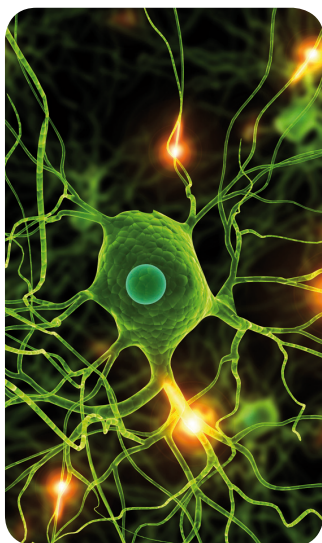


MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología
/ 15-16

Psicología General
Sanitaria



**Tratamiento
psicológico
de los problemas
interpersonales
y de autonomía
de un adulto con
discapacidad
intelectual leve**
*Miriam Romero
Velázquez*

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA
Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

**Tratamiento psicológico de los problemas
interpersonales y de autonomía de un adulto con
discapacidad intelectual leve**

Autora: Miriam Romero Velázquez
Tutora académica: Ana Calero Elvira
Modalidad: Estudio de caso clínico
Curso: 2015/2016

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA
Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

Tratamiento psicológico de los problemas interpersonales y de autonomía de un adulto con discapacidad intelectual leve

Autora: Miriam Romero Velázquez
Curso: 2015/2016

Resumen: En este trabajo se describe un estudio de caso en el que se lleva a cabo un tratamiento cognitivo-conductual para la mejora del manejo de la ira, las habilidades sociales y la autonomía. El cliente es un adulto de 24 años con discapacidad intelectual leve. En la evaluación se empleó una historia biográfica, entrevistas, auto-registros y tres cuestionarios: el Inventario de Asertividad de Rathus (Carrobles, 1979), el cuestionario de Habilidades Sociales de Segura (1989) y el cuestionario STAXI-2 (Miguel-Tobal, Casado, Can-Vindel y Spielberger, 2002). Se realizó un análisis funcional que guió el diseño de la intervención. Se emplearon técnicas de control de la activación, tiempo fuera, parada de pensamiento con autoinstrucciones y distracción, reestructuración cognitiva y un entrenamiento en habilidades sociales. Asimismo, se le enseñaron procedimientos de manejo de contingencias a la madre. El tratamiento se aplicó en 14 sesiones con dos sesiones de seguimiento (transcurridos uno y dos meses). Se empleó un diseño A-B y los cambios se valoraron en base a los datos descriptivos de las mediciones pre y post tratamiento. Se concluye que el tratamiento resulta efectivo pues se redujeron las respuestas agresivas del cliente, aumentó el control de su ira, mejoraron sus habilidades sociales, aprendió a resolver sus problemas solo y se incrementaron las tareas que realizaba de forma autónoma. Se discuten los resultados en relación a la literatura acerca de las intervenciones psicológicas con personas con discapacidad intelectual y se ponen de manifiesto las aportaciones y limitaciones que se derivan de un estudio de caso.

Palabras clave: caso único; cognitivo-conductual; análisis funcional; discapacidad intelectual; agresividad; habilidades sociales; autonomía.

Índice de contenidos

1. Introducción	3
1.1 Problemas de adaptación e interacción social en personas con discapacidad intelectual: déficit de habilidades sociales y escasa autonomía.....	4
1.2. Abordaje psicológico de los problemas de adaptación e interacción social aplicado a personas con discapacidad intelectual	6
2. Descripción del caso.....	11
2.1. Identificación del paciente y motivo de consulta.....	11
2.2. Estrategias de evaluación empleadas	13
2.3. Formulación clínica del caso	18
2.4. Objetivos terapéuticos.....	22
3. Tratamiento.....	22
3.1. Factores relacionados con los terapeutas	24
3.2. Aplicación del tratamiento.....	25
4. Diseño del estudio y resultados	36
5. Discusión	40
Referencias	46

1. Introducción

La Asociación Americana de Discapacidades intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) define la discapacidad intelectual como un funcionamiento intelectual que es significativamente inferior a la media y que coexiste con limitaciones en la conducta adaptativa, lo que incluye limitaciones conceptuales y prácticas, así como limitaciones sociales. Por otro lado, se considera que esta discapacidad ha de originarse antes de los 18 años (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [AAIDD], 2010).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992), la discapacidad intelectual puede clasificarse en cuatro categorías: discapacidad intelectual leve, moderada, grave y severa. Las personas que se encuentran en la categoría de discapacidad intelectual leve presentan un Cociente Intelectual (CI) medido con escalas estandarizadas situado entre 50 y 69. Tienen dificultades para comprender y emplear el lenguaje, además de dificultades para adaptarse al entorno. Los individuos que tienen discapacidad intelectual moderada presentan un CI comprendido entre 35 y 49. Además de limitaciones en el lenguaje y limitaciones sociales, también pueden presentar problemas en relación a las funciones motrices. Las personas con discapacidad intelectual grave tienen un CI comprendido entre 20 y 34. Presentan déficits lingüísticos más marcados que las personas con discapacidad intelectual moderada, problemas motores y suelen mostrar otros déficits asociados a anomalías del desarrollo del sistema nervioso central. Finalmente, aquellos que presentan discapacidad intelectual profunda tienen un CI inferior a 20. Tienen una nula o muy escasa movilidad, limitadas capacidades de autocuidado, graves dificultades de comprensión y solo en algunos casos pueden comunicarse mediante lenguaje no verbal. Por otro lado, el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) ofrece una descripción similar, pero la gravedad del trastorno no se establece en función del CI sino en relación a la conducta adaptativa.

Cabe destacar que actualmente el diagnóstico de la discapacidad intelectual conlleva la consideración de las limitaciones en el funcionamiento dentro del ambiente comunitario del individuo y en relación a las características culturales del mismo. Asimismo, se establece que la descripción de las limitaciones de la persona debe ir

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

acompañada de la consideración de los apoyos que necesita y del reconocimiento y la valoración de sus capacidades (AAID, 2010; Navas, Verdugo y Gómez, 2008).

Las competencias más importantes para favorecer la conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual son aquellas relacionadas con el desarrollo de las habilidades sociales y la autonomía del individuo. En la actualidad, se conforman como aspectos fundamentales para su integración en la sociedad y para su propio desarrollo personal. A continuación se ofrece una descripción de los déficits relacionados con estas áreas que presentan las personas con discapacidad intelectual, así como los abordajes que se han planteado desde la Psicología.

1.1 Problemas de adaptación e interacción social en personas con discapacidad intelectual: déficit de habilidades sociales y escasa autonomía

Las habilidades sociales se definen como aquellas conductas aprendidas que permiten iniciar y mantener relaciones interpersonales. Este tipo de habilidades pueden emplearse para establecer relaciones reforzantes con los demás, para alcanzar reforzadores que no son necesariamente de naturaleza social y para evitar que los demás impidan que un individuo acceda a la obtención de un refuerzo. Las relaciones interpersonales son una fuente de refuerzos para una gran parte de las personas y su déficit puede generar estrés y malestar (Kelly, 2004).

Dentro de las habilidades sociales se han descrito tres tipos de estilos interactivos: conducta pasiva, agresiva y asertiva. La conducta pasiva conlleva la incapacidad de expresar los propios pensamientos y sentimientos o la expresión de los mismos de modo auto-derrotista o con disculpas, de tal manera que otras personas pueden hacer caso omiso. Las personas que emiten conductas de este tipo pueden sentirse incomprendidas, manipuladas o molestas. La conducta agresiva supone la expresión de pensamientos y sentimientos de forma impositiva, de modo que no se respetan los derechos de los demás. Pueden emitirse insultos, amenazas, comentarios hostiles, emplear gestos amenazantes o incluso ataques físicos. Los comportamientos agresivos conllevan una expresión que resulta dañina para uno mismo o para otros. Si se consideran en relación a las interacciones sociales, formarían parte del déficit en habilidades sociales. En muchas ocasiones estas conductas suponen una violación de los derechos de los demás e influyen en el grado de aceptación social de estas personas. Por último, la conducta asertiva consiste en la expresión de pensamientos y sentimientos respetando los

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

derechos de otras personas. El objetivo no sería la obtención de lo que el individuo desea sino comunicar lo que uno quiere de forma clara y directa. Este tipo de estilo interactivo permite maximizar las posibilidades de lograr objetivos respetando los derechos de otros y favorece que la persona se sienta bien consigo misma (Caballo, 2000; Kelly, 2004; Moreno y Montero, 2007).

En base a los resultados de las investigaciones se concluye que las personas con discapacidad intelectual tienen, en general, un menor desarrollo de la competencia social que las personas que no presentan discapacidad. Tienden a mostrar más conductas agresivas y escasas respuestas asertivas (Gresham, Sugai y Horner, 2001; Moreno y Montero, 2007; Smith y Matson, 2010; Verdugo y Gutiérrez, 2009). Los déficits de habilidades sociales varían en función del grado de discapacidad intelectual que presente la persona. En general, tienen dificultades para adaptarse a las expectativas sociales, así como problemas para comprender la conducta de otras personas y para dilucidar cómo comportarse en una determinada situación social. También presentan problemas para situarse en el lugar del otro y les resulta difícil comunicar sus pensamientos y emociones. Además, tienden a presentar una escasa participación social y pocos comportamientos sociales cooperativos. Estas personas suelen ser ignoradas e incluso rechazadas, aspecto que puede relacionarse con la presencia de déficits en conductas que producen aceptación (mirar a los ojos, cooperar, mostrar afecto, alabar, compartir, sonreír, etc.) y con la tendencia a desarrollar conductas inadecuadas que producen rechazo (conductas agresivas, intromisión en las actividades del otro, conductas sumisas y conformistas, etc.) (AAIDD, 2010; Corman y Gottlieb, 1987; Moreno y Montero, 2007; Njardvik, Matson y Cherry; 1999; Pérez y Cabezas, 2007).

Por otro lado, la autonomía es un término que puede referirse a una diversidad de problemas, muchos de ellos relacionados con las habilidades sociales. En concreto, nos centraremos en la consideración de la autonomía como la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria y de tomar decisiones por uno mismo sin depender de otros. Los individuos con discapacidad intelectual suelen tener dificultades para mantenerse a sí mismos de manera independiente en el desempeño de actividades de la vida diaria. La escasa seguridad que presentan algunas personas con discapacidad intelectual unida a las conductas sobreprotectoras que en ocasiones desarrollan las personas de su entorno, pueden dar lugar a que presenten niveles bajos de autodeterminación (Tello y Sancho, 2013; Wehmeyer, Kelchner, y Richards, 1996). Asimismo, el grado de autonomía se asocia a los niveles de calidad de vida de estas

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

personas (Kumar, Singh y Akthar, 2009; Nota, Ferrari, Soresi, y Wehmeyer, 2007; Wehmeyer, 2001).

Al igual que ocurre con las habilidades sociales, el déficit de autonomía depende del grado de discapacidad intelectual que presenta la persona. Los individuos con discapacidad intelectual leve pueden ser capaces de alcanzar la independencia y llevar a cabo actividades de la vida doméstica de forma adecuada, aunque el desarrollo de la autodeterminación tiende a ser lento. Las personas con discapacidad intelectual moderada y grave tienen más dificultades para desarrollar una vida completamente independiente y suelen requerir apoyos. En cambio, las personas con discapacidad intelectual severa requieren de ayuda y supervisión de modo constante puesto que sus capacidades para satisfacer sus necesidades básicas están gravemente afectadas (CIE – 10, 1992).

Desde la Psicología se han propuesto diversas intervenciones dirigidas al tratamiento de los déficits y al aumento de las conductas adaptativas. En la actualidad existe evidencia de que las intervenciones psicológicas pueden resultar beneficiosas para personas con discapacidad intelectual (Beail, 2003; Taylor, Lindsay y Willner, 2008). En el siguiente apartado se describen algunas de las más importantes y se hace referencia al grado de evidencia empírica que presentan.

1.2. Abordaje psicológico de los problemas de adaptación e interacción social aplicado a personas con discapacidad intelectual

La Terapia o Modificación de conducta tuvo su origen en la década de 1950. Fundamentada en la Psicología del aprendizaje, entiende la conducta como la interacción entre un organismo y su entorno y, de esta manera, la modificación del comportamiento conlleva la consideración del ambiente del sujeto. A partir de la década de 1970 esta disciplina se vio influida por diferentes autores cognitivistas, de los que destacaron Beck (1970) y Ellis (1962), quienes consideraron la influencia de las cogniciones desadaptativas en la conducta problemática del individuo. La influencia de las variables cognitivas fue tal que a partir de ese momento el enfoque empezó a conocerse como cognitivo-conductual (Froján y Santacreu, 1999; Pérez-Álvarez, 1996; Santacreu, 2000). Los estudios de resultados avalan la terapia cognitivo-conductual como el enfoque más eficaz para el abordaje de múltiples problemas psicológicos (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012; Nathan y Gorman, 2015).

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Las técnicas de intervención empleadas con personas con discapacidad intelectual desde el enfoque cognitivo-conductual abarcan desde los procedimientos más clásicos como el entrenamiento en manejo de contingencias y las técnicas de reducción de la activación; hasta aquellos que reflejan la influencia de los enfoques cognitivos, como la técnica de reestructuración cognitiva, el procedimiento de solución de problemas y el entrenamiento en autoinstrucciones. Asimismo, como se verá más adelante, uno de los procedimientos más empleados con personas con discapacidad intelectual es el entrenamiento en habilidades sociales. A continuación se ofrece una descripción de estas intervenciones. No obstante, cabe mencionar que para emplearlas de modo adecuado es necesario hacer un análisis funcional individual y completo de cada caso y adaptarlas al mismo.

El entrenamiento en manejo de contingencias consiste en el empleo de técnicas operantes para favorecer la reducción o eliminación de conductas problemáticas y el aumento de las conductas adaptativas. Una vez llevado a cabo el análisis funcional, se elaborará un plan de intervención empleando los procedimientos oportunos (refuerzo, castigo, extinción, etc.). El entrenamiento en manejo de contingencias es adecuado para el abordaje de la agresividad y otros problemas de conducta. Asimismo, puede emplearse para enseñar a los individuos a satisfacer sus necesidades y, por tanto, a ser más autónomos. Este procedimiento puede influir en la mejora de la calidad de vida de la persona y de las personas de su entorno (Martin y Pear, 2008; Novell, Rueda y Salvador, 2003; Verdugo, 1984). Este tipo de intervenciones han demostrado ser eficaces (Brosnan y Healy, 2011; Matson, Neal y Kozlowski, 2012) y efectivas (Didden, Duker y Korzilius, 1997; Didden, Korzilius, van Oorsouw y Sturmey, 2006; Hassiotis et al., 2009; Neetu, y Ahmad, 2014) en la reducción de la agresividad en personas con discapacidad intelectual. Asimismo, algunas guías de tratamiento (Aman, Crismon, Frances, King y Rojahn, 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2015) recomiendan el empleo de estos procedimientos con personas con discapacidad intelectual para la reducción de los comportamientos agresivos y otros comportamientos desadaptativos, así como para el aumento de las conductas adaptativas y la mejora de la autonomía.

Las técnicas de reducción de la activación también son útiles para el abordaje de la agresividad, así como para el manejo de la ansiedad. Estos procedimientos permiten que la persona aprenda a controlar su nivel de activación. Los más empleados con personas que presentan discapacidad intelectual son la relajación muscular progresiva y el

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

entrenamiento en respiración. Mediante la técnica de relajación muscular progresiva la persona aprende a discriminar la diferencia entre tensión y distensión de los músculos y a ser capaz de alcanzar un estado de relajación. Por otro lado, el entrenamiento en respiración consiste en enseñar a la persona a realizar respiraciones completas y predominantemente abdominales para favorecer una reducción de la activación. La relajación es un comportamiento incompatible con la ira y la tensión, de modo que el empleo de estas técnicas puede interrumpir las cadenas de comportamientos agresivos (Novell et al., 2003; Olivares y Méndez, 1998). Las técnicas de reducción de la activación resultan efectivas para el abordaje de los comportamientos agresivos en personas con discapacidad intelectual (Lim, 2009; To y Chan, 2000; Whitaker, 2001). Asimismo, Willner, Jones, Tams, y Green (2002) demostraron la eficacia de un programa para el manejo de la ira en personas con discapacidad intelectual que incluía técnicas de reducción de la activación.

La técnica de reestructuración cognitiva se emplea para la identificación y modificación de los pensamientos desadaptativos del individuo. Mediante este procedimiento se instruye a la persona para que pueda identificar y clasificar sus pensamientos y para que perciba el efecto que tienen éstos en sus emociones y conductas. Posteriormente, se lleva a cabo un debate socrático de los mismos para transformarlos en interpretaciones más adaptativas (Olivares y Méndez, 1998). La técnica de reestructuración cognitiva puede emplearse cuando existen pensamientos asociados a las respuestas desadaptativas. Sin embargo, dado que este procedimiento otorga un gran peso al trabajo con los pensamientos y los sentimientos, se requiere que la persona tenga habilidades para comprender esta relación, así como cierto nivel de habilidades verbales. Es por ello que esta técnica solo sería recomendable para personas con discapacidad intelectual leve (Lindsay, 1999; Taylor et al., 2008; Willner, 2005). Algunos estudios muestran la eficacia y efectividad de los paquetes de tratamiento para la agresividad aplicados a personas con discapacidad intelectual que incluyen procedimientos de reestructuración cognitiva (Lindsay, 1999; Rose, West y Clifford, 2000; Willner et al., 2002). Sin embargo, aún es necesario obtener más datos y valorar su efecto de manera independiente (Beail, 2003; Sturmey, 2004; Willner, 2005).

Los programas de entrenamiento en solución de problemas se emplean para la enseñanza de un método sistemático para la identificación de medios adecuados para la solución de conflictos de la vida cotidiana. Abarcan tanto la elaboración de soluciones como la toma de decisiones. El procedimiento sigue las siguientes etapas: 1)

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Orientación hacia el problema; 2) Definición del problema; 3) Generación de soluciones alternativas; 4) Elección de una solución y 5) Evaluación de los resultados (Olivares y Méndez, 1998). La técnica de solución de problemas de D´Zurilla y Goldfried (1971), la técnica de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure (1974), y la técnica de ciencia personal de Mahoney (1977) son algunos de los procedimientos más empleados (Olivares y Méndez, 1998). El entrenamiento en solución de problemas aplicado a personas con discapacidad intelectual resulta eficaz (Nezu, Nezu y Arian, 1991) y efectivo (Benson, Rice y Miranti, 1986) en la reducción de las conductas agresivas y en el aumento de la autonomía del individuo. La técnica de solución de problemas puede enseñarse a personas con discapacidad intelectual, aunque ha de limitarse a aquellos que tengan capacidades lingüísticas y es preferible adaptarla a cada caso concreto. Pérez y Cabezas (2007) han desarrollado un programa de intervención dirigido a personas con discapacidad intelectual llamado PENTA, en el que se emplean cinco pasos definidos para la resolución de problemas (P-Problema definido, E-Elaboro alternativas; N-Negocio Pros y Contras, T-Tomo una decisión, A-Actúo y evalúo). Se trata de un programa que ha demostrado su eficacia en la mejora de la capacidad de resolución de problemas del individuo, así como en el incremento de las destrezas de la vida personal y en comunidad, aunque aún es necesario evaluar los resultados a largo plazo.

El entrenamiento en autoinstrucciones permite a los individuos hablarse a sí mismos para así lograr un autocontrol de su conducta. Uno de los procedimientos más empleados es el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (1977, 1985), que conlleva la sustitución de las autoverbalizaciones desadaptativas del sujeto y el empleo de instrucciones que coinciden en parte con la secuencia descrita en la técnica de solución de problemas. Este procedimiento supone además la emisión de autorrefuerzos en el caso de que se emita una conducta adecuada y de autocorrecciones en el caso de que no sea así. El objetivo es que se produzca un cambio en el comportamiento observable a partir de la modificación de las autoverbalizaciones (Santacreu, 1991). El entrenamiento en autoinstrucciones aplicado a personas con discapacidad intelectual es eficaz y efectivo para promover conductas adaptativas y reducir los comportamientos agresivos (Benson et al., 1986; Verdugo, 1984; Whitaker, 2001). Asimismo, el empleo de esta técnica debe limitarse a personas que tengan cierto nivel de desarrollo lingüístico (Verdugo, 1984).

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Por último, el entrenamiento en habilidades sociales es uno de los procedimientos que más atención ha recibido en el área de la discapacidad intelectual. La investigación acerca de las habilidades sociales en la población general es amplia. Además, durante los últimos años se ha incrementado el interés por el estudio de las habilidades sociales en personas con discapacidad intelectual. No solo se han descrito los principales déficits en habilidades sociales de esta población, sino que también se han propuesto diversos programas de intervención (Verdugo y Gutiérrez, 2009). La enseñanza de habilidades sociales a personas que presentan limitaciones intelectuales requiere un entrenamiento sistemático pero aporta importantes beneficios (Boluarte, Méndez y Martell, 2006).

Los programas de entrenamiento en habilidades sociales son procedimientos formados por distintos componentes que permiten la enseñanza de conductas socialmente adecuadas. En general, se llevan a cabo en tres fases: preparación (descripción del componente a entrenar y de las ventajas de comportarse de forma socialmente habilidosa), adquisición (modelado y práctica de la conducta en el contexto terapéutico) y generalización (entrenamiento en contextos naturales) (Caballo, 2000; Kelly, 2004). Estas fases se aplican también a personas con discapacidad intelectual aunque adaptándose a las limitaciones de cada caso. El entrenamiento en habilidades sociales para personas con discapacidad intelectual puede abarcar el entrenamiento en asertividad y otros aspectos como el entrenamiento en solución de problemas sociales y el incremento de la autonomía. Los programas de entrenamiento en habilidades sociales para personas con discapacidad intelectual permiten prevenir dificultades de adaptación y fomentan el aprendizaje de estrategias de afrontamiento ante distintas situaciones. También favorecen el incremento de las interacciones positivas, así como la reducción de las llamadas de atención y las conductas agresivas, resultando esto en una mejor aceptación social. Asimismo, estas intervenciones pueden adaptarse a las dificultades específicas de cada individuo (Gutiérrez y Prieto, 2002; Moreno y Montero, 2007; Verdugo y Gutiérrez, 2009). Algunos ejemplos de estos programas son el Programa de Habilidades Sociales (PHS) de Verdugo (1997) y el Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) de Monjas (2002). Los datos de las investigaciones indican que los programas de entrenamiento en habilidades sociales resultan eficaces y efectivos en su aplicación a personas con discapacidad intelectual (Boluarte et al., 2006; Walton e Ingersoll, 2013).

Como hemos visto, los problemas de autonomía pueden abordarse mediante el entrenamiento en manejo de contingencias, los procedimientos cognitivos de

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

reestructuración cognitiva, solución de problemas y autoinstrucciones; y también mediante el entrenamiento en habilidades sociales. Asimismo, los comportamientos agresivos y, por tanto, desadaptativos pueden abordarse mediante estas mismas técnicas y también con las técnicas de reducción de la activación. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz y efectiva en su aplicación a múltiples problemas de la población general (Hofmann et al., 2012; Nathan y Gorman, 2015). En cuanto a su aplicación dirigida a personas con discapacidad intelectual, en base a los resultados se concluye que esta terapia tiene buenos resultados y puede ser eficaz y efectiva. No obstante, aún es necesario llevar a cabo más estudios con esta población en concreto (Ali, Hall, Blickwedel y Hassiotis, 2015; Beail, 2003; Jackson y Boag, 1981; Sturmey, 2004; Taylor et al., 2008; Vereenooghe y Langdon, 2013; Willner, 2005).

Puesto que todavía son necesarios más estudios acerca de la eficacia y efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales en personas con discapacidad intelectual y los estudios de caso clínico permiten ofrecer información sobre los efectos de una intervención en una problemática y población específica, se presenta este trabajo. El objetivo del mismo es describir los resultados de la evaluación e intervención mediante terapia cognitivo-conductual para el incremento de las conductas socialmente competentes y la autonomía en una persona con discapacidad intelectual leve. En primer lugar, se ofrece una presentación de los datos más relevantes del caso, se describen los instrumentos de evaluación empleados, los resultados de la misma y se expone el análisis funcional. A continuación, se detalla el tratamiento realizado y los resultados obtenidos. Posteriormente, se ofrece una discusión de los mismos y de las limitaciones del estudio. Para finalizar, se exponen las principales aportaciones.

2. Descripción del caso

2.1. Identificación del paciente y motivo de consulta

M. es un chico de 24 años con discapacidad intelectual leve. Asiste a clases teóricas y hace prácticas organizadas por una fundación dedicada a proporcionar apoyo a personas con discapacidad intelectual. Acude al Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) porque tiene dificultades para manejar su ira, especialmente cuando discute con su madre. También le gustaría ser más autónomo, superar sus inseguridades y aumentar su círculo social.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La problemática fue percibida por él mismo y por su madre. Las tutoras de la fundación también conocían sus dificultades y fueron éstas quienes le sugirieron que acudiera al CPA. Una vez se le explicó el funcionamiento de la terapia y el principio de confidencialidad, M. tomó por sí mismo la decisión de acudir y ofreció su pleno consentimiento.

M. es hijo único y convive con su madre. Su padre falleció hace seis años. Este hecho generó cambios en la rutina familiar. El padre era autoritario y también le animaba a que superara sus miedos (le proponía que saliera solo, hiciera recados, etc.). La madre era más comprensiva y al parecer ejercía cierta sobreprotección. El comportamiento agresivo de M. se hizo patente un año después del fallecimiento del padre y principalmente lo ejerce contra su madre. El problema de M. es que pierde el control habitualmente cuando discute con ella.

M. parece una persona exigente consigo misma y con los demás. Además, se frustra si no consigue algo. En ocasiones pide ayuda a su madre, pero también se enfada con ella si ésta se ofrece a ello. A veces incluso tiene pensamientos como “me quiere manipular”, “lo está haciendo para molestarme”, “soy superior”, “quiero asustarla y que tenga miedo”, etc. El comportamiento de M. no solo provoca discusiones, sino que también contribuye a que se sienta inseguro y dependiente; no toma decisiones y tiene la sensación de que no puede afrontar los problemas solo. M. cree que su comportamiento puede estar influido por el hecho de que en ocasiones no soporta que su madre le regañe, o bien porque está nervioso o preocupado por algo. Por otro lado, según dice la madre, cuando le ofrece ayuda ella solo trata de aconsejarle, pero él no lleva bien que le diga lo que tiene que hacer. Piensa que los problemas de M. se dan cuando se pone nervioso o fracasa en alguna tarea y es entonces cuando carga esa frustración contra ella. También cree que influye el hecho de que no tenga novia ni amigos con los que salir. Asimismo, considera que M. no ha mostrado tristeza tras la muerte de su padre y esto ha generado mucha ira en él. Ella ha tratado de proteger a su hijo de que la viera llorar o sufrir y no han compartido sus emociones.

En su tiempo libre, M. juega partidos de baloncesto, va a dar una vuelta y acude a un gimnasio. Le gustaría hacer más actividades con compañeros. Tiene un grupo de amigos pero no suelen quedar a menudo. No obstante, tampoco suele hacer propuestas ya que en una ocasión sugirió un plan pero al final nadie quiso acudir. Asimismo, no suele expresar emociones negativas pues teme no saber hacerlo bien y ser rechazado. Es sensible a las críticas y suele permanecer a la expectativa de lo que dicen otras personas.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La madre quiere animarle a salir solo pero por otro lado le advierte de los riesgos que esto conllevaría. Tiene miedo de que le pase algo, aunque intenta no transmitirlo. Ella considera que es exigente con él y le insiste en que ha de demostrar más que otras personas debido a su limitación. Explica que le gustaría que fuera más autónomo en relación a las tareas de la casa, pero por otro lado suele recogerle la habitación (a pesar de que es la única tarea que le pide), le hace la cama, etc. Parece que su exigencia se dirige principalmente al área intelectual y no a las actividades de la vida diaria.

Hace dos años acudió a un psicólogo por iniciativa de la madre porque tenía problemas de comportamiento. No obstante, dejaron de asistir porque la madre no veía cambios. M. no asumía su parte de responsabilidad y consideraba que la culpable de sus problemas era su madre. Actualmente M. tiene mucha conciencia de su problema, además de una gran motivación por cambiar.

2.2. Estrategias de evaluación empleadas

La evaluación del problema de M. se llevó a cabo en cuatro sesiones. Se realizaron entrevistas con él y con su madre para conocer cómo se originaron y cómo se mantienen los problemas, las dificultades presentes en la actualidad y las situaciones concretas en las que se manifiestan. Además, para recoger otros datos importantes de su vida se utilizó una Historia Biográfica (Centro de Psicología Aplicada, 2012). Con periodicidad semanal se pidió un auto-registro para evaluar las interacciones conflictivas en su ambiente natural. Asimismo, se emplearon los siguientes cuestionarios:

- Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus Assertiveness Schedule, RAS): este instrumento fue originalmente desarrollado por Rathus (1973) y para este caso se empleó su traducción al castellano (Carrobes, 1979). Cuenta con 30 ítems a los que se ha de atribuir una puntuación comprendida entre -3 (“Muy poco característico de mí”) y +3 (“Muy característico de mí”). Presenta una fiabilidad test-retest de 0,78 y una validez de 0,70. Se empleó para evaluar la expresión asertiva de opiniones y sentimientos en situaciones sociales.
- Cuestionario de Habilidades Sociales (Segura, 1989). Este instrumento consta de 20 ítems de respuesta múltiple que permiten valorar distintos aspectos como la conducta socialmente adecuada, la inhabilidad social, las conductas inhibidas y las conductas ansiógenas. A pesar de que no contamos con datos sobre las propiedades psicométricas de la escala, se tomó la decisión de emplearlo para

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

complementar la información obtenida en el Inventario de Asertividad de Rathus. Se trata de un cuestionario de carácter descriptivo que pretende ofrecer datos lo más próximos posibles a una observación directa del comportamiento social del sujeto. El objetivo era evaluar el comportamiento del cliente ante distintas situaciones sociales de una manera rápida y sencilla.

- Cuestionario de expresión de Ira Estado – Rasgo (State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI - 2). Se empleó la versión de Miguel-Tobal, Casado, Can-Vindel y Spielberger, de 2001, que es la adaptación española del State-Trait Anger Expression Inventory - 2 de Spielberger, de 1999. Está formado por 49 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (“Casi Nunca”, “A veces”, “A menudo” y “Casi siempre”). Tiene un total de seis escalas (Estado de ira, Rasgo de ira, Expresión externa de ira, Expresión interna de ira, Control externo de ira y Control interno de ira), tres subescalas en la escala de Estado (Sentimiento, Expresión verbal y Expresión física) y dos subescalas en la escala de Rasgo (Temperamento de ira y Reacción de ira). Asimismo, consta de un índice de medida total de expresión de la ira. Este instrumento cuenta con índices de fiabilidad y validez adecuados. En relación a la estabilidad temporal, presenta un valor de correlación test-retest de 0,71 para la escala de ira-rasgo y de 0,20 para la de ira-estado. En cuanto a la consistencia interna, presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0,82 para la escala ira-rasgo y 0,89 para la escala ira-estado. Se empleó con el objetivo de evaluar el control y la expresión de la ira que experimentaba el cliente, especialmente en la dimensión de rasgo, así como para conocer su posible variación tras la intervención.

Los resultados de la entrevista y la historia biográfica ya han sido descritos en la identificación del caso. A continuación se presentan los resultados de los cuestionarios y los datos obtenidos a partir de los auto-registros.

En el Inventario de Asertividad de Rathus (Carroble, 1979) se hicieron algunas modificaciones con respecto a las instrucciones de autoadministración. Dado que el cliente tenía problemas de comprensión en relación a qué puntuación numérica asignar, se le pidió que contestara el cuestionario indicando únicamente Si/No a cada enunciado. El 47% de sus respuestas indicaron un comportamiento no asertivo. Por tanto, el cliente presenta un grado medio de asertividad.

En el cuestionario de Habilidades Sociales de Segura (1989) el 55,55% de las respuestas muestran una conducta social adecuada; el 27,77% suponen una falta de

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

habilidad; el 5,55% indican una conducta inhibida; y el 11,11% conllevan la emisión de una respuesta ansiosa. Aunque el cuestionario cuenta con 20 ítems, en dos de ellos el cliente anotó respuestas dobles, de modo que se anularon y se consideraron 18 ítems.

En cuanto al Cuestionario de expresión de Ira Estado – Rasgo (STAXI – 2; Miguel-Tobal et al., 2001), se obtuvieron puntuaciones para las distintas escalas, las cuales se describen a continuación. Las puntuaciones para las escalas de Rasgo, Expresión Externa, Expresión interna, Control externo y Control interno se recogen también en la figura 1.

- Las puntuaciones de la dimensión Ira – Estado son equivalentes a 5 (nivel nulo) en las escalas de Sentimiento, Expresión física y Expresión verbal de la ira. Esto implica que en el momento de realizar el test, el cliente no presentaba agresividad.
- La puntuación alta de Rasgo de ira conlleva que la persona experimenta frecuentemente sentimientos de ira y en ocasiones puede pensar que es tratada de forma indebida por otros. Asimismo, es probable que se encuentre frustrada.
- La puntuación de Temperamento de ira es también elevada. Aquellos que puntúan alto en esta escala son irritables y tienden a expresar su ira incluso ante pequeñas provocaciones. Suelen ser impulsivos y tener problemas para controlar su agresividad.
- La puntuación de Reacción de la ira es alta. Las personas que tienen estas puntuaciones suelen ser sensibles a las críticas y a la evaluación negativa de otros. Además, responden ante estas circunstancias con ira.
- La puntuación elevada de Expresión externa de la ira implica que la persona expresa su ira emitiendo una conducta agresiva contra otras personas (críticas, amenazas, insultos...) o contra objetos del entorno (golpes, portazos...).
- La puntuación de Expresión interna también es alta. Las personas que obtienen estas puntuaciones suelen sentir ira de manera intensa y tienden a tratar de suprimirla. Este aspecto no es incompatible con las puntuaciones altas en la escala de Expresión externa de la ira, sino que implicaría que esta persona en ocasiones expresa la ira y en otras la suprime.
- La puntuación de Control externo de la ira es baja. Esta puntuación implica que el cliente no suele controlar las expresiones de ira contra otras personas u objetos.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- La puntuación alta de Control interno de la ira puede indicar que la persona intenta llevar a cabo un control de su ira cuando ésta aparece.
- El Índice de Expresión de la Ira es alto. Esto conlleva que la persona experimenta intensos sentimientos de ira y trata de suprimirla o expresarla contra otros, aspecto que es compatible con las puntuaciones obtenidas en otras escalas.

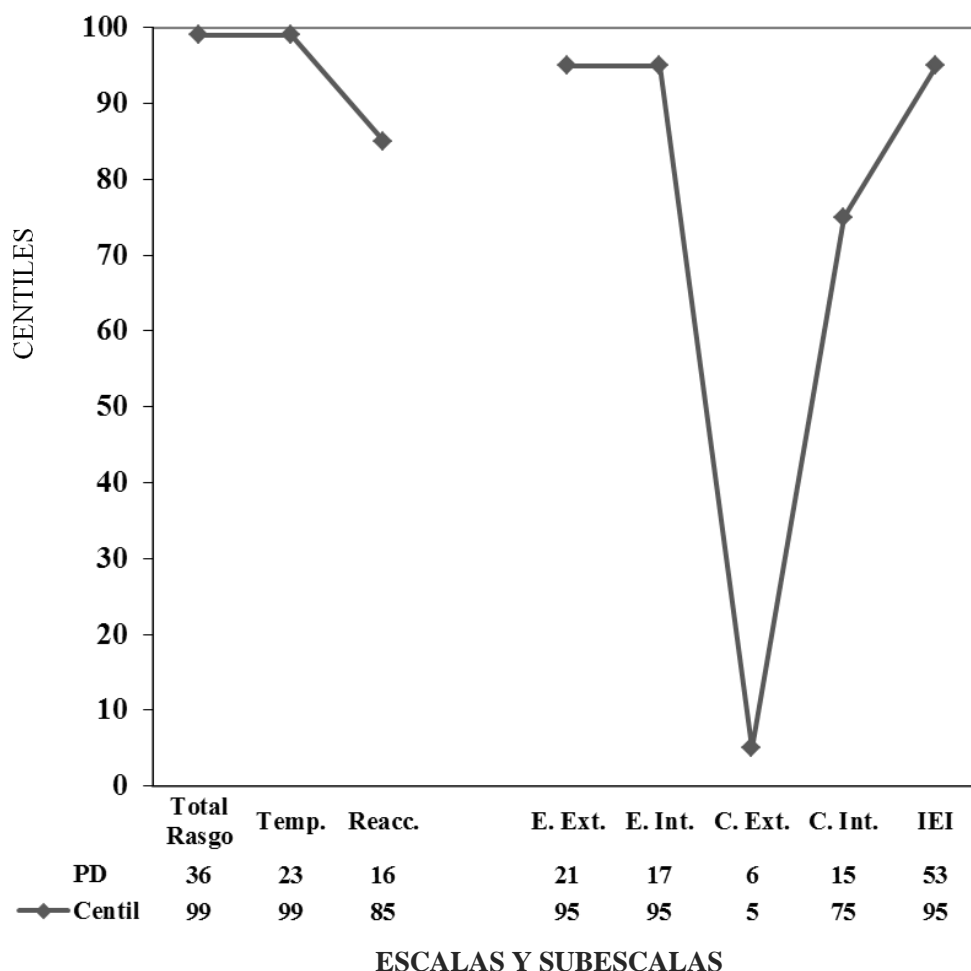


Figura 1. Perfil obtenido a partir de las puntuaciones en el Cuestionario de expresión de Ira Estado – Rasgo (STAXI – 2; Miguel-Tobal et al., 2001). PD = Puntuación Directa; Temp. = Temperamento de ira; Reacc. = Reacción de ira; E.Ext. = Expresión externa de ira; E. Int. = Expresión interna de ira; C. Ext. = Control externo de ira; C. Int. = Control interno de ira; IEI = Índice de Expresión de la ira.

Finalmente, en base a la información obtenida en los auto-registros, se concluye que las discusiones entre M. y su madre suelen producirse a diario. Suceden cuando ésta le regaña, le pide que ordene la habitación, cuando le da un consejo (incluso si éste lo ha pedido el propio M.), cuando le dice algo con lo que él no está de acuerdo, o cuando él demanda su atención y ella no le hace caso cuando él quiere. En estas situaciones se

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

pone nervioso, chilla, insulta, da golpes e incluso agrede a su madre (propina patadas, a veces bofetones, e incluso en una ocasión le llegó a dar un cabezazo en la cara). Ésta suele contestarle y discutir pero en ocasiones no lo hace por miedo. Si ella le reprende, él vuelve a activarse y a mostrarse agresivo, aunque en alguna ocasión se ha ido de la situación. Posteriormente, quiere estar con ella, pedirle perdón y darle abrazos y besos, a lo que ella en ocasiones accede. En la tabla 1 se muestran algunos ejemplos de las situaciones descritas en los auto-registros iniciales.

Tabla 1

Modelo de auto-registro y ejemplos representativos de las situaciones descritas

Día y hora	Situación	Qué dice mi madre	Qué digo/ hago yo	Cómo termina
17/10/2015 10:50h	Le pido ayuda a mi madre con el ordenador.	Me dice que lo tengo que apagar.	Grito. Le digo “que no y a tomar por saco”.	Bien, luego lo hablo tranquilo.
28/10/2015 8:40h	Mi madre me dice que me ponga el abrigo porque hace frío pero que yo decida.	“Ponte el abrigo que hace frío”.	No quiero. Grito. Le digo que me deje en paz y que no me diga lo que tengo que hacer.	Me fui sin el abrigo. Cuando vine a casa hablamos.
9/11/2015 16:15h	Discutimos porque molesto a mi madre cuando estaba viendo la tele.	“Déjame ver la tele” Alzando la voz	Me altero y hablo alto.	Me voy y la dejo en paz y lo hablamos y lo arreglamos. Nos damos besos y abrazos.

2.3. Formulación clínica del caso

Como formulación clínica del caso se describe a continuación el análisis funcional, el cual se presenta resumido en la figura 2.

Hay una serie de variables disposicionales que influyen en los problemas de M., aunque no forman parte directamente de las cadenas funcionales. En primer lugar, la discapacidad intelectual influye en sus problemas de comprensión de algunas señales sociales y en sus dificultades para discernir la respuesta social correcta. Asimismo, dadas sus limitaciones tiene problemas para identificar las señales de la ira y para cortar la escalada de agresividad. En segundo lugar, repercute el fallecimiento del padre hace seis años, puesto que ahora las rutinas familiares han cambiado y ya no tiene una figura de autoridad que controle de manera externa su comportamiento. Finalmente, contribuye la sobreprotección materna, puesto que debido a ésta no ha aprendido a desenvolverse de manera autónoma.

Por otro lado, en relación a las hipótesis funcionales acerca del mantenimiento de los problemas, podemos clasificar los mismos de la siguiente manera:

1. Falta de autonomía y frustración ante los problemas.

M. quiere ser más autónomo, pero siente inseguridad y por ello demanda la ayuda de su madre. Además, tiene pensamientos exigentes hacia sí mismo y hacia los demás y considera que ha de hacer las cosas bien y tan pronto como pueda.

M. se pone nervioso cuando siente inseguridad ante la necesidad de resolver un problema y para reducir este nerviosismo pide ayuda a su madre. Como ésta suele resolverle los problemas, esto es ventajoso para él pues le libra de esforzarse. Es decir, cuando siente inseguridad y por tanto no sabe cómo hacer algo, esto actúa como un estímulo condicionado que le genera una respuesta condicionada de ansiedad. Esta combinación de estímulo condicionado y respuesta condicionada es a su vez un estímulo discriminativo de la respuesta operante de pedir ayuda. Ante esta respuesta, la consecuencia es que su madre le hace la tarea o bien le explica cómo resolver su problema, lo que supone un refuerzo positivo. Al mismo tiempo, esto le alivia y le evita tener que hacer esfuerzos, de modo que también actúa como refuerzo negativo. Dado que esta conducta está reforzada, tiende a ser frecuente. No obstante, a largo plazo aumenta su inseguridad puesto que no se expone a la situación de tener que resolver las cosas sin ayuda, no toma decisiones propias y no hace las cosas de forma independiente.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Asimismo, como se verá más adelante, el hecho de pedir ayuda provoca a veces discusiones con su madre.

2. Conductas agresivas hacia la madre.

M. es exigente consigo mismo y con otros en relación a la solución de problemas. Se enfada si no le atienden en el momento que él desea y también cuando su madre le llama la atención o le ofrece ayuda (ya sea por su propia iniciativa o porque él la ha pedido). Para reducir esta ira, discute, da gritos, golpea, insulta, etc. De este modo suele obtener lo que quiere. Además, después de una discusión suele obtener besos y abrazos para reconciliarse, cuando de otro modo no suele recibirlos. Por tanto, esta estrategia le resulta útil.

Lo descrito anteriormente se podría explicar en términos funcionales. Cuando la madre de M. le pide algo, le regaña, le ofrece una opinión o bien cuando le dice cómo resolver un problema (incluso después de que él lo haya pedido), esto actúa como un estímulo condicionado que da lugar a una respuesta condicionada de enfado en M. Asimismo, este enfado se ve favorecido por sus pensamientos exigentes hacia sí mismo y hacia su madre; y también con las frustraciones del día a día que suponen un estímulo condicionado que genera una respuesta condicionada de enfado. Cuando tiene lugar la conjunción del estímulo condicionado con su correspondiente respuesta condicionada además de las ideas irracionales (exigencias y pensamientos del tipo “me quiere manipular”), esto actúa como estímulo discriminativo que da lugar a una respuesta operante agresiva (gritos, empujones, golpes hacia objetos o hacia su madre...). Esta conducta tiene como consecuencia que la madre le deja tranquilo, se calla o le da la razón, aspectos que refuerzan negativamente la conducta. Asimismo, en algunas ocasiones se abrazan y se dan besos después de una discusión, lo que refuerza positivamente las conductas de M. Dado que sus conductas agresivas están reforzadas positiva y negativamente, esto da lugar a que sea más probable que M. recurra a este comportamiento ante los estímulos discriminativos descritos.

Por otro lado, cabe mencionar que en ocasiones la madre de M. le responde en las discusiones, pero en otras ocasiones no, de modo que éstas se ven reforzadas de forma intermitente. El refuerzo intermitente da lugar a que esta conducta sea difícil de extinguir.

3. Área social.

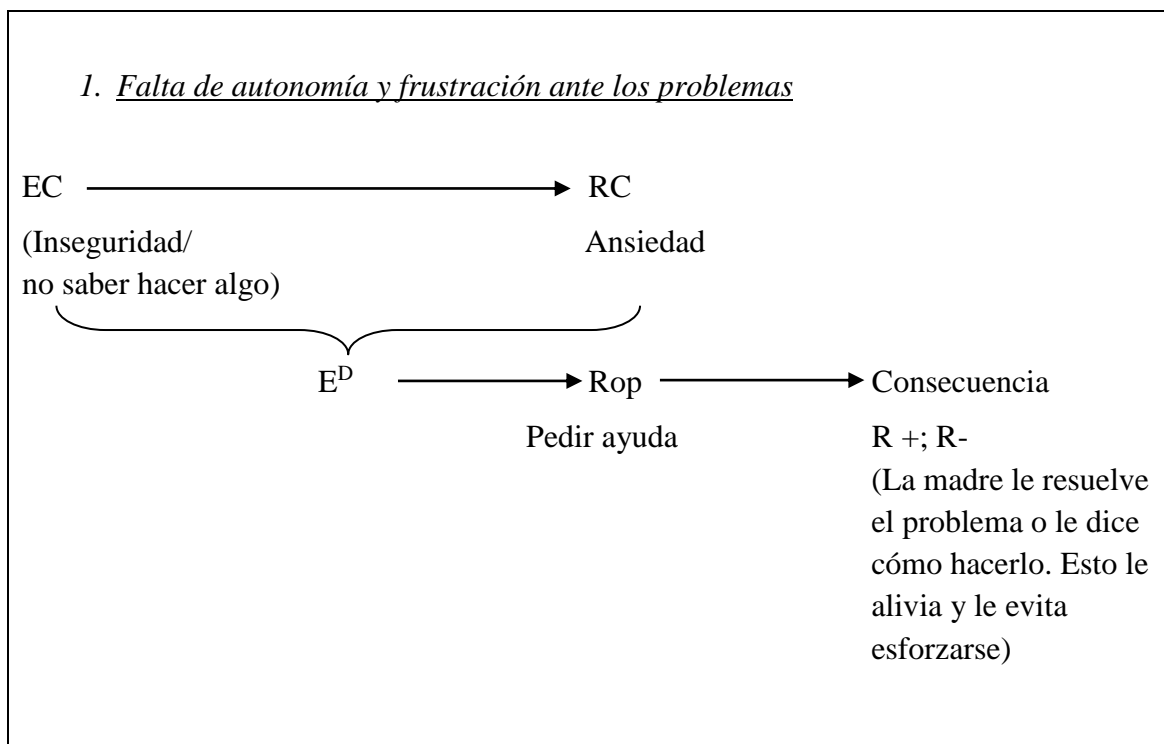
M. tiene algunas dificultades en el área social. Suele ser exigente y siente nervios cuando tiene que actuar en algunas situaciones sociales, especialmente cuando se trata

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

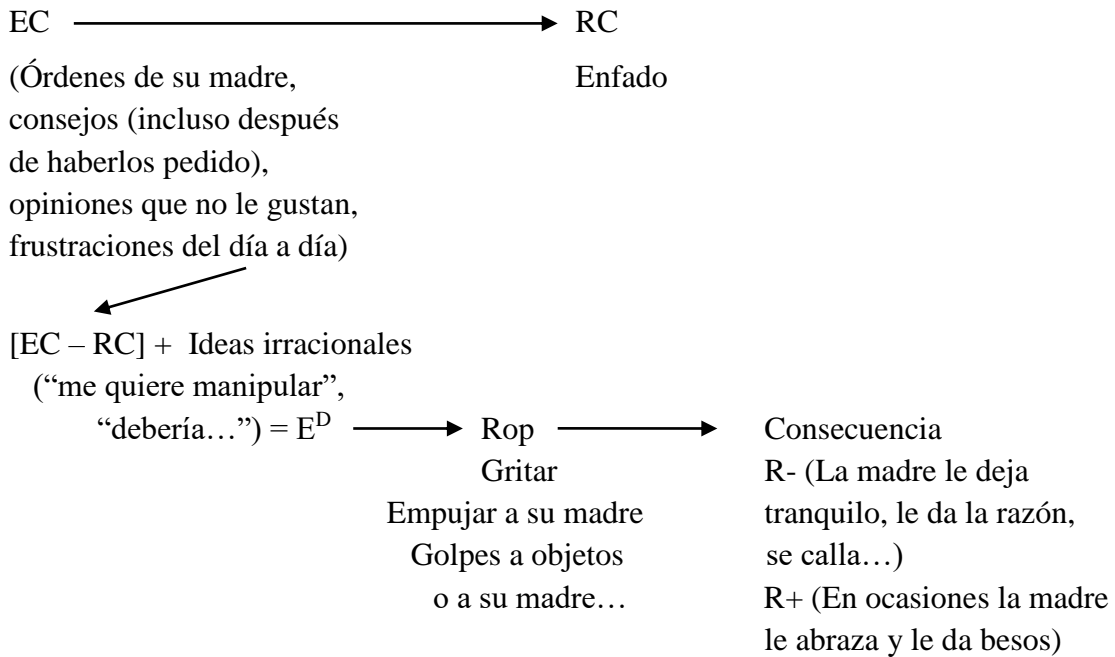
de proponer planes a amigos. Tiende a evitar hacer propuestas e incluso compartir emociones negativas con el objetivo de no sentir nervios y para no encontrarse con un rechazo por parte de los otros, el cual le resultaría muy desagradable.

Si queremos explicar esto en términos funcionales, lo haríamos de la siguiente manera: en una ocasión su conducta de hacer una petición para realizar una actividad social fue castigada, de modo que ahora no lleva a cabo este tipo de propuestas. Cuando anticipa que puede recibir críticas o ser rechazado por otros, esto actúa como un estímulo condicionado que genera una respuesta condicionada de ansiedad. Esta combinación de estímulo condicionado y respuesta condicionada junto a sus ideas exigentes, actúan como estímulo discriminativo de la respuesta operante de inhibir su comportamiento (no expresa emociones, no hace peticiones...). En consecuencia, siente alivio de su ansiedad y evita ser criticado, de modo que la conducta se refuerza negativamente y es más probable que vuelva a comportarse así. A largo plazo, M. se frustra por tener pocos amigos y las interacciones sociales no resultan tan reforzantes como a él le gustaría.

Estas hipótesis funcionales acerca de los problemas de M. se le explicaron a éste con un vocabulario adaptado. Dada la importancia que suponía para el tratamiento que M. comprendiera esta explicación, se dedicó la quinta sesión completa a la devolución del análisis funcional y a la resolución de sus dudas.



2. Conductas agresivas hacia la madre



3. Área social

En una ocasión M. realizó una propuesta para hacer una actividad social (respuesta operante), pero no lo hizo de forma adecuada, de modo que esto llegó a generar rechazo (castigo positivo).

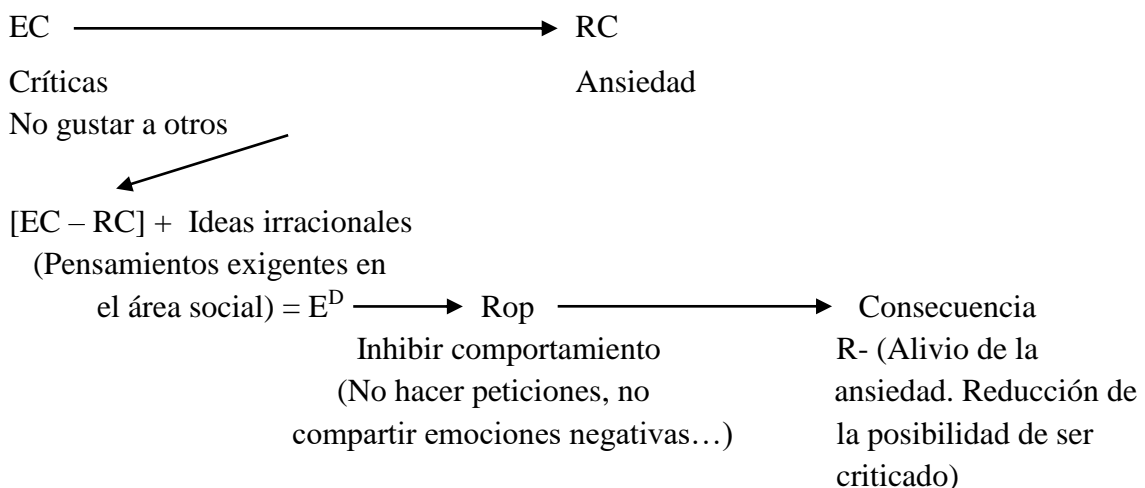


Figura 2. Hipótesis funcionales de los problemas de M. EC = Estímulo Condicionado; RC = Respuesta Condicionada; E^D = Estímulo Discriminativo; Rop = Respuesta operante; R+ = Refuerzo positivo; R- = Refuerzo negativo.

2.4. Objetivos terapéuticos

Una vez que M. comprendió el análisis funcional, se acordaron con él los objetivos terapéuticos, que se operativizan del siguiente modo:

- Reducir las conductas de enfado (principalmente en las situaciones con la madre).
- Aumentar las conductas autónomas relativas a la toma de decisiones ante la presencia de problemas, así como a la realización de las tareas del hogar.
- Aumentar las respuestas socialmente habilidosas (asertivas): expresar emociones negativas, hacer y rechazar peticiones e incrementar las actividades sociales gratificantes.

3. Tratamiento

Para lograr los objetivos terapéuticos, se emplearon los siguientes procedimientos y técnicas, basados en el análisis funcional realizado:

- Psicoeducación sobre la ira: dado que se concluye que M. presenta dificultades para controlar sus expresiones de ira (especialmente en las interacciones con su madre), se consideró conveniente enseñarle a identificar los pensamientos y los síntomas fisiológicos de enfado para que éstos actuaran como un estímulo discriminativo de respuestas más adaptativas. Una vez supiera identificarlos, se le enseñarían las técnicas para el control de la ira que se describen a continuación.
- Técnicas de control de la activación (respiración abdominal): se decidió su empleo para que M. aprendiera a reducir su nivel de activación cuando estuviera enfadado. De este modo, se le dota de una herramienta para que pueda llevar a cabo una conducta más adaptativa que la de agredir, cumpliendo también la función de refuerzo negativo. Se le enseñó la técnica de respiración abdominal por su facilidad de aplicación.
- Parada de pensamiento con autoinstrucciones y distracción: dado que en ocasiones M. tiene pensamientos negativos que actúan como estímulo condicionado que provoca una respuesta condicionada de enfado, se trató de que tuviera una herramienta para detenerlos. La técnica de parada de pensamiento con autoinstrucciones y distracción consiste en enseñar al cliente a cortar sus pensamientos cuando aparecen (mediante una orden verbal, un ruido, etc.),

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

emplear autoinstrucciones positivas e introducir una actividad que sirva como distracción; en este caso, una escena relajante. A pesar de que no existe literatura sobre su aplicación a personas con discapacidad intelectual, se consideró su empleo en base al análisis funcional.

- Reestructuración cognitiva: M. tenía pensamientos desadaptativos que favorecían sus enfados y contribuían al inicio de discusiones. En plena disputa lo más adecuado era pararlos mediante la técnica de parada de pensamiento. No obstante, en otros momentos (antes de la discusión, para prevenirla; o bien después de calmarse si la disputa ya había tenido lugar) sería adecuado que los sustituyera por pensamientos más adaptativos. Asimismo, en ocasiones sus pensamientos dificultaban que se comportara de forma socialmente habilidosa. Aunque, tal y como se expuso en la introducción, es necesario llevar a cabo más investigaciones acerca del uso de la reestructuración cognitiva en personas con discapacidad intelectual, se consideró adecuado enseñarle esta técnica puesto que el cliente tenía discapacidad intelectual leve y no mostraba problemas notables en relación a sus capacidades lingüísticas. Asimismo, antes de entrenarla se evaluó si era capaz de comprender la relación entre sus pensamientos y sus emociones. Una vez se concluyó que podía hacerlo, se le enseñó a identificar sus pensamientos irracionales. Para facilitar su comprensión, éstos se resumieron en tres categorías: pensamiento catastrofista, pensamiento exigente y pensamiento no demostrable. Posteriormente, se le enseñó a reestructurar por sí mismo los pensamientos irracionales a partir del cuestionamiento de éstos. Por otro lado, en algunas sesiones se llevaron a cabo debates socráticos en los que se modificaban las verbalizaciones desadaptativas.
- Tiempo fuera: una vez M. hubiera aprendido a identificar las señales de la ira, tendría que emplear este procedimiento, que consiste en irse de la situación con el objetivo de evitar la escalada de conflicto. Asimismo, tras hacer esto también tendría que poner en marcha técnicas que se han descrito anteriormente.
- Entrenamiento en manejo de contingencias: en base a la información obtenida en la entrevista y los auto-registros, se observó que en ocasiones la madre de M. reforzaba algunas de sus conductas inapropiadas. Es por ello que se consideró la importancia de darle pautas para que extinguiera los comportamientos agresivos y para que reforzara los comportamientos adaptativos y autónomos de su hijo. De este modo, se trataban de alcanzar los objetivos referidos tanto a la reducción

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

de las conductas de enfado como al aumento de la autonomía. En el caso de M., esto se presentó como un contrato conductual. Asimismo, se trató de que se emplearan refuerzos lo más naturales posibles para favorecer la generalización.

- Entrenamiento en resolución de problemas: dado que en ocasiones M. recurría a su madre para que le aconsejara o ayudara a resolver problemas, se le dieron pautas sobre cómo actuar ante estas situaciones. No se llevó a cabo una descripción de las cinco etapas del entrenamiento en solución de problemas, sino que se le pautó que, ante un problema, elaborara distintas alternativas de solución y tratara de decidir por sí mismo la más adecuada. De este modo, se trató de favorecer que M. fuera autónomo en la toma de decisiones.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales: en base a la información obtenida, se concluyó que M. no presentaba un claro déficit de habilidades sociales. No obstante, en ocasiones no emitía una respuesta social satisfactoria. Por ello, no se llevó a cabo un entrenamiento en habilidades sociales exhaustivo, sino que se seleccionaron algunos aspectos relevantes para lograr principalmente el objetivo de mejorar sus interacciones sociales e incrementar su satisfacción con respecto a su círculo social. Además, de manera indirecta, se lograría el objetivo de mejorar su actuación ante los enfados puesto que M. podría expresar emociones de manera adaptativa. Se llevó a cabo un entrenamiento en asertividad que incluía aspectos como expresar emociones negativas de forma adecuada y hacer y rechazar peticiones. También se incluyó el componente de expresar opiniones (a pesar de que no se consideró en los objetivos iniciales) puesto que posteriormente se observó que en ocasiones el cliente mostraba dificultades y preguntaba cómo actuar de modo adecuado en situaciones en las que se encontraba con opiniones opuestas a las suyas. Cada uno de estos componentes se entrenaron siguiendo las tres fases que fueron descritas en la introducción: preparación (fase en la que se hizo especial hincapié en los derechos asertivos), adquisición y generalización.

Finalmente, cabe mencionar que para explicarle las técnicas de intervención se empleó un vocabulario adaptado a su nivel intelectual y se llevaron a cabo revisiones de su aplicación para comprobar que le resultaban efectivas.

3.1. Factores relacionados con los terapeutas

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

En el caso de M. trabajaron dos terapeutas: una terapeuta titular y una co-terapeuta. La terapeuta principal formaba parte del equipo de terapeutas del CPA. Su orientación teórica se enmarca en el enfoque cognitivo-conductual y cuenta con seis años de experiencia. Se encargó de tutelar a la co-terapeuta, alumna de prácticas del Master de Psicología General Sanitaria de la UAM.

Tanto la terapeuta principal como la co-terapeuta estaban presentes en cada sesión. El caso se discutía en una sesión clínica con periodicidad semanal. La co-terapeuta se encargaba de elaborar la planificación de las sesiones y el material que sería empleado bajo la supervisión de la terapeuta principal.

La terapeuta titular dirigió principalmente las sesiones de evaluación y explicó al cliente las técnicas de respiración, parada de pensamiento con autoinstrucciones y distracción, el entrenamiento en manejo de contingencias y el entrenamiento en rechazar peticiones. La co-terapeuta llevó a cabo la explicación de las técnicas de tiempo fuera, reestructuración cognitiva, así como la mayor parte del entrenamiento en asertividad. Asimismo, ambas se encargaron de impartir una psicoeducación sobre la ira, de darle pautas de resolución de problemas y de reestructurar algunos de sus pensamientos en distintos momentos de la terapia.

3.2. Aplicación del tratamiento

El tratamiento se llevó a cabo en 14 sesiones de 50 minutos de duración. La periodicidad de las primeras sesiones fue semanal (salvo en el periodo de Navidades, cuando se espaciaron a dos semanas). Las sesiones decimotercera y decimocuarta se espaciaron dos y tres semanas respectivamente. La intervención se inició tras cuatro sesiones de evaluación y una de devolución del análisis funcional. Asimismo, se llevaron a cabo sesiones de seguimiento transcurridos uno y dos meses desde la finalización del tratamiento. El cronograma de sesiones se detalla en la tabla 2.

Tabla 2
Cronograma de sesiones

Semana	Nº de sesión	Objetivos	Técnicas introducidas en esta sesión	Tareas entre sesiones
Fase de evaluación				
1-4	1- 4	•Evaluar las conductas problema.	• Entrevista, cuestionarios y auto-registros.	• Auto-registro de enfados. • Cuestionarios.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Sema- na	Nº de sesión	Objetivos	Técnicas introducidas en esta sesión	Tareas entre sesiones
5	5	<ul style="list-style-type: none"> •Explicar el análisis funcional. •Consensuar objetivos y tratamiento. 		<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de enfados.
Fase de tratamiento				
6	1	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado. • Enseñar a identificar las señales de la ira. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre la ira. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de enfados.
7	2	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado. • Entrenar respiración abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de enfados. • Auto-registro de respiración.
8	3	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado. • Entrenar parada de pensamiento con autoinstrucciones y distracción. • Revisar entrenamiento en respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parada de pensamiento con auto-instrucciones y distracción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de enfados. • Auto-registro de parada de pensamiento y respiración.
9	4	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado. • Entrenar tiempo fuera. • Dar pautas de resolución de problemas. • Dar pautas para que pudiera decirle a su madre que le permitiera hacer las tareas solo. • Revisar entrenamiento en respiración y parada de pensamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo fuera. • Entrenamiento en resolución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de enfados. • Auto-registro de parada de pensamiento y respiración.
10	5	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado con la madre. • Entrenar en el procedimiento de manejo de contingencias a la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en manejo de contingencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de manejo de contingencias para la madre.
11	6	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado. • Enseñar a identificar pensamientos irracionales. • Revisar entrenamiento en respiración y parada de pensamiento. • Revisar procedimiento de tiempo fuera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en reestructuración cognitiva (identificación). 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de enfados. • Auto-registro de parada de pensamiento y respiración. • Auto-registro de pensamientos irracionales.
12-13		<i>Periodo de Navidades</i>		

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Sema- na	Nº de sesión	Objetivos	Técnicas introducidas en esta sesión	Tareas entre sesiones
14	7	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado. • Revisar identificación de pensamientos irracionales. • Enseñar a reestructurar pensamientos. • Repasar pautas de resolución de problemas. • Revisar entrenamiento en respiración y parada de pensamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en reestructuración cognitiva (cuestionamiento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de enfados. • Auto-registro de pensamientos irracionales y pensamientos alternativos.
15	8	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado. • Revisar identificación de pensamientos irracionales. • Revisar reestructuración de pensamientos irracionales. • Repasar pautas de resolución de problemas. • Enseñar a expresar emociones de manera asertiva y a pedir ayuda emocional. • Revisar las tareas que hace solo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales (asertividad): expresar emociones y pedir ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de enfados • Auto-registro de pensamientos irracionales y pensamientos alternativos. • Tarea de expresar emociones de forma asertiva • Apuntar las tareas que hace solo.
16	9	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado. • Revisar identificación y reestructuración de pensamientos irracionales. • Revisar las tareas que hace solo. • Revisar expresión de emociones. 		<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de enfados • Auto-registro de pensamientos irracionales y pensamientos alternativos.
17	10	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado. • Revisar identificación y reestructuración de pensamientos irracionales. • Revisar expresión de emociones. • Enseñar a hacer peticiones de forma asertiva (hacer planes con amigos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales (asertividad): hacer peticiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de enfados • Auto-registro de pensamientos irracionales. • Tarea de hacer peticiones de forma asertiva.
18	11	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado con la madre. • Revisar entrenamiento en manejo de contingencias con la madre. 		<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de manejo de contingencias para la madre.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Sema- na	Nº de sesión	Objetivos	Técnicas introducidas en esta sesión	Tareas entre sesiones
19	12	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado. • Revisar tareas que hace solo. • Revisar identificación y reestructuración de pensamientos irracionales. • Revisar pautas de solución de problemas. • Revisar expresión de emociones. • Revisar entrenamiento en hacer peticiones de forma asertiva. • Enseñar a rechazar peticiones de forma asertiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales (asertividad): rechazar peticiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de enfados • Auto-registro de pensamientos irracionales y alternativos. • Tarea de rechazar peticiones de forma asertiva.
20				
21	13	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado. • Revisar tareas que hace solo. • Revisar identificación y reestructuración de pensamientos irracionales. • Revisar resolución de problemas. • Revisar entrenamiento en asertividad. • Enseñar a expresar opiniones de forma asertiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales (asertividad): expresar opiniones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de enfados. • Auto-registro de pensamientos irracionales y alternativos. • Tarea de expresar opiniones de forma asertiva.
22-24				
25	14	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado. • Revisar tareas que hace solo • Revisar identificación y reestructuración de pensamientos irracionales. • Revisar resolución de problemas. • Revisar entrenamiento en asertividad. 		<ul style="list-style-type: none"> • Auto-registro de enfados. • Auto-registro de pensamientos irracionales y alternativos.
26-27				
Fase de seguimiento				
28 y 33	1-2	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar situaciones de enfado. • Revisar reestructuración cognitiva. • Revisar tareas que hace solo. • Revisar resolución de problemas. • Revisar entrenamiento en asertividad. 		

El objetivo prioritario de intervención era la reducción de las conductas de enfado de M. Las interacciones agresivas con la madre podían tener como consecuencia que

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

ésta sufriera algún daño y además estaban dando lugar a que la relación entre ellos se estuviera deteriorando. Por ello, en la primera sesión de tratamiento propiamente dicha se inició la psicoeducación acerca de las señales físicas de la ira para que M. pudiera aprender a identificarlas y afrontarlas. Para valorar su aprendizaje se le pidió un auto-registro que incluía una clasificación de las señales físicas de la ira y en el que debía señalar cuales experimentaba en las situaciones de enfado (tabla 3). En base a la información de los auto-registros se concluyó que era capaz de reconocer las señales fisiológicas adecuadamente. Una vez valorada su identificación, se inició el entrenamiento de otros procedimientos para que M. pudiera responder con estrategias más adaptativas ante estas señales.

Tabla 3

Modelo de auto-registro de enfados y ejemplos representativos de las situaciones descritas

Día y hora	Situación	Qué pienso	Qué siento	Qué hago	
23/11/2015 19:30h	Mi madre me dice que me lleve una cosa para comer y yo no la escucho y digo otra cosa. Mi madre me habla alto. Yo estaba ya nervioso por mis cosas.	Que no me escucha y que me provoca.	Tensión Calor Dolor de cabeza Estómago Apretar dientes Taquicardia Otras	X X X	Me descontrolo. Grito, insulto a mi madre y le doy toques en el brazo.
21/12/2015 21:30h	Mi madre y mi abuela se gritan porque discuten.	Que no la soporto y que chilla mucho.	Tensión Calor Dolor de cabeza Estómago Apretar dientes Taquicardia Otras	X X X X	Me descontrolo, chilló y toco.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

En la segunda sesión de tratamiento se le entrenó en la técnica de respiración abdominal. Tras ensayarla en sesión, se le indicó que practicara esta estrategia en situaciones progresivamente más complejas y que registrara su nivel de ansiedad antes y después de practicarla en base a una escala de 1 a 10 (tabla 4). Se le pidió que la primera semana la entrenara en casa en situación de relajación, que la segunda semana lo hiciera estando tranquilo sentado en el tren o en la mesa del ordenador, que la tercera semana lo intentara de pie, y que en las siguientes semanas lo intentara después de haber hecho alguna actividad física.

Tabla 4

Modelo de auto-registro de entrenamiento en respiración

	L	M	X	J	V	S	D
Activación antes (1-10)							
Activación después (1-10)							
Observaciones							

En la tercera sesión de tratamiento se le entrenó en el procedimiento de parada de pensamiento con autoinstrucciones y distracción. Se le pidió que practicara primero con pensamientos neutros antes de pasar a emplearlo con pensamientos negativos. Se le indicó que lo hiciera antes de practicar respiración y que completara el mismo auto-registro (tabla 4). En la siguiente sesión de tratamiento se observó que ponía en práctica las técnicas tras una situación de discusión. Se le reforzó por ello pero también se le advirtió que, dado que aún no las había entrenado suficientemente, podía ocurrir que no le resultaran aun completamente efectivas.

En la cuarta sesión de intervención se le entrenó en el procedimiento de tiempo fuera para que pudiera irse de las situaciones de discusión si comenzaba a experimentar ira. Asimismo, se le dieron pautas para que pudiera ofrecer varias alternativas de solución ante un problema antes de pedir ayuda a su madre; no solo porque esto solía ser motivo de discusión, sino también para favorecer su autonomía.

En la quinta sesión de tratamiento se explicó el entrenamiento en manejo de contingencias a la madre de M. Se le mostró cómo actuar ante los enfados de su hijo. Por ejemplo, se le indicó que ante éstos no tenía que responder sino que incluso tendría de irse de la situación. De este modo, se favorecería la extinción de las conductas inadecuadas. Además, se le explicó que no debía acceder a las peticiones de besos y

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

abrazos de M. tras una discusión, sino que lo preferible era que se los diera en otras situaciones. Se le indicó la importancia de reforzarle de la manera lo más natural posible si se controlaba. Cabe mencionar que, en relación al objetivo de mejorar la autonomía de su hijo, en esta sesión también se le indicó que le reforzara si llevaba a cabo tareas o tomaba decisiones por sí mismo. Se le recomendó que no fuera muy exigente con él y que fuera valorando los cambios poco a poco. A la madre de M. se le entregó un documento con las pautas para el manejo de contingencias y se le pidió un auto-registro sencillo (tabla 5) para comprobar que estaba poniendo en marcha estas indicaciones adecuadamente.

Tabla 5

Modelo de auto-registro de pautas de manejo de contingencias para la madre de M.

Conducta	L	M	X	J	V	S	D
(I = si lo hago bien, O = Si lo hago mal)							
Pide ayuda y le digo que lo intente él							
Veo que tiene dificultades y le dejo que intente resolverlas solo							
Se enfada y le ignoro hasta que se tranquiliza							
Veo a M. resolviendo solo un problema o me lo cuenta y le felicito por ello							

En la siguiente sesión el propio M. destacó los cambios que estaba llevando a cabo su madre. Por otro lado, contó una situación en la que algunos de sus pensamientos influyeron en el inicio de una discusión con ésta. Se aprovecharon estos ejemplos para comenzar a entrenarle en la técnica de reestructuración cognitiva. Se le enseñó a identificar sus pensamientos irracionales y a clasificarlos en base a tres categorías: pensamiento catastrofista, pensamiento exigente y pensamiento no demostrable. Una vez M. aprendió esto, se le pidió que apuntara los pensamientos irracionales que tuviera en un auto-registro (tabla 6). En la séptima sesión de tratamiento, una vez se comprobó que sabía identificarlos, se le enseñó a cuestionarlos. Cuando aprendió a hacerlo, se le pidió que además de sus pensamientos irracionales registrara también posibles pensamientos alternativos, así como una breve descripción de qué hacía y cómo se sentía después de plantearlos (tabla 7). Además, como ya se ha comentado, en algunas

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

sesiones se llevó a cabo un debate socrático de algunas de sus ideas irracionales. También en estas sesiones se le ofrecieron pautas relativas al entrenamiento en resolución de problemas. La técnica de reestructuración cognitiva se revisó todas las semanas hasta la finalización del tratamiento. Se observó que M. cada vez reestructuraba mejor sus ideas irracionales (ya fueran pensamientos relacionados con las discusiones o con otras situaciones de su vida) y que incluso en ocasiones tras su identificación ponía en marcha las pautas del entrenamiento en resolución de problemas.

Tabla 6

Modelo de auto-registro de identificación y clasificación de pensamientos irracionales

Día y hora. Situación	Qué pienso	Tipo de pensamiento irracional	Qué siento	Qué hago
		Catastrofista		
		Exigente		
		No demostrable		

Tabla 7

Modelo de auto-registro de identificación, clasificación y debate de pensamientos irracionales

Día y hora. Situación	Qué pienso	Tipo de pensamiento irracional	Pensamiento alternativo	Cómo me siento después/Qué hago
		Catastrofista		
		Exigente		
		No demostrable		

Poco a poco, M. iría percibiendo cada vez mejor los indicadores de las respuestas de ira (incluso cuando el nivel de ésta fuera bajo) y manejando sus enfados de manera más adaptativa. Ante éstos, M. aprendió a poner en marcha las técnicas aprendidas con la mayor brevedad posible, con el objetivo de evitar que la intensidad de la ira aumentara.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Para favorecer la autonomía de M., desde las primeras sesiones se le animó a que hiciera tareas del hogar por su propia iniciativa. En la cuarta sesión de tratamiento se le dieron unas breves pautas para que le pidiera a su madre que le dejara recoger sus cosas solo y que, si no lo hacía cuando se lo pedía, le dijera en qué momento recogería. No obstante, estos aspectos se abordaron con mayor detenimiento en la novena sesión de tratamiento. En un principio, M. únicamente solía encargarse de recoger la habitación. Sin embargo, su madre solía recogerse si éste no lo hacía. Aunque le costó, poco a poco su madre comenzó a dejarle hacerlo para que este pudiera demostrar su capacidad para ser autónomo. Además, como ya se comentó anteriormente, tras enseñarle las pautas de manejo de contingencias empezó a reforzar a su hijo cuando actuaba de esta manera. Más adelante, se animaría a M. a que hiciera más tareas. En concreto, poco a poco fue capaz de hacer por su propia iniciativa y de manera autónoma otros quehaceres como hacer su cama, poner la mesa, ir a por el pan, recoger el baño y llevar sus prendas al cesto de la ropa sucia. Asimismo, empezó a poner alarmas para levantarse solo e incluso a hacerse el desayuno.

Durante el periodo de Navidades las sesiones se espaciaron dos semanas. Las discusiones no fueron intensas pues M. fue capaz de controlarse. Asimismo, se observó que puso en marcha las pautas de resolución de problemas cuando decidió por sí mismo acerca de sus prioridades y se le reforzó por ello. Por ejemplo, tomó por sí mismo la decisión de dejar de acudir a los entrenamientos de baloncesto hasta que finalizaran los exámenes del curso al que acudía, pues para él eran más importantes sus estudios.

En el mes de enero, la madre de M. sufrió problemas de salud y estuvo ingresada unos días en el hospital. Cuando volvió a casa, los dolores y el estrés dieron lugar a que ésta estuviera irritable y tuviera discusiones con M. y con la abuela de éste. Una de ellas tuvo tal intensidad que M. no pudo controlarse y volvió a mostrar comportamientos como gritar y pegar a su madre. Asimismo, la madre dejó de poner en marcha las pautas de manejo de contingencias puesto que no se encontraba bien, y también dejó de rellenar los auto-registros. Por otro lado, dado que no podía hacer muchas tareas, fue entonces cuando pudo darse cuenta de que M. estaba siendo más autónomo y trataba de ayudarle con temas de la casa.

En relación al episodio de discusión comentado, se llevó a cabo una reestructuración de las ideas exigentes de M. Se le planteó que en situaciones de tal intensidad en ocasiones es difícil controlarse y que él aún no tenía la suficiente práctica

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

como para responder adecuadamente. No obstante, se le animó a proponer otras formas de actuar y a que las llevara a cabo si volvía a suceder un episodio similar.

Se pidió a la madre de M. que acudiera a la decimoprimer sesión de la fase tratamiento para obtener su visión acerca de los cambios de éste. En esta sesión comentó que consideraba que su hijo tenía que controlarse a pesar de que en ocasiones ella iniciara las discusiones. Se observó cierta exigencia hacia él. Se le propuso trabajar con ella en las próximas sesiones pero lo rechazó. Asimismo, consideró que aunque en ese momento estaba mejor de salud ella no tenía por qué continuar aplicando pautas de manejo de contingencias, puesto que quien tenía que recibir el tratamiento era su hijo. Se le planteó que si no llevaba a cabo las pautas sería más difícil que M. mejorase. Se decidió continuar el tratamiento con M., aun siendo conscientes de que la efectividad se vería reducida ante la exigencia y la escasa colaboración de su madre.

Tras la duodécima sesión de tratamiento se continuó el contacto con la madre de M. a través de correo electrónico con el principal objetivo de obtener información acerca de los cambios de su hijo. Afortunadamente cambió de parecer respecto a su colaboración en el tratamiento, pues partir de entonces volvió a poner en marcha las pautas de manejo de contingencias y comenzó a valorar los cambios. Según comentó, M. cada vez se controlaba mejor, y si en alguna situación empezaba a enfadarse, él mismo se iba de la situación (es decir, llevaba a cabo el procedimiento de tiempo fuera). Reconoció además que en ocasiones era ella la que provocaba las discusiones y que aun así su hijo se controlaba. También señaló que M. mostraba más iniciativa, estaba haciendo más tareas del hogar y por tanto era más autónomo. Ella dejó de hacerle los quehaceres y continuó reforzándole cuando los llevaba a cabo por decisión propia.

El entrenamiento en asertividad se inició en la octava sesión de tratamiento. Se comenzó entrenando el componente de expresar emociones de manera adecuada (puesto que durante el periodo en el que su madre estuvo en el hospital, M. sintió preocupación y tristeza y apenas expresó sus emociones). Posteriormente, se le entrenó para que pudiera hacer peticiones de forma socialmente habilidosa. Más adelante, en la duodécima sesión de tratamiento, se le enseñó a rechazar peticiones. En la decimotercera sesión de tratamiento se le dieron pautas para expresar su opinión de manera asertiva puesto que en varias ocasiones discutía con su madre acerca de temas políticos y quería saber cómo actuar de manera adecuada. Para entrenarle en los componentes de asertividad primero se hizo referencia a los derechos asertivos y se le dieron pautas para actuar de manera asertiva. Se modeló cual podía ser la respuesta

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

adecuada y se llevaron a cabo ensayos conductuales en sesión. Finalmente, se le pidió que también llevara a cabo las conductas aprendidas fuera de sesión y en algunos casos se le pidió que las registrara (tabla 8).

Tabla 8

Modelo de auto-registro de ensayo de conductas asertivas: decir no

Día y hora	Situación	Qué dice	Qué digo	Cómo termina
------------	-----------	----------	----------	--------------

En las siguientes sesiones M. comentó situaciones en las que propuso planes, expresó sus emociones o bien rechazó peticiones de forma asertiva. Se le reforzó y, cuando fue necesario, se llevaron a cabo *role-playings* tras los que se le planteó cómo hacerlo mejor.

En algunas sesiones surgieron algunos temas como sus dificultades para manejar el tiempo cuando tenía que acudir a algún sitio o sus sentimientos de celos hacia otros compañeros cuando las profesoras les hacían caso en lugar de a él. Respecto a lo primero, se le planteó que él mismo propusiera soluciones para afrontar el problema y se valoró la posibilidad de emplear alarmas. En cuanto al segundo tema, él mismo reestructuró sus pensamientos y ofreció planteamientos racionales.

En la decimotercera sesión de tratamiento se le informó acerca de sus mejorías y se le indicó que la siguiente cita se distanciaría tres semanas. M. planteó que le preocupaba que hubiera situaciones en las que su madre provocara discusiones. En relación a ello, se le planteó que en ese tipo de disputas parte de la responsabilidad sería de su madre y que, en relación a su responsabilidad, él ya había aprendido cómo actuar: si ocurre alguna situación así, M. le explicará que hablarán cuando ella esté más tranquila. Asimismo, si la situación le resulta difícil, empleará el procedimiento de tiempo fuera.

Dado que los objetivos terapéuticos contaban con un alto grado de cumplimiento, tras la decimocuarta sesión de intervención se recogieron los datos post-tratamiento y se programaron sesiones de seguimiento (la primera transcurrido un mes y la segunda transcurridos dos meses desde la finalización del tratamiento). En estas sesiones se revisaron las técnicas ya entrenadas. Tanto en la última sesión de tratamiento como en las sesiones de seguimiento se valoró su actuación ante las situaciones de discusión con su madre, así como en relación a situaciones sociales. Se concluyó que era capaz de controlar sus enfados de forma satisfactoria. Cuando se ponía nervioso se daba

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

autoinstrucciones positivas, practicaba respiración abdominal y, si era necesario, se iba de la situación. Por otro lado, cada vez llevaba a cabo más tareas de la casa de forma autónoma y consideraba que poco a poco podría ir haciendo más. Además, era capaz de resolver problemas por sí mismo e incluso mostraba, a juicio de las terapeutas, una mayor seguridad. Eran pocas las ocasiones en las que pedía ayuda a otros y, si necesitaba hacerlo, trataba de expresarse de forma asertiva. En relación a sus habilidades sociales, se observó una notable mejoría: proponía planes, expresaba sus emociones, mantenía conversaciones respetando el punto de vista de los demás y rechazaba peticiones de forma asertiva. El propio M. verbalizó que tras la terapia controlaba mejor sus enfados, era más autónomo y había aprendido a resolver problemas por sí mismo. Asimismo, en el área social se sentía más seguro y satisfecho. Su madre también percibió estos cambios. Verbalizó que tras la terapia su hijo se controlaba adecuadamente, era más autónomo y asumía sus responsabilidades en relación a las tareas del hogar.

Las siguiente sesión de seguimiento se llevará a cabo transcurridos seis meses desde la finalización del tratamiento. En ella se realizará una valoración del mantenimiento y generalización de las conductas aprendidas.

4. Diseño del estudio y resultados

En este estudio se ha empleado un diseño de caso único ($N = 1$) del tipo A-B (León y Montero, 2015). Al cliente se le administraron tres cuestionarios antes y después del tratamiento; dos de ellos para medir habilidades sociales y uno de ellos para valorar la expresión y control de la ira. Asimismo, se le pidió que rellenara auto-registros semanales de los episodios de discusión con la madre antes, durante y después de administrar el tratamiento. Por otro lado, también se registraron las tareas del hogar que hacía solo. A continuación se exponen los datos descriptivos de las mediciones pre y post tratamiento. Las puntuaciones se representan de manera gráfica para que los cambios se puedan apreciar visualmente.

En cuanto al Inventario de Asertividad de Rathus (Carrobbles, 1979), al igual que ocurrió en la fase de evaluación, cuando se obtuvieron las medidas en la fase post-tratamiento también se llevaron a cabo modificaciones en las instrucciones de autoadministración. El cliente contestó el cuestionario indicando Si/No a cada enunciado. Si bien en la medida pre-tratamiento, el 47% de sus respuestas indicaron un

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

comportamiento no asertivo, en la medida post-tratamiento el porcentaje de respuestas que indicaron un comportamiento no asertivo se redujo al 37%. Estos datos se reflejan en la figura 3.

En las medidas post-tratamiento del cuestionario de Habilidades Sociales de Segura (1989), el 89,47% de las respuestas muestran una conducta social adecuada; el 5,26% conllevan la emisión de una respuesta ansiosa y el 5,26% suponen una falta de habilidad. Ninguna respuesta indicó la presencia de conductas inhibidas. En esta ocasión, en uno de los ítems el cliente marcó dos respuestas, de modo que esta pregunta se anuló y se consideraron 19 ítems.

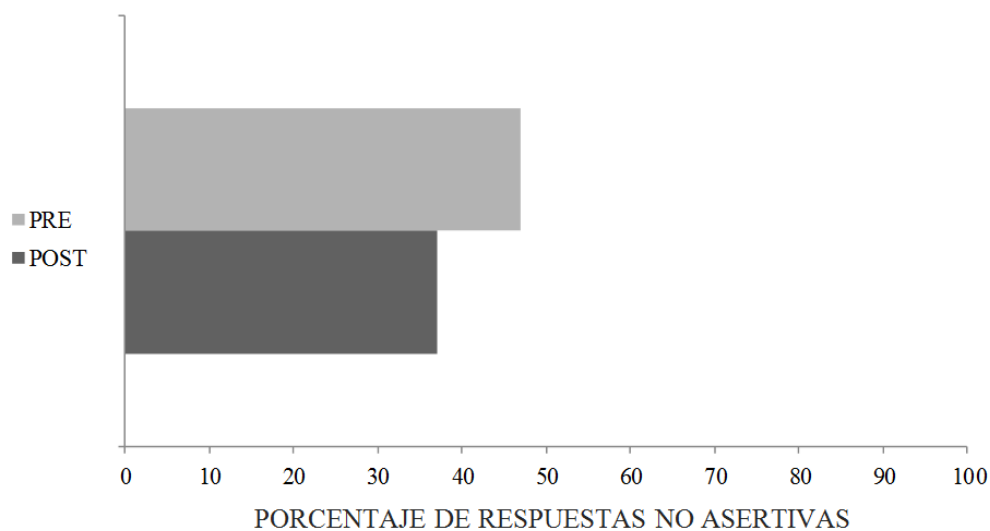


Figura 3. Resultados pre y post tratamiento obtenidos en el Inventario de Asertividad de Rathus (Carrobbles, 1979).

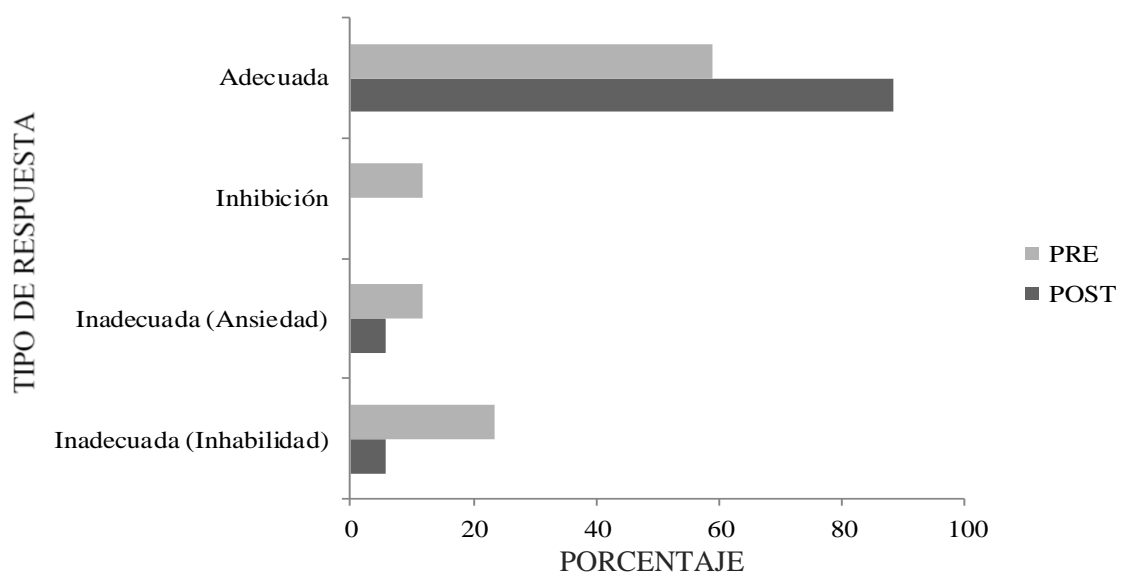


Figura 4. Resultados pre y post tratamiento obtenidos en el Cuestionario de Habilidades Sociales de Segura (1989).

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Las medidas pre-tratamiento se obtuvieron considerando 18 ítems puesto que dos de ellos contaban con respuestas dobles. En éstos se relataban situaciones ante las que el cliente consideraba que podía emitir distintas respuestas, sin tener claro cuál sería más probable. Si anulamos los ítems en los que el cliente marcó en algún momento (pre o post-tratamiento) respuestas dobles, se obtiene la comparativa de resultados que se representa en la figura 4. Como se puede apreciar, las respuestas socialmente habilidosas (adecuadas) han aumentado, mientras que las respuestas que denotan inhibición, ansiedad o inhabilidad social, han disminuido.

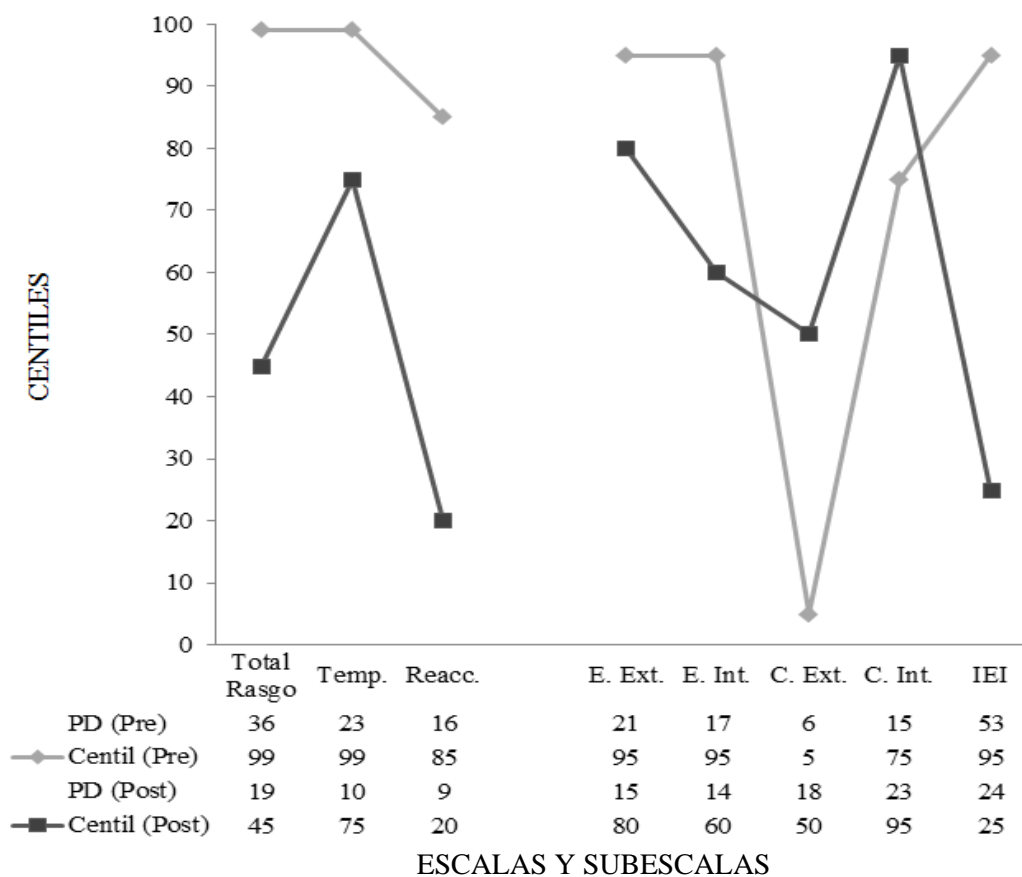


Figura 5. Perfiles pre y post tratamiento obtenidos a partir de las puntuaciones en el Cuestionario de expresión de Ira Estado – Rasgo (STAXI-2; Miguel-Tobal et al., 2001). PD = Puntuación Directa; Temp. = Temperamento de ira; Reacc. = Reacción de ira; E.Ext. = Expresión externa de ira; E. Int. = Expresión interna de ira; C. Ext. = Control externo de ira; C. Int. = Control interno de ira; IEI = Índice de Expresión de la ira.

En relación al Cuestionario de expresión de Ira Estado – Rasgo (STAXI – 2; Miguel-Tobal et al., 2001), al igual que ocurrió en la medición pre-tratamiento, las puntuaciones de la dimensión Ira – Estado son equivalentes a 5 (nivel nulo) en las escalas de Sentimiento, Expresión física y Expresión verbal de la ira. Por otro lado, las

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

puntuaciones pre y post tratamiento del resto de escalas se recogen junto a su representación en la figura 5. Como se puede apreciar, las puntuaciones de la escala de Rasgo y las subescalas de Temperamento y Reacción han disminuido. Las puntuaciones de las escalas de Expresión externa e interna de la ira también se han reducido. Las puntuaciones de Control externo e interno han aumentado. Finalmente, la puntuación del Índice de Expresión de la Ira es notablemente más baja.

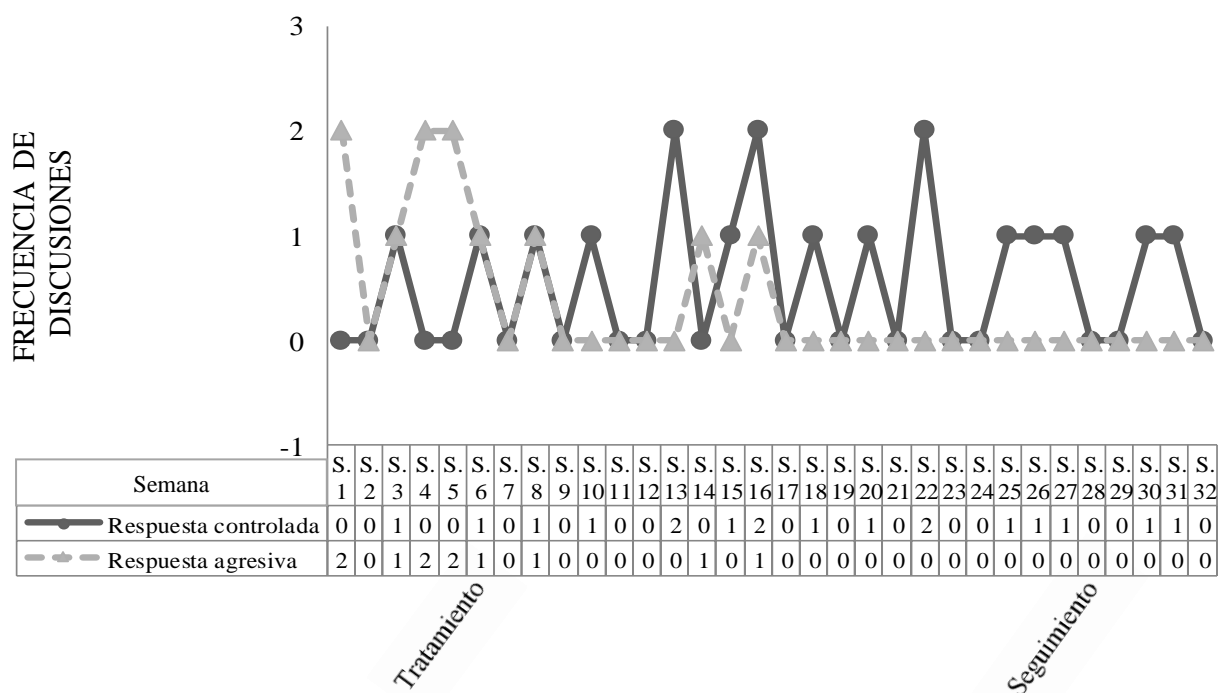


Figura 6. Discusiones con la madre: frecuencia de respuestas agresivas y respuestas controladas. Las semanas en las que la frecuencia de respuestas controladas o agresivas es cero son aquellas en las que no hubo discusiones.

Además de lo anterior, contamos con información de los auto-registros semanales que iba rellenando M. En éstos se recogía su respuesta ante las situaciones de discusión con la madre, es decir, situaciones en las que existían intereses, opiniones u otros aspectos opuestos. En la figura 6 se puede ver reflejada la frecuencia de respuestas agresivas (insultos, gritos, golpes a su madre o a objetos, etc.) y respuestas controladas (aquellas en las que no grita, insulta o da golpes, o incluso da una respuesta asertiva, así como las situaciones en las que lleva a cabo el procedimiento de tiempo fuera y otras técnicas aprendidas en el tratamiento). Se puede observar que antes de la fase de tratamiento la frecuencia de respuestas agresivas era muy superior a la de las respuestas controladas. En cambio, una vez el cliente empieza a aprender las técnicas que se le enseñan el número de respuestas controladas supera al de las respuestas agresivas.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Por otro lado, en relación a la autonomía, se valoró el número de tareas que M. hacía solo antes y después del tratamiento. Como ya se comentó anteriormente, antes de iniciar el tratamiento M. solo se encargaba de recoger su habitación, aunque no siempre lo hacía. A medida que avanzó el tratamiento, empezó a hacer más quehaceres (hacer su cama, poner la mesa, ir a por el pan, recoger el baño, llevar sus prendas al cesto de la ropa sucia, poner alarmas para despertarse y hacer su desayuno). En la figura 7 se recoge el número de tareas semanales que realizaba de manera autónoma antes y después de iniciar el tratamiento.

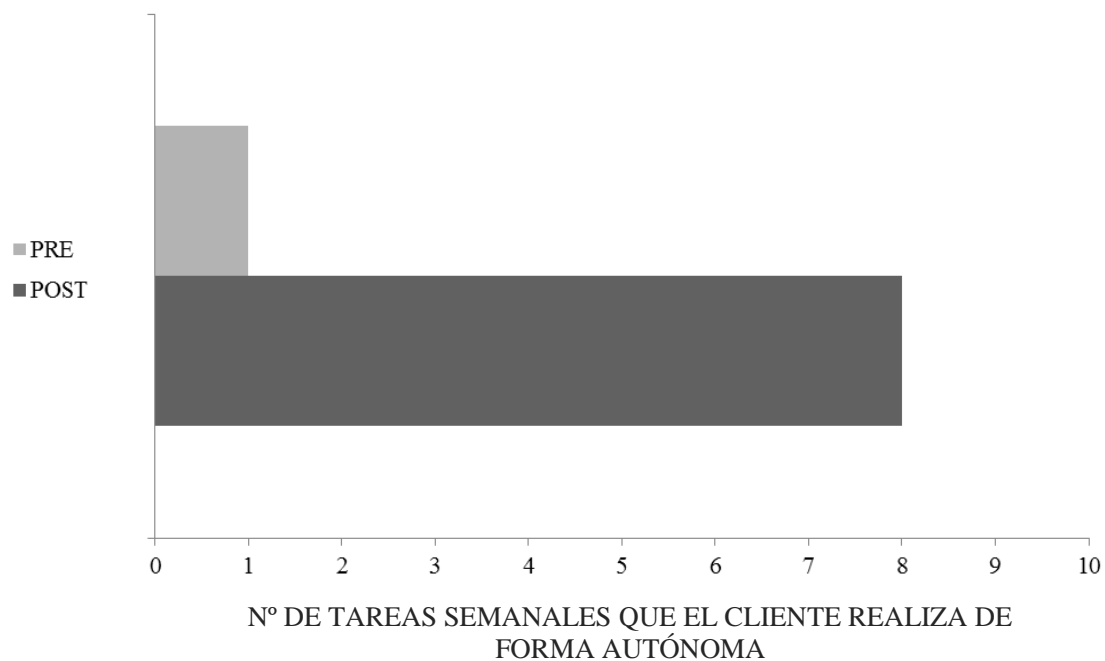


Figura 7. Número de tareas que el cliente hace de manera autónoma antes y después de iniciar el tratamiento.

5. Discusión

En base a los resultados encontrados se puede concluir que el tratamiento es efectivo o clínicamente útil. A medida que se fueron introduciendo técnicas de intervención y el cliente fue avanzando a través del proceso terapéutico, se observaron mejorías notables. En concreto, los cambios que se produjeron en relación a los objetivos del cliente fueron los siguientes:

- Se reducen las respuestas agresivas de M. hacia su madre y mejora su manejo de la ira.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- Se produce un incremento en el número de tareas que el cliente lleva a cabo de manera autónoma. Asimismo, el propio M. informa de situaciones en las que resuelve los problemas por sí mismo sin pedir ayuda a otras personas.
- Aumentan las respuestas asertivas, puesto que M. aprende a expresar emociones, opiniones y peticiones de forma socialmente habilidosa. Además, se incrementan las actividades sociales ya que aumenta el número de interacciones con compañeros.

Algunos de estos cambios se han visto reflejados en los instrumentos de evaluación empleados. A partir de los resultados del Cuestionario de Habilidades Sociales de Segura (1989) se concluye que las habilidades sociales del cliente han mejorado puesto que han aumentado las respuestas sociales adecuadas a la vez que la emisión de respuestas inhibidas, ansiosas o que denotan inhabilidad se ha reducido. Por otro lado, en base a los resultados del Inventario de Asertividad de Rathus (Carrobbles, 1979) podemos considerar que existe una ligera mejora en las habilidades asertivas del cliente. En cuanto a los resultados del Cuestionario de expresión de Ira Estado – Rasgo (STAXI – 2; Miguel-Tobal et al., 2001), se puede concluir que el cliente experimenta sentimientos de ira menos intensos y frecuentes. Aunque continúa siendo irritable, sus reacciones agresivas son menores y sus problemas para controlar la agresividad se han reducido. Esto puede ser debido a que trata de sosegar e incluso de expresar sus sentimientos de forma asertiva en lugar de agresiva. Asimismo, donde mejor se aprecia el proceso de cambio es en los resultados de los auto-registros de situaciones de discusión con la madre. Tras el inicio de la fase de tratamiento, M. obtuvo herramientas para actuar de manera controlada en las discusiones, lo que ha conllevado una reducción de las respuestas agresivas ante estas situaciones.

Aunque no podemos hablar de significación estadística, podemos valorar los cambios como clínicamente significativos. Las terapeutas, a partir de la valoración crítica del caso, consideran que el cliente ha mostrado una buena evolución y ha logrado favorablemente los objetivos del tratamiento. Además, tanto el cliente como su madre muestran satisfacción con los resultados de la intervención, la atención recibida y consideran que ha habido una mejoría notable. M. ha aprendido a controlar sus enfados, muestra respuestas más adaptativas y es más autónomo. Es por ello que el tratamiento también cuenta con significación clínica desde el punto de vista del cliente y de su familia.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Los resultados están en línea con las conclusiones de gran parte de las investigaciones acerca de la efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales para la reducción de los comportamientos agresivos y el incremento de las conductas adaptativas en personas con discapacidad intelectual (Ali et al., 2015; Beail, 2003; Jackson y Boag, 1981; Taylor et al., 2008; Vereenooghe y Langdon, 2013; Willner, 2005). Tal y como se expuso en la introducción, las personas con discapacidad intelectual suelen presentar déficits de habilidades sociales y de autodeterminación. Estas personas tienen problemas para comprender lo que se espera de ellas en situaciones sociales, muestran dificultades para expresar estados internos y tienden a desarrollar conductas agresivas. Esto da lugar a que en ocasiones presenten una escasa adaptación social (AAIDD, 2010; Corman y Gottlieb, 1987; Moreno y Montero, 2007). Asimismo, sus dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria por sí mismos y la sobreprotección que ejercen algunas personas del entorno influyen en el desarrollo de su calidad de vida (Kumar et al., 2009; Nota et al., 2007; Wehmeyer, 2001). En relación a ello, la terapia psicológica resulta de gran importancia para lograr una mejora de las competencias personales y sociales de estas personas. No obstante, en ocasiones los profesionales se encuentran con dificultades para abordar estas problemáticas en la práctica clínica. Por ejemplo, resulta difícil determinar qué procedimientos emplear y cómo adaptarlos sin caer en el riesgo de sobreproteger o incluso subestimar las capacidades de estas personas.

En el caso presentado, el análisis funcional fue una herramienta fundamental que guió la elección de las técnicas y el orden de su aplicación. Se priorizó el objetivo de la reducción de los enfados puesto que las respuestas agresivas del cliente podían generar daños, especialmente a su madre. Asimismo, el análisis funcional fue determinante para tomar la decisión de intervenir en los componentes cognitivos. Se observó que éstos tenían un papel en la aparición de estímulos discriminativos de algunas respuestas de ira, de modo que resultó importante incidir en ellos para prevenirlos o bien para modificar su intensidad. El cliente fue capaz de emplear técnicas que conllevan un trabajo con estos componentes. Por ejemplo, en relación al entrenamiento en reestructuración cognitiva, se ha podido comprobar que a pesar de que M. tenía algunas dificultades de comprensión verbal, podía identificar las relaciones entre sus pensamientos y emociones, clasificar sus pensamientos irracionales y generar pensamientos alternativos. Estos aspectos son coherentes con las recomendaciones de la literatura relativas a que la aplicación de la reestructuración cognitiva solo es

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

recomendable en personas que tienen un nivel leve de discapacidad intelectual (Taylor et al., 2008; Willner, 2005). Por otro lado, aunque no se le enseñó el procedimiento de solución de problemas de manera sistemática, M. aprendió a ofrecer diversas alternativas de solución y a tratar de resolver sus dificultades por sí mismo, reduciendo así su dependencia. Finalmente, el análisis funcional también resultó determinante para considerar las habilidades sociales que serían entrenadas. Aunque, tal y como se desprende de los resultados de la evaluación, M. no presentaba un grave déficit de habilidades sociales, el entrenamiento en asertividad se consideró adecuado para que pudiera expresarse de forma adaptativa en las interacciones sociales; y para que pudiera ser capaz de emitir conductas encaminadas al aumento de su círculo social y de las actividades sociales gratificantes.

El cliente se mostró colaborador y muy motivado durante todo el proceso terapéutico. Realizó todas las tareas que se le pedían y llevó a cabo todas las pautas que se le daban. Estos aspectos han contribuido a su mejoría. Por otro lado, en el tratamiento también ha resultado de gran importancia la colaboración de la madre de M. Aunque no tuviera intención de ello, en ocasiones sus respuestas favorecían al mantenimiento de los problemas de su hijo. Por ello, se le enseñó a extinguir los comportamientos inadecuados y a reforzar los comportamientos adaptativos de M. Durante un tiempo, los problemas personales de la madre y su negativa a continuar empleando esta técnica dieron lugar a que los beneficios de la intervención fueran más limitados. Sin embargo, afortunadamente la madre de M. volvió a poner en marcha las técnicas aprendidas y comenzó a valorar los cambios que empezaba a mostrar su hijo. Si no hubiera sido así, probablemente los resultados del tratamiento se hubieran visto reducidos. Esto nos ofrece un ejemplo de las dificultades que podemos encontrarnos en ocasiones en el desarrollo de un tratamiento, así como del peso que tiene la colaboración de las personas allegadas (Moreno y Montero, 2007).

En relación a la consecución del mantenimiento y generalización de las conductas aprendidas, podemos considerar que un aspecto fundamental para lograrlo ha sido la indicación al cliente de que practique las técnicas en su entorno cotidiano. Cuando fue necesario, se aumentó la dificultad de manera gradual (por ejemplo, la técnica de respiración la practicó en primer lugar en lugares tranquilos como su casa y posteriormente en otras situaciones). Asimismo, se trató de que los refuerzos que empleara la madre cuando su hijo actuaba de manera adecuada fueran naturales. La generalización de las conductas aprendidas se observó especialmente cuando M.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

empezó a realizar diversas tareas de casa aunque en un principio solo se le reforzó por llevar a cabo aquella que ya hacía (recoger la habitación). También se observó cuando empezó a reestructurar pensamientos en situaciones distintas a las de discusión (en clase, en diversas situaciones sociales, etc.). El mantenimiento y generalización de las mejoras se continuará valorando en las futuras sesiones de seguimiento con M. y con su madre. Se prevé que M. experimente reacciones de ira menos intensas y que sea capaz de controlarse en las situaciones de discusión. Además, es probable que siga incrementando las actividades sociales y su círculo social. A su vez, se espera que continúe actuando de manera autónoma en la toma de decisiones ante distintos problemas e incluso que incremente las actividades de la vida diaria que realiza por su propia autodeterminación.

Cabe mencionar que este trabajo cuenta con una serie de limitaciones. En cuanto a la fase de evaluación, hubiera sido adecuado emplear cuestionarios más sencillos o incluso recurrir a algún test específicamente diseñado para población con discapacidad intelectual. En este caso, para simplificar los instrumentos se hicieron adaptaciones de los mismos. Por ejemplo, dado que el cliente tenía problemas para comprender la asignación de puntuaciones en el Inventario de Asertividad de Rathus (Carrobbles, 1979), se le pidió que contestara con una respuesta dicotómica (Si/No). Al realizar esta modificación, nos ajustamos a las necesidades del cliente e incluso a los principios éticos, pero las propiedades psicométricas de la escala no son igualmente aplicables. Por otro lado, no contamos con datos de fiabilidad y validez del cuestionario de Habilidades Sociales de Segura (1989). Aunque el objetivo era obtener datos descriptivos que tuvieran utilidad clínica, hubiera sido más conveniente emplear un cuestionario que además contara con estudios psicométricos que lo avalaran.

Otras limitaciones se refieren a la escasez de datos acerca de la evidencia empírica de algunas técnicas aplicadas a personas con discapacidad intelectual. La técnica de reestructuración cognitiva no cuenta con estudios que valoren su eficacia y efectividad de manera independiente, sino incorporándola en paquetes de tratamiento aplicados a personas con discapacidad intelectual. Esto también ocurre en relación a los estudios sobre la eficacia de las técnicas de control de la activación. En cuanto a la técnica de parada de pensamiento con autoinstrucciones y distracción, si bien se ha demostrado eficaz aplicada a adultos con y sin trastornos psicopatológicos (Fernández-Marcos y Calero-Elvira, 2015; Lozano, Rubio y Pérez, 1999), aún no se han llevado a cabo investigaciones que valoren su eficacia específicamente con personas con discapacidad

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

intelectual. Aunque el resto de técnicas empleadas sí cuentan con estudios que valoran su eficacia y efectividad en su aplicación a personas con discapacidad intelectual, no hay que olvidar que es importante llevar a cabo más investigaciones. En la actualidad, las guías de tratamiento de la APA (por ejemplo, Nathan y Gorman, 2015) no recogen cuáles son los tratamientos eficaces en población que presenta discapacidad intelectual. Por otro lado, el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2016) aún está en proceso de elaboración de diversas guías relativas a los tratamientos aplicados a personas de esta población. Sería interesante conocer los tratamientos psicológicos que son eficaces para cada nivel de discapacidad intelectual. No obstante, es cierto que esta tarea es complicada. Resulta difícil llevar a cabo ensayos aleatorizados con personas con discapacidad intelectual. Esto es debido a las complicaciones asociadas a la obtención de muestras de un número adecuado de participantes con estas características, así como a los problemas éticos relativos al consentimiento informado (Oliver et al., 2002; Vereenooghe y Langdon, 2013).

Por otra parte, a pesar de que a partir de los resultados obtenidos se pueda considerar que el tratamiento llevado a cabo cuenta con significación clínica, para valorar debidamente la efectividad de la intervención hubiera sido adecuado contar con datos del seguimiento a largo plazo. Sin embargo, esto no fue posible porque en el momento de redactar este trabajo el cliente aún continuaba en esta fase. Asimismo, aunque el tratamiento pueda considerarse clínicamente útil, no se puede determinar si es eficaz. Este término se refiere a la capacidad que tiene una intervención para generar cambios psicológicos que sean superiores a la no intervención o a los resultados de otros tratamientos estándar (Ferro y Vives, 2004; Moriana y Martínez, 2011). Dado que en este estudio se presenta un caso en el que se ha empleado un diseño A-B, existen problemas de validez interna. Por un lado, no se puede discernir qué técnicas han tenido mayor impacto. Asimismo, no se puede concluir que las mejorías que se observan tras el tratamiento se deban estrictamente a la aplicación del mismo, puesto que es posible que existan variables enmascaradas que no hayan podido ser controladas y que puedan ser en parte responsables del cambio. Una posible solución podría haber sido contar con una serie amplia de casos individuales equivalentes al presentado.

Además de lo anterior, el diseño también cuenta con problemas de validez externa puesto que resulta difícil obtener conclusiones acerca de la generalización de los resultados a otras personas. También es difícil determinar la eficiencia del tratamiento. Ésta hace alusión a la relación coste/beneficio de la intervención y para poder valorarla

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

se tendrían que haber llevado a cabo comparaciones del coste de la intervención con el coste de la no intervención y sus consecuencias, o bien con el coste de otros tratamientos estándar (Ferro y Vives, 2004).

Aunque los estudios de caso presentan diversas limitaciones, es importante señalar que tienen un gran valor puesto que permiten describir el proceso terapéutico con detalle y contribuyen al desarrollo, difusión y valoración de diversas formas de intervención (Virués-Ortega y Moreno-Rodríguez, 2008). Podemos considerar que el estudio de caso que se ha descrito resulta interesante por los siguientes aspectos. Por un lado, se han presentado distintas medidas de evaluación de los problemas del cliente, así como las complicaciones que pueden existir en esta fase del proceso terapéutico y las propuestas de adaptación que se han llevado a cabo. Una de las aportaciones del trabajo ha sido la inclusión de medidas continuas obtenidas a partir de los datos de los auto-registros. Estas medidas observacionales permiten reflejar detalladamente el proceso de cambio del cliente semana a semana, lo cual añade riqueza y complementa los resultados obtenidos mediante cuestionarios. Por otro lado, se ha presentado el tratamiento de la problemática del cliente en el contexto terapéutico y se han mostrado las acciones puestas en marcha para solventar las dificultades que en ocasiones están presentes en el proceso. En este caso, la terapeuta y la co-terapeuta realizaron las adaptaciones pertinentes para que el cliente pudiera comprender las técnicas adecuadamente, lo que probablemente ha influido en los resultados satisfactorios obtenidos. En relación a ello, el análisis funcional ha resultado una herramienta de gran relevancia para adecuar el diseño de la intervención a las características particulares del cliente y su problemática. El análisis funcional nos permite formular hipótesis sobre la base de los principios del aprendizaje, orientar la intervención y justificar el uso de las técnicas en cada caso concreto. En suma, el proceso terapéutico descrito en este trabajo supone una contribución al desarrollo del cuerpo de conocimientos acerca del empleo de la terapia cognitivo-conductual en personas con discapacidad intelectual y podría resultar de utilidad clínica para terapeutas que se enfrenten a casos similares al presentado.

Referencias

Ali, A., Hall, I., Blickwedel, J., y Hassiotis, A. (2015). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- people with intellectual disabilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. Recuperado el 26 de enero de 2016 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003406.pub4/full>.
- Aman, M. G., Crismon, M. L., Frances, A., King, B. H. y Rojahn, J. (2004). *Treatment of Psychiatric and Behavioral Problems in Individuals with Mental Retardation: An Update of the Expert Consensus Guidelines*. Colorado: Postgraduate Institute for Medicine.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (2010). *Discapacidad intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo* (11^a ed.). Madrid: Alianza.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^a ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Beail, N. (2003). What works for people with mental retardation? Critical commentary on cognitive-behavioral and psychodynamical psychotherapy research. *Mental Retardation*, 41, 468-472.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior therapy*, 1, 184-200.
- Benson, B., Rice, C. J., y Miranti, S. V. (1986). Effects of anger management training with mentally retarded adults in group treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 728-729.
- Boluarte, A., Méndez, J., y Martell, R. (2006). Programa de entrenamiento en habilidades sociales para jóvenes con retraso mental leve y moderado. *Mosaico Científico*, 3, 34-42.
- Brosnan, J., y Healy, O. (2011). A review of behavioral interventions for the treatment of aggression in individuals with developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*, 32, 437-446.
- Caballo, V. E. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI Editores S.A.
- Carrobbles, J. A. (1979). Escala de asertividad de Rathus. En P. Bartolome, J. A. Carrobbles, M. Costa y T. Del Ser (Eds.), *La práctica de la terapia de conducta* (pp. 189-210). Madrid: Promolibro.
- Centro de Psicología Aplicada (2012). *Historia biográfica*. Recuperado el 14 de octubre de 2015 de: http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/historia_biografica_adultos.pdf.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- Corman, L. y Gottlieb, J. (1987). La integración de niños mentalmente retrasados: una revisión de la investigación. *Revista de Educación*, número extraordinario, 75-102.
- Didden, R., Duker, P. C., y Korzilius, H. (1997). Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 387-399.
- Didden, R., Korzilius, H., van Oorsouw, W., y Sturmey, P. (2006). Behavioral treatment of challenging behaviors in individuals with mild mental retardation: Meta-analysis of single-subject research. *American Journal on Mental Retardation*, 111, 290-298.
- D'Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 78, 107-126.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- Fernández-Marcos, T., y Calero-Elvira, A. (2015). Efectos de la detención del pensamiento y la defusión cognitiva sobre el malestar y el manejo de los pensamientos negativos. *Psicología Conductual*, 23, 107-126.
- Ferro, R. y Vives, C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace*, 5, 97-98.
- Froján, M. X. y Santacreu, J. (1999). *Qué es un tratamiento psicológico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gresham, F. M., Sugai, G. y Horner, R. H. (2001). Interpreting outcomes of social skills training for students with high-incidence disabilities. *Exceptional Children*, 67, 331-334.
- Gutiérrez, B. y Prieto, M. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales para personas con retraso mental*. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.
- Hassiotis, A., Robotham, D., Canagasabay, A., Romeo, R., Langridge, D., Blizzard, R., ... King, M. (2009). Randomized, single-blind, controlled trial of a specialist behavior therapy team for challenging behavior in adults with intellectual disabilities. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1278-1285.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36, 427-440.
- Jackson, H. J., y Boag, P. G. (1981). The efficacy of self-control procedures as motivational strategies with mentally retarded persons: A review of the literature

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- and guidelines for future research. *Australian Journal of Developmental Disabilities*, 7, 65-79.
- Kelly, J. A. (2004). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Kumar, I., Singh A. R. y Akthar, S. (2009), Social development of children with mental retardation. *Industrial Psychiatry Journal*, 18, 56-59.
- León, O. G. y Montero, I. (2015). *Métodos de investigación en Psicología y Educación* (4ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Lim, H. (2009). *The effectiveness of relaxation exercises for persons with mild Intellectual Disability*. Trabajo presentado en la Nineteenth Asian Conference on Mental Retardation, Singapur. Recuperado el 30 de enero de 2016 de: www.jlidd.jp/gtid/acmr_19/pdf/19.pdf.
- Lindsay, W. R. (1999). Cognitive therapy. *The Psychologist*, 12, 238-241.
- Lozano, J. F., Rubio, E. M. y Pérez, M. A. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual*, 7, 471-499.
- Mahoney, M. J. (1977). Cognitive therapy and research: A question of question. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 5-16.
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall.
- Matson, J. L., Neal, D. y Kozlowski, A. M. (2012). Treatments for the challenging behaviours of adults with intellectual disabilities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 587-592.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. Nueva York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. Nueva York: Pergamon Press.
- Miguel-Tobal, J., Casado, M., Can-Vindel, A. y Spielberger, C. (2001). *Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo STAXI-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Monjas, M. I. (2002). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y adolescentes* (1ª ed., 6ª reimp.). Madrid: CEPE.
- Moreno, J. M. y Montero, P. J. (2007). *Intervención educativa en la discapacidad intelectual. Talleres y aplicaciones prácticas*. Madrid: EOS.
- Moriana, J. A. y Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 81-100.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (2015). *A guide to treatments that work* (4ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2015). *Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behavior challenge*. Reino Unido: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2016). *People with learning disabilities*. Recuperado el 10 de mayo de 2016 de <https://www.nice.org.uk/guidance/population-groups/people-with-learning-disabilities>.
- Navas, P., Verdugo, M. A., y Gómez, L. E. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 143-152.
- Neetu, S., y Ahmad, N. S (2014). Effectiveness of anger Management training program in Managing Aggressive behavior of Adults with Mental retardation. *International Research Journal of Social Sciences*, 3(9), 1-6.
- Nezu, C. M., Nezu, A. M., y Arean, P. (1991). Assertiveness and problem-solving training for mildly retarded persons with dual diagnosis. *Research in Developmental Disabilities*, 12, 371-386.
- Njardvik, U., Matson, J. L., y Cherry, K. E. (1999). A comparison of social skills in adults with autistic disorder, pervasive developmental disorder not otherwise specified, and mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, 29, 287-295.
- Nota, L., Ferrari, L., Soresi, S. y Wehmeyer, M. (2007). Self-determination, social abilities and the quality of life of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 850-865.
- Novell, R., Rueda, P, y Salvador, L. (2003). *Salud mental y alteraciones de conducta en personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Madrid: FEAPS.
- Olivares, J. y Méndez, F. X. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Oliver, P. C., Piachaud, J., Done, J., Regan, A., Cooray, S., y Tyrer, P. (2002). Difficulties in conducting a randomized controlled trial of health service interventions in intellectual disability: implications for evidence-based practice. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 340-345.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Pérez-Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Pérez, L. y Cabezas, D. (2007). Programa de entrenamiento en solución de problemas prácticos aplicado a personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 19, 578-584.
- Rathus, S. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rose, J., West, C., y Clifford, D. (2000). Group interventions for anger in people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 171-181.
- Santacreu, J. (1991). El entrenamiento en autoinstrucciones. En V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 607-626). Madrid: Siglo XXI.
- Santacreu, J. (2000). *Apuntes para la definición de la modificación de conducta como un tratamiento psicológico*. Madrid: UAM (mimeo).
- Segura, M. (1989). *Cuestionario de habilidades sociales (CHS)*. Manuscrito no publicado. Madrid: Luria.
- Smith, K. R., y Matson, J. L. (2010). Social skills: Differences among adults with intellectual disabilities, co-morbid autism spectrum disorders and epilepsy. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1366-1372.
- Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2)*. Professional Manual. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Spivack, G. y Shure, M. (1974). *Social adjustment of young children. A cognitive approach to solving real life problems*. San Francisco: Jossey Bass.
- Sturmey, P. (2004). Cognitive therapy with people with intellectual disabilities: A selective review and critique. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 222-232.
- Taylor, J. L., Lindsay, W. R., y Willner, P. (2008). CBT for people with intellectual disabilities: emerging evidence, cognitive ability and IQ effects. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 723-733.
- Tello, R. y Sancho, I. (2013). *Potenciación de la autonomía en personas con discapacidad intelectual desde la perspectiva de los derechos humanos*.

TRATAMIENTO DE UN ADULTO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- Recuperado el 12 de febrero de 2016 de <http://www3.uah.es/congresoreps2013/Paneles/panel4/sesion3/isancho@ugr.es/TCPONENCIAPANEL4ENVIADA.pdf>.
- To, M. Y. F. y Chan, S. (2000). Evaluating the effectiveness of progressive muscle relaxation in reducing the aggressive behaviors of mentally handicapped patients. *Archives of Psychiatric Nursing, 14*, 39-46.
- Verdugo, M. A. (1984). Terapia conductual y cognitiva en la deficiencia mental. *Papeles del psicólogo, 14*, 9-12.
- Verdugo, M. A. (1997). *Programa de Habilidades Sociales*. Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. y Gutiérrez, B. (2009). *Discapacidad intelectual: adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- 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*, 4085-4102.
- Virúes-Ortega, J., y Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*, 765-777.
- Walton, K. M. e Ingersoll, B. R., (2013). Improving social skills in adolescents and adults with autism and severe to profound intellectual disabilities: A review of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*, 594-615.
- Wehmeyer (2001). Self-determination and mental retardation. *International review of research in mental retardation, 24*, 1-48.
- Wehmeyer, M. L., Kelchner, K., y Richards, S. (1996). Essential characteristics of self-determined behaviors of adults with mental retardation and developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 100*, 632-642.
- Whitaker, S. (2001). Anger control for people with learning disabilities: a critical review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 277-293.
- Willner, P. (2005). Readiness for cognitive therapy in people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 19*, 5-16.
- Willner, P., Jones, J., Tams, R., y Green, G. (2002). A randomized controlled trial of the efficacy of a cognitive-behavioural anger management group for clients with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 15*, 224-235.