Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 17, Nº 2, 2009, pp. 257-275

CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: UN ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE DIMENSIONALIDAD Y PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN

Benito Arias, María Jesús Irurtia y Laura E. Gómez
Universidad de Valladolid (España)

Resumen

El objetivo del presente trabajo se centró en la construcción de un sistema de clasificación de conductas problemáticas en personas con discapacidad intelectual interpretable y basado en datos empíricos. Se analizaron 19 etiquetas de conductas problemáticas utilizando escalamiento multidimensional no métrico y las soluciones encontradas fueron corroboradas tanto por el análisis de regresión múltiple sobre los resultados de 10 escalas bipolares referidas a distintas características de las conductas problemáticas como por análisis de conglomerados jerárquico y de k-medias. En el análisis de regresión múltiple se tomaron como variables predictoras los valores obtenidos por la solución del escalamiento multidimensional y como variable criterio cada uno de los promedios obtenidos en las escalas bipolares. La solución obtenida diferencia entre conductas de etiología biológica y conductas de etiología social (dimensión 1) y entre abiertas y encubiertas (dimensión 2).
PALABRAS CLAVE: *conductas problemáticas, discapacidad intelectual, clasificación, dimensionalidad.*

Abstract

The aim of this paper was to build an empirical and interpretable classification system of challenging behaviors in people with intellectual disability. We analyzed 19 challenging behavior labels using non metrical multidimensional scaling. Bi- and tri-dimensional MDS solutions were supported both by a multiple regression analysis of 10 bipolar scales about different characteristics of challenging behaviors and a joining and k-means cluster analyses. For multiple regression analysis, predictor variables were the values of MDS dimensions and criterion variables were the average ratings attained by bipolar scales. The bi-dimensional solution distinguishes between biological and social etiology (dimension 1) and overt and covert behaviors (dimension 2).

Correspondencia: Benito Arias, Dpto. de Psicología, Universidad de Valladolid, 47011 Valladolid (España). E-mail: barias@psi.uva.es

KEY WORDS: *challenging behaviors, intellectual disability, classification, dimensionality.*

Introducción

Si bien la evaluación y clasificación de los problemas de conducta han suscitado un interés creciente en los últimos años (Achenbach, 1982; Allen y Davis, 2007; *American Psychiatric Association* [APA], 2000; Matson y Frame, 1985; Sturmey, 1999; Salvador y Novell, 2003a, 2003b; Sturmey y Sevin, 1993; *World Health Organization* [WHO], 1992), se ha prestado una atención bastante más limitada al desarrollo de procedimientos de clasificación de las conductas problemáticas en personas con discapacidad intelectual (PDI, en adelante), especialmente en lo que se refiere a la elaboración de instrumentos con soporte empírico suficiente.

En el ámbito de estudio de las PDI, la definición de conducta problemática más aceptada hoy en día fue propuesta hace algunos años por Eric Emerson (Emerson, 1995, 2001) y viene a decir que se trata de conductas anormales desde el punto de vista cultural, de tal frecuencia, duración o intensidad que ponen en riesgo la seguridad física, el bienestar o la calidad de vida de la persona o de otros, o bien que impiden a la persona que las muestra el acceso a los recursos ordinarios de la comunidad.

Como fácilmente podemos deducir de esta definición, se concibe la conducta problemática como un producto social que la sitúa en un lugar alejado de lo esperable en un contexto sociocultural determinado, como un resultado de diversas interacciones complejas entre a) lo que la persona hace, b) el contexto en que lo hace, y c) cómo los demás interpretan y confieren significado a ese comportamiento.

En segundo lugar, se hace referencia a determinados parámetros dimensionales: frecuencia, duración, intensidad. Esta circunstancia nos advierte que la consideración de una conducta como problemática o no es una mera cuestión de grado. En efecto, la mayor parte de las conductas problemáticas se califican de este modo no porque cualitativamente sean diferentes o "anormales" sino porque son más frecuentes, o más duraderas, o más intensas de lo "normal", de lo que es esperable desde el punto de vista evolutivo o atendiendo al contexto social en que tienen lugar.

La definición de Emerson alude, en tercer lugar, a las consecuencias perniciosas de la conducta problemática, tanto para la propia persona como para quienes la rodean. Tales consecuencias se cifran en la probabilidad del aumento del riesgo para la salud, para la integridad física, para el bienestar general y para otros elementos que definen el constructo "calidad de vida". En definitiva, independientemente de la frecuencia, intensidad, gravedad, etc., la conducta problemática se define como tal por el impacto que tiene en la persona o en su entorno. De la conducta problemática se derivan unas consecuencias personales y sociales que pueden ser inmediatas (p. ej., dañan la salud y calidad de vida de la persona) o a largo plazo (p. ej., abuso, abandono, tratamiento inapropiado, exclusión o deprivación social).

Finalmente, advierte que entre los efectos de la conducta problemática se cuenta el impedimento u obstaculización que supone para que la persona pueda acceder a los recursos ordinarios (entiéndase, de educación, de trabajo, de ocio, de relaciones interpersonales…) que la comunidad ofrece.

Entre las consideradas como "conductas problemáticas" podemos incluir agresiones, conductas destructivas, autolesiones, conductas estereotipadas (manierismos, ritualismos, etc.) y un rango muy extenso de conductas que va desde aquellas que pueden resultar peligrosas para el individuo (p. ej., ingerir sustancias no comestibles) hasta aquellas que habitualmente constituyen un desafío para el personal de apoyo (p. ej., desobediencia, llanto persistente, insolencia, patrones anormales del sueño, sobreactividad motora...) o las que resultan inaceptables debido a que rompen las normas de funcionamiento social (p. ej., regurgitar alimentos, manipular heces, etc.).

La definición de conducta problemática comentada tiene un carácter eminentemente funcional, no topográfico. De hecho, conductas con topografías muy distintas podrían tener, al menos teóricamente, una función similar (p. ej., obtener refuerzo social, evitar estimulación aversiva, o conseguir refuerzo tangible). La cuestión que en este punto se nos plantea es que carecemos de un sistema clasificatorio de conductas problemáticas en PDI basado precisamente en la topografía de las conductas y sustentado por datos empíricos. Los sistemas disponibles siguen, como se sabe, dos vertientes diferenciadas. Por una parte, los clínicos o categoriales como el DSM-IV-TR (APA, 2000) o la ICD-10 (WHO, 1992) no ofrecen una clasificación de conductas problemáticas, sino un conjunto de categorías diagnósticas amplias (p. ej., trastornos por déficit de atención con hiperactividad, trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastornos de la eliminación, etc.). Por otra, los empíricos o dimensionales, de los cuales los más relevantes son los desarrollados por Achenbach y colaboradores (Achenbach, 1982, 1985; Achenbach y Edelbrock, 1986; Achenbach, Howell, Quay y Conners, 1991) mediante el uso del "Listado de conductas infantiles" (*Child Behavior Checklist*) y por Quay y colaboradores (Quay, 1986; Quay y Peterson, 1987) mediante el "Listado de conductas problema" (*Behavior Problem Checklist*), se han centrado exclusivamente en los trastornos del comportamiento infantil.

Pese a que las implicaciones de disponer de un sistema clasificatorio de conductas problemáticas son indudables (Emerson, 2001) tanto para la realización de estudios epidemiológicos como para la identificación de casos, la extracción de muestras o la asignación de recursos, lo cierto es que hasta el momento no se han desarrollado estudios específicos en la población con discapacidad intelectual orientados a la elaboración de sistemas de clasificación de las conductas problemáticas a partir de su topografía.

Las investigaciones publicadas hasta el momento podrían dividirse en las siguientes categorías:

1. *Estudios sobre prevalencia de las conductas problemáticas en PDI que han utilizado clasificaciones implícitas*. En este grupo se encuentran a) estudios centrados en la *prevalencia de formas específicas de conducta problemática* como, por ejemplo, conducta autolesiva (Hillery y Mulcahy, 1997) o agresiva

(Harris, 1993; Oliver, Murphy y Corbett, 1987) y b) centrados en *conductas problemáticas genéricas, pero restringidas a contextos muy limitados* tales como instituciones (Griffin *et al*., 1987), contextos comunitarios (*R*ojahn, 1987, 1994) o educativos (Kiernan y Kiernan, 1994).

2. *Estudios epidemiológicos que usan taxonomías explícitas*. Entre estos son destacables: a) los centrados en la *clasificación de las conductas problemáticas en función de sus consecuencias y su nivel de gravedad*. Se trata de una clasificación apriorística, que incluye cuatro grupos: en el grupo 1 se considera si la persona alguna vez se causa daños a sí mismo (aunque sean pequeños) o causa daños a otros, o rompe o deteriora objetos de su medio ambiente inmediato. Se incluyen en este nivel los hábitos tóxicos, trastorno de pica, regurgitación, etc. En el grupo 2 se incluye a las personas que muestran al menos semanalmente conductas que requieren a más de un miembro del personal de atención directa para ser controladas, o sitúan al personal de atención directa en situación de riesgo físico, o causan daño que no se puede remediar por una intervención inmediata del personal de atención directa, o causan al menos una hora diaria de disrupción. El grupo 3 incluye las conductas que ocasionan más de unos minutos de disrupción diariamente. Finalmente, el grupo 4 comprende a las personas que presentan conductas que no siendo ni agresivas, ni autolesivas, afectan negativamente a las posibilidades del usuario para participar en las actividades cotidianas del Centro y comunidad, tales como rituales, autoestimulaciones, etc. (p. ej., Arias y Canal, 2003; Canal y Martín, 2002; Emerson *et al*., 2001; FEAPS, 2008; Kiernan, 1993; Qureshi, 1993, 1994) y b) estudios *más diversificados, que incluyen clasificaciones centradas tanto en la topografía como en el nivel de gravedad*. Entre estos se encuentran los de Borthwick-Duffy (1994) –conducta agresiva, conducta autolesiva frecuente y grave, conducta autolesiva frecuente, conducta destructiva–, Kiernan *et al*. (1994) –agresión, disrupción social, rabietas, conducta autolesiva, disrupción física, conducta destructiva, desobediencia, rituales, estereotipias, vagabundeo, masturbación en público–.
3. *Instrumentos aplicados a las PDI que incorporan alguna taxonomía de problemas de conducta*. Entre estos cabe citar escalas de c*onducta adaptativa* como el "Inventario para la planificación del cliente y de la agencia" (*Inventory for Client and Agency Planning*, ICAP; Bruininks, Woodcock, Weatherman y Woodcock, 1986) que incluye tres apartados: problemas internos (comportamiento autolesivo o daño a sí mismo, hábitos atípicos y repetitivos o estereotipias, retraimiento o falta de atención), externos (heteroagresividad o daño a otros, destrucción de objetos, conducta perturbadora) y de carácter asocial (conducta social ofensiva, conductas no colaboradoras), o *escalas que evalúan la intensidad de los apoyos* como la "Escala de intensidad de apoyos" (*Supports Intensity Scale*, SIS; Thompson *et al*., 2004) que incluye dentro de la sección de necesidades excepcionales de apoyo conductual las áreas de destructividad dirigida hacia el exterior (asaltos o daño a otros, conducta destructiva, robo), destructividad autodirigida (autolesiones, pica,

intentos autolíticos), sexual (agresión sexual, conducta sexual inadecuada) y otros (*R*abietas, vagabundeo, abuso de estupefacientes, trastornos de salud mental, otros problemas de conducta).

4. *Instrumentos específicos desarrollados para evaluar conductas problemáticas en PDI*. Destacamos el "Inventario de conductas problema" (*Behavior Problems Inventory*, BPI; Rojahn, Matson, Lott, Esbensen y Smalls, 2001), el "Listado de conductas aberrantes" (*Aberrant Behavior Checklist*, ABC; Aman, Singh, Stewart y Field, 1985), el "Cribado de conductas desadaptativas" (*Reiss Screen for Maladaptive Behaviors*, RSMB; Reiss, 1988; Sturmey, 1996), y la "Evaluación diagnóstica de personas con discapacidades graves" (*Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped*, DASH-II; Matson, 1995; Sturmey, Matson y Lott, 2004). El BPI comprende tres subescalas: conducta autolesiva (14 ítems), conducta estereotipada (24 ítems) y conducta agresiva y destructiva (11 ítems). Cada subescala contiene un ítem adicional en el que el evaluador puede incluir cualquier conducta no contenida en las subescalas. El *ABC* comprende cinco subescalas: irritabilidad, agitación y llanto (15 ítems), letargia y abandono social (16 ítems), estereotipias (7 ítems), hiperactividad y desobediencia (16 ítems) y conducta verbal inapropiada (4 ítems). El RSMB agrupa tres subescalas: conducta desadaptada extrapersonal (impulsividad, hipersensibilidad, quejas, inadecuación social, ansiedad, pensamiento confuso, aislamiento, paranoia, hostilidad, rabietas, tristeza, agresividad, búsqueda de atención, dependencia, llanto, déficit de atención, problemas sociales, tendencias suicidas, sobreactividad, euforia, movimientos inapropiados, ecolalia, autoestimulación, agresión), síntomas psicóticos (alucinaciones, conducta regresiva) y conducta desadaptada intrapersonal (miedo, déficit de asertividad, estrés, problemas con la comida, energía baja, problemas de sueño). El DASH-II consta de 84 ítems agrupados en cuatro factores (labilidad emocional, trastornos del lenguaje, demencia/ansiedad, trastornos del sueño y conductas psicóticas).
5. Finalmente, entre los *instrumentos de obtención de información diagnóstica que incluyen apartados sobre la evaluación de conductas problemáticas* podrían incluirse el "Perfil de clasificación, información y evaluación" (*Assessment Information Rating Profile*, AIRP; Bouras y Drummond (1989), que incluye 13 ítems relacionados con los problemas de conducta (p. ej., agresión física, conducta destructiva, rabietas, molestar, etc.) y el "Inventario de conductas desafiantes" (Novell, Rueda y Salvador, 2003).

Basándonos en lo hasta aquí comentado, el presente trabajo se propone como principal objetivo construir un sistema de clasificación de conductas problemáticas en PDI que cumpla con los siguientes requisitos: exhaustividad de las categorías conductuales, exclusividad mutua, parsimonia, interpretabilidad y sustentación en datos empíricos.

Método

Participantes

Participaron en este estudio dos grupos de sujetos. El primero estuvo formado por 16 estudiantes universitarios de último año, que habían cursado un amplio curriculum relacionado con la educación especial. A este grupo se le encomendó la tarea de calificar el grupo de conductas utilizadas en función de su parecido mutuo. El segundo, por otros 32 estudiantes, de las mismas características que los anteriores, a quienes se asignó el cometido de calificar las conductas en función de criterios que con frecuencia se atribuyen a las conductas analizadas y que, hipotéticamente, podrían usarse como criterios implícitos de clasificación, tales como gravedad, visibilidad, funcionalidad, etc. Todos ellos participaron voluntariamente en la investigación. Conviene, en este punto, recordar que los resultados del escalamiento multidimensional dependen del número de estímulos y no del número de participantes, de modo que con frecuencia en análisis MDS se emplea cualquier número de sujetos, incluso muy pequeño ($n < 10$) (Borg y Groenen, 2005, p. 48; Stalans, 1994, p. 143; Schiffman, Reynolds y Young, 1981; Takane, 2007, p. 364). El método aquí usado (comparaciones apareadas) exige, por otra parte, que los participantes conozcan con precisión los estímulos a comparar, por lo que en esta clase de estudios no procede utilizar muestras aleatorias, sino de conveniencia, y ni siquiera extensas, sino pequeñas pero lo más adecuadas posible al propósito del estudio. Otro tanto puede decirse de la cumplimentación de las escalas bipolares que se describen más adelante.

Instrumentos

Se utilizaron dos clases de instrumentos en este estudio. Por una parte, una matriz de 19x19 en la que los participantes debían valorar el grado de similitud entre cada par de las 19 conductas que se describirán más abajo. Por otra, 10 escalas bipolares (véase más adelante en este apartado) con que el segundo grupo de participantes debía calificar cada una de las conductas.

1. *Conjunto de estímulos utilizados*

Tras una búsqueda exhaustiva de la investigación previa sobre sistemas de clasificación y evaluación de conductas problemáticas en PDI, se identificó un conjunto de 32 conductas problemáticas que se observan con relativa frecuencia en PDI (Aman *et al*., 1985; Arias y Canal, 2003; Arias, Morentin, Jenaro y Martín, 2006; Borthwick-Duffy, 1994; Bruininks *et al*., 1986; Emerson *et al*., 2001; Harris, 1993; Hillery y Mulcahy, 1997; Kiernan y Kiernan, 1994; Oliver *et al*., 1987; Rojahn *et al*., 2001; Thompson *et al*., 2004). Tales conductas (en especial las conductas agresivas y destructivas, las autolesivas y las estereotipadas) son identificadas sistemáticamente como habituales en PDI en los estudios antedichos. Así pues, la mayoría de las conductas problemáticas analizadas en las investigaciones mencionadas están

presentes en este trabajo. De ese conjunto inicial hubieron de eliminarse 13 (por presentar solapamientos evidentes con el resto), llegándose a una configuración final de las 19 conductas que se utilizarían como estímulos en la investigación. Las categorías utilizadas fueron las siguientes: a) agitación motora; b) movimientos estereotipados; c) aislamiento social; d) desobediencia pasiva; e) rabietas; f) agresión a otros; g) autoagresión; h) fugas; i) oposicionismo; j) conducta verbal inapropiada; k) molestar a otros; l) enfados; m) culpar a otros; n) hurtos; o) conducta destructiva; p) rumiación; q) manipular heces; r) ingerir sustancias u objetos no comestibles y s) patrones anormales de sueño. Se construyó una matriz cuadrada con las 19 conductas, junto con una breve definición y ejemplos de cada una de ellas (apéndice A), y se encomendó a los sujetos del primer grupo que calificaran cada par de conductas en una escala de 1 a 10 en función de la semejanza que guardaban entre sí (*R*epresentando 1 una falta de parecido absoluto y 10 un parecido absoluto). En consecuencia, la diagonal de cada matriz original contiene valores 10, y valores de 1 a 9 el resto de las celdas.

A la vista del listado que figura en el apéndice A, se deduce que hemos procurado utilizar categorías de conducta amplias y en lo posible significativas, eludiendo descender a niveles excesivamente concretos u "operativizados": así, se ha preferido usar la categoría molar "autoagresión" en lugar de comportamientos más moleculares tales como pellizcarse, morderse, golpearse la cabeza, arrancarse el pelo, pincharse o cortarse, etc., comunes en estudios específicos sobre conducta autolesiva (p. ej., Oliver, Murphy y Corbett, 1987).

2. *Escalas bipolares*

Al segundo grupo se le encomendó la tarea de calificar a cada una de las 19 conductas anteriores en 10 escalas bipolares que abarcaban un rango de 1 (en absoluto) a 9 (totalmente) en función de otros tantos criterios tanto de carácter descriptivo como funcional. En concreto, cada participante calificó cada conducta atendiendo a si a) es peligrosa para la persona; b) es peligrosa para otros; c) constituye un desafío para el personal de apoyo; d) provoca malestar social; e) dificulta el acceso a recursos ordinarios; f) resulta difícil de modificar; g) provoca impacto social; h) es claramente visible; i) está ligada a factores contextuales; y j) tiene una función claramente identificable. Se trataba, con el uso de este instrumento, de averiguar cuáles serían los criterios que los participantes utilizarían para clasificar las conductas problemáticas. En el Apéndice B el lector puede consultar un ejemplo de las escalas bipolares utilizadas.

Análisis de datos

A partir de las 16 matrices resultantes de las calificaciones otorgadas a las conductas por el primer grupo de participantes, construimos una matriz promedio de similaridades, y la transformamos en la correspondiente de distancias brutas y tipificadas, sometiéndola posteriormente a un escalamiento multidimensional no métrico mediante el algoritmo KYST (Kruskal, Young y Seery, 1977).

Por su parte, los resultados de las calificaciones de las conductas en las escalas bipolares realizadas por el segundo grupo de sujetos fueron sometidas a un análisis de regresión múltiple, tomando como variables predictoras los valores obtenidos por la solución del escalamiento multidimensional y como variable criterio cada uno de los promedios obtenidos en las escalas bipolares. Los coeficientes de regresión tipificados (β) fueron transformados en los correspondientes cosenos de dirección. Finalmente, y al objeto de contrastar las soluciones anteriores, se llevó a cabo un análisis de conglomerados jerárquico con vinculación completa (método 'joining') y otro de k-medias sobre la matriz inicial de distancias. Para realizar este segundo bloque de análisis se utilizaron los programas SAS, v. 9.1.3 (*SAS Institute*, 2006) y STATISTICA, v. 7.1 (StatSoft, 2006).

Resultados

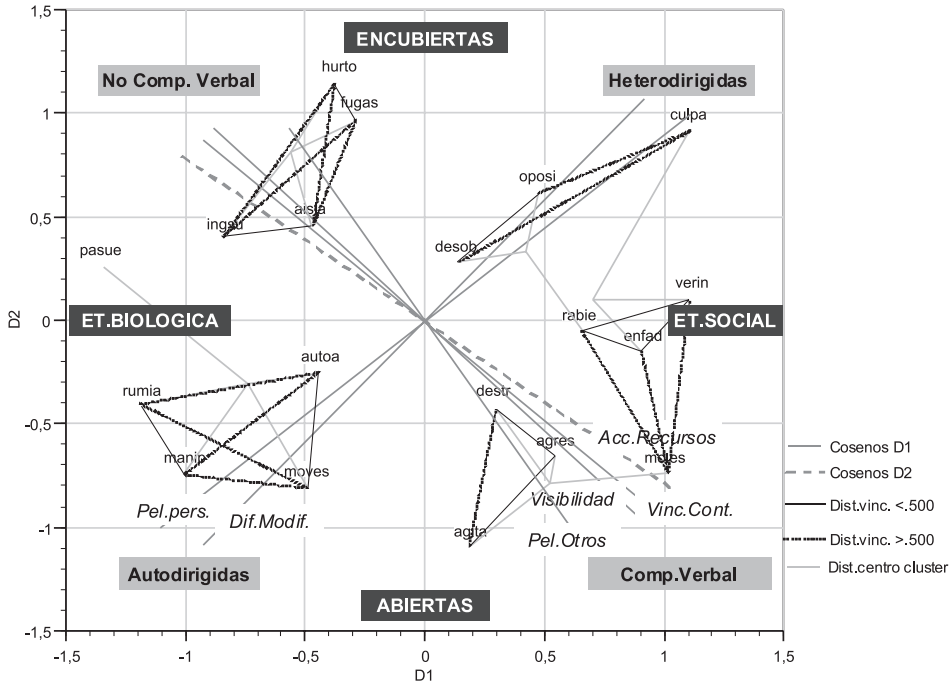
Sintetizamos a continuación los resultados obtenidos tras someter a escalamiento multidimensional (*multidimensional scaling, MDS*) no métrico la matriz promedio de similaridades entre las categorías conductuales. En la figura 1 se muestra la solución bidimensional (estrés= 0,232, coeficiente de alienación= 0,271) obtenida sobre la matriz de distancias promedio. Esta solución diferencia, en la dimensión 1, entre comportamientos que podrían agruparse en la categoría perjudiciales para la persona y esencialmente de etiología biológica (ingesta de sustancias no comestibles, rumiación, manipulación de heces, conductas autolesivas, patrones anormales

Tabla 1
Pesos de regresión tipificados, cosenos de dirección, coeficientes de determinación y significación a posteriori (solución bidimensional)

	Pesos β tipificados		*Cosenos de dirección*		*R*	*R^2*	*p(D1)*	*p(D2)*
Escala bipolar	*DIM. 1*	*DIM. 2*	*DIM. 1*	*DIM. 2*				
Peligro personal	**-0,778**	-0,048	**141**	93	0,779	0,607	**0,000**	0,765
Peligro otros	**0,571**	-0,015	**55**	91	0,571	0,326	**0,013**	0,941
Desafío personal	-0,154	0,054	99	87	0,041	0,002	0,880	0,958
Melestar social	0,301	-0,172	72	100	0,346	0,120	0,218	0,473
Acceso recursos	0,321	**-0,558**	71	**124**	0,643	0,413	0,113	**0,010**
Difícil modificar	**-0,697**	-0,130	**134**	97	0,709	0,503	**0,001**	0,472
Impacto social	-0,104	-0,202	96	102	0,227	0,052	0,675	0,419
Visibilidad	**0,728**	**-0,524**	**43**	**122**	0,896	0,803	**0,000**	**0,000**
Vinculación contexto	**0,768**	0,040	**40**	88	0,769	0,591	**0,000**	0,803
Función identificable	0,340	-0,002	70	90	0,340	0,116	0,188	0,994

Nota: DIM= dimensión.

Figura 1
Solución MDS bidimensional



Notas. (1) Se señalan los conglomerados obtenidos por vinculación completa y refrendados por k-medias (en línea continua se señalan las distancias de vinculación pequeñas; en líneas de puntos, las moderadas). (2) En cursiva se muestran los criterios empleados en las escalas bipolares cuyos coeficientes de determinación han alcanzado significación estadística ($p \leq 0{,}05$). (3) Significado de los puntos: agita= agitación motora; moves= movimientos estereotipados; aisla= aislamiento social; desob= desobediencia pasiva; rabie= rabietas; agres= agresión; autoa= autoagresión; fugas= fugas y absentismo; oposi= conducta oposicionista; verba= verbalizaciones interfirientes; moles= molestar a otros; enfad= enfado; culpa= culpar a otros; hurto= hurtos y sustracciones; destr= conducta destructiva; rumia= rumiación; mani*p*= manipulación de heces; inger= ingesta de sustancias no comestibles; patrs= patrones anormales de sueño. (4) Dist. vinc.= Distancia de vinculación en los análisis 'joining' de conglomerados. (5) Acc. Recursos= Acceso a los recursos de la comunidad; Vinc. Cont.= Vinculación con el contexto; Pel. Otros= Peligrosa para otros; Dif. Modif.= Difícil de modificar; Pel. Pers.= Peligrosa para la persona.

de sueño) y las agrupables como perturbadoras, peligrosas o perjudiciales para otras personas, preferentemente de etiología social (verbalizaciones interfirientes, agresión, conducta destructiva, enfados, rabietas, culpar a otros, molestar). Esta dimensión parece establecer, por tanto, una diferencia entre los grupos de comportamientos en función del perjuicio (a la persona o a otros) que ocasionan y de sus determinantes –biológicos o sociales–.

Los resultados del análisis de regresión múltiple (tabla 1) apoyan esta interpretación, por cuanto que se han obtenido valores elevados de los coeficientes de determinación en los criterios siguientes: *peligro para el sujeto* (R^2= 0,607; p= 0,000) y *dificultad de modificación* (R^2= 0,503; p= 0,001) –para las conductas con

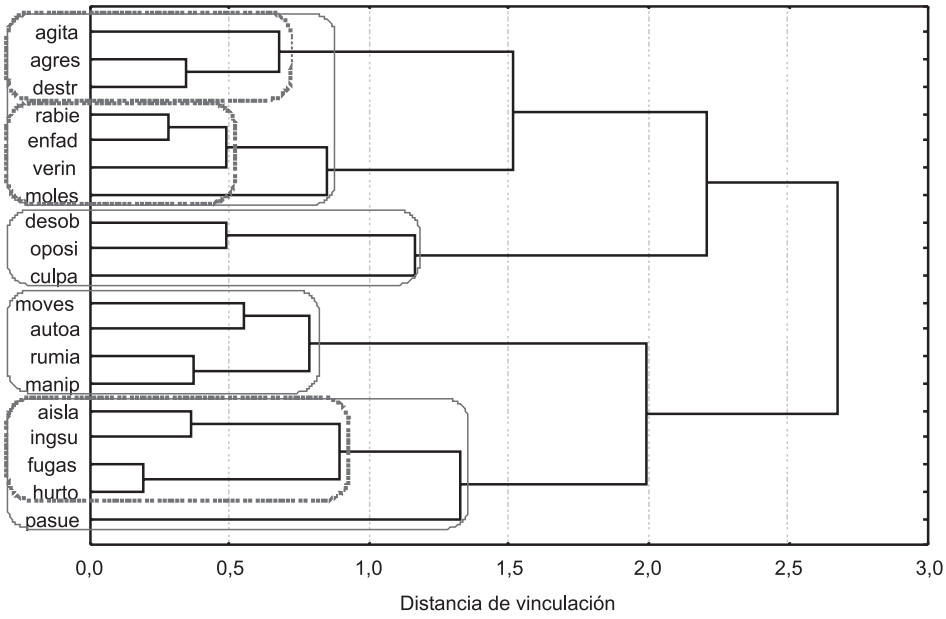
valores negativos en la dimensión 1– y *visibilidad* (R^2= 0,803; p= 0,000), *vinculación a variables contextuales* (R^2= 0,591; p= 0,000) y, en menor magnitud, *peligro para otras personas* (R^2= 0,307; p= 0,025) para las conductas con valores positivos en la misma dimensión.

Por su parte, la dimensión 2 agrupa por un lado a conductas encubiertas tales como los hurtos, fugas o aislamiento social (aquellas que la persona ejecuta normalmente en solitario, en ausencia de otras personas) frente a las de carácter abierto tales como movimientos estereotipados, agitación motora, molestar o agredir. Los valores alcanzados por el análisis de regresión múltiple corroboran asimismo la interpretación de esta dimensión en lo que atañe a la dimensión 2 (obsérvense los cosenos de dirección en la figura 1): el criterio de *visibilidad* (R^2= 0,803; p= 0,000) diferencia entre las conductas con valores positivos (aislamiento, fugas, hurtos) y negativos (conducta agresiva, destructiva, agitación motora, molestar a otros) en dicha dimensión, y lo mismo ocurre con el criterio de *limitaciones en al acceso a los recursos* (R^2= 0,413; p= 0,010), siendo los comportamientos agresivos, perturbadores y destructivos los considerados como factores que más interfieren con el acceso a recursos ordinarios de la comunidad. Así pues, cuatro de los diez criterios incluidos en las escalas bipolares (el que la conducta problemática constituya a priori un desafío para el personal de apoyo, que provoque malestar social, que suscite impacto social o que tenga una función claramente identificable) no parecen haber sido utilizados por los participantes como criterios implícitos de clasificación de las 19 conductas problemáticas objeto de estudio, toda vez que los coeficientes de determinación han resultado no significativos con p< 0,05. Por otra parte (figura 1) el cuadrante 1 de la solución bidimensional se opone al 3 (atendiendo a si las conductas tienen o no un componente verbal), en tanto que el 2 se opone al 4 (considerando si los comportamientos que se agrupan en ambos cuadrantes son exteriorizados –heterodirigidos– o interiorizados –autodirigidos–).

Pese a que, como queda reflejado en los párrafos anteriores, la solución bidimensional ha resultado a nuestro juicio suficientemente interpretable, se intentó una solución tridimensional para comprobar si se producía una disminución significativa de los índices de inadecuación del ajuste. Los resultados (estrés= 0,155; coeficiente de alienación= 0,186) no parecen ser suficientemente sustanciales como para adoptar dicha solución debido a tres razones: en primer lugar, la solución no mejora la interpretabilidad; en segundo lugar, al aumentar la dimensionalidad lo hace paralelamente la complejidad del modelo, lo que conlleva una solución menos parsimoniosa; por último, como se verá más adelante en este apartado, los análisis complementarios de conglomerados por vinculación completa y de k-medias han refrendado la solución de dos dimensiones.

La solución obtenida mediante MDS y cuya interpretabilidad hemos tratado de mejorar mediante los análisis de regresión múltiple mencionados más arriba, ha sido por último corroborada, en la línea de lo que sugieren autores como Borg y Groenen (2005); Kruskal, Young y Seery (1977), Kruskal y Wish (1991) o Sireci y Geisinger (1992), por un análisis de conglomerados (jerárquico y k-medias). Los resultados de este análisis (figura 2) prestan apoyo a nuestro juicio a la solución obtenida mediante escalamiento multidimensional.

Figura 2
Dendograma (vinculación completa)



Nota. El significado de las etiquetas es el mismo que en la figura 1.

El dendograma que se muestra en la figura 2 denota cómo la sucesiva conformación de los conglomerados va agrupando conductas que, en términos generales, coinciden con la solución MDS antes comentada. Una síntesis de los resultados del análisis de conglomerados de k-medias (solución de 5 conglomerados) puede consultarse en la figura 1. En ella se puede apreciar por una parte la distancia de cada punto al centroide del conglomerado correspondiente y, por otra, las distancias entre los puntos. Como es habitual en este tipo de análisis, se llevó a cabo una comparación de la variabilidad inter-grupo frente a la variabilidad intra-grupo mediante el contraste *F*. La magnitud de los valores F obtenidos indica que todas las conductas analizadas discriminan adecuadamente entre los diferentes conglomerados (con $p< 0,01$). Las dos que han mostrado menor poder discriminativo ($p< 0,05$) han sido 'desobediencia pasiva' ($F_{(4,14)}=3,574$; $p= 0,03$) y 'autoagresión' ($F_{(4,14)}=4,703$; $p= 0,01$). Teniendo en cuenta estos resultados, habremos de concluir que la solución muestra una razonable variabilidad interconglomerado a la par que las distancias de los puntos a los centroides son bajas, lo que sugiere una escasa variabilidad intraconglomerado.

Discusión

El objetivo del presente trabajo se centraba en construir un sistema de categorías de conductas problemáticas en PDI que cumpliera con el quíntuple requisito de la exclusión mutua, parsimonia, exhaustividad, interpretabilidad y sustentación en datos empíricos. La razón básica en que esta investigación se apoya es la carencia de sistemas clasificatorios empíricos de las conductas problemáticas en PDI que hayan utilizado el procedimiento de comparaciones apareadas.

La propuesta de clasificación de conductas problemáticas en PDI que hacemos en este trabajo bien podría constituir un punto de partida para la elaboración de una estructura taxonómica más ambiciosa y completa en la que se incluyera un número más amplio de conductas problemáticas o, si se quiere, diversificar las categorías de conducta aquí utilizadas en conjuntos de comportamientos más moleculares, toda vez que su configuración ha mostrado un ajuste razonable y un grado suficiente de interpretabilidad.

De las dos soluciones analizadas, estimamos que la bidimensional es la más adecuada, pese a que los valores de los índices de (des)ajuste (estrés= 0,232; coeficiente de alienación= 0,271) rozan el límite de lo considerado como aceptable en análisis de esta naturaleza (Kruskal y Wish, 1991; Kruskal, Young y Seery, 1977). Dicho límite para considerar una solución aceptable es controvertido y aun podría considerarse como arbitrario, dado que está íntimamente ligado a variables tales como el número de puntos, la dimensionalidad de la solución elegida, o el error de medida de las proximidades (Borg y Groenen, 2005). Fundamentamos la adecuación de la solución bidimensional en dos razones principales. Por una parte, es más parsimoniosa que la solución tridimensional. Por otra, es suficientemente interpretable, tanto desde una perspectiva sustantiva como considerando el refrendo obtenido por los resultados de los análisis complementarios (Regresión múltiple, conglomerados "joining" y k-medias) efectuados sobre los datos. Téngase en cuenta, en este punto, que estos análisis se hicieron sobre los datos provenientes de dos grupos distintos de sujetos, circunstancia que a nuestro juicio elude los posibles sesgos que hubieran sido inevitables de haber realizado los análisis de los datos provenientes de los mismos participantes.

Innecesario es decir que este estudio no está exento de ciertas limitaciones. Podría argüirse, con razón, que si bien caben pocas dudas respecto al cumplimiento de tres de los requisitos señalados en nuestros objetivos (interpretabilidad suficiente, parsimonia, apoyatura en datos empíricos), es harto cuestionable que las categorías que lo integran hayan demostrado ser exhaustivas y mutuamente excluyentes. Respecto a la exhaustividad (entendida en el sentido de que el sistema clasificatorio contenga todas las conductas que cumplan con los requisitos que definen a la clase, *id est*, ser problemáticas, observarse en PDI), resulta obvio que no están representados algunos de los comportamientos –tal vez de prevalencia muy baja o meramente testimonial– presentes en la población con discapacidad intelectual. Tal sucedería, pongamos por caso, con la poliembolocoilomanía, la acatisia o la clinofilia. Con todo, las conductas problemáticas analizadas, indudablemente presentan una prevalencia (sin duda difícil de determinar en su cuantía exacta dada la carencia de estudios epidemiológicos con

amplitud y control suficientes para ofrecer garantías de verosimilitud) significativa (Emerson, 1995, 2001). Circunstancia ésta que favorece, creemos, su validez aparente y aun su validez ecológica. Es obvio que la exhaustividad podría alcanzarse incluyendo más categorías en el sistema, pero nos encontraríamos con un serio inconveniente: conforme se incrementa el número de estímulos a clasificar, la matriz de distancias entre los datos crece desmesuradamente –si se utiliza, como es nuestro caso, un método de comparaciones apareadas– (a título de ejemplo, un sistema con 40 categorías exigiría a los participantes la emisión de 780 juicios de similitud). Estimamos que con más de 20 categorías (es decir, 190 juicios) se resentiría la precisión en las comparaciones. Sin duda el uso de otro tipo de instrumentos de evaluación (p. ej., escalas de clasificación –*rating scales*–, listas de comprobación –*checklists*–) permitiría incluir un conjunto mucho más numeroso de estímulos. Desechamos esa opción porque contravenía el objetivo básico del estudio, esto es, analizar juicios de distancia entre pares de estímulos / conductas problemáticas.

En lo que atañe a la mutua exclusividad de las categorías, cabría acudir a la obviedad de la imperfección inherente a cualquier sistema de clasificación. Como nadie ignora, ningún sistema clasificatorio –con la salvedad de los monotéticos, evidentemente no aplicables al problema que aquí nos ocupa– es perfecto: siempre faltarán categorías incluibles –más preocupante sería que sobraran elementos incluidos erróneamente–, siempre habrá algún grado de solapamiento, en la medida en que difícilmente contaremos con categorías puras de conducta. Póngase un ejemplo: la "agitación motora" y los "movimientos estereotipados" (ambas incluidas en el sistema que proponemos) son categorías conductuales a las que el lector avisado podría achacar cierto solapamiento: ambas cumplen, en cierta medida, con algunos de los criterios que son comunes a la definición de esta clase de conductas: carácter repetitivo (en ocasiones rítmico), topografía invariante, frecuencia (o tasa) excesiva, ausencia aparente de funcionalidad (Jones, Walsh y Sturmey, 1995). Se ha procurado aminorar este inconveniente entre las conductas que hemos mencionado –y alguna otra del sistema– ofreciendo a los participantes el listado de definiciones a que más arriba se ha hecho referencia (apéndice A) al objeto de facilitarles una diferenciación precisa entre cada conducta y todas las demás. Así, cada par entre los 171 posibles (N[N-1]/2) constituye una diada cuyos miembros, al menos a priori, son nítidamente distinguibles y, en consecuencia, comparables, como ha quedado de manifiesto en la coherencia de las soluciones aportadas por el escalamiento multidimensional.

Otra limitación de este estudio tiene que ver con la 'calidad' o la adecuación de los participantes que evaluaron los comportamientos. Como más arriba se puso de manifiesto, se trató de paliar este inconveniente ofreciendo una definición pormenorizada de cada conducta a evaluar, junto con algunos ejemplos en aquellos casos en que pudieran albergarse dudas respecto a su significado. Con todo, hubiera sido deseable contar con la participación de expertos en evaluación y diagnóstico de conductas problemáticas, especializados además en el campo de la discapacidad. Las investigaciones futuras sobre el problema aquí tratado deberían tener en cuenta ese extremo. Una consecuencia de la limitación mencionada es que los resultados no podrían, en sentido estricto, generalizarse a sujetos de características distintas a las que definen a los participantes en el estudio.

Estimamos, para terminar, que el sistema propuesto aporta algún avance sobre los que se enumeraron en la introducción de este estudio, a saber: no es apriorístico, sino que viene refrendado por datos, y está realizado sobre juicios directos de semejanza (o distancia) entre pares de conductas, método que sin duda es mucho más 'fino' que si se hubieran utilizado otros instrumentos como escalas de clasificación o listas de comprobación, tan comunes en la investigación en ciencias sociales. Por otra parte, la solución bidimensional ha identificado grupos de comportamientos que comparten una serie de características que los hacen más fácilmente interpretables.

Referencias

Achenbach, T. M. (1982). *Developmental psychopathology*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Achenbach, T. M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Newbury Park: Sage Publications.

Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1986). *Teacher's Report Form*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., Howell, C. T., Quay, H. C. y Conners, C. K. (1991). National survey of problems and competencies among four- to sixteen-year-olds: parents' reports for normative and clinical samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 56*, 1-120.

Allen, D. y Davis, D. (2007). Challenging behaviour and psychiatric disorder in Intellectual Disability. *Current Opinion in Psychiatry, 20*, 450-455.

Aman, M. G., Singh, N. N., Stewart, A. W. y Field, C. J. (1985). The Aberrant Behavior Checklist: a behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *American Journal of Mental Deficiency, 89*, 485-491.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4ª ed. rev.). Washington, DC.: Autor.

Arias, B. y Canal, R. (2003). Prevalencia de conductas problemáticas graves en la población de Castilla y León. En M. A. Verdugo y B. Jordán de Urríes (dirs.), *Investigación, innovación y cambio: V Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.

Arias, B., Morentin, R., Jenaro, C. y Martín, J. C. (2006, marzo). Dimensionalidad de la conducta problemática en personas con discapacidad intelectual. Comunicación presentada a las *VI Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*. Salamanca (España).

Borg, I. y Groenen, P. J. F. (2005). *Modern multidimensional scaling*. Nueva York: Springer.

Borthwick-Duffy, S. A. (1994). Prevalence of destructive behaviors. A study of agression, self-injury, and property destruction. En T. Thompson y D. B. Gray (dirs.), *Destructive Behavior in Developmental Disabilities*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Bouras, N. y Drummond, K. (1989). Community psychiatric services in mental handicap. *Health Trends, 21*, 72.

Bruininks, R. H., Woodcock, R. W., Weatherman, R. F. y Woodcock, R. W. (1986). *ICAP: Inventory for client and agency planning*. Chicago, IL: Riverside.

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

Emerson, E. (1995). *Challenging behaviour: analysis and intervention in people with learning disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.

Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour: analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities*. (2nd ed.) Cambridge: Cambridge University Press.

Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L., y Hatton, C. (2001). The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Research in Developmental Disabilities, 22*, 77-93.

FEAPS Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (2008). *Trastornos de la salud mental en las personas con discapacidad intelectual: Declaración FEAPS e Informe Técnico*. Madrid: FEAPS.

Griffin, J. C., Ricketts, R. W., Williams, D. E., Locke, B. J., Altmeyer, B. K. y Stark, M. T. (1987). A community survey of self-injurious behavior among developmentally disabled children and adolescents. *Hospital and Community Psychiatry, 38*, 959-963.

Harris, P. (1993). The nature and extent of aggressive behaviour among people with learning difficulties (mental handicap) in a single health district. *Journal of Intellectual Disability Research, 37*, 221-242.

Jones, R. S. P., Walsh, P. G. y Sturmey, P. (1995). *Stereotyped movement disorders*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Hillery, J. y Mulcahy, M. (1997). Self-injurious behavior in persons with a mental handicap: an epidemiological study in an Irish population. *Irish Journal of Psychological Medicine, 14*, 12-25.

Kiernan, C. (1993). *Research into practice? Implications of research on the challenging behaviour of people with learning disabilities*. Kidderminster: British Institute on Learning Disabilities.

Kiernan, C. y Kiernan, D. (1994). Challenging behaviour in schools for pupils with severe learning difficulties. *Mental Handicap Research, 7*, 117-201.

Kruskal, J. B. y Wish, M. (1991). *Multidimensional scaling*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Kruskal, J. B., Young, F. W. y Seery, J. B. (1977). How to use KYST: a very flexible program to do multidimensional scaling and unfolding. ATT Bell Labs. Recuperado el 2 de julio de 2008, desde http://citeseer.ist.psu.edu/article/kruskal77how.html

Matson, J. L. (1995). *The Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped, Revised (DASH-II)*. Baton Rouge, LA: Disability Consultants, LLC.

Matson, J. L. y Frame, C. (1985). *Psychopathology among mentally retarded children and adolescents*. Beverly Hills, CA: Sage.

Novell, R., Rueda, P. y Salvador, L. (2003). *Salud mental y alteraciones de la conducta en personas con discapacidad intelectual: Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Madrid: FEAPS.

Oliver, C., Murphy, G. L. y Corbett, J. A. (1987). Self-injurious behaviour in people with mental handicap: a total population study. *Journal of Mental Deficiency Research, 31*, 147-162.

Quay, H. C. (1986). Classification. En H. C.Quay y J. S. Werry (dirs.), *Psychopathological disorders of childhood*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Quay, H. C. y Peterson, D. R. (1987). *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. Coral Gables, FL: Autor.

Qureshi, H. (1993). Prevalence of challenging behaviour in adults. En I. Fleming y B. Stenfer Kroese (dirs.), *Disability and severe challenging behaviour: new developments in services and therapy*. Manchester: Manchester University Press.

Qureshi, H. (1994). The size of the problem. En E. Emerson, P. McGill y J. Mansell (dirs.), *Severe learning disabilities and challenging behaviours: Designing high quality services* (pp. 17-36). Londres: Chapman y Hall.

Reiss, S. (1988). *Reiss Screen for Maladaptive Behavior*. Worthington, DC: IDS Publishing Company.

Rojahn, J. (1987). Self-injurious and stereotypic bahavior of noninstitutionalized mentally retarded people: prevalence and classification. *American Journal of Mental Deficiency, 91*, 268-276.

Rojahn, J. (1994). Epidemiology and topographic taxonomy of self-injurious behavior. En T.Thomson y D. B. Gray (dirs.), *Destructive behavior in developmental disabilities: diagnosis and treatment* (pp. 49-67). Thousand Oaks, CA: Sage.

Rojahn, J., Matson, J. L., Lott, J. D., Esbensen, A. J. y Smalls, Y. (2001). The Behavior Problems Inventory: An instrument for the assessment of self-Injury, stereotyped behavior, and aggression/destruction in individuals with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31*, 577-588.

Salvador, L. y Novell, R. (2003a). Problemas de conducta en el retraso mental. En M. A. Verdugo y B. Jordán de Urríes (dirs.), *Investigación, innovación y cambio: V Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad* (pp. 271-284). Salamanca: Amarú.

Salvador, L. y Novell, R. (2003b). Problemas de conducta en el retraso mental. *Siglo Cero, Revista Española de Discapacidad Intelectual, 34*, 78-86.

SAS Institute (2006). SAS, v. 9.1.3 [Programa informático]. Cary: The SAS Institute.

Schiffman, S. S., Reynolds, M. L. y Young, F. W. (1981). *Introduction to multidimensional scaling: theory, methods and applications*. Nueva York: Academic Press.

Sireci, S. G. y Geisinger, K. F. (1992). Analyzing test content using cluster analysis and multidimensional scaling. *Applied Psychological Measurement, 16*, 17-31.

Stalans, L. J. (1993). Multidimensional Scaling. En L. G. Grimm y P. R. Yarnold (dirs.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 137-168). Washington, DC: American Psychological Association.

StatSoft (2006). STATISTICA, v. 7.1 [Programa informático]. Chicago: StatSoft.

Sturmey, P. (1999). Classification: Concepts, progress, and future. En N. Bouras (dir.), *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* (pp. 3-17). Nueva York: Cambridge University Press.

Sturmey, P. (1996). The factor structure of the Reiss Screen for Maladaptive Behaviors in institutional and community populations. *Research in Developmental Disabilities, 17*, 285-291.

Sturmey, P., Matson, J. L. y Lott, J. D. (2004). The Factor Structure of the DASH-II. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 16*, 247-255.

Sturmey, P. y Sevin, J. (1993). Dual diagnosis: An annotated bibliography of recent research. *Journal of Intellectual Disability Research, 37*, 437-448.

Takane, Y. (2007). Applications of multidimensional scaling in psychometrics. En C. R. Rao y S. Sinharay (dirs.), *Handbook of Statistics, vol. 26: Psychometrics* (pp. 359-400). Amsterdam: Elsevier.

Thompson, J. R., Bryant, B. R., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C. M., Rotholz, D. A., Silverman, W. P., Tasse, M. J. y Wehmeyer, M. L. (2004). *Supports Intensity Scale*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Versión española: (2007). SIS, Escala de intensidad de apoyos. Madrid: TEA Ediciones].

Thompson, J. R., Bryant, B. R., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C. M., Rotholz, D. A., Silverman, W. P., Tasse, M. J. y Wehmeyer, M. L. (2007). SIS, Escala de intensidad de apoyos. Madrid: TEA Ediciones (orig. 2004).

World Health Organization (1992). The ICD-10 *Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Ginebra: Autor.

Apéndice A
Conductas analizadas con definición y ejemplos

Conducta	*Definición y ejemplos*
1. Agitación motora	Muestra sobreactividad, movilidad excesiva, intranquilidad. Tiene dificultad para mantenerse quieto y calmado. Malestar con inquietud y actividad aumentada, con cierto grado de ansiedad, temor y tensión.
2. Movimientos estereotipados	Realiza conductas de forma repetitiva sin finalidad aparente salvo la de proporcionar retroalimentación sensorial, manipula constantemente algún objeto entre las manos, o grita de forma repetitiva a intervalos, aletea, se balancea, etc. Se incluyen conductas autoestimulatorias, p. ej., masturbación, así como manierismos y ritualismos.
3. Aislamiento social	Muestra un retraimiento social excesivo (p. ej., permanece solo durante largos períodos de tiempo, no interacciona con otros usuarios, pudiendo mostrar signos de desorientación espacial, somnolencia o vagabundeo). Evita la relación con otros o procura estar en lugares donde no hay nadie. Se incluye el comportamiento de mutismo (inhibición del habla, se niega a hablar o, si lo hace, es en tono muy bajo; cuando le preguntan algo tarda mucho en contestar, es necesario insistir para que hable, o se queda totalmente callado y sin interactuar socialmente).
4. Desobediencia pasiva	Hace caso omiso de órdenes e instrucciones, muestra una latencia excesiva en seguir órdenes o instrucciones, o las incumple sistemáticamente sin enfrentamiento a la figura de autoridad.
5. Rabietas	Tiene explosiones de genio o arrebatos emocionales, ira o rabia (p. ej., berrinches, se tira al suelo y no deja que lo levanten, patalea, grita, llora, etc.), por lo general en respuesta a deseos o necesidades no satisfechas cuando no se le permite hacer o tener algo que él desea
6. Agresión a otros (verbal, física, gestual, amenazas verbales o gestuales)	Cualquier secuencia de conducta cuyo objetivo sea dañar a la persona a la que va dirigida. Agresión física (presenta conductas agresivas y violentas -que no son respuesta a una provocación o agresión previa-, como patadas, bofetadas, pellizcos, arañazos, empujones, mordiscos, tirar a alguien de su silla de ruedas, utiliza objetos para golpear a otros, etc., que ponen en peligro físico a personas que tiene alrededor). Agresión verbal o gestual (Agrede verbal o gestualmente al personal o a otros usuarios. Insulta, o amenaza, escupe a otros sin que la agresión sea respuesta a una provocación previa. Provoca o participa en peleas, riñas o disputas (con o sin contacto físico).
7. Autoagresión	Presenta comportamientos autolesivos, de autoagresión o de automutilación. Muestra conductas que de forma directa le pueden provocar o provocan daño físico, como golpearse la cabeza contra algún objeto o con otras partes de su cuerpo, hacerse heridas rascándose, provocarse el vómito, arrojarse a un coche, tirarse de un mueble o de otro sitio alto; se provoca una ausencia o un estado de inconsciencia por ejemplo bebiendo agua en exceso, se arranca el pelo cuando una situación le produce malestar…
8. Fugas	La persona cede a la necesidad imperiosa de trasladarse, a veces sin un destino determinado. Lo hace de forma imprevista, desatinada y limitada en el tiempo. En algunas ocasiones se conserva el recuerdo del hecho y en otras no. Se marcha del lugar donde debe estar en ese momento sin avisar a nadie; absentismo y abandono frecuente de actividades.

Conducta	*Definición y ejemplos*
9. Oposicionismo	Desobediencia activa con enfrentamiento, comportamiento desafiante o insolente, obstinación, terquedad, tozudez, desafío a la autoridad. Se muestra negativista y oposicionista (p. ej., rehúsa llevar a cabo las tareas encomendadas, no respeta las reglas u horarios establecidos, se marcha del lugar, no quiere levantarse, no quiere ducharse, ni asearse…), responde con enfrentamiento o insolencia a peticiones sensatas.
10. Conducta verbal inapropiada	Conducta verbal inadecuada a la situación (p. ej., habla de manera incontrolada y con un discurso incoherente sin intención comunicativa, hace preguntas repetitivas, con excesiva frecuencia, de las que ya sabe la respuesta. Grita o chilla a veces a horas intempestivas o en actos públicos, canturreo, llanto inmotivado).
11. Molestar o importunar a otros	Conducta perturbadora (molesta o importuna a otros interrumpiendo sus actividades con comportamientos verbales o motores).
12. Enfados frecuentes, tono general de malhumor	Enfados, malhumor (presenta un tono general de malhumor, con enfados inmotivados).
13. Culpar a otros	Atribuye a otros la responsabilidad de acciones que él ha realizado, o encomienda e incita a otros a la realización de actos no permitidos.
14. Hurtos	Sustrae las pertenencias de otros. Hurta objetos, alimento o dinero a otros bajo amenaza o intimidación, o en momentos que no lo ven.
15. Conducta destructiva	Presenta comportamientos de vandalismo, destrucción o deterioro de ropa, objetos, mobiliario, etc. Rompe objetos, muebles o enseres, los golpea o los arroja al suelo.
16. Rumiación	El alimento parcialmente digerido se regurgita del estómago a la boca, masticándolo de nuevo y volviéndolo a tragar o vomitándolo.
17. Manipular heces	Coprofagia y/o manipulación de heces (manipula y/o deglute sus heces, se embadurna con heces a sí mismo, a objetos, mobiliario o a otras personas). Se incluye la incontinencia voluntaria de esfínteres (se hace las necesidades encima).
18. Ingerir sustancias u objetos no comestibles	Pica. Come cualquier tipo de objeto o sustancia no comestible (p. ej., colillas, basura, chinchetas, tierra…)
19. Patrones anormales de sueño	Parasomnias. Se despierta varias veces durante la noche, (incluye: Síndrome de apnea), le cuesta dormir, se despierta muy pronto, tiene pesadillas o terrores nocturnos, se despierta con gritos (hablando, somniloquio) o llanto. Sonambulismo, movimientos rítmicos durante el sueño,bruxismo nocturno). Hipersomnnias, trastorno por somnolencia excesiva, somnolencia diurna con ataques repentinos de sueño.

Apéndice B
Escala bipolar (ejemplo)

Autoagresión

Definición: Presenta comportamientos autolesivos, de autoagresión o de automutilación. Muestra conductas que de forma directa le pueden provocar o provocan daño físico, como golpearse la cabeza contra algún objeto o con otras partes de su cuerpo, hacerse heridas rascándose, provocarse el vómito, arrojarse a un coche, tirarse de un mueble o de otro sitio alto; se provoca una ausencia o un estado de inconsciencia por ejemplo bebiendo agua en exceso, se arranca el pelo cuando una situación le produce malestar…

Señale por favor en las siguientes escalas el número que a su juicio corresponda a la conducta de acuerdo con los diferentes criterios utilizados.

No es peligrosa para la persona	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Es peligrosa para la persona
No es peligrosa para otros	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Es peligrosa para otros
No constituye un desafío para el personal de apoyo	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Constituye un desafío para el personal de apoyo
No provoca malestar social	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Provoca malestar social
No dificulta el acceso a los recursos ordinarios de la comunidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Dificulta el acceso a los recursos ordinarios de la comunidad
Resulta fácil de modificar	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Resulta difícil de modificar
No provoca impacto social	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Provoca impacto social
No es claramente visible	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Es claramente visible
No está ligada a factores contextuales	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Está ligada a factores contextuales
No tiene una función claramente identificable	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Tiene una función claramente identificable