la persona lo que tiene que hacer en dicha situación.
- Entrenamiento: consiste en aprovechar la situación, si es posible, para practicar las conductas alternativas adecuadas que le estamos enseñando mediante la programación positiva.
- Escucha activa: consiste en mantener una actitud receptiva ante las manifestaciones de la persona, ayudándole a verbalizar los motivos de su enfado, ayudándole a tranquilizarse y manifestando interés y deseos de ayudarle, repitiendo lo que dice con otras palabras, tratando de que las procese para que baje su nivel de irritabilidad.
- Cambio de estímulos: consiste en utilizar por nuestra parte una conducta que “sorprenda” y de alguna manera desactive (empezar a cantar o bailar, por ejemplo) la conducta problemática, o que, por lo menos, nos facilite el uso de otra estrategia reactiva.
- Intervenciones físicas: consisten en el uso de la fuerza, de barreras o de equipamientos especiales para restringir el movimiento o la movilidad, con lo que se evita o minimiza la conducta problemática. Nos ocuparemos inmediatamente (como tema central de este artículo) de la naturaleza, problemática y control del uso de este tipo de estrategias que, además de estrategia reactiva, se puede utilizar también como estrategia proactiva y siempre como parte de un plan de apoyo amplio y multicomponente.

2.6. Otras estrategias

Por supuesto, en muchas ocasiones, puede ser preciso, para la adecuada atención de las conductas problemáticas graves, el uso complementario (nunca exclusivo), controlado y periódicamente revisado de tratamientos farmacológicos que pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de la persona y a facilitar la utilización de otro tipo de estrategias.

Además, para la adecuada aplicación de un plan de apoyo de esta naturaleza, es muy importante tener en cuenta a los profesionales implicados en llevarla a la práctica, puesto que el plan mejor diseñado puede fracasar si ellos no participan en su elaboración, no están bien formados para su aplicación, o no lo asumen. Es, por tanto, conveniente plantearse y, en su caso, trabajar e incorporar al plan, los siguientes puntos en relación con el desarrollo del personal:

- Sensibilización en valores y ética.
- Formación técnica (técnicas conductuales, estrategias de control físico).
- Entrenamiento práctico *in situ*.

- Supervisión y *feedback*.
- Participación en el diseño y seguimiento del plan.
- Consenso para su aplicación.
- Motivación.
- Apoyo emocional.

El plan de apoyo conductual se mantiene mientras tengan continuidad las conductas problemáticas, y debe ser revisado por el técnico responsable periódicamente, que debe elaborar el consiguiente informe de progreso o evolución. Se trata de analizar los datos recogidos en los diversos registros implantados y de actualizar las estrategias de intervención y apoyo.

3. Uso y control de las intervenciones físicas

Este tipo de estrategias se han venido utilizando en entornos residenciales y psiquiátricos, seguramente de forma descontrolada o abusiva y sólo en los últimos años está creciendo el interés y la preocupación por hacerlo de una manera más controlada y respetuosa con las personas. En Uliazpi hemos constatado dicha necesidad y hemos ido desarrollando en los últimos años un protocolo de uso y control de las intervenciones físicas. En este desarrollo, nos hemos apoyado en reflexiones y documentos que ha ido promoviendo el British Institute of Learning Disabilities en su labor pionera en esta cuestión.

3.1. Definición y tipo

Entendemos por intervención física: “Cualquier método de responder a una conducta desafiante que implique algún grado de fuerza física dirigida a limitar o restringir el movimiento o la movilidad” (Harris, *et al.*, 1996). Nos vamos a referir en todo momento a las intervenciones físicas restrictivas, ya que se pueden considerar como intervenciones físicas (no restrictivas), por ejemplo, la guía física que se proporciona a una persona para facilitar su deambulación, o el uso de un casco para prevenir lesiones ante una caída por crisis epiléptica.

Contemplamos los tipos de intervención física que proponen los autores antes mencionados:

- Materiales o equipamientos que restringen el movimiento (correas de sujeción a silla o cama, férulas).
- Barreras (disposición de muebles, puertas cerradas, pestillos en las puertas).
- Contacto físico directo (sujetarle la mano a la persona, inmovilizarla).

Las intervenciones físicas se pueden utilizar de forma planificada (como parte de un plan) o de forma no programada (en una situación de urgen-

cia). Asimismo, puede valorarse su uso tanto de manera reactiva (en el momento en el que se da la conducta problemática) como de manera proactiva (para prevenir que se dé la conducta en cuestión).

3.2. Problemas y principios de uso

Evidentemente, el uso de las intervenciones físicas puede ser problemático por una serie de razones:

- Puede estar en conflicto con valores del servicio (respeto, dignidad) y con principios bioéticos (beneficencia, autonomía).
- Puede no hacerse por el mejor interés de la persona.
- Puede conllevar consecuencias lesivas para la persona y el personal.
- Puede provocar altos niveles de estrés psicológico tanto para la persona como para el personal.
- Su uso no regulado puede llevar al abuso.
- Puede conducir a una escalada de conductas problemáticas.
- Puede que, a veces, se utilicen en situaciones donde otros métodos no físicos podrían ser efectivos.

Así, su posible uso debe ajustarse a una serie de principios y condiciones:

- Deben valorarse previamente a las posibles contraindicaciones derivadas de su utilización y, después de su implantación, los posibles signos de lesión o estrés psicológico.
- Excepto cuando las personas estén en serio e inmediato peligro, la intervención física será el último recurso.
- Sólo debería utilizarse como parte de un plan amplio y conjuntamente con otras estrategias reactivas y preactivas.
- Se procurará utilizar los procedimientos menos restrictivos, con la mínima fuerza necesaria y durante el más corto tiempo posible.
- Nunca se utilizará por ira o como una forma de castigo o venganza.
- Se tendrán en cuenta siempre las características de la persona, el tipo e intensidad de la conducta, su localización y el contexto social.
- En la medida de lo posible, se mantendrá la dignidad de la persona y del personal.
- Debe promover el mejor interés de las personas atendidas.
- Su utilización debe revisarse periódicamente, y deben también valorarse las posibilidades de eliminación o, si esto no es posible, de reducción de su grado de restricción.

3.3. Mecanismos de control de su uso

En Uliazpi hemos ido desarrollando, en los últimos años, diversos mecanismos de control del uso de las intervenciones físicas, los cuales hemos recogido en

un protocolo específico de actuación. Entre dichos mecanismos, se encuentran la descripción escrita, la valoración de riesgos, el consentimiento familiar, la autorización judicial y la revisión periódica.

En primer lugar, en el caso de plantearse el uso de una intervención física, el técnico correspondiente debe diseñar y explicitar por escrito la descripción de la intervención física, recogiendo aspectos como: descripción de la conducta que la requiere, tipo de intervención, situación concreta en que debe emplearse, personal necesario, duración, frecuencia, condiciones de inicio o finalización de la aplicación, modalidad de registro y notificación.

En un segundo momento, o coincidiendo con la fase de diseño, realizamos la valoración de riesgos. Consiste en la valoración de los posibles beneficios y riesgos de la aplicación o no de la intervención física en relación con la propia persona, los compañeros, el personal y el entorno físico. Si, a resultas de dicha valoración, se considera que los beneficios previstos superan a los riesgos, se decide continuar adelante y proceder a la aplicación del resto de mecanismos de control.

Un mecanismo de control clave tiene que ver con el consentimiento informado de la propia persona o del familiar (o tutor, en caso de personas con graves limitaciones cognitivas y comunicativas y/o declaradas judicialmente incapacitadas). Se entiende más como un proceso de diálogo constante que como un mero acto de firma de un documento. En dicho proceso, nos aseguramos de proporcionar, de una manera comprensible y adaptada, toda la información necesaria para la toma de decisiones respecto del consentimiento o no de la intervención física. Se debe aportar información sobre el plan de apoyo conductual y sobre el tipo, condiciones de aplicación, beneficios, riesgos y mecanismos de control de la intervención física propuesta. El familiar o tutor debe saber que puede rechazar o revocar en cualquier momento su consentimiento. En estos casos, puede ser preciso reforzar los intentos explicativos o buscar conjuntamente alternativas a la intervención física propuesta en un primer momento.

Otro mecanismo de control importante es poner en conocimiento de la autoridad judicial competente las intervenciones físicas que se desean implantar en determinada institución, y solicitar la oportuna autorización. Dicha instancia procederá a la autorización de la implantación sólo en aquellos casos en los que, con las debidas pruebas documentales, o basándose en visitas y observaciones *in situ*, queda demostrado que su uso es correcto y conforme a los principios antes mencionados.

Finalmente, una vez recabados los permisos familiares y judiciales, y puesta en marcha la intervención física, nos parece imprescindible evaluar y revisar

periódicamente su aplicación. Así, el plan de intervención física se revisa en todos los casos y, especialmente, en los de especial gravedad o de constatada ineficacia de éste, por un equipo diseñado a tal efecto y compuesto por diversos profesionales tanto del centro como externos a él. Dicho equipo revisa (según el guión establecido) periódicamente todas y cada una de las intervenciones físicas vigentes, intentando siempre buscar alternativas para eliminar su uso o, si esto no es posible, limitarlas a lo estrictamente necesario en cada caso y momento, velando siempre por los derechos y la calidad de vida de las personas atendidas.

4. Conclusiones

Estamos satisfechos del trabajo realizado en estos últimos años en la línea de promover la calidad de vida y el respeto a los derechos fundamentales que asisten como ciudadanos a las personas con discapacidad intelectual que atendemos en nuestros servicios. Apoyar de manera adecuada a las personas atendidas para que consigan los resultados y logros personales que más deseen, según sus necesidades y sueños, y salvaguardando el respeto y la dignidad que merecen como ciudadanos de pleno derecho nos parece un aspecto básico e inexcusable en nuestra práctica profesional como proveedores de apoyos y servicios.

En este sentido, consideramos importante el largo camino ya recorrido en el diseño de planes de apoyo ante conductas problemáticas graves para que sean realmente respetuosos con la persona, y esperamos que las prácticas que aquí presentamos y compartimos vayan impregnando todo el tejido de servicios sociales y sanitarios de atención a personas en situaciones de mayor indefensión o vulnerabilidad.

Constatamos que las prácticas establecidas en nuestra organización han tenido una muy buena acogida entre las familias, que han visto cómo existen todavía más garantías de trato digno y adecuado, y más información y participación en la toma de decisiones referida a la atención de sus familiares. Por otro lado, los profesionales se sienten más reforzados, apoyados y amparados en la aplicación de los planes de apoyo conductual. Evidentemente, el mayor impacto se produce en la propia persona que, de esta manera, puede ver cómo disminuyen las posibilidades de recibir tratamientos inadecuados o posibles abusos en el uso de intervenciones que deben utilizarse sólo en algunas circunstancias, como último recurso y de manera controlada, registrada y revisada periódicamente.

Somos conscientes de que quedan cosas por hacer en este y en otros aspectos, y esperamos que los avances en tecnologías conductuales, farmacología y en diseños de apoyos y servicios más eficaces en

el desarrollo de calidad de vida permitan ir disminuyendo la necesidad de utilización de este tipo de intervenciones. Por nuestra parte, estamos comprometidos firmemente con la consolidación del proceso iniciado.

Bibliografía

- BRITISH INSTITUTE OF LEARNING DISABILITIES (2006) *BILD Code of Practice for the Use of Physical Interventions: A Guide for Trainers and Commissioners of Training*. Londres, BILD Publications.
- BRUININKS, R. H., ET. AL. (1986) *Inventory for Client and Agency Planning*. Itasca, Riverside Publishing Company.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND DEPARTMENT FOR EDUCATION AND SKILLS (2002) *Guidance for Restrictive Physical Interventions. How to provide safe services for people with Learning Disabilities and Autistic Spectrum Disorder*. Londres, Department of Health.
- DONNELLAN, A. M.; ET AL. (1988) *Progress without punishment*. Nueva Cork, Teachers College Press.
- EMERSON, E. (1999) *Challenging Behaviour: Analysis of an Intervention in People with Learning Disabilities*. Cambridge, Cambridge University Press.
- FUNDACIÓN ULIAZPI (2003) *Protocolo de actuación ante conductas desafiantes graves y uso de intervenciones físicas*". Madrid, FEAPS.
- HARRIS, J.; ET AL. (1996) *Physical Interventions: A Policy Framework to Guide the Use of Physical Interventions (Restraint) with Adults and Children with Learning Disability and/or Autism*". Londres, BILD Publications.
- MENDIZABAL, F. (2003) "Buenas Prácticas ante conductas desafiantes". En: *De la conciencia a la evidencia. Buenas prácticas de calidad*. Madrid, FEAPS.
- NOVELL (COORD.) (2003) *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Madrid, FEAPS.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2001) *DC-LD. Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation*. Londres, Royal College of Psychiatrists.