

# DIRECTRIZ 1: Evaluación

## Evaluación exhaustiva biológica, psicológica y social del desarrollo

La función de la evaluación es descubrir los factores causantes en el marco del triángulo de aparición de problemas de conducta (véase Cuadro 2) y explicar este fenómeno, identificando las características de procesamiento central y factores de continuidad del malestar de la persona en los diferentes niveles bio-psico-sociales de desarrollo cuando se someten a circunstancias específicas del entorno.

El cuadro 4 ofrece un modelo completo de evaluación.

### Cuadro 4: Evaluación

**(D)** Evaluación del comportamiento (problema de conducta):

Historial e informes médicos actuales

Entrevista personal

Información de los cuidadores

Observación directa de la conducta

Procedimientos formales y estandarizados (checklist, notación en escalas, análisis de conductas)

**(E)** Evaluación de la persona:

Aspectos biológicos (anomalías genéticas y orgánicas del sistema nervioso central)

Aspectos psicosociales (niveles de desarrollo cognitivo, social, emocional y de personalidad)

Estado de salud física

Condición psiquiátrica

Problemas funcionales

**(F)** Evaluación del entorno:

Entorno físico (hogar, colegio, trabajo, centro de día, etc.)

Relevancia de la persona para el entorno (ej. aceptación)

Problemas sistémicos

Problemas pedagógicos

Problemas sociales

Aspectos culturales

Los profesionales del sector conocen la mayoría de los factores que requieren atención médica para realizar la evaluación. Sin embargo, para estudiar algunos de estos factores sería necesario contar con una explicación más detallada del objetivo y la metodología de la evaluación.

### Componentes de una evaluación psicológica exhaustiva

Durante la evaluación psicológica, además de valorar la función cognitiva es importante observar el desarrollo social, emocional y de la personalidad del individuo. Toda percepción sobre el nivel de desarrollo emocional y de la personalidad permite comprender mejor las necesidades básicas y la motivación de la persona (véase Parte A, Sección 2, Factores de desarrollo).

Hay distintas escalas para la evaluación de aspectos sociales y cognitivos. Sin embargo, la evaluación del desarrollo emocional suele ser bastante complicada ya que no hay instrumentos de medida adecuados. A pesar de todo se puede extraer información útil con la *Vineland Adaptive Behaviour Scale – Socialization Domain* (Sparrow et al., 1984), así como de otras escalas creadas para la medición de conductas adaptativas: *AAMR Adaptive Behavior Scale* (Lambert et al., 1993), *Scales of Independent Behavior-Revised* (Bruninks et al., 1991) y *Comprehensive Test of Adaptive Behavior-Revised* (Adams, 1999). Recientemente se han intentado desarrollar otros sistemas y escalas para establecer el nivel de desarrollo emocional (DeGangi y Greenspan, 1989; Carter y Briggs-Gowan, 1999). Sin embargo, la falta de instrumentos estandarizados obliga a los médicos a guiarse por su propio juicio clínico para valorar el desarrollo emocional. Dosen (2005a) ha desarrollado un instrumento de uso extendido en las zonas de influencia lingüística del neerlandés: *Framework for*

## DIRECTRIZ 1: Evaluación

### *the Appraisal of Emotional Development* (FAED). **Evaluación funcional y psiquiátrica**

La evaluación psiquiátrica de personas con discapacidad intelectual, especialmente personas con menor nivel de desarrollo, requiere de una adaptación adecuada de la metodología de evaluación estándar (Levitas et al., 2001; Deb et al., 2001; Royal College of Psychiatrists, 2001).

Los trastornos funcionales tales como los trastornos del sueño, determinados trastornos del aprendizaje o trastornos del habla, necesitan atención especial ya que pueden provocar en gran medida un problema de conducta y dificultar considerablemente la interacción de la persona con su entorno.

### **Evaluación del entorno**

La valoración de las condiciones del entorno es de gran importancia. Es muy fácil obviar problemas familiares o de estilo de vida que influyen considerablemente en el problema en casos en que el paciente no puede hablar sobre sus preocupaciones por falta de las habilidades verbales necesarias. En estos casos es muy recomendable contar con una evaluación de sistemas (Hennicke, 1993; Rotthaus, 2001). La tabla 8 ofrece referencias adicionales que tratan distintas áreas de evaluación.

El punto central de la evaluación es la identificación de los factores causantes, de procesamiento central y de continuidad. Dichos factores se enmarcan en el contexto del triángulo de aparición de problemas de conducta (persona – interacción – entorno), teniendo en cuenta las características biológicas, médicas, psicológicas, sociales y de desarrollo del individuo, así como las condiciones físicas y sociales en el entorno actual.

### **Caso clínico 1: Jan**

Jan, un niño de 7 años, fue enviado al médico por su conducta autolesiva, inquietud, lloros y dificultades para dormir y comer. Estos problemas comenzaron tres meses antes de su visita médica, mostrando irritabilidad y una conducta autolesiva cada vez que se intentaba un tratamiento. Durante varias semanas su conducta autolesiva fue aumentando gradualmente y se volvió inquieto y desesperado, no podía dormir, se negaba a comer y presentaba diarrea.

Diversas pruebas somáticas descartaron cualquier problema físico. Jan presentaba rasgos de autismo y discapacidad intelectual profunda asociada a lesión cerebral prenatal, cuyas causas no estaban claras. Las causas de dicho daño no estaban claras. Vivía con sus padres y acudía a un centro de día para niños discapacitados. No hablaba y su comunicación se limitaba a una serie de gestos. Cuando estaba solo, solía hacer movimientos estereotipados

Áreas de evaluación	Referencias
Valoración somática	Gualtieri, 2002; Harris, 1998
Valoración psicosocial	Dosen, 2005a; Greenspan y Wieder, 1998; Harris, 1998; Sparrow et al., 1984
Valoración psiquiátrica	Levitas et al., 2001; Szymanski y King, 1999; Volkmar et al., 1999

Tabla 8: Referencias seleccionadas en distintas áreas de evaluación.

## DIRECTRIZ 1: Evaluación

del torso. Se producían breves episodios de conducta autolesiva tras una situación de frustración. La observación médica y las pruebas mostraban a un niño desesperado, con autolesión continua y tan solo breves periodos de descanso tras una ligera estimulación táctil y visual. Sus niveles de desarrollo cognitivo y social correspondían aproximadamente a los de un niño de quince meses (Bayley Scale). El análisis con la *Vineland Adaptive Behaviour Scale* (VABS) y el *Framework for the Appraisal of Emotional Development* (FAED) indicaban un nivel de desarrollo inferior a los seis meses. Los padres afirman que el desarrollo emocional del niño fue mejor hasta la aparición del problema de conducta. Su desarrollo de personalidad antes de la aparición de este se encontraba a un nivel similar a sus niveles cognitivo y social.

Los cambios en el nivel emocional de Jan se produjeron a raíz de experimentar situaciones de mucho estrés que dañaron, a su vez, su nivel de funcionamiento anterior, así como su homeostasis psicofisiológica. La valoración del entorno reveló que se habían producido varios acontecimientos y cambios en el entorno del niño en un periodo relativamente corto de tiempo (formación comunicativa excesiva y demasiado exigente, cambios en el grupo, enfermedad de la madre). Estas situaciones supusieron probablemente un estrés excesivo para Jan. Debido a su bajo nivel de desarrollo psicosocial y su escasa capacidad de afrontamiento reaccionó desarrollando una conducta autolesiva, que alteró otras funciones fisiológicas y psicológicas y llevaron a la enfermedad mental.

### Formulación de las principales conclusiones de la evaluación presentada en el caso clínico 1 (véase Cuadro 4)

A) Evaluación del problema de conducta. Historial: conducta autolesiva, inquietud y otros problemas desde hace tres meses. Observación de la conducta: el problema de conducta es intenso, se pro-

longa durante todo el día con pequeñas pausas de pasividad y retraimiento; el problema de conducta es prácticamente independiente de estímulos externos.

- B) Evaluación de la persona. Factores biológicos y médicos: sin observaciones. Factores psicosociales: discapacidad intelectual profunda, autismo, nivel de desarrollo cognitivo de quince meses, nivel de desarrollo social de quince meses, nivel de desarrollo emocional inferior a seis meses, nivel de personalidad diverso. Pruebas psiquiátricas: cuadro clínico de desarreglos de la función psicosocial y fisiológica similares a un estado psicótico atípico.
- C) Evaluación del entorno. Observaciones: entorno demasiado exigente, falta de comprensión de las necesidades básicas del niño; diversos cambios en el entorno tuvieron un efecto estresante sobre el niño.

### Enfoque paso a paso (véase Cuadro 3)

Paso 1.- Evaluación: identificación de los factores causantes, características de procesamiento central y factores de continuidad para el caso clínico 1 (véase Cuadro 3).

Factores causantes: entorno desfavorable, interacción inadecuada, experiencia de estrés para el niño. Características de procesamiento central: el problema de conducta se produce como consecuencia de una estrategia de afrontamiento desadaptativa con frustración para un niño con retraso importante de su desarrollo psicosocial (especialmente emocional), homeostasis psico-fisiológica vulnerable y trastorno psiquiátrico.

Factores de continuidad: el problema de conducta se mantiene debido a una respuesta inapropiada del entorno (no se comprenden las necesidades psicosociales básicas del niño) y a un trastorno psiquiátrico coexistente.

Paso 2.- Véase la sección siguiente.

## DIRECTRIZ 2: Diagnóstico

### Integración de los resultados de la evaluación, formulación de caso multimodal y diagnóstico integrador

La evaluación de los factores que influyen en los problemas de conducta y la integración de esos datos con los historiales médicos e informes anteriores permiten emitir hipótesis que reflejan múltiples factores de influencia (ej. enfermedades físicas, factores genéticos, psiquiátricos, psicológicos y el entorno social y físico). La existencia de numerosos factores causales obliga a adoptar una formulación multimodal del caso, para integrar los resultados de las distintas evaluaciones en una matriz completa con las posibles circunstancias de riesgo patológico. Dicha matriz incluiría las condiciones que producen o influyen en la incidencia, la gravedad y los cambios de incidencia y gravedad, así como la recurrencia del problema de conducta. Un ejemplo de esto es el enfoque para la formulación del caso multimodal descrito por Gardner (2002), Gardner et al. (2006) y Gardner y Sovner (1994): *The Multimodal Contextual Case Formulation Approach*. Algunos autores del DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001) proponen criterios de diagnóstico para problemas de conducta (véase Parte A, Sección 1), describiendo varias categorías de problema de conducta que se incluyen en un marco para el diagnóstico.

Otros autores (Szymanski, 1988; Dosen, 2005b) proponen un diagnóstico integrador. En este enfoque de formulación del caso los resultados diagnósticos obtenidos de diversas fuentes se integran, como en un puzzle, en un único marco integrador, para presentar así un cuadro clínico completo. Dosen (2005b, c) propone un marco para un diagnóstico integrador en trastornos psiquiátricos. La ventaja de tal diagnóstico integrador es su carácter exhaustivo y que ofrece una visión general de los distintos aspectos, factores y procesos que influyen en la aparición de problemas de conducta y que

deben tenerse en cuenta para el tratamiento y la gestión de los mismos.

La formulación de un diagnóstico integrador cuando se detecta que un trastorno psiquiátrico es la principal causa del desarrollo de un problema de conducta supone una explicación de primer nivel del trastorno de psiquiátrico (Dosen, 2005a, b) y del papel que juega para provocar dicho problema de conducta.

### Cuadro 5

(Enfoque paso a paso. Paso 2)

1.2) Formulación del caso/diagnóstico multimodal/integrador del problema de conducta  
Formulación de distintos aspectos biológicos, psicológicos, sociales, de desarrollo, somáticos y psiquiátricos en relación con los factores causantes, de procesamiento central y de continuidad del problema de conducta.

1.3) Descripción del mecanismo de aparición y la dinámica del problema de conducta haciendo especial hincapié en los factores causantes, de procesamiento central y de continuidad.

1.4) Formulación del diagnóstico del problema de conducta.

1.5) Tratamiento.

Para profundizar en el contenido del cuadro 5, una formulación del caso o diagnóstico integrador debería incluir los siguientes aspectos:

2) Resultados de las distintas evaluaciones de aspectos biológicos, observaciones somáticas, aspectos neuro-fisiológicos, aspectos cognitivos y de aprendizaje, desarrollo de la personalidad, rasgos de la personalidad, necesidades

## DIRECTRIZ 2: Evaluación

emocionales básicas, problemas básicos de afrontamiento, aspectos ambientales y observaciones psiquiátricas.

- 3) Mecanismos y dinámica de manifestación del problema de conducta, con una breve descripción de los procesos que llevan al mismo.
- 4) Formulación de las consideraciones diagnósticas, con terminología descriptiva del problema de conducta y designación de las circunstancias subyacentes. Mencionar cualquier trastorno psiquiátrico coexistente.
- 5) Designación de la estrategia de tratamiento basándose en las diversas formulaciones del diagnóstico.

A continuación se ofrece un ejemplo del proceso descrito anteriormente basado en el caso clínico 1 (véase sección anterior).

### Enfoque paso a paso.

Paso 2.- Formulación del caso/ diagnóstico multimodal/ integrador del problema de conducta

- 6) Formulación de factores bio-psico-sociales, del desarrollo, somáticos y psiquiátricos.
  - 6.1.1 Factores biológicos: lesión cerebral prenatal; ventrículos cerebrales laterales extendidos.
  - 6.1.2 Pruebas somáticas: sin observaciones.
  - 6.1.3 Factores neuro-fisiológicos: electrocardiograma sin observaciones; trastornos del sueño.
  - 6.1.4 Factores cognitivos y de aprendizaje: edad mental de quince meses; aprendizaje reflexivo.
  - 6.1.5 Desarrollo de la personalidad: desarrollo social de quince meses; desarrollo emocional inferior a seis meses; nivel de personalidad diverso.
  - 6.1.6 Características de la personalidad: proble-

mas para mantener una homeostasis psicofisiológica; estereotipicidad; conducta autolesiva.

- 6.1.7 Necesidades emocionales básicas: constancia en el entorno; adecuada percepción sensorial; adecuada interacción social.
- 6.1.8 Problemas básicos de afrontamiento: entorno cambiante; problemas de integración de estímulos sensoriales; entorno socialmente muy exigente.
- 6.1.9 Factores ambientales: falta de comprensión de las necesidades básicas del niño y de sus problemas de afrontamiento.
- 6.1.10 Observaciones psiquiátricas: diagnóstico DSM-IV: trastorno motor estereotípico con conducta autolesiva. Diagnóstico de desarrollo psiquiátrico: pérdida de homeostasis psico-fisiológica como consecuencia de situaciones de estrés (estado psicótico reactivo atípico).

- 7) Mecanismos y dinámica de aparición del problema de conducta (descripción de factores causantes, de procesamiento central y de continuidad). El problema de conducta se produce como consecuencia de la frustración (dadas las condiciones ambientales de estrés) de un niño con un nivel de desarrollo psicosocial discrepante y muy bajo. Esta situación se mantiene, por un lado, debido a una respuesta inapropiada del entorno a las necesidades básicas del niño y, por otro lado, a la coexistencia de un trastorno psiquiátrico.
- 8) Formulación del diagnóstico del problema de conducta: conducta autolesiva como consecuencia de un trastorno de la homeostasis psicofisiológica. Trastorno psicótico atípico reactivo comórbido.
- 9) Tratamiento (véase en la siguiente sección, Paso 3).

El cuadro 3 presenta un enfoque paso a paso en el caso de problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual.

### **Paso 1**

**Evaluación: identificación de los factores causantes, características de procesamiento central y factores de continuidad en el marco del triángulo de aparición de problemas de conducta**

- (a) En la interacción entre la persona y su entorno
- (b) En la persona
- (c) En el entorno

### **Paso 2**

**Diagnóstico/ formulación del caso multimodal/ integral**

- (a) Elementos biológicos, psicológicos y sociales que desempeñan un papel fundamental en el problema de conducta
- (b) Mecanismo de aparición
- (c) Formulación del diagnóstico del problema de conducta

### **Paso 3**

**Tratamiento**

- (a) Enfoque integral para recuperar el bienestar mental del individuo
- (b) Tratamiento integrador de las circunstancias desencadenantes de una problema de conducta

Cuadro 3: Enfoque paso a paso de los problemas de conducta.

A continuación se discute esta propuesta.