



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Psicología

**Tratamientos psicológicos para conductas
problemáticas en personas con
discapacidad intelectual.**

Trabajo fin de estudio presentado por:	MARIANA FAILLA
Línea de investigación:	SALUD
Director/a:	TANIA CORRAS VAZQUEZ
Fecha:	16 de octubre 2022

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo indagar la existencia y efectividad de tratamientos psicológicos para las diferentes Conductas Problemáticas que, con frecuencia, se presentan en Personas con Discapacidad Intelectual. Con tal finalidad, se utiliza una metodología de revisión bibliográfica de artículos e investigaciones propuestos desde la literatura científica y académica de bases de datos, como Google Académico, ElSevier, entre otros, con un parámetro de los últimos 10 años sobre la temática propuesta. Los resultados brindaron una pequeña variedad de artículos y estudios científicos que comprobaron la eficacia de tratamientos psicológicos, principalmente de carácter cognitivo-conductual, en la disminución de conductas problemáticas. A su vez, se encontraron la repetición de técnicas como la atención plena, la dialéctica y conductistas para el tratamiento de las conductas problemáticas.

Palabras clave: discapacidad intelectual, conductas problemáticas, tratamiento, psicología, discapacidad.

Abstract

The objective of this work is to investigate the existence and effectiveness of psychological treatments for the different Problematic Behaviors that frequently occur in People with Intellectual Disabilities. For this purpose, a methodology of bibliographic review of articles and research proposed from the scientific and academic literature of databases, such as Google Scholar, ElSevier, among others, is used, with a parameter of the last 10 years on the proposed theme. The results provided a small variety of articles and scientific studies that verified the efficacy of psychological treatments, mainly of a cognitive-behavioral nature, in reducing problematic behaviors. In turn, the repetition of techniques such as mindfulness, dialectic and behaviorists for the treatment of problematic behaviors were found.

Keywords: intellectual disability, problem behavior, treatment, psychology, disability.

Contenido

1. Marco teórico.....	7
1.1. Discapacidad intelectual (DI)	7
1.2. Conductas Problemáticas (CCPP).....	11
1.3. Principales conductas problemáticas (CCPP).....	14
1.4. Tratamientos.....	16
2. Objetivos	18
3. Justificación	19
4. Objetivos	20
5. Hipótesis.....	21
5.1. Hipótesis de investigación	21
5.1.1. Hipótesis nula	21
5.1.2. Hipótesis alternativa.....	21
6. Metodología	22
6.1. Estrategia de búsqueda	22
6.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	23
6.3. Procedimiento y extracción de datos	24
6.4. Análisis de Datos	25
7. Resultados	33
8. Discusión y Conclusiones	35
8.1. Limitaciones	36
8.2. Prospectiva.....	37

Referencias bibliográficas..... 38

Índice de tablas

Tabla 1.....	23
Tabla 2.....	30
Tabla 3.....	33

1. Marco teórico

1.1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL (DI)

El concepto de discapacidad intelectual (DI) ha sufrido cambios a lo largo de los años y también su definición procede del aporte de una serie de disciplinas (Peredo, 2016). Los aportes médicos fueron los primeros y de esta forma predominaban los aspectos fisiológicos, pero el mismo resulta poco práctico para propósitos educativos y psicológicos. Como manifiesta Peredo (2016):

“¿Por qué es tan importante el diagnóstico de DI? Algunos niños y adultos muestran tales discapacidades en sus capacidades cognitivas, sociales y para cuidar de sí mismos, que para cualquier persona que se relacione con ellos resulta evidente que necesitan una atención y unos programas educativos especiales. La manera en que se defina la DI no es tan relevante, ya que las personas con DI presentan limitaciones en muchas de las áreas del desarrollo.” (Peredo, 2016, p.6)

Usualmente la mayor parte de los grupos que abordan y estudian el DI están constituidos por niños y niñas en edad escolar que presentan una discapacidad leve o moderada para definir los servicios y apoyos que requieren en la Institución respectiva (Peredo, 2016). En este sentido las definiciones para Peredo (2016) tienen gran implicación en el abordaje por lo que comienza refiriéndose al primer Manual de Psicología de la AAMR (American Association of Mental Retardation) que publicó su primer manual de terminología y clasificación de la DI en 1959, fue revisado en 1961 y hace alusión a *un rendimiento intelectual inferior a la media* y que tiene en cuenta *discapacidad en la conducta adaptativa*.

Luego Peredo (2016) comenta que en 1968 la Organización Mundial de la Salud (OMS) brinda una definición parecida. Con posterioridad, la AAMR publica una actualización pero el concepto es parecido. Sin embargo, para el 2012 este tiene más cambios, de acuerdo con lo que cita Peredo:

Discapacidad intelectual es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, tal como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años. (AAMR, Ad Hoc Committee on Terminology and Clasificaron, 10ma. Versión. Párr.37)

Como se nota ya no se refiere a un rendimiento intelectual inferior sino a limitaciones significativas relativas al funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa. Además, la AAMR según Peredo (2016) brinda una serie de premisas básicas. La primera es que la definición debe considerar condiciones iguales en edad y cultura en ambientes comunitarios típicos. También diferencias de comunicación, motora, sensorial y de comportamiento.

Se estima que las limitaciones también pueden coexistir con fortalezas en la vida diaria. Describir las limitaciones también implica valorar los apoyos necesarios y la forma en que se deben dar por los profesionales. Además, se estima que, **con estas medidas dadas en un período sostenido de tiempo, las condiciones de las personas con DI pueden variar significativamente.** A raíz de todos estos cambios, la AAMR en el mes de enero de 2007, cambió el nombre a Asociación Americana sobre la Discapacidad Intelectual y el Desarrollo (AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities).

Uno de los aspectos más polémicos en la DI es su medición, cuyos parámetros se consideran controversiales y sujetos a interpretación, en especial Peredo (2016) remite a la Escala de Inteligencia de Stanford-Binet y la Escala de Inteligencia Infantil de Wechsler-Revisada (WISC-R). Entre otros se habla de factores culturales y como los test tienden a favorecer a niñas y niños blancos de clase media y superior, además de que se indica que los resultados no son exactos.

En todo caso, Thompson et al. (2010) dijeron en el 2010 que las variables operativas de la AAIDD, han sido bastante consistentes durante las últimas décadas, pero no así el constructo subyacente donde **ahora “En este modelo, la discapacidad intelectual se entiende como un estado de funcionamiento humano multidimensional en relación con las demandas del contexto”** (p.2). Esto hace que las necesidades de apoyo cobren relevancia, Thomson et al. (2010) refieren sobre esto que:

“El constructo necesidades de apoyo se basa en la premisa de que el funcionamiento humano está influido por el nivel de congruencia entre la capacidad individual y los entornos en los que se espera que un individuo funcione. Dirigir esta congruencia (i.e., asegurar el ajuste persona entorno) implica comprender los múltiples factores que conforman el funcionamiento humano.” (Thomson et al., 2010, p.3).

Entonces se debe tener en cuenta cada una de las necesidades individuales y proveer los apoyos necesarios. **Las limitaciones** en este caso proceden tanto de la **capacidad personal**, como del **contexto** donde la persona se desarrolla, es decir la sociedad, cultura, creencias y valores. Entonces **el concepto lo que busca es posibilitar que se puedan realizar actividades típicas en entornos convencionales.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que más de mil millones de personas, alrededor de un 15% de la población mundial, posee algún tipo de discapacidad intelectual, añadiendo que “hasta 190 millones (un 3,8%) de las personas de 15 o más años tienen dificultades importantes para funcionar, que a menudo exigen servicios de atención de salud” (OMS, 24 de noviembre de 2021).

También la OMS (24 de noviembre de 2021) indica que las estadísticas tienden a subir por el envejecimiento de la población y también la prevalencia de enfermedades crónicas. Esta situación plantea múltiples problemas de Derechos Humanos en medida en que existe agresión y discriminación hacia estos grupos, que ocurre incluso en el acceso y trato a los servicios de Educación y Salud.

Con respecto a la discapacidad intelectual, Unicef (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en inglés) (10 de noviembre de 2021) comenta que uno de cada diez niños en el mundo padece de alguna discapacidad intelectual. Las limitaciones van desde el acceso a libros y materiales de texto, hasta que sus necesidades sean escuchadas.

UNICEF (10 de noviembre de 2021) señala que en comparación con los niños sin discapacidad, los niños con discapacidad tienen:

- un 24% menos de probabilidades de recibir una atención temprana y receptiva;

- un 42% menos de probabilidades de tener conocimientos básicos de lectura, escritura y aritmética;
- un 25% más de probabilidades de sufrir emaciación¹ y un 34% más de probabilidades de sufrir retraso en el crecimiento;
- un 53% más de probabilidades de sufrir síntomas de infección respiratoria aguda;
- un 49% más de probabilidades de no haber asistido nunca a la escuela;
- un 47% más de probabilidades de no asistir a la escuela primaria, un 33% más de probabilidades de no asistir al primer ciclo de secundaria y un 27% más de probabilidades de no asistir al segundo ciclo de secundaria;
- **un 51% más probabilidades de sentirse infeliz;**
- un 41% más probabilidades de sentirse discriminado;
- un 32% más de probabilidades de sufrir castigos corporales graves. (párr. 9-14).

Se afirma (UNICEF, 10 de noviembre de 2021) que los riesgos y situaciones varían mucho dependiendo del lugar donde vive el niño o la niña y los servicios a los que puede acceder, lo que hace urgente diseñar planes específicos. Dentro de la población, son los menores que tienen dificultades para comunicarse y ocuparse de sí mismos los que no van a la escuela o los que más desertan.

El Banco Mundial (2021) dice que en total unos 85 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad en América Latina y el Caribe, y que uno de cada tres hogares tiene algún familiar con discapacidad. También se señala que un 15% de los niños con discapacidad no va a la escuela.

Profundizando en las cifras de la Red Latinoamericana de Organizaciones de Personas con Discapacidad y sus Familias (RIADIS) (2019), se observa que de 579 millones de personas

¹ La emaciación es una forma de malnutrición potencialmente mortal que provoca una delgadez y debilidad extremas en los niños, y aumenta sus posibilidades de morir o de sufrir deficiencias en su crecimiento, su desarrollo y su capacidad de aprendizaje (UNICEF, 2020).

en América Latina, el 9,44% tiene algún tipo de discapacidad, de ese total 51,63% son mujeres y 48,37% varones y dice que:

“El tipo de discapacidad que, por clasificación, tiene mayor prevalencia en los países mencionados es la discapacidad visual con un porcentaje del 29.98%, seguida por la discapacidad física con un porcentaje del 27.79%, la discapacidad auditiva y del habla con un porcentaje del 18.11%, la discapacidad intelectual y psicosocial en un porcentaje del 15.28% y otros tipos de discapacidad causadas por enfermedades y afecciones en un porcentaje del 8.84%.” (RIADIS, 2019, p.12)

En otras palabras, la discapacidad intelectual y psicosocial es la cuarta causa. Este tipo de discapacidad puede deberse tanto a condiciones de enfermedades adquiridas en la vida, así como por accidentes de tránsito, tipos de violencia por guerra o doméstica como también causas biológicas al nacer o manifestadas durante el desarrollo.

Por último, el Servicio de Información sobre Discapacidad (2022) señala que investigadores de la Universidad de Bristol (Reino Unido) y –publicado en la revista The Lancet en 2014– determinaron que **las personas con discapacidad intelectual tienen un promedio de vida entre 10 y 20 años menos al promedio de la población**. La investigación de la doctora Pauline Heslop (Citada por el Servicio de Información sobre Discapacidad, 2022) indica que muchas veces los integrantes de esta población mueren por causas evitables, sobre todo porque las peores condiciones en los hogares y las deficiencias de calidad de los servicios de salud impide que se detecten a tiempo una serie de enfermedades.

1.2. CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS (CCPP)

Martín-Cilleros et al (2010) indican que las Conductas Problemáticas (CCPP) son aquellas que de acuerdo con la intensidad, frecuencia y duración suponen un peligro para la propia persona o para los que lo rodean, donde ese peligro puede ser psicológico, emocional o físico. Por su parte, la sociedad y la moral en general tienden a censurarlas públicamente. Las CCPP, en algunos casos, también afectan el aprendizaje, el desarrollo personal y la

convivencia en sociedad, afectando al final la calidad de vida. Martín-Cilleros et al (2010) describen:

“Podemos encontrar varias definiciones de conducta problemática. En general todas ellas hacen énfasis en dos características: primera, el impacto que la conducta produce en el contexto que le rodea (tanto contexto físico como social) y segunda, las consecuencias negativas sociales y de pérdida de oportunidades, de participación e integración en la comunidad para quien la realiza. La frecuencia de la conducta es otro factor determinante, porque la permanencia de un tipo de comportamiento en el tiempo es lo que genera consecuencias negativas para la persona y para su entorno físico y social”. (Martín-Cilleros et al, 2010, p.14)

Cabe acotar que muchas veces las conductas problemáticas se mantienen solo en cierto período de la vida e incluso Martín-Cilleros et al (2010), estiman que en casos puntuales son necesarias para el crecimiento personal. Estas conductas se pueden modificar con el tiempo y en ello tiene influencia el contexto, usualmente son más frecuentes en la edad adulta.

También Martín-Cilleros et al (2010) sostienen que la comprensión de los factores que intervienen permite elaborar un apoyo dirigido a su disminución o mejora, además cuando existen predisposiciones biológicas son muy difíciles de cambiar aunque se puede ayudar a controlarlas en cierta medida.

Debe tenerse en cuenta que ciertos aspectos contextuales pueden desencadenar una conducta problemática o su intensidad. Martín-Cilleros et al (2010) mencionan que pueden ser de naturaleza múltiples, pero da ejemplos como el consumo de cafeína o drogas, el estreñimiento, ruidos, iluminación, tareas a realizar, presencia o ausencia de determinadas personas, o situaciones de burla o enfado, entre otras.

Martín-Cilleros et al (2010) señalan que también a esto se unen, “... los desencadenantes para los estímulos, o elementos ambientales de una situación, que activan la conducta o la precipitan. Por tanto, están presentes o tienen lugar antes de que la persona manifieste el comportamiento” (Martín-Cilleros et al, 2010, p.19). Estos desencadenantes

pueden ser órdenes como moverse a otro lugar o comer algo que no agrada. Expresan Martín-Cilleros et al (2010) que:

“Una persona con discapacidad intelectual puede sentirse atacada, amenazada o vulnerable en situaciones que sobrepasan su propia capacidad de control, comprensión o participación. En algunos casos existe una experiencia desagradable del pasado que está asociada al desencadenante.” (Martín-Cilleros et al, 2010, p. 21)

Los mismos Martín-Cilleros et al (2010) explican que son señales que se constituyen en señales de aviso o advertencia, que usualmente son aprendidas por experiencias del pasado. La señal hace que se active un recuerdo, donde determinada conducta le sirvió para evitar u obtener atención. **Se comenta que las personas con discapacidad pueden beneficiarse tanto de la anticipación verbal como de los apoyos visuales, lo que significa que, si se les expresa de forma anticipada lo que va a pasar, esto permite que la persona esté más segura y tranquila.**

Davies et al. (2015) analizan la relación entre reconocimiento emocional y comportamiento desafiante en personas con discapacidad intelectual (DI), de acuerdo con ocho artículos, teniendo en cuenta los objetivos, la metodología aplicada, la forma en que fue aplicada la muestra y los hallazgos, e indican que:

“En general, los estudios no encontraron un déficit significativo en las habilidades de reconocimiento emocional de aquellos con comportamiento desafiante cuando se les pidió que identificaran las emociones de los demás. Se identificaron dos áreas para una mayor investigación. En primer lugar, comprobar si existe un sesgo para identificar la ira o la tristeza en aquellos con conductas desafiantes y, en segundo lugar, comprender el papel del contexto en el reconocimiento de las emociones y el grado en que esto es diferente en aquellos que presentan un comportamiento desafiante.” (Davies et al., 2015, p. 1).

En todo caso, como se puede notar son resultados provisionales, pero indican claramente que las conductas desafiantes, por lo menos en muchos casos no se da por una falta de reconocimiento emocional. Debe tenerse en cuenta que en este tipo de personas, como indican Davies et al. (2015), se tiene más capacidad para identificar las propias emociones que las emociones de los demás, además de que se piensa, de momento, que les prestan menos atención a las señales del entorno y que obtienen menos beneficio de la información contextual adicional.

1.3. PRINCIPALES CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS (CCPP)

Coronel (2018) indica que el comportamiento de los niños es complejo y lo es más si presenta Discapacidad Intelectual (DI), mencionando que los factores etiológicos son: “contextuales, genéticos, familiares, interaccionales; algunos de ellos pueden ser causa por sí mismos de psicopatología o aumentar el riesgo de psicopatología.” (Coronel, 2018, p. 14).

De hecho, Coronel (2018) cita a Bermejo (2009) que manifiesta que los problemas de conductas son más frecuentes en sujetos con DI y específicamente alude al pobre desarrollo y lesiones en el sistema nervioso central: una serie de desórdenes de tipo sensorial y motor; además de epilepsia, parálisis cerebral y trastornos del lenguaje, entre otros. Se unen las carencias en las habilidades cognitivas que hacen que sea más difícil afrontar situaciones que causan estrés. También se señalan formas de convivencia que afectan las dificultades comportamentales, como el mal trato, la falta de afecto o la apatía de parte de los padres, al igual que la discriminación y la falta de atención en los centros escolares.

Coronel (2018) comenta que **las CCPP tienden a persistir en el tiempo en los niños con DI a diferencia de los que no lo tienen**. Sobre todo, porque las manifestaciones de agresión como gritos o llantos tienden a ser sustituidos por la comunicación y entendimiento mediante lenguaje verbal en los menores sin DI, pero muchas veces no ocurre en los identificados con DI. En todo caso se vuelve a resaltar la naturaleza psicosocial de los menores, especialmente las interrelaciones específicas con los miembros de la familia.

Rodríguez y Petisto (2018) hablan de conductas disociales o desafiantes y de conductas no desafiantes. Las primeras ponen en peligro la integridad física del sujeto o el entorno. Las segundas, aunque no suponen un riesgo para sí mismo o los otros, significan actos que restringen o limitan el funcionamiento en la sociedad. En este sentido es necesario medir las alteraciones de conducta, donde Rodríguez y Petisto (2018) mencionan varios instrumentos:

1. El Inventario *Inventory for Client and Agency Planning* (ICAP) es una prueba estandarizada que se emplea en la evaluación de las alteraciones de conducta entre las personas con DI. El ICAP codifica siete tipos de conducta patológica: comportamientos autolesivos 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 colaboradora.
2. Un sistema diagnóstico de las alteraciones de conducta específico para la DI es el Manual DC-LD (*Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation*). Codifica diez tipos de alteraciones de conducta que son: agresividad verbal, agresividad física, conducta destructiva, conducta autolesiva, conducta sexual inapropiada, conducta oposicionista, conducta demandante, conducta de vagabundeo, combinación de problemas de conducta y otros problemas de conducta.
3. La *Adaptive Behavior Scale-Residential and Community –Second Edition* (ABS-RC: 2), Escala de Conducta Adaptativa-Residencias y Comunidad fue editada por la AAIDD en 1993 y se utiliza para evaluar la conducta adaptativa en adultos con DI.

Todas estas escalas tienen en común que miden la agresividad y los daños que causa, como se ha dicho tanto a sí mismos como a otros. Pero también conductas disruptivas, ofensivas o inapropiadas. Lo que es un hecho es que la cantidad de conductas pueden ser pocas o múltiples y que estos instrumentos se aplican a diferentes edades, lo que hace preguntarse por la necesidad de que sean más específicos.

1.4. TRATAMIENTOS

Con respecto a la **intervención en caso de problemas de conducta**, Pimiento (2013) comenta que Bouras et al. (2009) expresan que desde la intervención psicológica existen tres corrientes: 1) **La terapia conductual**, que busca modificar conductas que se estiman inadecuadas desde en análisis funcional, y que se indican poseen el beneficio de que se puede usar aún con pacientes con dificultades verbales; 2) **La psicoterapia**, que no se recomienda en los casos cuando existe limitación en el pensamiento concreto, es decir de retraso mental grave o profundo; 3) **La terapia cognitiva** que también se aplica en casos de retraso mental ligero, en casos de ansiedad o depresión moderada, trastornos de pánico, trastornos obsesivo-compulsivos de control de ira.

Los tratamientos para las CCPP pueden ser de naturaleza farmacológica pero los apoyos psicológicos son fundamentales. Son recursos y estrategias destinados a favorecer la independencia, la promoción y la integración social:

“Así, el objetivo de los apoyos es fomentar el éxito adaptativo y la integración. Como elemento complementario se encuentra la importancia de la normalización de la enfermedad, que se basa en los principios de desinstitutionalización y de llevar una ‘vida ordinaria’ tanto como sea posible, promoviendo en este proceso la autonomía de la persona”. (Bouras et al., 2009, p.19).

También debe tomarse en cuenta como expresa Pimiento (2013) el **entrenamiento a los padres dado el componente funcional que tiene la agresión infantil**. Al igual que con menores que no presentan DI, se pueden **fomentar conductas prosociales** en el seno de la familia que en general pueden ser efectivas, esto mediante la disciplina y el apoyo ante ciertas situaciones. La forma en que los progenitores resuelven los conflictos influye en cómo lo buscan hacer los menores. Debe tratarse de limitar las reprimendas y acudir a claridad en las directrices. Finalmente Pimiento (2013) sostiene que:

“Por su parte, es de vital importancia el adecuado acercamiento a la familia de la persona con retraso mental. Los profesionales de servicios de asistencia en ocasiones

pueden generar culpa y malestar mediante una comunicación errónea, lo cual aumenta los niveles de estrés y afecta la eficacia de los recursos familiares. Ante ello, el acercamiento comprensivo y paso a paso es la mejor estrategia.” (Pimiento, 2013, p.22)

Al final debe resaltarse el componente funcional donde el niño o niña puede desarrollar un comportamiento coercitivo, destinado a lograr ciertas cosas. El manejo de este tipo de variables de una forma adecuada requiere de la intervención de los profesionales y que estén centrados no solo en el presente, sino también en los problemas de conducta futuros.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar los tratamientos psicológicos actuales para las conductas problemáticas en personas con Discapacidad Intelectual.

Objetivos específicos

Indicar los tipos de conductas problemáticas que más presentan las personas con Discapacidad Intelectual; conocer los tratamientos psicológicos que se utilizan en la actualidad; conocer el nivel de efectividad de cada uno de los tratamientos psicológicos para las conductas problemáticas en personas con Discapacidad Intelectual.

3. Justificación

Acorde con Calderón y Caballo (2018), se ha contabilizado que aproximadamente 6 de cada 1000 personas tienen un diagnóstico de discapacidad intelectual (DI), esto se puede traducir a entre un 1 o 2% de la población general total. Un porcentaje representativo de ésta población presenta también conductas problemáticas (CCPP) a lo largo de su vida.

De manera que la elección del tema radica en la necesidad de conocer los tratamientos disponibles para esta cantidad significativa de personas diagnosticadas con discapacidad intelectual debido a que esta discapacidad tiene afectaciones en todos los ámbitos de la vida de las personas, desde la parte cognitiva hasta la parte interpersonal, siendo personas más propensas a la dependencia. Por otro lado, es necesario que las familias de las personas con discapacidad intelectual cuenten con información verídica y empírica para la crianza y convivencia con ellos. La psicoeducación del entorno de la persona con DI es vital para asegurar una mejor calidad de vida tanto para la persona, como para los cuidadores y el núcleo familiar de manera de tener la posibilidad de encarar proyectos vitales más satisfactorios y plenos.

Es así que, la temática se propone con el objetivo de poder tener una compilación y análisis general de estudios que se hayan hecho en torno a las terapias psicológicas para personas con discapacidad intelectual para poder aportar una perspectiva de cómo se promueve el tratamiento de las discapacidades intelectuales y qué información les llega a las personas allegadas a las que tienen este tipo de discapacidades, así como el poder conocer qué tantas investigaciones y estudios se están haciendo sobre el tema en la actualidad.

Esto se vincula a la justificación de la metodología escogida, ya que para el objetivo que se tiene, la revisión bibliográfica se toma como la mejor opción metodológica, debido a que no solamente permite la indagación en los temas principales para obtener conocimiento de lo que se desea, sino también la que lo hace de manera más eficaz.

4. Objetivos

El objetivo es conocer los tratamientos disponibles para las conductas problemáticas en personas con Discapacidad Intelectual y su efectividad. De manera de pueda contribuir a orientar hacia una mejor calidad de vida tanto a la persona en cuestión como al núcleo familiar y cuidadores, en estrategias para el manejo de las conductas problemáticas, gestionando los prejuicios, desconocimiento, sensación de impotencia y preocupaciones que tanto aqueja a las personas como a las familias.

5. Hipótesis

5.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Existen una diversidad de tratamientos psicológicos que han sido probados científicamente como eficaces para el tratamiento de conductas problemáticas en personas con discapacidad intelectual

5.1.1. Hipótesis nula

Los tratamientos psicológicos encontrados no muestran mejorías para los procesos en personas con discapacidad intelectual que presentan conductas problemáticas.

5.1.2. Hipótesis alternativa

Los tratamientos psicológicos encontrados muestran mejorías para los procesos en personas con discapacidad intelectual que presentan conductas problemáticas.

6. METODOLOGIA

Al tratarse de una revisión sistemática y ser el trabajo de tipo cualitativo, la evidencia se presenta de manera descriptiva. El enfoque de investigación cualitativa favorece un análisis reflexivo de la realidad de muchas personas con Discapacidad Intelectual que presentan este tipo de conducta y la posible asistencia sanitaria que se les pueda ofrecer a ellas y a sus núcleos familiares que forman parte de las realidades estudiadas.

Para alcanzar los objetivos planteados en este estudio se ha recurrido a la metodología y técnica que comprende la perspectiva de análisis de fuentes: informes, estudios en la materia y fuentes estadísticas, a partir de las cuales se identifican factores clave que influyen en la situación de las personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental.

6.1. Estrategia de búsqueda

Se ha buscado en bases como Google Scholar, Elsevier y Psycodoc. La literatura recopilada abarca estudios publicados los últimos 10 años, sin embargo, en contadas excepciones se han tomado estudios e investigaciones con mayor antigüedad debido a la importancia y relevancia de la información que de ellas se podía consultar.

La población indicada en los estudios, es de carácter heterogéneo. Cabe resaltar que, por tratarse de una población poco estudiada, las investigaciones y datos estadísticos no abundan. En este caso, la población relativa a los artículos e investigaciones consultadas sobre conductas problemáticas en personas con discapacidad intelectual abarca niños y niñas, adolescentes, jóvenes y, en menor medida, a adultos. Al pertenecer la población a territorios geográficos diversos, no es plausible cruzar datos estadísticos para generar comparaciones.

Los criterios para seleccionar los artículos se consideran bajo los siguientes parámetros:

- Que sean de los últimos diez años.
- Artículos donde se indica los tipos de conductas problemáticas en personas con DI.
- Artículos donde se indica los tipos de tratamientos y sus posibles resultados.

- Artículos que sean de autores reconocidos.

Para la búsqueda de información se utilizaron las principales bases de datos científicas: MEDLINE (PubMed), Google académico, Science Direct, Scielo, Elsevier, Psycodoc. Se utilizó Google para tener acceso a las páginas que no se ubicaron por los buscadores científicos.

6.2. Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 1. *Criterios de inclusión y exclusión*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos que traten el tema de estudio de autores reconocidos. • Reporte de casos, ensayos o estudios clínicos y revisiones de literatura o sistematización de experiencias. • Artículos disponibles en texto completo. • Estudios en inglés o español. • Artículos publicados los últimos 10 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Artículos en revistas no científicas • Notas de opinión • Artículos enfocados únicamente al tratamiento farmacológico.

Fuente: Elaboración propia

Los tipos de datos que se extraen refieren a los tipos de Intervenciones conductuales, que según Quitllet y Novel (2021) son:

- a. Intervenciones cognitivo-conductuales
- b. Intervenciones farmacológicas
- c. Otros enfoques de tratamiento
- d. Una combinación de éstas intervenciones

Por último, de acuerdo con Quitllet y Novel (2021) está la valoración del nivel de efectividad del tratamiento que depende de la valoración de si el mismo cumplió con los objetivos o meta propuesta para resolver la/s conducta/s problemática/s, si en la publicación se indican las evaluaciones hechas, si se hace con una retroalimentación con otras personas, como los familiares o educadores, entre otros. Y si existen mediciones, si son cuantitativas o cualitativas.

6.3. PROCEDIMIENTO Y EXTRACCIÓN DE DATOS

La investigación documental será la base del desarrollo de las variables de la presente investigación, documentos que se espera proporcionen material escrito recopilado de distintas fuentes.

La investigación documental juega un papel esencial en cualquier proyecto, ya que ayuda a comprender los acontecimientos en los diferentes ámbitos que rodean un estudio. Cualquier investigador puede usar esta técnica para familiarizarse con la problemática que estudia y detectar a través de ello los posibles escenarios y las estrategias a seguir.

Para Hernández et al. (2014), la investigación documental consiste en:

“Detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que parten de otros conocimientos y/o informaciones recogidas moderadamente de cualquier realidad, de manera selectiva, de modo que puedan ser útiles para los propósitos del estudio” (Hernández et al., 2014, p.50).

El procedimiento de recopilación de la información documental se llevó a cabo en 3 fases:

- **Fase 1: Recolección de información:** en esta fase se indagó acerca del tema de estudio en los artículos seleccionados y encontrados en diferentes sitios de internet.
- **Fase 2: Lectura:** se hizo una lectura detallada de los artículos encontrados con la finalidad de realizar un primer filtro para decidir qué artículo se puede o no considerar según los objetivos previstos y las variables manejadas.

- **Fase 3: Organización de la información:** posteriormente de recolectados y leídos los documentos, se organizó de manera adecuada de acuerdo a las categorías (En el caso de los tratamientos: atención plena, tratamiento conductual, cognitivo y psicoterapia).

6.4. ANÁLISIS DE DATOS

Teniendo en cuenta que los datos ya fueron clasificados y ordenados, se procedió a analizar e interpretar los artículos seleccionados. A continuación, se presentan los artículos con sus aportaciones principales.

En el artículo de Calderón y Caballo (2018) se han basado en una búsqueda bibliográfica con el objetivo de realizar una revisión sistemática de estudios científicos en donde se han aplicado tratamientos psicológicos basados en *mindfulness* a población con discapacidad intelectual para profundizar en la evidencia disponible respecto a su aplicabilidad y eficacia.

Se conceptualiza la discapacidad intelectual cuando las personas presentan entre tres y cuatro veces más trastornos mentales, neurológicos, médicos y físicos que la población general, en donde según las referencias consultadas se indica que entre el 20% a un 40% de las personas con discapacidad intelectual también tienen algún tipo de trastorno mental; además que las personas con discapacidad intelectual pueden mostrar conductas agresivas y disruptivas como el daño hacia otros (heteroagresión), hacia sí mismos (autoagresión), la destrucción de propiedades.

A este tipo de personas se les puede dar tratamiento, el cual da inicio con intervenciones farmacológicas y psicológicas, o una combinación de ambas; pero a pesar de la existencia de este tratamiento según la evidencia la misma es escasa sobre la efectividad de los psicofármacos como tratamiento de primera elección para reducir las agresiones en personas con discapacidad intelectual.

Como segunda opción de tratamiento que se aplica es lo relacionado a intervenciones conductuales, en donde los profesionales en psicología, enfermería o cuidadores especializados aplican diferentes técnicas para los problemas relacionados con la conducta

como agresión, destrucción de propiedad o autolesión, en las personas con discapacidad. Se destaca entre las intervenciones de los profesionales el apoyo conductual positivo, el cual consiste en “un conjunto de técnicas destinadas a cambiar el entorno para hacer que la conducta problemática sea irrelevante e inútil y, por consiguiente, hacer que la conducta alternativa socialmente adecuada sea más eficaz”. (Calderón y Caballo, 2018 mencionando a Canal y Martín, 2003)

Para el tratamiento de personas con discapacidad intelectual se identificó en las referencias consultadas que el mismo es limitado y que para esta población se requiere incrementar las opciones de tratamiento. Como opción nueva los profesionales que atienden a este tipo de personas están recurriendo al *Mindfulness* técnica por medio de la cual se tiene como objetivo general el “producir un cambio en la relación de la persona con sus pensamientos y sentimientos, en vez de intentar cambiarlos o eliminarlos”. (Calderón y Caballo, 2018 mencionando a Shapiro y Carlson, 2009).

Este tipo de programa tiene la peculiaridad de que para manejar mejor el estrés se desarrollan una serie de habilidades para la vida, en especial la atención y la compasión. Implica el sentido de responsabilidad por la salud y el bienestar en este contexto para disminuir los estados de desequilibrio, el sufrimiento y la enfermedad. De acuerdo con la Sociedad *Mindfulness* y Salud (2016):

“Si bien asumimos que tenemos control consciente de nuestra mente, la mayoría del tiempo esta va y viene incesantemente entre el pasado y el futuro, rechazando o apegándose a lo que en ese momento le toca vivir. De esta manera es poco el tiempo que la mente está presente en el aquí y el ahora” (Sociedad *Mindfulness* y Salud, 2016, p.3)

Señalan Calderón y Caballo que “con el *mindfulness* las personas con discapacidad intelectual logran aprender estrategias de autocontrol, por medio de las cuales la persona regula su propio comportamiento para alcanzar los objetivos deseados por ellos mismos, se salvan de los problemas de generalización y mantenimiento propios de las terapias conductual y cognitivo-conductual ya que los usuarios adquieren la capacidad de utilizar los procedimientos en múltiples contextos, proporcionándose autorrefuerzo inmediato ante las

conductas encubiertas, los pensamientos y los sentimientos.” (Calderón y Caballo, 2018, p. 54)

En el primer capítulo del manual de Bedia y Cilleros se conceptualiza y es de interés para el trabajo investigativo la conducta problemática, en donde para los autores se refiere a “aquellas conductas que por su intensidad, duración o frecuencia afectan negativamente el desarrollo personal del individuo, así como a sus oportunidades de participación en la comunidad.” (Bedia y Cilleros, 2018, p.20). Como ejemplos de conducta problemática se encuentran autoagresiones, agresiones, destrucción de objetos, autoestimulaciones, negativismo, entre otras.

Para el estudio se aplicó una encuesta en mayo de 1999, entre las personas que asisten a Centros de atención a personas con discapacidad psíquica grave o moderada. La población total estudiada fue de 892 personas entre hombres y mujeres en edades comprendidas entre 20 a 40 años.

Como características de una conducta problemática se pueden mencionar las derivadas del concepto dado por Emerson (1995) quien indicó que son aquellas conductas que por su intensidad, duración o frecuencia afectan negativamente el desarrollo personal del individuo, así como a sus oportunidades de participación en la comunidad:

- la conducta problemática se define por el impacto que ésta tiene en la persona o en su entorno
- la conducta problemática se define socialmente, es una conducta que transgrede las normas sociales.
- implica que de ella se derivan unas consecuencias personales y sociales.

Se señala en el documento que los tratamientos en donde se hace uso de psicofármacos no es una estrategia equivocada, pero la misma resulta insuficiente si es utilizada de forma exclusiva. En ciertas ocasiones en que la conducta agresiva no es controlada, los profesionales recomiendan el enviar a la persona a residir de modo permanente a un centro especializado, lugares en los cuales:

“El Grupo de Trabajo debe actuar como un servicio de apoyo para los centros de atención a personas con discapacidad psíquica en lo que se refiere a la forma de

atender y solucionar los problemas de comportamiento, proponiendo estrategias de intervención basadas en el concepto de apoyo conductual positivo. Actúa también como grupo de consulta para los responsables de la planificación en la toma de decisiones respecto a la prevención de los comportamientos problemáticos y a la organización de dichos centros de atención, basándose en los conceptos de calidad de vida y gestión de apoyos para la vida independiente de los usuarios.” (Bedia y Cilleros, 2018, p.30).

Por su parte, Van Den Bogaard et al., (2018) establecen como objetivo el realizar una evaluación clínica estructurada del comportamiento agresivo, incluyendo cuándo y dónde ocurre. Como el acceso a esta población tiene sus complicaciones, se realizó el estudio con 40 personas de un centro de tratamiento especializado para personas con discapacidad intelectual leve y funcionamiento intelectual limítrofe. Se aplicó un cuestionario durante nueve meses, centrando la información en la agresión hacia otras personas y objetos.

De las referencias consultadas para el análisis se menciona que el comportamiento agresivo no tiene solo consecuencias negativas para el entorno de la persona con discapacidad intelectual, sino que en ciertas ocasiones también para el agresor. Las lesiones físicas, la interferencia con las actividades sociales y el abuso son algunas de las consecuencias perjudiciales del comportamiento agresivo para los agresores. Además, que las personas con discapacidad intelectual muestran diversas formas de comportamiento agresivo al mismo tiempo y las mismas persisten durante el tiempo.

Se concluye de manera general que al realizar una evaluación clínica estructurada del comportamiento agresivo se puede ayudar a diseñar y probar los efectos de las intervenciones. El SOAS-R-ID parece ser un instrumento clínicamente útil y, por tanto, podría ayudar a reducir la frecuencia de estos incidentes en el futuro.

Márquez-Caraveo et al. (2011) indican que el objetivo de su investigación es el señalar la epidemiología, detección, diagnóstico, clasificación y tratamiento (intervenciones médico-

farmacológicas, psicológicas, educativas y sociales) de la discapacidad intelectual. A continuación, se resume cada uno de los aspectos.

Epidemiología: A nivel mundial se señala que la DI es frecuente, con un alto impacto en el funcionamiento individual y una prevalencia aproximada de 1-4%, en Latinoamérica la prevalencia es mayor por factores como la desnutrición, las complicaciones obstétricas y perinatales, la prematurez, la intoxicación por plomo, las infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) y la pobreza; 6 factores que han sido superados en países desarrollados.

Diagnóstico: la detección de la discapacidad intelectual resulta un reto para los profesionales médicos en trastorno psiquiátricos y esta dificultad se debe a que éstos pacientes presentan dificultades de comunicación por su condición y por ello el profesional enfrenta barreras. Para realizar el diagnóstico los Profesionales lo realizan por medio de un algoritmo diagnóstico de dos niveles: el primer nivel tiene como meta la identificación de un desarrollo atípico y en el segundo nivel se efectuará el diagnóstico de la discapacidad intelectual con énfasis en la medición precisa del coeficiente intelectual (CI) con instrumentos como la Escala Wechsler de inteligencia para niños (WISC) y del nivel adaptativo con escalas como el Vineland. Cuando la discapacidad intelectual es de origen genético, para lograr diagnosticarlo, el médico debe realizar exámenes físicos como 1) la medición del perímetro cefálico; 2) la medición de la talla; 3) la identificación de características generales anómalas como las dismorfias de tipo facial (telecanto u ojos separados, sinofris o cejijunto) o corporal, como un tórax hundido o en quilla; extremidades con sindactilia (dedos que no se separaron) y clindactilia (acortamiento de la falange intermedia).

Tratamiento: para las personas diagnosticadas con discapacidad intelectual se les brinda diversas intervenciones médicas, psicológicas, educativas y sociales. Como condición médica de más impacto es la relacionada con problemas de tipo psiquiátrico, la intervención farmacológica cabe señalar que no curan la discapacidad intelectual pero representan un gran apoyo, especialmente si su uso se combina con técnicas psicológicas específicas. En la intervención psicológica se aplican técnicas de modificación conductual, la terapia de apoyo y otras intervenciones psicológicas como los tratamientos que favorecen la comunicación y el lenguaje. En el siguiente cuadro se resumen dichas técnicas:

Tabla 2. Intervenciones psicosociales en la discapacidad intelectual

Tipo de intervención	Focos de la intervención
Técnicas del Análisis Conductual Aplicado (ACA)	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de conductas inapropiadas: autoagresión, agresión a otros, irascibilidad, impulsividad.
Terapia Cognitiva Conductual (TCC)	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas emocionales (ansiedad y depresión) y control de enojo.
Terapia Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de capacidades sociales. Habilidades y patrones de funcionamiento, aspectos del ambiente y del contexto.
Terapia de comunicación y de lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora las estrategias de comunicación y del manejo de lenguaje (expresivo, receptivo y escrito).
Educación especial	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la barrera para el aprendizaje y la participación. • Promover la inclusión social y la integración educativa.
Intervenciones que integran salud, participación y contexto	<p data-bbox="772 887 967 916">Modelos integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelo CIF. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. • Modelo AAIDD. <i>American Association in Intellectual and Development Disabilities.</i>

Fuente: Márquez et al. (2011)

El trabajo de Vereenooghe y Langdon (2013), tiene como objetivo la realización de un metaanálisis con estudios de años recientes debido al auge de las intervenciones psicológicas para el tratamiento de las discapacidades intelectuales, lejos de aquellas que hasta el momento habían sido meramente fisiológicas o médicas.

Es así que los resultados arrojan que los tratamientos psicológicos sí son efectivos en su mayoría, pero que sus efectos pueden variar según el problema por tratar, la validez de los estudios que se reportan o la modalidad de la intervención. De esta manera, se encuentra que son mayoritariamente efectivos cuando se hace por medio de terapia individual y tratando problemas de depresión e ira, y no tan efectivos en terapias grupales o para tratar problemas de relaciones interpersonales. No solamente esto, sino que también se pudieron destacar similitudes entre los resultados de este estudio con metaanálisis ya hechos sobre el tema (Vereenooghe y Langdon, 2013).

Además, se encontró que no solamente cumplían más los criterios de inclusión y efectividad del estudio, sino que también presentaban mejores resultados las terapias de carácter cognitivo-conductual o sistémico que aquellas realizadas bajo un paradigma psicodinámico o psicoanalítico (Vereenooghe y Langdon, 2013).

Por otra parte, la investigación de Minshawi et al. (2015), se propone como objetivo principal el considerar teorías y enfoques psicológicos y biológicos que contribuyen al actual pensar en la etiología y el tratamiento de las conductas autolesivas en individuos con trastorno del espectro autista y/o discapacidad intelectual.

Este estudio arrojó en sus resultados que ambos tipos de tratamientos son bastante eficaces cuando se tratan como complementarios, además que, en cuanto a los tratamientos psicológicos, se enfocó más en la parte conductual. De estos, se mencionaron algunas técnicas y estrategias terapéuticas tales como aquellos enfocados en el enriquecimiento del ambiente, las intervenciones por medio de reforzamientos y las de extinción de conductas y los tratamientos por medio de castigos, tanto positivos como negativos (Minshawi et al., 2015).

Además, Minshawi et al. le brindan un especial enfoque a los factores ambientales influyentes en el proceso principalmente debido a que las personas con conductas problemáticas y discapacidad intelectual, puede que se vean más resistentes a las intervenciones, en especial aquellas terapéuticas. De esta manera, las personas autoras mencionan que una de las partes importantes del tratamiento es construir un ambiente agradable y atractivo para la persona, porque esto propicia que la persona se vea más anuente y abierta a participar activamente de su tratamiento psicológico (Minshawi et al., 2015).

Es así como las personas autoras también recalcan bastante la importancia no solamente del trabajo y tratamiento interdisciplinario, cuando este se vea comprobado como efectivo en el caso específico que se está atendiendo, sino también de la educación que se le brinda a las personas en el círculo interno de la persona principal. Esto debido a que se deben considerar todos los factores que pueden influir a la hora de la práctica del tratamiento, como la diferencia de horarios entre profesionales, la poca disponibilidad de profesionales en el área en varios centros de salud, la dificultad en la comunicación entre tantas personas, entre otros (Minshawi et al., 2015).

Por último, el objetivo principal del estudio de Brown et al. (2013) se centra en torno al poder examinar si personas con este tipo de discapacidad mostraban una disminución en conductas problemáticas al ser tratadas por medio de intervenciones dialécticas conductuales individuales.

Esta investigación se realizó con la participación de personas adultas, las cuales se vieron sometidas al tratamiento por un lapso de 4 años. Se encontró que hubo un periodo crítico en el primer año en cuanto a la disminución de las conductas problemáticas pero que las que se consideraban como más severas, duraban más en disminuir. De esta manera, se contabiliza que las personas luego de estos 4 años tenían 0.4 lapsos de conductas problemáticas por mes, representando una disminución del 76% en los lapsos en comparación con los presentados en el primer mes de tratamiento (Brown et. al, 2013).

Cabe resaltar que el tratamiento se dio por 2 horas semanales, con 1 hora adicional a aquellas personas cuyas conductas problemáticas incluían ofensas sexuales. Durante las sesiones se utilizaron técnicas de exposición, contingencia y extinción, además de la proposición de sistemas de recompensas al percibir conductas adaptativas. Además, se creó un método de clasificación de las conductas para percibir e identificar su intensidad cuando se presentaban (Brown et al., 2013).

Tabla 2. *Técnicas empleadas*

Uso de <i>mindfulness</i>
Uso de intervenciones psicológicas: Conductuales Terapia de apoyo Dialéctica
Uso de intervenciones sociales
Fármacos

Fuente: elaboración propia

7. Resultados

Los profesionales en salud mental requieren cada día el tratar de comprender de una mejor manera las enfermedades psicológicas y psiquiátricas que afectan la conducta de las personas con discapacidad intelectual, ya que resulta preocupante que de las principales causas de discapacidad por enfermedad, la discapacidad mental no se incluye.

Se reconoce que a nivel mundial las personas con discapacidad intelectual pueden presentar una diversidad de retos y situaciones difíciles, en las cuales los profesionales deben proporcionarles los cuidados y los servicios de apoyo que precisan. Por lo que se presenta como un reto importante ya que se agrava cuando la persona con discapacidad presenta problemas de conducta graves.

Como técnica de tratamiento nuevo en las personas con discapacidad intelectual se encuentra el *Mindfulness*, procedimiento que tiene bases filosóficas y espirituales, en especial en la creencia de la unidad mente cuerpo y tener un equilibrio entre los dos, un balance que permite el control. Para esto se enfatiza en el aquí y el ahora. No se piensa que el sujeto tenga la mente en blanco, sino que evite que su pasado sea un peso a la hora de enfrentar las situaciones, tiene que procederse a tener conciencia de cómo superar las dificultades.

Una conducta problemática resulta para los profesionales una fuente de desgaste tanto físico como emocional, esto debido a que la persona que la presenta es una persona que es excluida de la sociedad y con ello presentan una serie de limitaciones que se acrecientan si además la persona tiene una discapacidad intelectual. La conducta problemática presenta dos características; una es el impacto de la conducta en los contextos sociales y las consecuencias negativas por la falta de integración en la sociedad de las personas que manifiestan ese tipo de conducta. (Canal y Martín, 2018)

Del estudio de los investigadores Márquez et al (2011), se destaca que la discapacidad intelectual constituye un tema de salud pública que no se la dado la importancia que requiere en las investigaciones relacionadas con la atención a la salud. La detección, el diagnóstico temprano y la clasificación óptima permiten un tratamiento oportuno limitaría la discapacidad y el sufrimiento personal agregado. El tratamiento multimodal incluye la utilización de psicofármacos y tratamientos conductuales, sugiriendo las intervenciones psicológicas y

modelos que promuevan la inclusión e integración desde el punto de vista educativo y social, con énfasis en el bienestar y calidad de vida de esta población.

8. Discusión y Conclusiones

Uno de los principales aspectos a resaltar es la importancia que se le da a las intervenciones conductuales. Atendiendo a la información recopilada, se puede decir que ésta es una de los principales enfoques clínicos que se realizan en el mundo, sobre todo porque es práctico y da resultados en el corto plazo. Lo importante es aplicar técnicas de autocontrol y técnicas de habilidades sociales, además de control de ira y terapia de pares, entre otras. Finalmente, esto permite un enfoque muy personalizado al profesional en psicología. Se puede proceder a modificar el entorno para que como se ha indicado la conducta problemática pierda relevancia.

Igualmente se ha indicado que el *mindfulness* es una opción, en la medida que se centra en el momento actual, así como la curiosidad y la aceptación, evita caer en otro tipo de distracciones. Es decir, ayuda a cambiar sentimientos y pensamientos, que son finalmente, por lo menos en buena medida, los que originan las conductas disruptivas. Como se ha indicado anteriormente, la técnica del *mindfulness* permite desarrollar una serie de habilidades para la vida basadas en la aceptación y la compasión por los demás a partir de manera consciente.

En atención a lo anterior, es importante destacar que este tipo de técnicas tiene que partir de la aceptación de la persona, es decir de darse cuenta que las acciones están mal y, por lo tanto, deben corregirse. De esta forma a partir de ahí y de la disposición a cambiar y dedicar tiempo es que se pueden aplicar.

Por supuesto se ha hecho énfasis en que las posibilidades de éxito varían dependiendo del tipo de conducta y de la transgresión de las normas sociales. Es muy diferente conductas de interrupción de las conversaciones o incomodar a otros que pasar a agresiones físicas, incluso peleas. Además, la regularidad de las acciones comentadas también debe tomarse en cuenta. Como se ha indicado en ciertas ocasiones extremas los tratamientos deben realizarse en un centro especializado.

También se habla mucho de los grupos de trabajo, que es lo ideal. Básicamente cuando varios profesionales desarrollan sus labores de manera coordinada se produce una sinergia.

Ello requiere un plan determinado y buena comunicación. Además no en todos los casos existen un presupuesto para poder realizar esto.

Sin embargo, como han indicado Van Den Bogaard et al., (2018) lo adecuado es siempre una valoración detallada y estructurada sobre las conductas problemáticas, incluyendo los tipos de trastornos y las consecuencias negativas que genera en el entorno. Se recomienda el Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R), que es un formulario que tiene información completa y estandarizada que facilita la valoración y el análisis de los incidentes agresivos. Ya que se aplica de forma sencilla puede tener una gran utilidad.

Otro aspecto a tener en cuenta es que, a pesar de la importancia de las técnicas psicológicas, el tratamiento farmacológico no se debe descartar. Finalmente se evidencia que la base de las intervenciones es controlar problemas emocionales como la ansiedad la depresión y el enojo y luego ayudar a desarrollar habilidades sociales de comunicación. Como contraparte el entorno social puede cambiar cuando no es propicio, sobre todo en muchos casos donde la inclusión no es adecuada, debe promoverse una mayor integración social, que además de disminuir los problemas de conducta reivindica el derecho de ese grupo a tener igualdad de oportunidades con un desarrollo pleno y en felicidad.

8.1. Limitaciones

La principal limitación de los estudios está en que son escasos, lo que implica que la capacidad de la comparación se vea básicamente limitada, en otras palabras, extrapolar resultados puede resultar arriesgado. Además, casi todos los estudios se centran en los tratamientos con terapia cognitiva conductual y luego *mindfulness*. Así, se hace necesario otro tipo de enfoques que pueden resultar efectivos. Sucede que todavía es un campo en desarrollo, hay poco material con base empírica para establecer el nivel de efectividad de cada uno de los tratamientos psicológicos. Finalmente, existen tipos de tratamientos que están en centros especializados, pero de esos casos, aunque se cita que puede existir, no se presentan casos.

8.2. Prospectiva

La futura línea de trabajo de acuerdo a lo establecido debería incluir una recopilación de datos de diferentes países. Es decir, instituciones e investigadores que indiquen casos que han tenido a su cargo y los resultados. Esto requiere una labor ardua tanto en la recopilación de esos datos como también a la hora de realizar entrevistas y consultas a los especialistas para detallar las observaciones pertinentes. Asimismo, debería tratar de detectarse si estas conductas problemáticas crecen o, si por el contrario, decrecen con la edad y la madurez. Incluso conocer que sucede en la ancianidad. Sería oportuno también poder contar con datos estadísticos referenciando en los sexos, edades, y otras variables que puedan aportar datos acerca de esta población y de este comportamiento.

Referencias bibliográficas

Banco Mundial (2021). *Rompiendo barreras. Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe*. <https://www.bancomundial.org/es/news/infographic/2021/12/03/rompiendo-barreras-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad-en-america-latina-y-el-caribe>

Brown, J. F., Brown, M. Z., & Dibasio, P. (2013). Treating individuals with intellectual disabilities and challenging behaviors with adapted dialectical behavior therapy. *Journal of mental health research in intellectual disabilities*, 6(4), 280-303.

Calderón, R. y Caballo, C. (2018). Revisión sistemática sobre la aplicación y efectividad de tratamientos basados en mindfulness en personas con discapacidad intelectual. *Revista Española de Discapacidad*, 6(1), 49-74.

Canal y Martín. (2018). *Manuales de trabajo en Centros de Atención a personas con discapacidad de la Junta de Castilla y León: Apoyo conductual positivo*. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León España.

Coronel, C. (2018). Problemas emocionales y de comportamiento en niños con discapacidad intelectual. *Perspectivas en Psicología*, 14(2), 351-362. <https://www.redalyc.org/journal/679/67957814011/html/>

Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill Education.

INA Virtual. (2022). *Análisis y resultados de los datos de la investigación*. <https://www.ina-pidte.ac.cr/mod/book/tool/print/index.php?id=13057>

Marquéz, M.; Zanabria, M.; Pérez, V.; Aguirre, E.; Arciniega, L.; Galván, S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*. 34, 443-449.

Minshawi, N. F., Hurwitz, S., Morriss, D., & McDougale, C. J. (2015). Multidisciplinary assessment and treatment of self-injurious behavior in autism spectrum disorder and intellectual disability: integration of psychological and biological theory and approach. *Journal*

of autism and developmental disorders, 45(6), 1541-1568. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO26495/conducta_problemat1.pdf

Martín-Cilleros, M. V., Canal-Bedia, R., Bohórquez-Ballesteros, D. M. y González García, C. (2010). *¿Qué es la conducta problemática? Cuadernillo de consulta*. Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha y Universidad de Salamanca https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO26495/conducta_problemat1.pdf

Organización Mundial de la Salud (2021). *Discapacidad y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Peredo, R. (2016). Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. *Revista de Psicología La Paz*, 15. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322016000100007

Pimiento, J. (2013). *Intervención conductual en un paciente con retraso mental grave y problemas de conducta agresiva*. Proyecto para optar al título de psicología clínica. Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga. https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5886/digital_24967.pdf?sequence=1

Quitllet, P. y Novell-Alsina, R. (2021). *Conductas que nos preocupan en Personas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo*. Madrid: Plena Inclusión. <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/05/s-libro-conductas-que-nos-preocupan-v4-1.pdf>

Red Latinoamericana de Organizaciones de Personas con Discapacidad y sus Familias (2019). *Informe regional sobre la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible en América latina bajo el enfoque de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. <https://www.riadis.org/wp-content/uploads/2020/05/informe-regional.pdf>

Rodríguez, E., y Petisto, M. (2018). *Estudio sobre la prevalencia de las alteraciones de la salud mental y/o problemas de conducta en las personas con discapacidad intelectual de Extremadura*. Extremadura: Junta de Extremadura. <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2019/06/OED-SEPAD-INFORME-PERSONAS-CON-DISM.pdf>

Servicio de Información sobre Discapacidad. (2022). *Las personas con discapacidad intelectual viven hasta 20 años menos*. <https://sid-inico.usal.es/noticias/las-personas-con-discapacidad-intelectual-viven-hasta-20-anos-menos/>

Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R. Shogren, K., Snell, M., Wehmeyer, M., Borthwick-Duffy, S., Coulter, Ellis., Craig, M., Sharon, M., Gómez, S., Lachapelle, I., Luckasson, R., Reeve, A., Spreat, S., Tassé, M., Verdugo, M. y Yeage, M. (2012). Conceptualizando los apoyos y las necesidades de apoyo de personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 1(41). <https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART14280/233-1%20Thompson.pdf>

Unicef. (2021). *Hay casi 240 millones de niños con discapacidad en el mundo, según el análisis estadístico más completo de UNICEF hasta la fecha*. <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/casi-240-millones-ninos-con-discapacidad-mundo-segun-analisis-estadistico>

Unicef. (2020). *Otros 6,7 millones de niños menores de 5 años podrían sufrir de emaciación este año debido a la COVID-19*. <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/casi-240-millones-ninos-con-discapacidad-mundo-segun-analisis-estadistico>

Uriarte, J. (2020). ¿Qué es la población? *Enciclopedia humanidades*. <https://www.caracteristicas.co/poblacion/>

Van den Bogaard, K., Nijman, H., Palmstierna, T. y Embregts, P. (2018). Characteristics of aggressive behavior in people with mild to borderline intellectual disability and co-occurring psychopathology. *Journal of Mental Health Research In Intellectual Disabilities*, 11(2), 124–142. <https://doi.org/10.1080/19315864.2017.1408726>

Vereenooghe, L., y Langdon, P. E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in developmental disabilities, 34*(11), 4085-4102.