

MANUAL APOYO CONDUCTUAL POSITIVO (ACP 2.0)

**Jesús García
Iñaki García**



Índice

1. JUSTIFICACIÓN.	
1.1. Enfoque	3
1.2. Ético – Funcional.....	3
1.3. Transversalidad: de la atención directa a la gerencia.....	3
1.4. Circularidad: método científico.....	4
1.5. Datos (2.0).....	4
2. CONDUCTA:	
2.1. Reconocer y registrar.....	5
2.2. Codificaciones (ICAP).....	6
2.3. Escalada conductual: Categorical-continuo (MECI).....	10
2.4. Funciones de la conducta (MAS).....	12
2.5. Función Sensorial (Cuestionario Sensorial).....	13
2.6. Cuestionario sobre estrés.....	14
3. CONTEXTO:	
3.1. Mapa Conceptual.	15
3.2. Factores contextuales.	16
3.3. Instrumentos..	17
3.4. Estudio.....	18
4. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.	
4.1. Mapa conceptual.....	19
4.2. Estrategias.....	21
4.3. Nuevas propuestas.....	24
4.4. Programas específicos.....	25
5. ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO	
5.1. Reacciones en las crisis conductuales.....	26
5.2. Estrategias preventivas.....	29
5.3. Cuestionario hábitos saludables.....	30
6. INSTRUMENTOS DE INDAGACIÓN	
6.1. Icap.....	31
6.2. Mecí.....	32
6.3. Mas.....	33
6.4. Cuestionario Sensorial.....	34
6.5. Cuestionario sobre estrés.....	35
7. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN ACP.	
7.1. Plan de Apoyo Conductual Positivo.....	36
7.2. Estructura.....	37
7.3. Niveles de intervención.....	38
8. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	
8.1. Cuestionario percepción de eficacia del plan ACP.....	39
8.2. Icap.....	41
8.3. Más allá de la conducta: calidad de vida y derechos (Escala).....	42
9. ELABORACIÓN DE UN PLAN ACP.....	43
10. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL MÓDULO ACP 2.0.	46
11. BIBLIOGRAFÍA... ..	48



1. JUSTIFICACIÓN.

1.1 Enfoque.

El comportamiento humano, especialmente en personas con discapacidad, neurodivergencias u otras condiciones del desarrollo, no puede comprenderse ni abordarse de manera aislada ni punitiva. Es fundamental reconocer que toda conducta cumple una función, tiene un origen contextual y está influida por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde esta perspectiva, el Apoyo Conductual Positivo (ACP) se presenta como un enfoque centrado en la persona, proactivo y basado en la evidencia, que promueve la mejora de la calidad de vida y el respeto de los derechos de las personas a las que prestamos apoyos, priorizando el bienestar emocional, la comunicación funcional y la participación activa de la persona en su entorno.

1.2 Ético – Funcional.

A diferencia de modelos tradicionales que se enfocan únicamente en eliminar o reducir conductas consideradas problemáticas, el ACP busca comprender el porqué de esas conductas, analizar sus funciones y contextos desencadenantes, e intervenir desde estrategias respetuosas, estructuradas y preventivas. En este sentido, se incorporan herramientas como la Matriz evaluadora de conducta, el análisis del perfil sensorial, la identificación de estresores, el uso de Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC), el modelo TEACCH, la estructuración ambiental y protocolos de intervención en crisis, todo dentro del marco del modelo bio-psico-social.

1.3 Transversalidad: de la atención directa a la gerencia.

Las conductas no dependen exclusivamente de la persona, sino que están profundamente influenciadas por su entorno, incluyendo a la familia, amistades, profesionales y la comunidad en general. En este sentido, resulta fundamental que el análisis de la información se desarrolle dentro de una estructura de trabajo horizontal y colaborativa. Esto implica que las personas del entorno que prestan apoyos no solo participen activamente en la recogida de información, sino que también formen parte del proceso de elaboración, implementación y evaluación del Plan de Apoyo Conductual Positivo (ACP), garantizando así intervenciones contextualizadas, coherentes y sostenibles en el tiempo.



1.4 Circularidad: método científico.

El ACP no se basa en suposiciones, sino que aplica herramientas de análisis sistemático, como la Matriz evaluadora de conducta, el análisis funcional, la identificación de estresores, y la estructuración ambiental, permitiendo intervenir de forma predictiva y no reactiva. El enfoque es dinámico y cíclico, basado en la observación, hipótesis, intervención, evaluación y ajuste continuo.



1.5 Datos (2.0).

Este curso responde a la necesidad actual de formar profesionales y cuidadores con una mirada actualizada y científica sobre la conducta humana. Se busca reducir intervenciones reactivas o coercitivas, y promover una cultura de respeto, inclusión y dignidad, mediante el uso de datos objetivos, análisis contextual y estrategias basadas en evidencia, que permitan tomar decisiones informadas y éticas.

Tras esta justificación inicial, este manual se estructura en diferentes apartados que permiten comprender, analizar e intervenir de manera integral en la conducta desde un enfoque de Apoyo Conductual Positivo. En primer lugar, se aborda la conducta y su registro a través de distintos instrumentos de evaluación y codificación; posteriormente, se amplía la mirada hacia el contexto y los factores que influyen en la aparición o mantenimiento de dichas conductas. A partir de este análisis, se presentan estrategias de intervención y autocuidado, incorporando tanto propuestas preventivas como programas específicos. Asimismo, se detallan los principales instrumentos de indagación y evaluación que guían el proceso, para finalmente avanzar en la elaboración estructurada de un Plan de Apoyo Conductual Positivo que contemple niveles de intervención, percepción de eficacia y, de manera transversal, la mejora de la calidad de vida y el respeto a los derechos de la persona.



2. CONDUCTA

El objetivo de este tema es alcanzar una comprensión de las alteraciones de la conducta que posibilite un abordaje operativo.

Para ello partiremos de una perspectiva temporal del ciclo de las conductas, complementariamente, una visión centrada en las diferentes categorías conductuales, para llegar a una solución de conjunto, el modelo categorial-continuo. En un segundo bloque, abordaremos diferentes fuentes de información: los estresores, las diferentes funciones de las conductas, y el origen sensorial del que nos informa el perfil sensorial.

2.1 Reconocer y registrar.

El Ciclo Conductual de Whitaker describe la secuencia repetitiva de conductas y reacciones emocionales que se activan ante situaciones de tensión emocional no resuelta. Este ciclo pone en evidencia cómo se desarrollan patrones automáticos de relación que, lejos de resolver el conflicto, lo perpetúan. A continuación, se describen sus cuatro fases fundamentales:

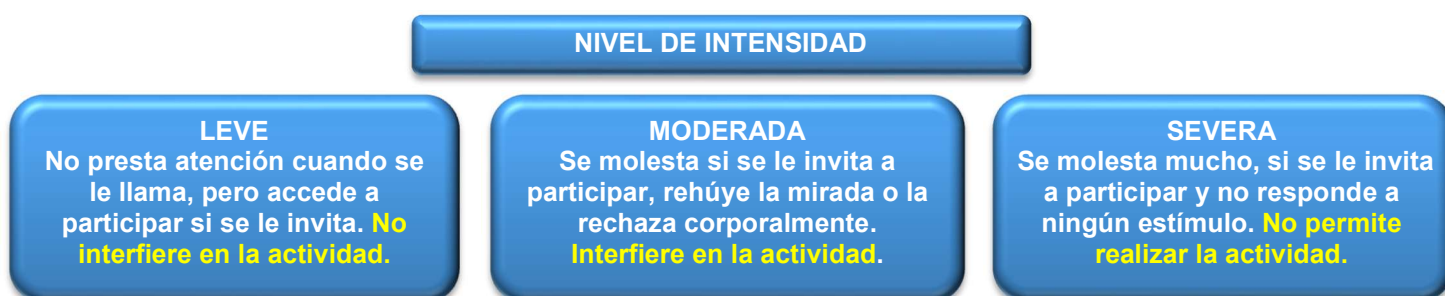
- **Fase Desencadenante:** Esta fase inicia con un evento externo o interno que activa la ansiedad. Puede tratarse de una situación cotidiana o de un cambio vital. El estímulo desencadenante no es necesariamente grave en sí mismo, pero actúa como disparador de tensiones latentes.
- **2. Fase de Intensificación:** A medida que el malestar aumenta, se intensifican las reacciones emocionales y conductuales. En esta fase emergen patrones defensivos automatizados. Estas respuestas buscan reducir la ansiedad inmediata, pero en realidad refuerzan la tensión, al impedir una comunicación emocional auténtica. La dinámica se vuelve progresivamente más rígida y polarizada.
- **3. Fase de Explosión:** Cuando la tensión alcanza un punto crítico, se produce una ruptura temporal en la contención emocional del sistema: esta es la fase de explosión. Aquí se expresan emociones acumuladas que no fueron gestionadas adecuadamente en las fases anteriores. Aunque puede parecer liberadora, esta explosión no implica una resolución; es más bien la manifestación del colapso del control defensivo del sistema.
- **4. Fase de Recuperación:** Posteriormente, se tiende a retornar a un estado de aparente estabilidad. Se restablecen los roles y conductas habituales, muchas veces con intentos de minimizar o negar lo ocurrido. Esta recuperación es superficial y temporal, ya que no ha habido una verdadera resolución del conflicto. El sistema permanece vulnerable, y el ciclo está listo para repetirse ante el siguiente evento desencadenante.



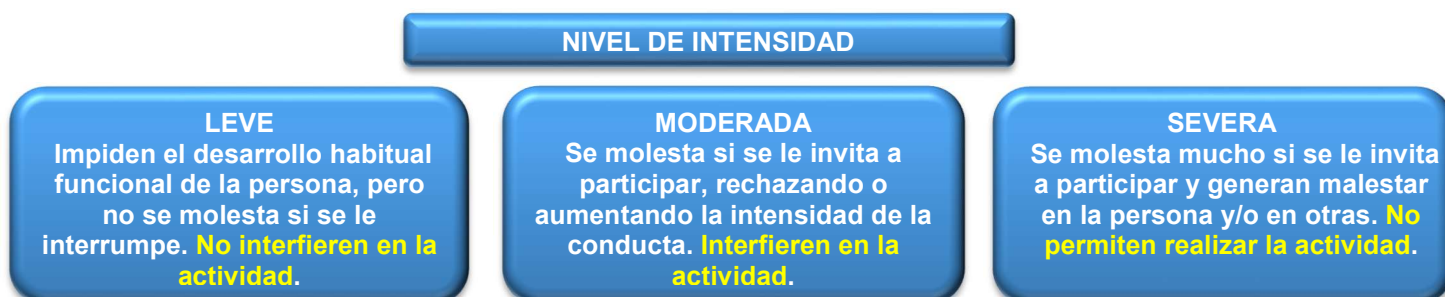
2.1 Codificaciones (ICAP)

La clasificación parte de ocho categorías conductuales, junto con su descripción, tal como son propuestas por Bruininks, Hill, Wea, y Woodcock, (1986) en la sección de conductas inadaptadas del ICAP, para a continuación asignar un nivel de intensidad, distribuido en tres grados en función de las características comportamentales, que se describen por medio de ejemplos concretos.

- **Retraimiento o falta de atención:** falta de relación con otros o no prestar atención.
 - Mantenerse alejado/a de otras personas.
 - Expresar temores poco corrientes.
 - Mostrarse muy inactivo/a, mostrarse triste o preocupado/a.
 - Demostrar muy poca concentración en diversas actividades.
 - Dormir excesivamente.
 - Hablar negativamente de sí mismo/a.

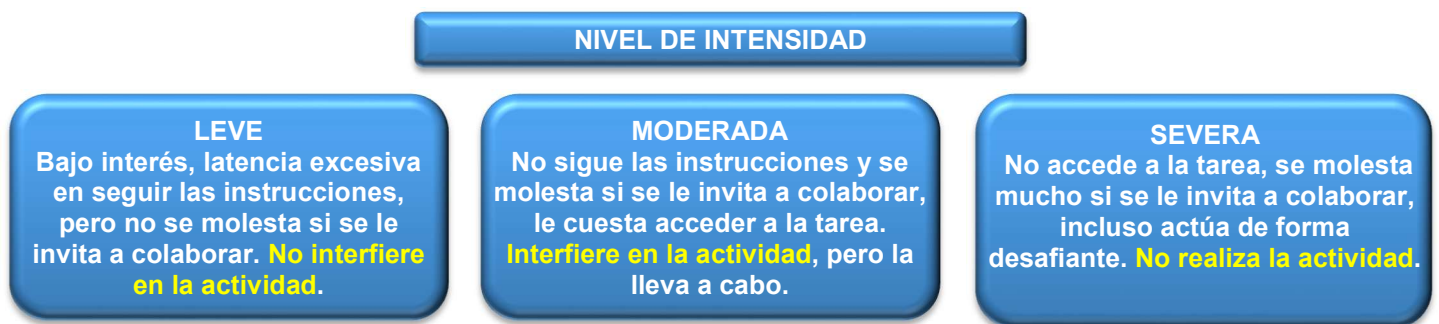


- **Hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias):** conductas poco usuales y repetitivas.
 - Ir y venir por la habitación, balancearse.
 - Torcerse los dedos, chuparse sus manos u otros objetos.
 - Dar sacudidas con partes de su cuerpo (tics nerviosos).
 - Hablar solo/a, rechinar los dientes, hacer muecas o ruidos extraños.
 - Comer tierra u otros objetos.
 - Mirar fijo a un objeto o al vacío.

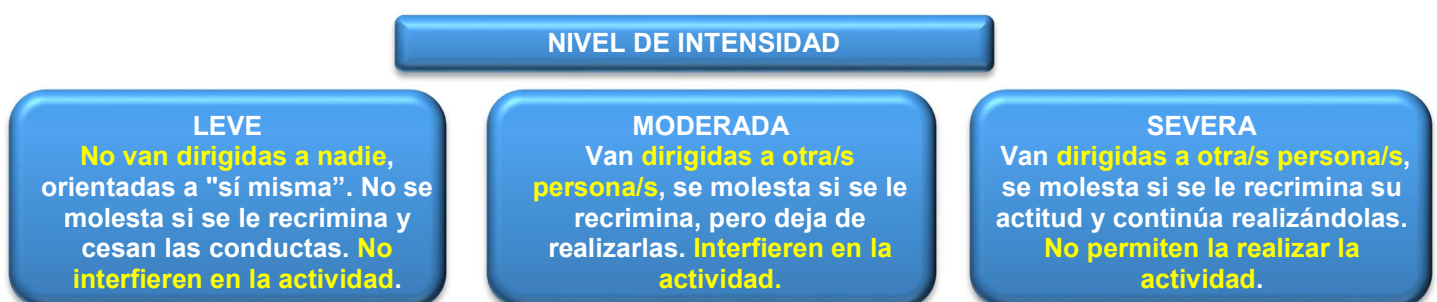




- **Conductas no colaboradoras**: negarse a obedecer, no hacer sus tareas o no respetar las reglas.
 - Actuar de forma desafiante.
 - Poner mala cara.
 - Negarse a asistir a la escuela o al trabajo.
 - Llegar tarde a la escuela o al trabajo.
 - Negarse a compartir o esperar su turno.
 - Engañar, robar, o no respetar la ley.



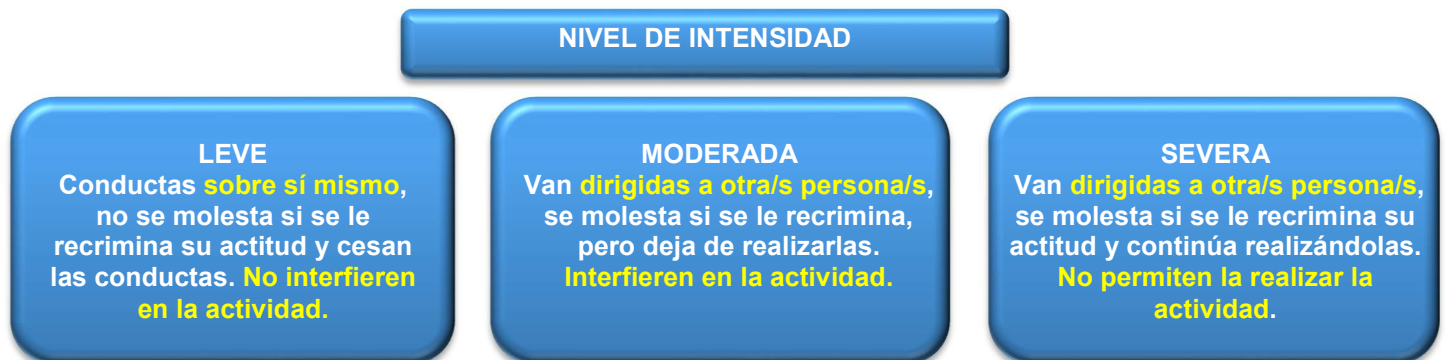
- **Conducta social ofensiva**: conductas que molestan o desagradan al resto de personas.
 - Hablar en voz muy alta, blasfemar o emplear un lenguaje soez.
 - Mentir, acercarse demasiado o tocar en exceso a otros.
 - Amenazar, decir tonterías.
 - Escupir, meterse el dedo en la nariz, eructar.
 - Expeler ventosidades, tocarse los genitales, orinar en lugares no apropiados.





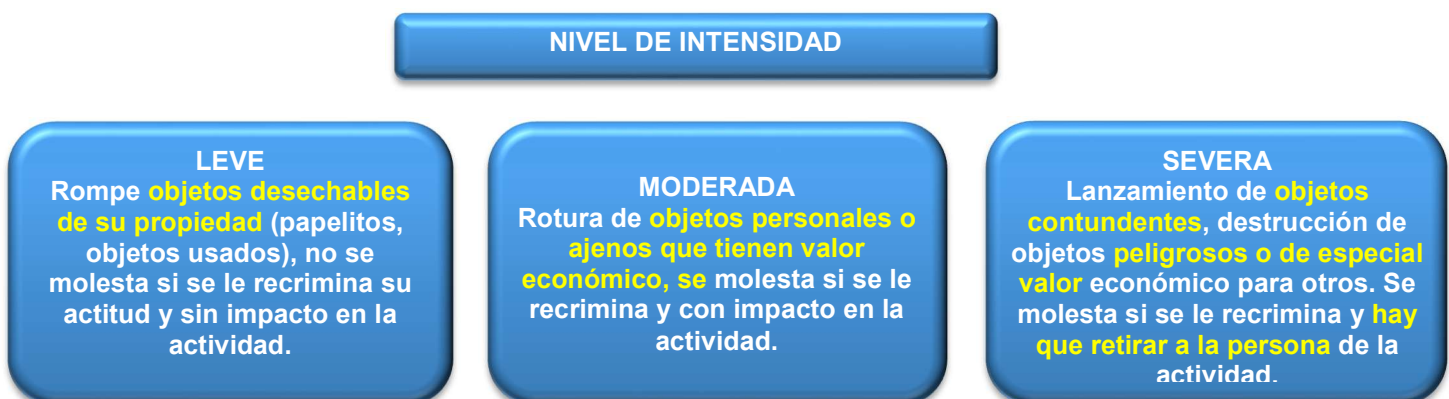
- **Conducta disruptiva:** Interfiere las actividades de otros:

- Abrazándose en exceso a otros.
- Acosándoles o importunándoles.
- Discutiendo o quejándose.
- Buscando pelea.
- Riéndose o llorando sin motivo.
- Interrumpiendo, gritando o chillando.



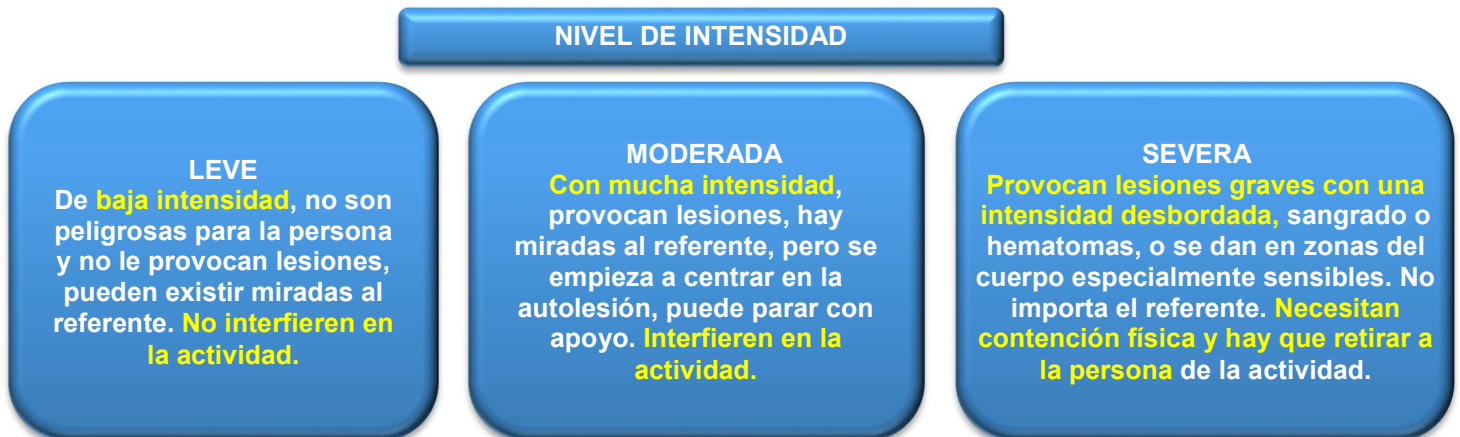
- **Destrucción de objetos:** Intencionadamente rompe, estropea o destruye cosas.

- Golpeando.
- Rasgando o cortando.
- Tirando.
- Quemando.
- Picando o rayando.

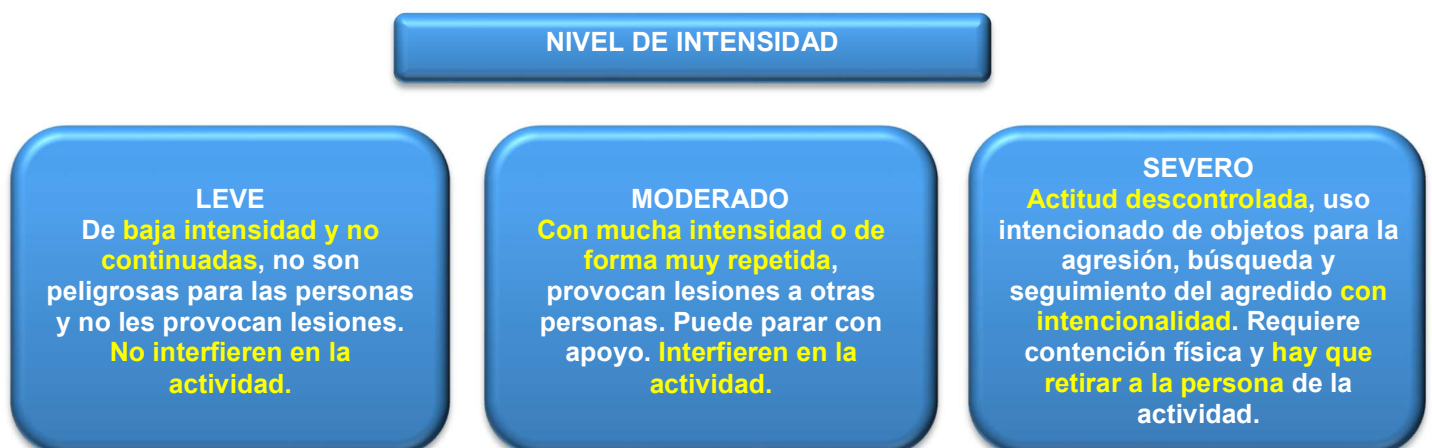




- **Comportamiento autolesivo:** Se hace daño en su propio cuerpo.
 - Golpeándose.
 - Dándose cabezazos.
 - Mordiéndose.
 - Arañándose, frotándose la piel, pellizcándose.
 - Cortándose o pinchándose.



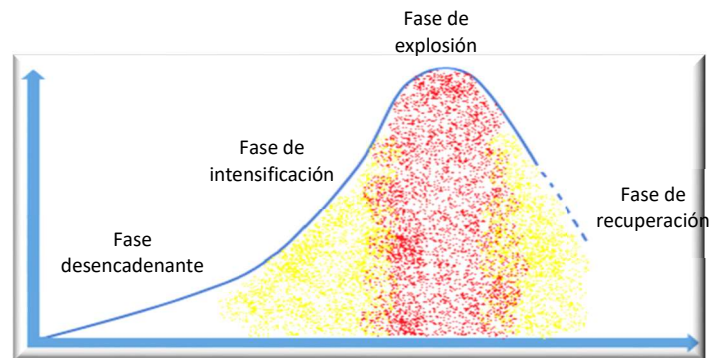
- **Heteroagresividad o daño a otros:** Causa dolor físico a otras personas o a animales.
 - Golpeando, dando patadas.
 - Mordiendo.
 - Pinchando, arañando.
 - Tirando del pelo.





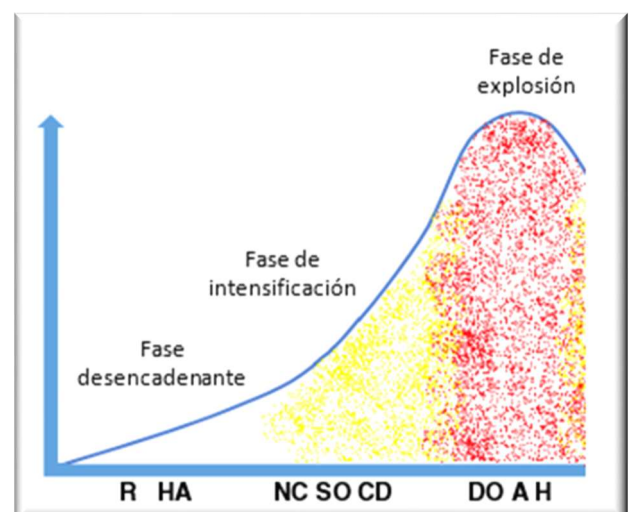
2.3 Escalada conductual: Categorical-continuo (MECI).

Modelo de crisis conductual de Whitaker (2001)



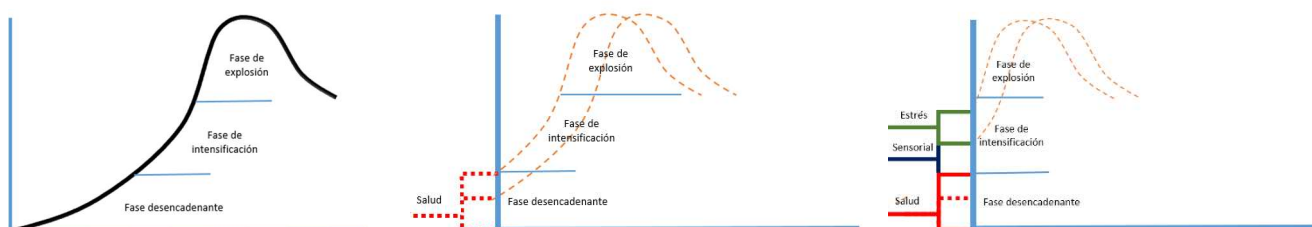
A este modelo le añadimos las conductas inadaptadas definidas en el ICAP. Nuestra hipótesis principal es que existe una distribución de las diferentes conductas inadaptadas en forma de continuo. A partir de esta hipótesis general se establecen las siguientes hipótesis específicas: (1) las primeras conductas en aparecer serán las de Retraimiento y los Hábitos Atípicos y Repetitivos; (2) en el siguiente grupo de conductas en tener lugar se encontrarán las conductas no colaboradoras, conductas disruptivas y conductas social-ofensivas; (3) el grupo final de conductas serán las conductas heteroagresivas, conductas autolesivas y la destrucción de objetos, dependiendo de la fase de la crisis conductual en el que se encuentre la persona.

- 1) Fase desencadenante:
 - R Retraimiento o falta de atención.
 - HA Hábitos atípicos y repetitivos.
- 2) Fase de intensificación:
 - NC Conductas no colaboradoras.
 - SO Conducta social ofensiva.
 - CD Conducta disruptiva.
- 3) Fase de explosión:
 - DO Destrucción de objetos.
 - A Comportamiento autolesivo.
 - H Heteroagresividad.





Una vez definidas y comprendidas las fases de una crisis conductual, así como establecida la distribución de las distintas conductas inadaptadas en forma de continuo, es fundamental reconocer que ambos elementos se articulan desde un punto de intersección teórico con valor cero. Este valor inicial representa un estado basal de relajación o equilibrio conductual en la persona. No obstante, es importante tener en cuenta en la planificación de un Plan ACP, que diversos factores pueden influir en que este punto de partida no se sitúe exactamente en cero, ya que las condiciones individuales, contextuales y ambientales pueden predisponer a la persona a partir de un nivel distinto de activación o desregulación.



Cuando confluyen múltiples factores que alteran el equilibrio conductual de la persona — ya sean de índole individual, contextual o ambiental— es más probable que se produzcan crisis conductuales de carácter explosivo. Por ello, es fundamental comprender que un Plan ACP no debe estar dirigido exclusivamente a personas que presentan conductas inadaptadas graves. De hecho, estas conductas graves suelen ser, en muchos casos, la consecuencia directa de una falta de seguimiento continuado de aspectos esenciales como la salud física y mental, los intereses personales, el bienestar emocional o las condiciones del entorno. En este sentido, la planificación de un Plan ACP efectivo requiere un análisis integral y profundo de la persona, que contemple la identificación funcional de las conductas, el perfil sensorial, los estresores específicos y otros elementos clave del día a día. Solo a través de esta visión global e individualizada se puede prevenir la escalada conductual y promover una mejora real en la calidad de vida de la persona.



2.4 Funciones de la conducta (MAS).

Desarrollado por Durand y Crimmins en los años 1988 y 1992, este método de evaluación no invasivo permite identificar qué función podría estar cumpliendo una conducta determinada. El análisis contempla cuatro categorías principales: estimulación sensorial, evitación de situaciones no deseadas, búsqueda de atención y obtención de objetos o actividades.

Un instrumento necesario para analizar los factores que Influyen en la conducta, diseñado con el fin de identificar qué impulsa ciertos comportamientos en personas que presentan dificultades en la comunicación verbal. Al comprender qué motiva una acción, se pueden establecer estrategias de apoyo más efectivas, como modificar el ambiente o enseñar habilidades funcionales que permitan satisfacer sus necesidades de manera adecuada. La finalidad es fomentar una interacción más positiva y adaptativa con el entorno, basándose en el respeto y la comprensión individualizada.

Escala de evaluación de la motivación (MAS) V. Mark Durand y Daniel B. Crimmins							
ÍTEMS	Indicar la respuesta correcta con el valor 1						
	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Mitad de las veces	Normalmente	Casi siempre	Siempre
¿Se podría producir esta conducta continuamente, una y otra vez, si la persona estuviese sola durante bastante tiempo?							
¿Se produce la conducta después de pedirle que haga una tarea difícil?							
¿Parece que la conducta se produce como respuesta al hecho de estar hablando con otras personas en la habitación?							
¿La conducta aparece cada vez que quiere obtener un juguete, algo para comer o una actividad que le hemos dicho que no podía tener?							
¿Se produce la conducta repetidamente, de la misma forma, durante periodos largos de tiempo, cuando no hay nadie a su alrededor? (Por ejemplo: balanceándose adelante y atrás)							

En términos prácticos, la herramienta consiste en una serie de preguntas que deben responder quienes conocen bien a la persona evaluada. El cuestionario, con un total de 16 ítems clave, está orientado especialmente a comprender el comportamiento en personas con TEA y otros trastornos del desarrollo.



2.5 Función Sensorial (Cuestionario Sensorial).

Una de las características importantes de las personas con TEA es la sensibilidad sensorial atípica, que puede manifestarse de diversas maneras y tener un impacto significativo en su vida diaria. Comprender el perfil sensorial de una persona con TEA es esencial para adaptar entornos, actividades y estrategias de intervención de manera que se minimicen los estresores sensoriales y se promueva su bienestar emocional y conductual.

Identificar y comprender los estresores sensoriales específicos que desencadenan respuestas negativas en personas con TEA es fundamental para prevenir y gestionar crisis conductuales. Estos estresores pueden incluir luces brillantes, ruidos fuertes, texturas inusuales, olores intensos, cambios bruscos de temperatura, entre otros. La exposición a estos estresores puede provocar ansiedad, agitación, irritabilidad y, en última instancia, desencadenar una crisis conductual.

El Cuestionario Sensorial se presenta como un recurso sistemático de evaluación de los procesos sensoriales, mediante el cual es posible indagar en siete modalidades esenciales: vista, oído, tacto, gusto, olfato, propiocepción y sistema vestibular. Este abordaje integral permite identificar fortalezas y dificultades en el procesamiento sensorial.

PERFIL HIPOSENSIBLE					
AUDITIVO		OBSERVACIONES	ESCALA (Marcar con una x)		
			Nunca o casi nunca	En ocasiones	A menudo
ITEM 1	Tiende a subir el volumen de la televisión u otros aparatos.				
ITEM 2	Produce ruidos golpeando objetos o lanzándolos.				
ITEM 3	Disfruta con el ruido de las sirenas, bocinazos.				

PERFIL HIPERSENSIBLE					
AUDITIVO		OBSERVACIONES	ESCALA (Marcar con una x)		
			Nunca o casi nunca	En ocasiones	A menudo
ITEM 1	Tiende a taparse los oídos ante determinados sonidos. Tiene dificultad para concentrarse si hay ruido de fondo.				
ITEM 2	Evita los lugares ruidosos o muy concurridos, huye de ellos, se tapa los oídos...				
ITEM 3	Emite sonidos repetitivos ante la presencia de determinados sonidos.				

En resumen, comprender el perfil sensorial de las personas con TEA y conocer los estresores sensoriales que pueden desencadenar crisis conductuales es esencial para proporcionar un apoyo efectivo y mejorar su calidad de vida. Al adaptar entornos, actividades y estrategias de intervención para minimizar los estresores sensoriales, podemos ayudar a reducir la frecuencia y la gravedad de las crisis conductuales, promoviendo así el bienestar emocional y conductual de las personas con TEA.



2.6 Cuestionario sobre estrés.

El estrés desempeña un papel fundamental en la fase desencadenante de una crisis conductual, ya que actúa como un factor precipitante que aumenta la vulnerabilidad de la persona a sufrir una crisis conductual. Situaciones estresantes, cambios en la rutina, demandas excesivas, estímulos sensoriales intensos etc... pueden sobrepasar los recursos de afrontamiento de la persona, activando respuestas emocionales y conductuales graves. Comprender cómo el estrés influye en esta fase permite anticipar posibles crisis y diseñar estrategias preventivas que minimicen los factores desencadenantes, promoviendo un manejo más efectivo y seguro de la conducta.

El cuestionario sobre el estrés es una traducción y adaptación interna de The Groden Centre Inc. (*"The Stress Survey Schedule for persons with autism and developmental disabilities"*) de uso interno en Autismo Sevilla. La finalidad de esta herramienta es aumentar la comprensión sobre los factores estresantes que afectan la vida cotidiana de las personas, favoreciendo así la identificación y el manejo de situaciones que generan estrés.

La herramienta está compuesta por 119 ítems que recogen información sobre diversos aspectos susceptibles de generar estrés en las personas.

Por favor, valora la intensidad de la reacción al estrés en las siguientes situaciones, marcando con el número correspondiente indicado en la intensidad.	De nada a leve 1	De leve a moderado 2	Moderado 3	De moderado a severo 4	Severo 5
1. Recibir un regalo					
2. Tener objetos personales o materiales desordenados					
3. Estar enfermo					

MIEDOS					
1. Miedo a los animales					
2. Miedo al agua (Piscinas, lagos, el mar, etc.)					
3. Miedo a la multitud					
4. Miedo a los lugares cerrados					

ESTRESORES DE LA VIDA DIARIA					
1. Ir al doctor o al dentista					
2. Tener convulsiones					
3. Tener un nuevo hermano					

Asimismo, ofrece la posibilidad de registrar otros estresores no contemplados en el cuestionario y de señalar cuál del conjunto de estresores se considera el más significativo.

Por favor, lista cualquier otro estresor:	
¿Cuál de estos estresores consideras más significativos? ¿Por qué?	



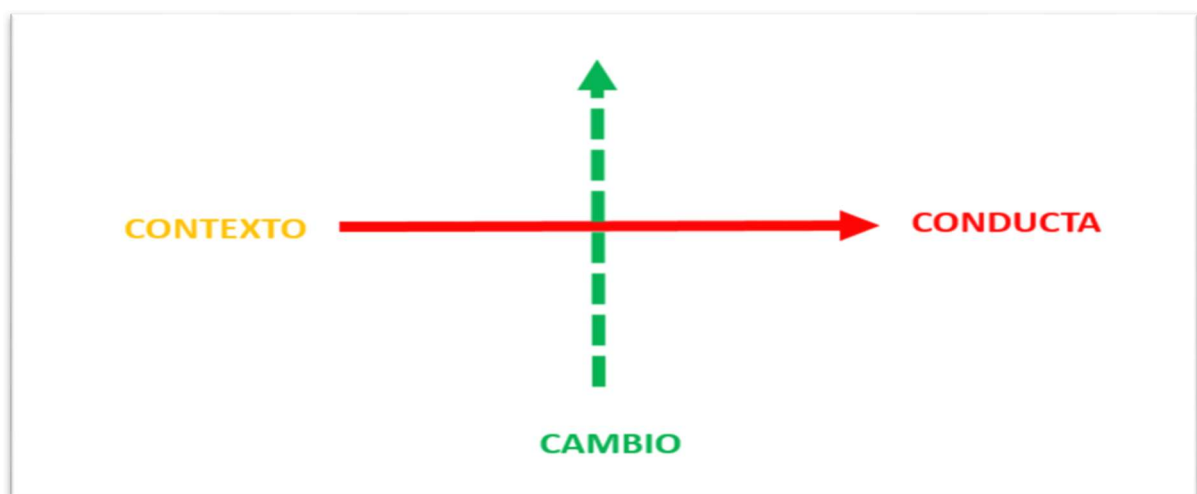
3. CONTEXTO

3.1 Mapa Conceptual.

En el tema 3 presentamos la variable contexto, en su doble función: por un lado, como origen de buena parte de las crisis conductuales, y por otro, como una oportunidad de cambio a la hora de plantear estrategias de intervención.

Para ello, partiremos de un marco conceptual centrado en la función del contexto, presentaremos un instrumento específico que permite identificar los factores contextuales, y revisaremos otros instrumentos relacionados. Finalmente, mostraremos los resultados de los estudios más recientes sobre este tema.

Desde el modelo bio-psico-social del comportamiento, se atribuye un triple origen a la conducta, siendo el contexto uno de los factores con mayor influencia. Contexto y conducta están directamente vinculados, existiendo entre ambos una relación causal que puede llegar a favorecer conductas adaptadas, y en otras ocasiones, provocar alteraciones del comportamiento. Los efectos del contexto pueden observarse de manera inmediata— desencadenantes rápidos — o bien de forma más sutil, aplazada en el tiempo, en el caso de los desencadenantes lentos. De ahí la importancia de identificar los factores que conforman el contexto, para poder introducir cambios en estos, que posibiliten mejoras en las conductas adaptativas, pasando así de una relación bidireccional, contexto-conducta (inadaptada), a un modelo triple: contexto-cambio-conducta (adaptada).





3.2 Factores contextuales

Entre los factores contextuales se encuentran las diferentes circunstancias que rodean las vidas de las personas: factores de orden físico, social e histórico-cultural (Tamarit, 1995).

De forma más específica, hablamos de relaciones (personas de apoyo, comunidad, redes sociales), ambiente (entorno físico, estímulos sensoriales, entorno histórico y cultural), recursos (educativos, laborales, de ocio y bienestar) y políticas que dan acceso a estos.



La indagación acerca del contexto es parte de la información en la que basamos los planes ACP, PACP. En este proceso de indagación del contexto es necesario utilizar instrumentos que nos indiquen cuales son los estresores de la persona, cuales son las actividades en que tienen lugar las alteraciones de conducta, así como que situaciones provocan estrés a la persona.

Comprender estos aspectos contextuales permite diseñar programas y apoyos más ajustados a las necesidades reales de la persona, promoviendo su bienestar, autonomía y participación activa en la comunidad. Además, este enfoque favorece una mirada integral que no se centra únicamente en la conducta, sino en la interacción dinámica entre la persona y su entorno, permitiendo intervenir no solo sobre lo que la persona hace, sino también sobre las condiciones que influyen en su comportamiento y calidad de vida.



3.3 Instrumentos.

Uno de los instrumentos específicos que se pueden emplear para la exploración del contexto es el Cuestionario de Estrés para TEA. Este instrumento permite identificar los factores que generan estrés en la persona, organizados en once dominios fundamentales: social/ambiental, cambios, estímulos desagradables, anticipación, estímulos sensoriales, comunicación/emociones, alimentación, rituales, estímulos positivos, miedos y estresores de la vida diaria. El análisis de estos dominios facilita una comprensión más profunda de los elementos del entorno que pueden influir negativamente en el bienestar de la persona.

CUESTIONARIO ESTRESORES	SOCIAL/AMBIENTAL
	CAMBIOS
	ESTÍMULOS DESAGRADABLES
	ANTICIPACIÓN
	ESTÍMULOS SENSORIALES
	COMUNICACIÓN/EMOCIONES
	ALIMENTACIÓN
	RITUALES
	ESTÍMULOS POSITIVOS
	MIEDOS
	ESTRESORES DE LA VIDA DIARIA

Asimismo, el Cuestionario Sensorial Breve constituye una herramienta relevante para recabar información sobre la respuesta de la persona ante estímulos sensoriales, incluyendo los cinco sentidos clásicos (vista, tacto, oído, gusto y olfato), así como los sistemas vestibular y propioceptivo. Estas respuestas, estrechamente vinculadas al entorno físico, permiten identificar posibles desencadenantes sensoriales que afectan la conducta y el estado emocional de la persona.

CUESTIONARIO SENSORIAL	VISTA
	TACTO
	OÍDO
	GUSTO
	OLFATO
	SISTEMA VESTIBULAR
	SISTEMA PROPIOCEPTIVO

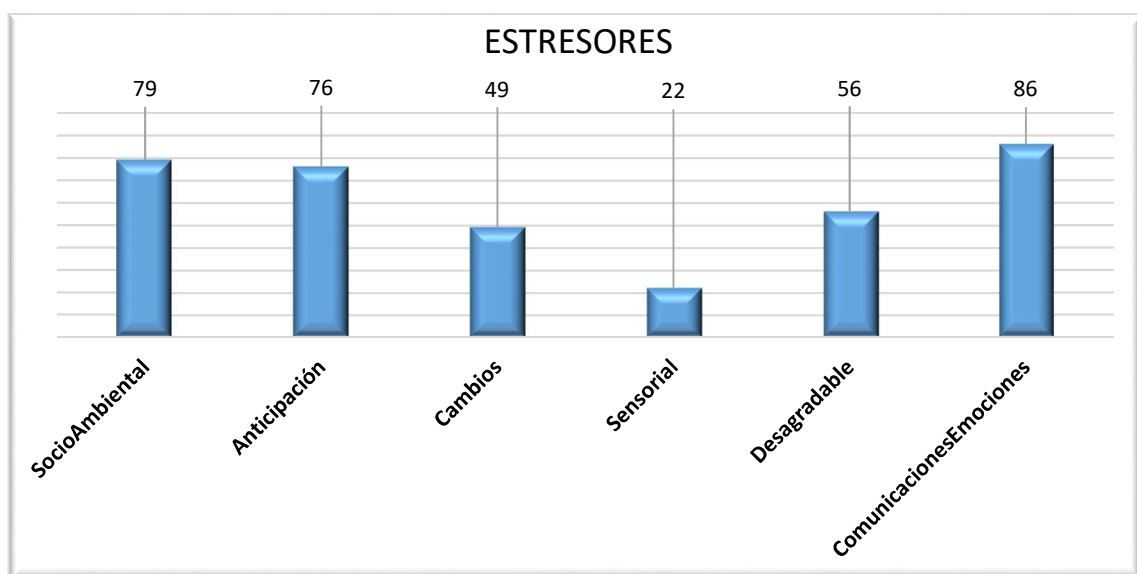
Por otro lado, la Matriz de Evaluación de Conductas Inadaptadas recoge información pertinente sobre las actividades durante las cuales se manifiestan alteraciones de conducta, así como sobre las personas implicadas y los espacios en los que dichas conductas tienen lugar. Esta herramienta permite analizar el contexto inmediato en el que ocurren las conductas, proporcionando datos clave para el diseño de apoyos ajustados a las necesidades individuales.



3.4 Estudio

Aun siendo un factor determinante a la hora de explicar la conducta, y plantear opciones de cambio, el contexto no ha sido suficientemente estudiado, sin duda, futuras investigaciones aportarán evidencia y conocimiento sobre el tema.

En ese sentido, en el estudio llevado a cabo en Gautena (2025) obtuvimos los resultados que a continuación presentamos, en el que los dominios, o estresores, que mayor relevancia alcanzaron fueron:



Resultados provenientes del Cuestionario de Estrés para TEA en población adulta (Gautena 2025). Figura 3.4



4 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.

4.1 Mapa conceptual.

En el tema 4 del bloque daremos respuesta a la cuestión planteada en los apartados anteriores: cómo afrontar los desafíos que se expresan a través de conductas inadaptadas en la persona a la que apoyamos, recurriendo a estrategias de intervención con eficacia probada.

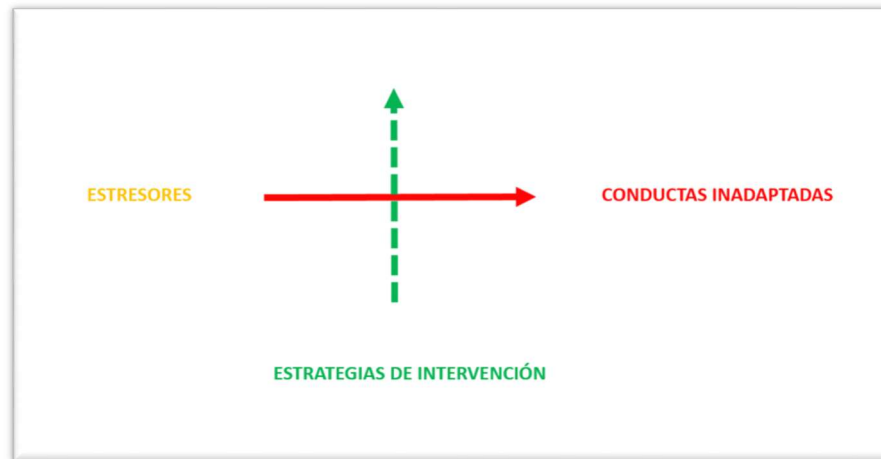
Para ello, partiremos de un mapa conceptual centrado en la intervención, que servirá como guía para presentar un amplio abanico de estrategias. Estas se organizarán de manera que permitan alcanzar la mayor eficacia y efectividad posible. Además, daremos espacio a nuevas opciones de intervención que están mostrando resultados prometedores y que, sin duda, en un futuro próximo se consolidarán como recursos de referencia. Finalmente, abordaremos la respuesta a las comorbilidades más frecuentes en el TEA y en la discapacidad funcional.

La función principal de estas estrategias de intervención, estrechamente ligadas tanto a las conductas inadaptadas como al contexto en el que se producen, es ofrecer alternativas más adecuadas que sustituyan esos comportamientos. Cabe recordar que, aunque dichas conductas pudieron resultar útiles en su momento, en la actualidad generan problemas: ya sea para la persona que las manifiesta, para su entorno o para ambos.





Por lo tanto, entendemos que las estrategias de intervención deben funcionar como un factor de mediación entre las condiciones del contexto —que suelen actuar como desencadenantes de las conductas inadaptadas— y las propias conductas, generando así un cambio positivo, a modo de “círculo virtuoso”.



La implementación de estas intervenciones puede organizarse en diferentes niveles, en función de las conductas a las que se quiera dar respuesta:

- **Prevención primaria:**

Se orienta a anticiparse a la aparición de conductas inadaptadas. Sus esfuerzos se centran en el desarrollo de competencias funcionales y en la creación de un entorno físico y social más “amigable”. En este nivel, los destinatarios son todas las personas, ya que busca favorecer el bienestar general de la población.

- **Prevención secundaria:**

Se aplica cuando ya se han observado y registrado conductas inadaptadas. En este caso, la intervención busca evitar su repetición. Para ello, se realizan adaptaciones más intensas, dirigidas tanto al entorno físico y social como a las actividades funcionales.

- **Estrategias Reactivas:**

Aunque los beneficios de la prevención son evidentes, los estudios de eficacia muestran de manera consistente que es necesario ajustar las expectativas. Lo más realista es esperar una reducción en la frecuencia e intensidad de los comportamientos desafiantes; sin embargo, en muchos casos estas conductas persisten en cierta medida. Por ello, resulta imprescindible estar preparados para responder mediante estrategias reactivas, aplicadas siempre de manera ética y con una función clara.



4.2 Estrategias

A continuación, se presentará un listado con diferentes opciones de intervención, adaptadas a cada momento del proceso y a las circunstancias específicas de cada caso.

○ Estrategias Preventivas Primarias:

En la prevención primaria los esfuerzos se centran en la regulación emocional, la comunicación y la construcción de vínculos relacionales.

- Regulación emocional:
 - Respiración diafragmática.
 - Relajación muscular.
 - Estrategias de baja intensidad (limitar el contacto visual y el tono de voz, junto con ofrecer distancia).
 - Objetos sensoriales.
 - Contacto físico con el adulto: búsqueda de presión.
 - Ofrecer alguna actividad de interés durante un tiempo limitado.
 - Zona de regulación.
 - Trabajar las emociones.
 - Medidas protectoras.
 - Ratos de asueto durante un tiempo limitado.
- Comunicación:
 - Elección e implementación de sistemas de comunicación.
 - Uso de agendas y planificadores del tiempo.
 - Comunicación de los cambios.
 - Peticiones.
 - Rechazos.
 - Elecciones.
 - Órdenes sencillas.
 - Adaptar el estilo de la comunicación: concreto, simple, basado en sus expresiones y referencias.
- Relaciones personales
 - Establecimiento de desarrollo de relaciones con iguales.
 - Establecimiento de desarrollo de relaciones con personas de apoyo.
 - Supervisión del adulto: atención 1 a 1.
 - Termómetro de emociones.
 - Historias sociales.



○ **Estrategias Preventivas Secundarias:**

En la prevención secundaria las adaptaciones se dirigen a modificar los estímulos, ya sea limitándolos o facilitándolos según las necesidades, y a ajustar el plan de actividades.

- Entorno, limitadoras de estímulos:
 - Habilitación de espacios individuales.
 - Desdobles de los grupos.
 - Reducción de estímulos sonoros (auriculares).
 - Sonidos neutralizadores del ruido ambiente (ruido blanco).
 - Reducción jornada educativa.
 - Transiciones organizadas.
 - Ofrecer un día de descanso en el domicilio familiar.
- Entorno, facilitadoras de estímulos:
 - Actividades motorices (Propioceptivas y/o vestibulares).
 - Acceso limitado a pantallas (visual).
 - Estímulos visuales neutros (juegos de luces).
 - Música (sonoros).
 - Masajes (táctil).
 - Aromaterapia (olfativo).
- Actividades:
 - Comprensión.
 - Estructuración.
 - Medir la exigencia del trabajo.
 - Ante la negativa y dependiendo su estado bajar el nivel de exigencia y dar por finalizada la actividad.
 - Beneficio de actividades en el exterior: paseo.
 - Elección en función de los intereses.
 - Uso de apoyos visuales.
 - Fomento de la autonomía.



○ **Estrategias Reactivas:**

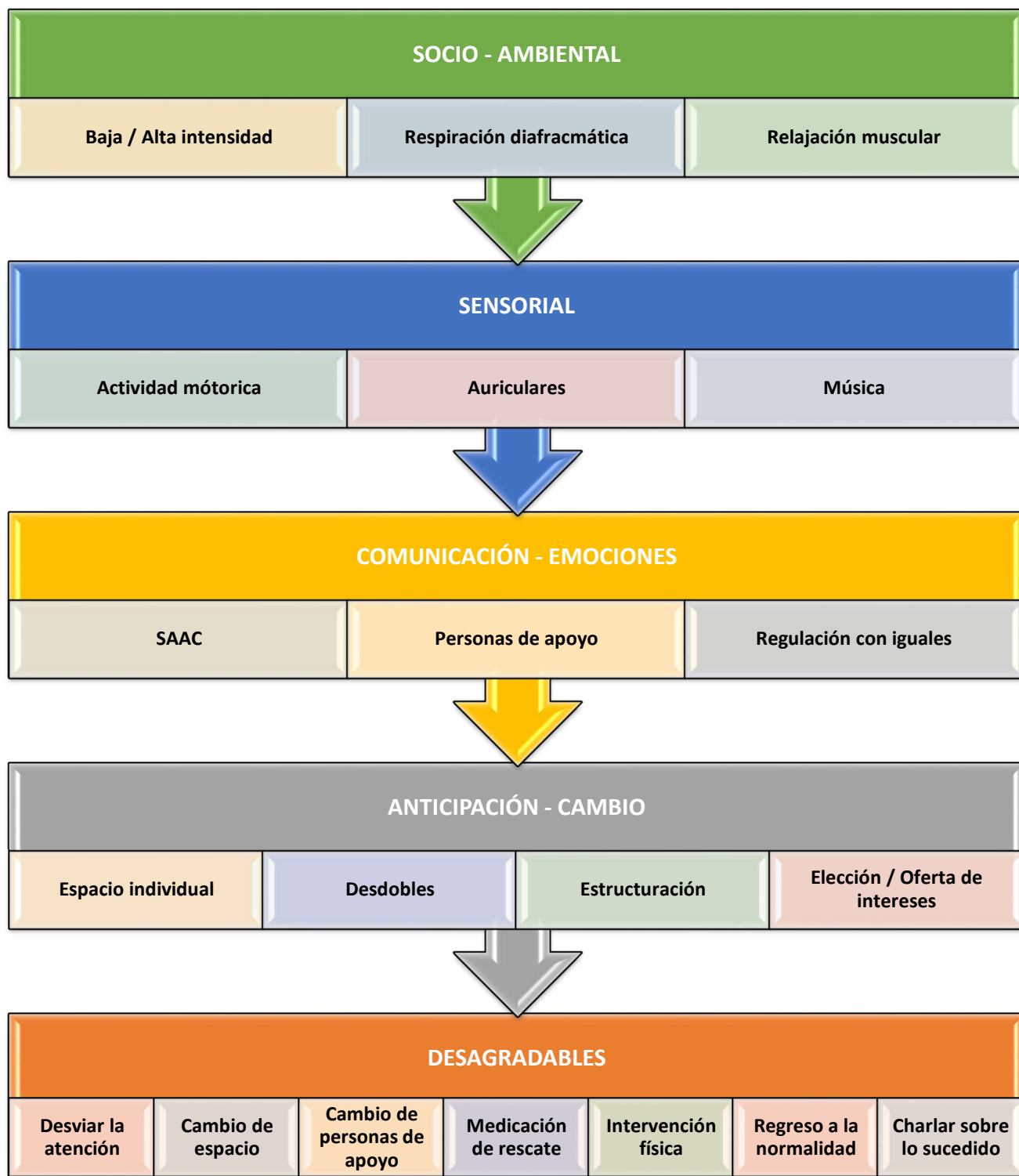
Las estrategias reactivas se planifican con una intensidad progresiva, en función del momento de la crisis conductual, y siempre considerando las características personales de quien la presenta.

- Fase desencadenante:
 - Eliminación de la causa.
 - Desviar su atención.
 - Redirigirle a un espacio individual.
 - Estrategias de baja intensidad (limitar el contacto visual y el tono de voz, ofrecer más distancia).
 - Medicación de rescate.
 - Aislarse en un espacio tiempo limitado y supervisión del adulto.
- Fase de intensificación:
 - Recordar las recompensas.
 - Recordar las reglas.
 - Modificar la demanda.
- Fase de explosión
 - Despejar el entorno.
 - Proteger a las personas.
 - Conseguir ayuda.
 - Intervención física.
- Fase de recuperación:
 - Proporcionar espacio.
 - Regresar a la normalidad.
 - Realizar de nuevo la demanda.
 - Charlar sobre la situación.
 - Cuidar de uno mismo.



4.3 Nuevas propuestas.

Finalmente, y en coherencia con el marco conceptual planteado —que establece una relación directa entre el contexto y la conducta—, proponemos un conjunto de estrategias de intervención en función de los desencadenantes presentes, tal como se muestra en el cuadro siguiente.





4.4 Programas específicos

Más allá de las alteraciones conductuales más generales, también se han identificado dificultades en áreas especialmente sensibles como el sueño, la alimentación, los miedos y fobias, el control de esfínteres y el duelo.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	CONTROL DE ESFÍNTERES
	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN ALIMENTACIÓN
	SUEÑO
	MIEDOS Y FOBIAS
	INTERVENCIÓN EN SEXUALIDAD
	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN DUELO

Para afrontarlas, en la mayoría de los casos se ha recurrido a técnicas basadas en la terapia cognitivo-conductual, dada la solidez de la evidencia que respalda su eficacia.

En los últimos años, han ido ganando presencia estudios que exploran otras opciones terapéuticas. Entre ellas destacan el mindfulness, especialmente recomendado en el tratamiento de la ansiedad y los trastornos obsesivo-compulsivos en personas con TEA de grado 1; la terapia de aceptación y compromiso (TAC) en el abordaje del duelo; la terapia dialéctico-conductual; el EMDR y la terapia de esquemas, orientadas al tratamiento de traumas asociados a experiencias de desadaptación.

Si bien aún es necesario contar con más evidencia científica, solo explorando y validando nuevos caminos podremos avanzar en la respuesta a las necesidades de las personas que requieren apoyos especiales.



5 ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO

5.1 Reacciones en las crisis conductuales.

El objetivo de este tema es contribuir a la toma de conciencia sobre las reacciones emocionales que experimentan las personas que acompañan a quienes necesitan apoyos especiales en su vida diaria, especialmente en las crisis conductuales, así como proponer recursos de afrontamiento.

En primer lugar, se presentarán las reacciones más comunes: miedo, ira y control excesivo, junto con la propuesta de la aceptación.

REACCIONES EMOCIONALES Y ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EN CRISIS COMPORTAMENTALES

- MIEDO
- IRA
- BUSQUEDA DE CONTROL

A continuación, se abordarán las principales estrategias preventivas: bienestar físico, ejercicio cardiovascular, actividades ocupacionales y la práctica de la atención plena. Posteriormente, se incluirá un cuestionario para valorar el grado de estrés experimentado, para finalizar con la elaboración de un plan personal de manejo del estrés.

Desde la neuropsicología, cada vez se dispone de mayor conocimiento sobre la respuesta al afrontamiento de situaciones desafiantes, en las que el sistema nervioso reacciona a diferentes niveles. El circuito formado por la amígdala, el hipotálamo y la corteza prefrontal activa respuestas de detección de la amenaza, activación fisiológica y reacción conductual.

Por ello, las respuestas más comunes suelen ser miedo, ira o necesidad de controlar la situación. Todas ellas son comprensibles, aunque resulta conveniente conocer estrategias de gestión de estas reacciones emocionales.



El miedo se activa ante la percepción de una amenaza, y suele expresarse mediante conductas de huida o bloqueo. La huida o evitación, aunque es la respuesta intuitiva más frecuente, no resulta eficaz. Por ello, la propuesta contra intuitiva es la exposición progresiva, acompañada de los apoyos necesarios. A nivel atencional, conviene centrarse en el momento presente en lugar de anticipar consecuencias inciertas, lo que intensifica la emoción del miedo.

CONDUCTAS DE HUIDA O BLOQUEO

- La respuesta intuitiva más frecuente ante el miedo es la huida o evitación, pero no resulta eficaz.

EXPOSICIÓN PROGRESIVA

- La propuesta contraintuitiva para gestionar el miedo es la exposición progresiva acompañada de los apoyos necesarios.

CENTRARSE EN EL MOMENTO PRESENTE

- Para gestionar el miedo, es importante centrarse en el momento presente en lugar de anticipar consecuencias inciertas.

Otra emoción frecuente en las crisis conductuales es la ira, expresada en forma de pensamientos o conductas. Aparece con notable frecuencia —más de dos episodios diarios en promedio en la población— y tiene su origen en factores internos (recuerdos, sentimientos) o externos (personas, situaciones u objetos). La gestión de la ira comienza con su reconocimiento, seguido de la espera hasta que la sensación disminuya, procurando distanciarnos de los estímulos que la han provocado. Existen técnicas específicas de autorregulación fisiológica, cognitivo-conductual y de prevención que han mostrado eficacia.

ORIGEN DE LA IRA

- La ira puede tener su origen en factores internos o externos.

RECONOCIMIENTO Y ESPERA

- Para gestionar la ira, es importante reconocerla y esperar a que la sensación disminuya.

DISTANCIARSE DE LOS ESTIMULOS

- Una técnica eficaz para gestionar la ira es distanciarse de los estímulos que la han provocado.



La búsqueda de control también es una respuesta común ante situaciones estresantes, ya que genera una sensación de bienestar físico y psicológico. Sin embargo, cuando la persona que acompaña atribuye un alto valor al control, aumenta la probabilidad de recurrir a métodos punitivos. La alternativa es aplicar el autocontrol personal en lugar del control sobre la persona apoyada.

SENSACIÓN DE BIENESTAR

- La búsqueda de control en situaciones estresantes puede generar una sensación de bienestar físico y psicológico.

MÉTODOS PUNITIVOS

- Cuando la persona busca control en situaciones estresantes, puede recurrir a métodos punitivos.

AUTOCONTROL PERSONAL

- Una alternativa eficaz es aplicar el autocontrol personal en lugar de controlar a la persona apoyada



5.2 Estrategias preventivas.

Ante este impacto emocional, resulta fundamental considerar que las conductas de las personas apoyadas no son voluntarias ni intencionadas. La probabilidad de verse implicado en incidentes, tanto físicos como verbales, es alta, y no siempre es posible encontrar alternativas satisfactorias. En muchos casos, la mejor opción es la aceptación de esta realidad.

Más allá de las reacciones emocionales en las crisis conductuales, se presentan propuestas preventivas que permiten una mejor preparación para afrontar estas situaciones.

En primer lugar, es esencial atender al bienestar físico, que depende de una adecuada higiene del sueño, cada vez más deficiente en una parte importante de la población. Muchas personas recurren a psicofármacos para compensar esta carencia (España es el país que más hipnóticos consume a nivel mundial). A la higiene del sueño se suma la alimentación saludable, ambas claves para una buena salud. De ahí la recomendación popular: “comamos de manera sana y calmada”. A ello se añade un consejo simple pero eficaz: la hidratación constante.

En segundo lugar, se destaca el ejercicio cardiovascular, que impacta positivamente en múltiples áreas de la salud, incluida la emocional. La liberación de endorfinas y serotonina contribuye a mejorar el estado de ánimo, reducir el estrés y la ansiedad, y prevenir el deterioro cognitivo.

Las actividades ocupacionales también son un recurso eficaz para afrontar el estrés. Entre ellas se incluyen actividades altamente motivadoras o de carácter manipulativo, que permiten centrar la atención y desconectar de pensamientos preocupantes que tienden a perpetuarse. El objetivo de este tipo de actividades es la adecuada gestión de la atención.

En otro nivel, se encuentra la atención plena (mindfulness), que profundiza en la línea de las actividades ocupacionales mediante ejercicios sencillos y eficaces. Algunos ejemplos son las pausas conscientes programadas y la respiración profunda o centrada en la atención, practicada en periodos breves (de 10 segundos a un minuto). Estas prácticas ayudan a responder de manera más adecuada a las situaciones que se afrontan.



5.3 Cuestionario Hábitos Saludables.

Una manera sencilla de evaluar la idoneidad de los hábitos de vida consiste en realizar una revisión rápida mediante el cuestionario de hábitos saludables, el cual incorpora las propuestas presentadas previamente en ocho ítems.

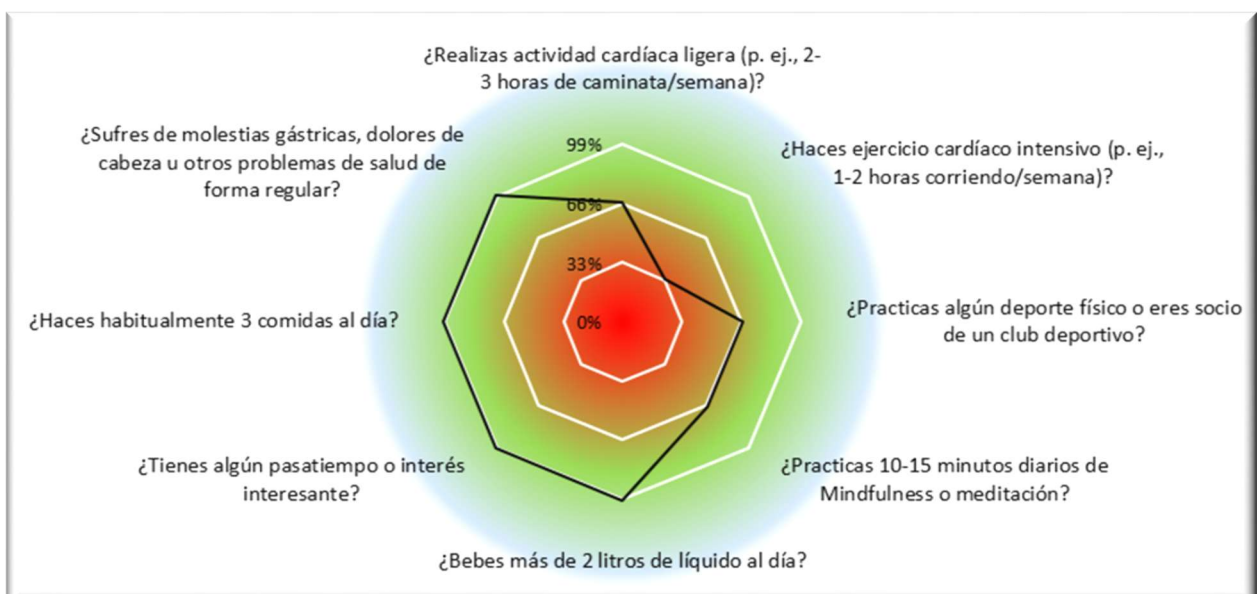
Cuestionario de Hábitos Saludables	Indicar la respuesta correcta con el valor 1			
	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
¿Realizas actividad cardíaca ligera (p. ej., 2-3 horas de caminata/semana)?			1	
¿Haces ejercicio cardíaco intensivo (p. ej., 1-2 horas corriendo/semana)?		1		
¿Practicas algún deporte físico o eres socio de un club deportivo?			1	

La interpretación orientativa del nivel de estrés se realiza considerando tres categorías:

- Bajo nivel de estrés / buenos hábitos.
- Estrés moderado / hábitos mejorables.
- Alto nivel de estrés / riesgo de salud.

Interpretación de niveles de estrés (escala orientativa):	
Bajo nivel de estrés / buenos hábitos	66 % 100%
Estrés moderado / hábitos mejorables	33 % -66 %
Alto nivel de estrés / riesgo en salud	0 % -33 %

Finalmente, como cierre de este tema sobre estrategias de autocuidado, se propone la elaboración de un Plan personal de manejo del estrés, que refuerce los aspectos a mejorar en cada uno de los ámbitos tratados, siguiendo el mismo enfoque que se aplica en la práctica profesional con el Plan de Apoyo Conductual Positivo.





6 INSTRUMENTOS DE INDAGACIÓN

En el tema 6 se abordan los instrumentos de indagación, herramientas esenciales para obtener información precisa y sistemática sobre la persona, sus características, necesidades y el contexto que la rodea. La recogida de datos mediante estos instrumentos permite fundamentar las decisiones de intervención y garantizar que las estrategias aplicadas sean individualizadas, efectivas y respetuosas de los derechos y la calidad de vida de cada persona.

6.1 Icap.

En el marco del ICAP se contemplan dos instrumentos de evaluación diferenciados: uno orientado a la conducta adaptativa y otro dirigido a la identificación de conductas inadaptadas.

La aplicación exclusiva del apartado relativo a la evaluación de las conductas inadaptadas posibilita el establecimiento de una línea base inicial. Esta línea de referencia constituye un punto de partida para, posteriormente, contrastar los resultados obtenidos tras el proceso de indagación mediante otros instrumentos complementarios y la implementación del plan ACP. De este modo, se favorece la obtención de evidencias objetivas acerca de la eficacia de la intervención desarrollada.

Dicha evaluación permite identificar la presencia de conductas inadaptadas, así como determinar su frecuencia y nivel de gravedad, aportando información fundamental para la planificación y el ajuste de las estrategias de apoyo.

La información registrada proporciona un perfil detallado de las conductas inadaptadas en diferentes dimensiones: interna, asocial y externa, además de un índice general de la persona. A partir de los valores obtenidos en cada uno de estos índices, se establece el nivel de gravedad correspondiente, lo que facilita una interpretación más precisa y fundamentada de la situación conductual evaluada.

Valor del índice	Nivel de Gravedad
+10 a -10	Normal
-11 a -20	Poco Grave
-21 a -30	Moderadamente Grave
-31 a -40	Grave
-41 y menos	Muy Grave

Índices de problemas de conducta	1 = 0	0 = 0	1 = 0	1 = 0
	Í INTERNO PROB DE CONDUCTA (IIPC)	Í ASOCIAL PROB DE CONDUCTA (IAPC)	Í EXTERNO PROB DE CONDUCTA (IEPC)	Í GENERAL PROB DE CONDUCTA (IGPC)

	MUY GRAVE						GRAVE		MODERADAMENTE GRAVE			POCO GRAVE			NORMAL				
Interno (IIPC)	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15	(IIPC)
Asocial (IAPC)	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15	(IAPC)
General (IEPC)	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15	(IEPC)
General (IGPC)	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15	(IGPC)



6.2 Meci.

Existen dos matrices de evaluación de conductas inadaptadas: una diseñada para el registro diario y otra para el registro mensual. La matriz diaria está destinada al análisis detallado de las conductas inadaptadas en el transcurso de cada jornada, mientras que la matriz mensual permite observar la evolución de dichas conductas tras la aplicación de las estrategias incluidas en el Plan ACP. La única diferencia entre ambas radica en los apartados de registro: la matriz diaria incorpora el campo correspondiente a la hora, mientras que la mensual utiliza el día como referencia.

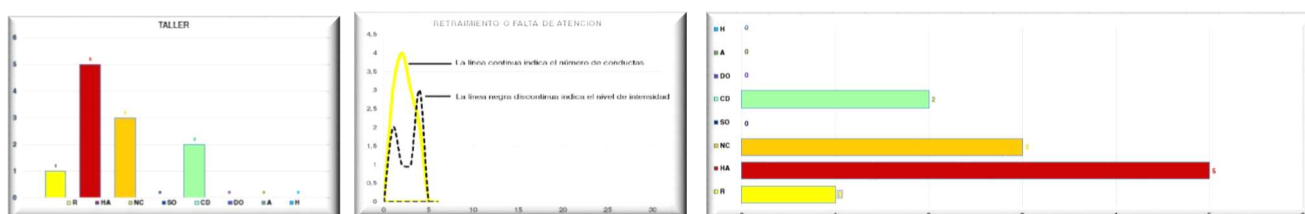
MES	
DÍA	
HORA MINUTO	
10:10	Nº CONDUCTAS INTENSIDAD
	Nº CONDUCTAS INTENSIDAD

MES	Septiembre	
Semana	Día	
Semana 1	L	Nº CONDUCTAS INTENSIDAD
	M	1 Nº CONDUCTAS INTENSIDAD
	M	2 Nº CONDUCTAS INTENSIDAD
	J	3 Nº CONDUCTAS INTENSIDAD
	V	4 Nº CONDUCTAS INTENSIDAD
	S	5 Nº CONDUCTAS INTENSIDAD
	D	6 Nº CONDUCTAS INTENSIDAD

En ambos casos es posible diferenciar las distintas actividades, anotar la frecuencia de aparición de la conducta inadaptada y registrar su intensidad durante la actividad (véase la definición de conductas y la clasificación de los tres niveles de intensidad).

	Tarea / Actividad 1								Tarea / Actividad 2								Tarea / Actividad 3								Tarea / Actividad 4							
	R	HA	NC	SO	CD	DO	A	H	R	HA	NC	SO	CD	DO	A	H	R	HA	NC	SO	CD	DO	A	H	R	HA	NC	SO	CD	DO	A	H
Nº CONDUCTAS																																
INTENSIDAD																																

El análisis de datos se centra en la asociación entre el conjunto de categorías conductuales, la intensidad y la actividad. Pudiendo observar graficas de conductas inadaptadas por actividad, por día u hora y conducta inadaptada, grafica de totales de conductas inadaptadas y grafica de totales mensuales de conductas inadaptadas.

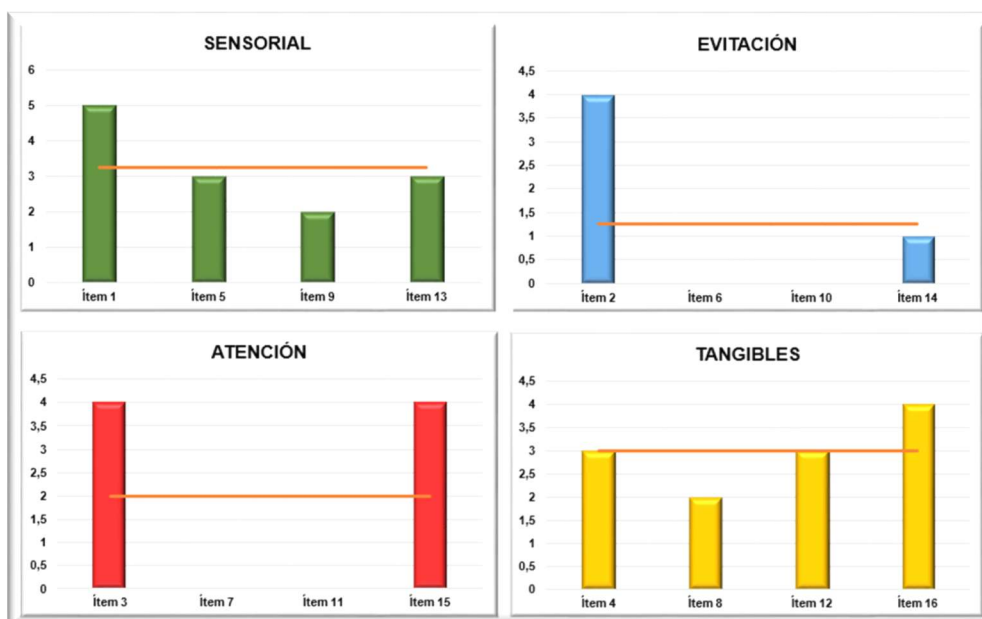


La distribución de la intensidad y del conjunto de categorías conductuales a lo largo de cada día facilita su análisis y la puesta en marcha de actuaciones de ACP, a la vez que permite establecer un perfil individual de conducta. La extrapolación de estos datos en la matriz mensual permite comprobar la evolución a medio plazo, pudiendo evaluar la efectividad de las actuaciones de ACP implementadas.

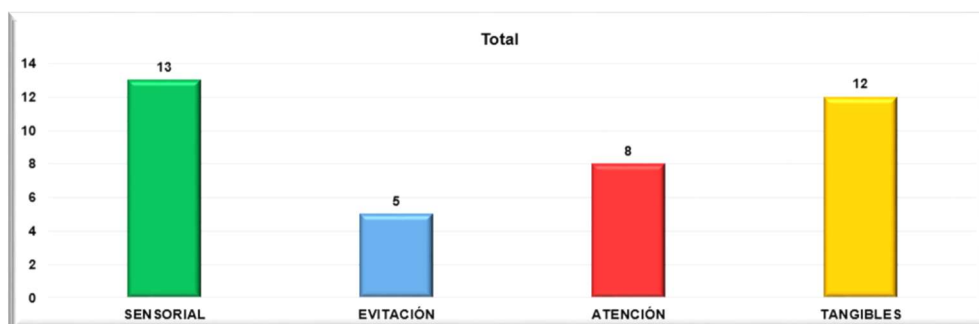


6.3 MAS.

Después de identificar las conductas inadaptadas mediante el ICAP y de comprender las fases de una crisis conductual a través de MECI, es fundamental analizar qué motiva cada conducta para poder diseñar estrategias de apoyo más efectivas. La escala de evaluación de la motivación permite clasificar los resultados en cuatro categorías principales, con su respectivo promedio: estimulación sensorial, evitación de situaciones no deseadas, búsqueda de atención y acceso a objetos o actividades.



Además de proporcionar los resultados por categorías, la escala ofrece un análisis comparativo entre las cuatro, lo que permite identificar cuál constituye la función principal de la conducta.



Al identificar las razones que originan una conducta, es posible diseñar estrategias y apoyos más eficaces, ya sea ajustando el entorno o promoviendo el aprendizaje de habilidades útiles que faciliten cubrir sus necesidades de forma adecuada.



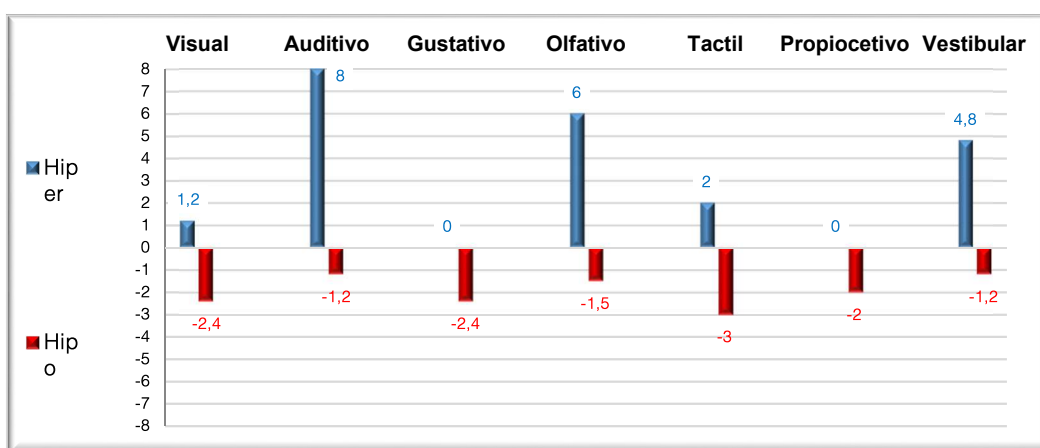
6.4 Cuestionario Sensorial.

Aunque la escala de evaluación de la motivación brinda datos relevantes en relación con la estimulación sensorial, su alcance resulta limitado. Por ello, se requiere una exploración más profunda del perfil sensorial mediante instrumentos específicos, como el cuestionario sensorial.

El Cuestionario Sensorial es un instrumento de valoración de los procesos sensoriales, que indaga en los siete canales sensoriales principales, a través de un cuestionario aplicable de forma autónoma, por parte de aquellas personas que tenga un conocimiento suficiente acerca de la persona evaluada, o bien, en forma de entrevista dirigida por un profesional con experiencia en TEA y discapacidad intelectual.

La herramienta está estructurada en forma de doble entrada; a través de 38 ítems que rastrean las respuestas hiposensibles, y 35 ítems relacionados con las respuestas hipersensibles. En todas ellas se gradúa su presentación en tres niveles (nunca o casi nunca, en ocasiones, o a menudo).

La cumplimentación del cuestionario aporta una gráfica, en la que está recogida la respuesta hipo e hipersensible relativa a cada canal sensorial, presente en el momento actual de la persona evaluada.



De forma ideal, la gráfica sería complementada con un informe del especialista, que recogiera el análisis de los resultados, destacando cuál es la tendencia principal, evitar o buscar determinados estímulos, así como la recomendación de adaptación de entornos y actividades acordes con la información proveniente del cuestionario.

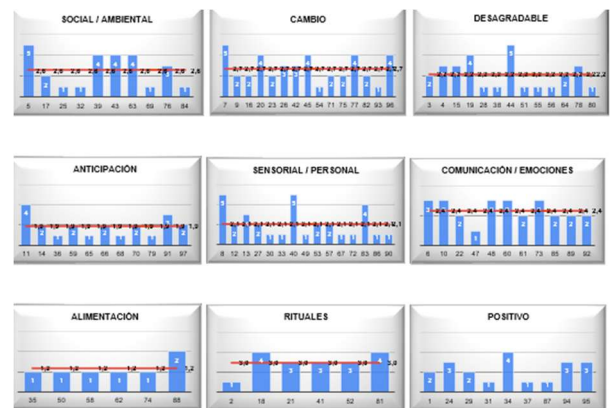


6.5 Cuestionario sobre estrés.

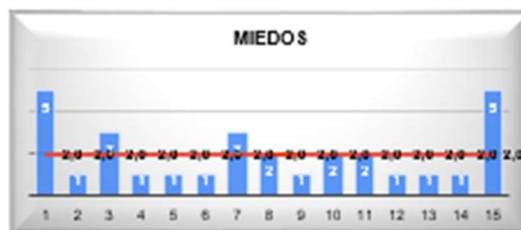
Este instrumento permite diseñar estrategias de intervención dirigidas a modificar las respuestas ante los factores estresantes, mediante la adaptación del entorno, las actividades y otros elementos contextuales. Su uso contribuye a reducir el nivel de estrés de la persona, promoviendo no solo su bienestar físico y emocional, sino también la prevención de crisis conductuales explosivas, aumentando así la eficacia de las estrategias preventivas primarias.

1) 97 ítems con resultados sobre estresores relacionados con:

- Aspectos socio ambientales.
- Cambios.
- Situaciones desagradables.
- Anticipación.
- Perfiles sensoriales y personales.
- Aspectos de comunicación y emociones.
- Alimentación.
- Rituales.
- Aspectos positivos.



2) 15 ítems con resultados relacionados con los miedos.



3) 7 ítems con resultados relacionados con situaciones de la vida diaria.



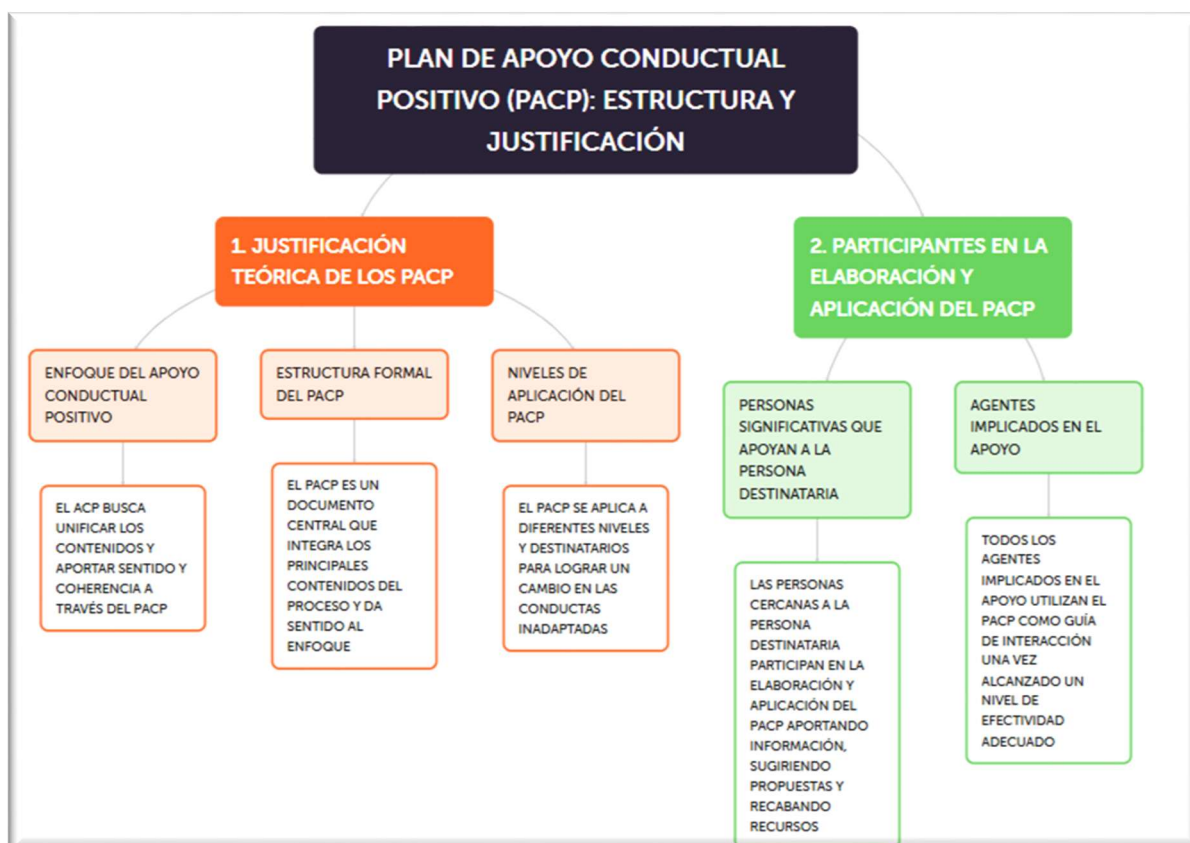


7 PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN ACP.

En este tema se presentará una visión integradora que unifique los contenidos tratados en los apartados previos y que aporte sentido y coherencia al enfoque del Apoyo Conductual Positivo, a través del Plan de Apoyo Conductual Positivo (PACP). Se abordarán los siguientes aspectos: la justificación teórica de los PACP, su estructura formal, los niveles de aplicación y los destinatarios a quienes van dirigidos.

7.1 Plan de Apoyo Conductual Positivo.

El **Plan de Apoyo Conductual Positivo** constituye el documento central en el marco del ACP. Integra los principales contenidos del proceso —conducta, contexto y estrategias de intervención— y da sentido al enfoque al posibilitar un cambio en las conductas inadaptadas mediante su comprensión y el diseño de **alternativas válidas** para la persona y su entorno. En su elaboración y aplicación participan todas las personas significativas que apoyan a la persona destinataria, aportando información, sugiriendo propuestas, recabando recursos, aplicando las alternativas de cambio y valorando su eficacia. El PACP es un documento dinámico, que se adapta en función de los resultados obtenidos y, una vez alcanzado un nivel de efectividad adecuado, se convierte en una **guía de interacción** para todos los agentes implicados en el apoyo.





7.2 Estructura.

La estructura formal del PACP distingue **dos bloques**. El primero recoge los contenidos relativos a la **indagación**: conductas inadaptadas, desencadenantes lentos y rápidos, así como las funciones de las conductas registradas. El segundo bloque, de carácter **propositivo**, se centra en el diseño de estrategias de intervención. En la fase de indagación participan los profesionales de atención directa, responsables de observar y registrar las conductas inadaptadas, mientras que el personal técnico analiza los registros y determina qué instrumentos aplicar (cuestionarios de estrés, cuestionarios sensoriales, de valoración de funciones de la conducta). En el bloque propositivo, el personal técnico elabora una propuesta inicial que se presenta al equipo de atención directa para su revisión conjunta, lo que permite consensuar una primera versión del PACP.

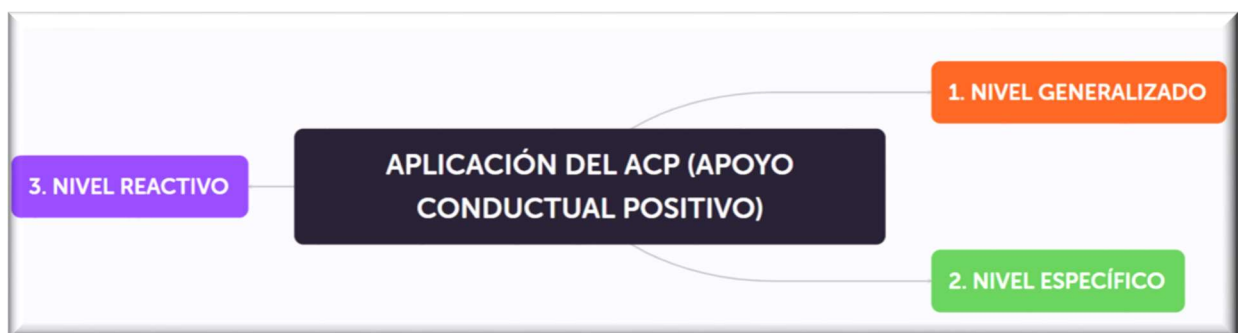




7.3 Niveles de intervención.

En la aplicación del ACP se distinguen **tres niveles de intervención**, en función de las conductas observadas y el momento de actuación:

1. **Nivel generalizado:** dirigido al conjunto de la población, incluye estrategias preventivas de carácter primario (desarrollo de competencias educativas, regulación emocional, creación de espacios sensoriales respetuosos).
2. **Nivel específico:** destinado a personas que presentan conductas preocupantes. Consiste en estrategias preventivas de carácter secundario, con adaptaciones de mayor intensidad en los espacios físicos, las actividades y la interacción con el personal de apoyo y los iguales, con el fin de evitar que la persona recurra nuevamente a conductas inadaptadas para autorregularse.
3. **Nivel reactivo:** aplicado cuando las conductas inadaptadas ya están ocurriendo. Proporciona un protocolo de actuación para el personal de atención directa, una vez agotadas las estrategias preventivas.



El **seguimiento del plan** permite evaluar su validez mediante la valoración realizada por los profesionales implicados en su aplicación, junto con el análisis de los registros de conducta (MECI). Este proceso de evaluación se mantiene a lo largo de la implementación del plan, hasta completar los ajustes necesarios para su mejora.



8 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

En el tema 8 se presentan los instrumentos de evaluación, herramientas fundamentales para valorar la eficacia de las intervenciones y del plan ACP, así como para analizar el impacto de las estrategias implementadas en la calidad de vida y los derechos de la persona. La evaluación sistemática permite ajustar las acciones, consolidar los logros y garantizar que las intervenciones sean pertinentes y respetuosas.

Este bloque incluye herramientas específicas como el cuestionario de percepción de eficacia del plan ACP y distintas escalas centradas en calidad de vida y derechos, que ofrecen una visión más amplia de los efectos de la intervención más allá de la conducta observable.

8.1 Cuestionario percepción de eficacia del plan ACP.

El Cuestionario de Percepción de Eficacia del Plan ACP (CPEP) tiene como finalidad conocer la valoración que realizan las personas de apoyo acerca de la eficacia de las estrategias de intervención de los PACP en cuya implementación participan.

A continuación, se presentan las características principales del cuestionario, la información que aporta, los instrumentos relacionados y algunos ejemplos de aplicación (referencia: Revista Cero).

El CPEP está elaborado siguiendo el formato de escala tipo Likert de cinco puntos, en la que la eficacia de las estrategias primarias, secundarias y reactivas se gradúan de la siguiente manera: nula, leve, media, generalizada y total. La puntuación asignada a cada tramo es de 2,5 puntos, estableciéndose un rango que va de 0 (mínima) a 10 (máxima eficacia).

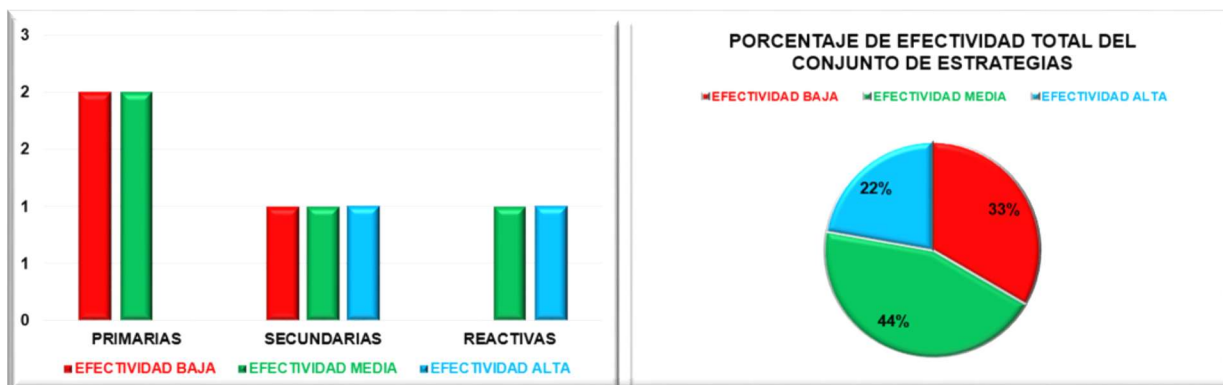
EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACP							
Datos de la persona		Froga					
ESTRATEGIAS		Indicar la respuesta correcta con el valor 1					
ESTRATEGIA PREVENTIVA PRIMARIA		X	NE	EL	EM	EG	ET
1	Objetos				1		
2	Mantener calma y tranquilidad				1		
3	Elección e implementación de sistemas de comunicación: pictogramas y reforzar lenguaje oral			1			
4	Establecimiento de desarrollo de relaciones con iguales	1					
5	Establecimiento de desarrollo de relaciones con personas de apoyo			1			

ESCALA
[X]: NO APLICADO
[NE]: NO EFECTO: NO HAY CAMBIOS
[EL]: EFECTO LEVE: CAMBIOS NO SIGNIFICATIVOS
[EM]: EFECTO MEDIO: CAMBIOS SIGNIFICATIVOS
[EG]: EFECTO GENERALIZADO: PRESENCIA MÍNIMA
[ET]: EFECTO TOTAL: DESAPARICIÓN DE LAS CONDUCTAS



Los resultados se presentan en un informe que incluye:

- Grupo de estrategias valoradas con eficacia baja.
- Grupo de estrategias valoradas con una eficacia media.
- Grupo de estrategias valoradas con una eficacia alta.
- La media global de las estrategias en un periodo determinado.



Asimismo, se analizan de forma diferenciada las puntuaciones de las estrategias preventivas, primarias y secundarias, así como las de las estrategias reactivas.



En cuanto a los instrumentos relacionados con el CPEP, destacan los registros de conducta (MECI) y la puntuación del nivel de gravedad de la conducta, obtenida del apartado de alteraciones conductuales del ICAP. Mientras que el CPEP recoge la percepción subjetiva de las personas de apoyo, la evaluación del ICAP aporta una medida objetiva, resultando ambas aproximaciones complementarias.

Un ejemplo de aplicación del cuestionario lo encontramos en el estudio “Evaluación de planes de apoyo conductual positivo en aulas estables” publicado en la revista Siglo Cero (García Alonso, Bermejo Llopis, Ayesta Duque, Isasa Finó, Alza Puente, y Véliz Valenzuela, 2025).



8.2 Icap.

En la fase de evaluación, el ICAP se emplea como herramienta de evaluación comparativa, permitiendo analizar la evolución de las conductas inadaptadas en relación con la línea base previamente establecida en la fase de indagación. Los datos iniciales registrados proporcionan un punto de referencia sobre la presencia, frecuencia y gravedad de dichas conductas, a partir del cual es posible contrastar los resultados posteriores.

Tras la cumplimentación del resto de instrumentos de evaluación y la implementación del plan ACP, el ICAP se reaplica con el fin de obtener nuevas medidas. Este procedimiento posibilita la comparación sistemática entre la evaluación inicial y la posterior, ofreciendo información objetiva sobre los cambios producidos en el perfil conductual de la persona evaluada.

El análisis comparativo de los resultados obtenidos a través del ICAP permite no solo constatar la evolución de las conductas inadaptadas —ya sea en términos de reducción, mantenimiento o incremento—, sino también identificar con mayor precisión las modificaciones que se producen en los distintos índices que conforman el perfil conductual de la persona (interno, asocial, externo y general). Esta información resulta especialmente relevante, puesto que ofrece una visión detallada y objetiva acerca de cómo las intervenciones implementadas inciden en las diferentes dimensiones del comportamiento, permitiendo detectar tanto mejoras significativas como posibles áreas de riesgo que requieran una atención prioritaria.

De este modo, el ICAP se configura como un recurso metodológico riguroso y de gran valor dentro del proceso evaluativo, ya que no solo posibilita valorar de manera objetiva la eficacia de la intervención desarrollada, sino que también proporciona una base sólida para fundamentar la toma de decisiones respecto a la idoneidad de las estrategias aplicadas. Asimismo, favorece la identificación de necesidades de ajuste, bien sea mediante la reformulación de las medidas ya establecidas o a través de la planificación de nuevas estrategias de apoyo más adecuadas al perfil y a la evolución de la persona evaluada. En este sentido, el uso del ICAP trasciende la mera descripción de conductas y se convierte en un elemento esencial para garantizar que los planes de intervención mantengan un carácter dinámico, flexible y ajustado a las demandas reales del contexto y de la persona.



8.3 Más allá de la conducta: calidad de vida y derechos (Escala).

Las conductas inadaptadas tienen un impacto significativo en la calidad de vida de las personas, ya que pueden limitar o restringir sus oportunidades de autodeterminación, desarrollo personal, inclusión y participación social. En algunos casos, incluso pueden representar un riesgo de daño físico tanto para la persona como para quienes la rodean. Por este motivo, en el diseño y desarrollo del Proyecto Vital de una persona que presenta conductas inadaptadas, resulta indispensable la inclusión de un Programa ACP.

La labor fundamental de los profesionales que apoyan a personas con TEA consiste en proporcionar apoyos individualizados enfocados en mejorar su calidad de vida. Para ello, se diseña un Proyecto Vital personalizado que integra el Programa de Competencias, el Programa de Apoyos, el Programa ACP y seguimientos en áreas clave como la salud, las relaciones interpersonales y la conducta. Estos componentes son evaluados y actualizados anualmente si su implementación es adecuada, o con frecuencia mensual cuando se presentan dificultades en su aplicación o cambios relevantes en el ciclo vital de la persona, asegurando así una respuesta efectiva y ajustada a sus necesidades.

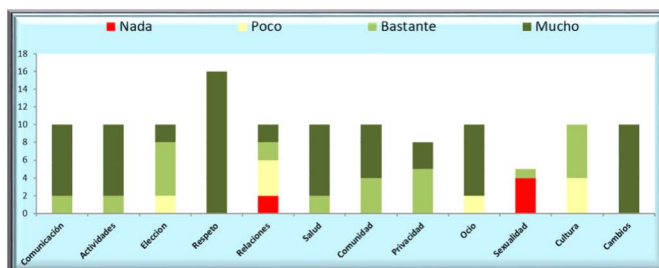
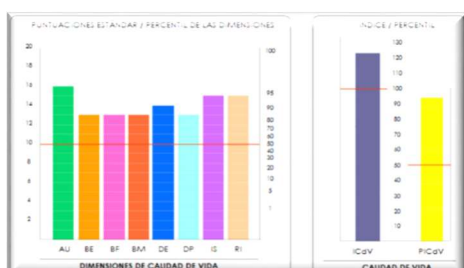
“Lo que no está definido, no se puede medir.

Lo que no se mide, no se puede mejorar.

Lo que no se mejora, siempre se degrada”

(William Thomson, Lord Kelvin)

Nuestra misión es mejorar la vida de las personas a las que damos apoyo, mediante el uso de herramientas cuidadosamente seleccionadas y evaluadas que nos permitan alcanzar este objetivo. Las dimensiones de la calidad de vida están claramente definidas, y contamos con instrumentos (Escala San Martín, Evaluación de derechos) que permiten establecer una línea base previa al diseño del Proyecto Vital, lo que facilita una evaluación objetiva de los resultados cada tres años y garantiza que las acciones implementadas impacten positivamente en la calidad de vida de la persona.





9.0 ELABORACIÓN DE UN PLAN ACP.

En este tema se presenta un ejemplo de plan ACP cuyos contenidos, relativos a los aspectos descriptivos del plan, han sido extraídos de los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos de indagación propuestos a lo largo del manual a un caso real anonimizado (los resultados de dichos instrumentos están disponibles en www.meci.es). Las propuestas de intervención se derivan de la información recogida en el apartado previo, dedicado a los aspectos descriptivos.

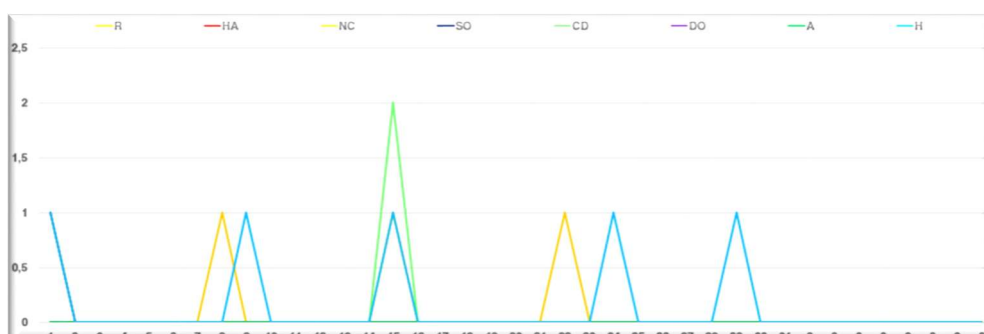
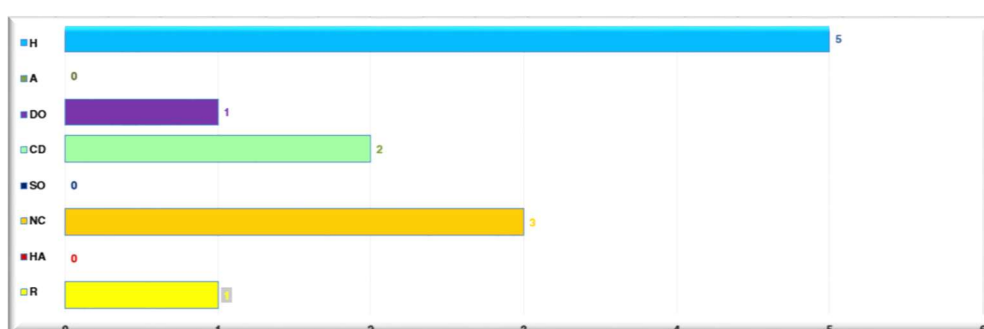
PROGRAMA DE INTERVENCION ACP

Aspectos descriptivos

Conductas Inadaptadas:

- Conducta Inadaptada.
- Alteración de la conducta en forma de hábitos atípicos y repetitivos.
- Conductas no colaboradoras.
- Destrucción de objetos.
- Autolesiones.
- Heteroagresiones.

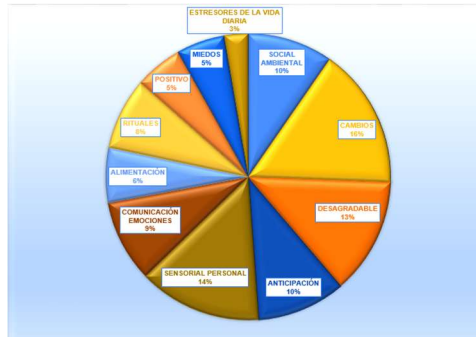
Indicadores de problemas de conducta	<div>-4</div> + □ - I. INTERNO PROB. DE CONDUCTA (IIPC)	<div>-6</div> + □ - I. ASOCIAL PROB. DE CONDUCTA (IAPC)	<div>-27</div> + □ - I. EXTERNO PROB. DE CONDUCTA (IEPC)	<div>-19</div> + □ - I. GENERAL PROB. DE CONDUCTA (IGPC)		





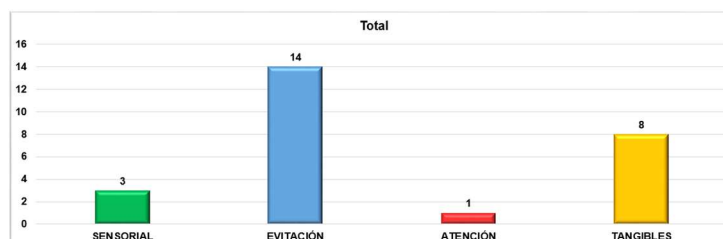
Desencadenantes Rápidos:

- Cambio en su rutina.
- Exigencia.
- Pedir que realice algo novedoso para él.
- Limitar o impedir que lleve a cabo una rutina o actividad de su interés.



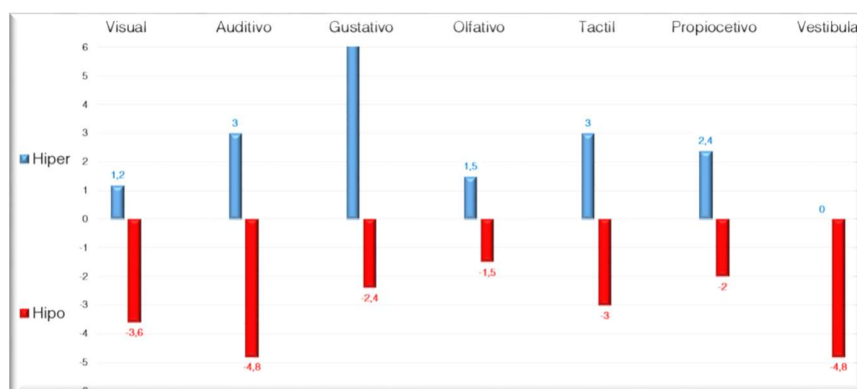
Funciones Conductuales:

- Evitar demandas que no son de su gusto.
- Conseguir objetos o actividades de su interés.



Perfil Sensorial:

- Importante hipersensibilidad gustativa (muy selectivo a la hora de comer).
- Búsqueda preferente de estímulos: auditivos, visuales, y vestibulares, junto con un equilibrio entre búsqueda (hiposensibilidad) y evitación (hipersensibilidad) a nivel táctil.





Propuestas de Intervención

Estrategias Preventivas Primarias:

- Regulación emocional:
 - Relajación (actividad grupal).
- Comunicación
 - Mensajes claros, directos y concisos.
 - Comunicación oral, ayudas visuales y expresión escrita.
 - Cambio no planificado: 'se ha roto X'.

Estrategias Preventivas Secundarias:

- Entorno:
 - Limitadoras de estímulos.
 - Habilitación de espacios individuales: mesa individual + panel de actividades.
- Actividades
 - Anticipación.
 - Estructuración.
 - Elección en función de los intereses.

Estrategias Reactivas:

- Fase desencadenante:
 - Petición verbal: me haces daño, no me gusta, se ha terminado.
 - Distancia de seguridad por parte del profesional, mínimo contacto visual.
- Fase de intensificación:
 - Dar tiempo para que la intensidad vaya disminuyendo y esté más tranquilo.
 - Comprobar y ver cuándo vuelve el profesional.
- Fase de recuperación:
 - Mensaje escrito.



10. CUESTIONARIO PERCEPCIÓN DE EFICACIA DEL PLAN ACP.

El Cuestionario de Percepción de Eficacia del Plan ACP (CPEP) tiene como finalidad conocer la valoración que realizan las personas de apoyo acerca de la eficacia de las estrategias de intervención de los PACP en cuya implementación participan.

A continuación, se presentan las características principales del cuestionario, la información que aporta, los instrumentos relacionados y algunos ejemplos de aplicación (referencia: Revista Cero).

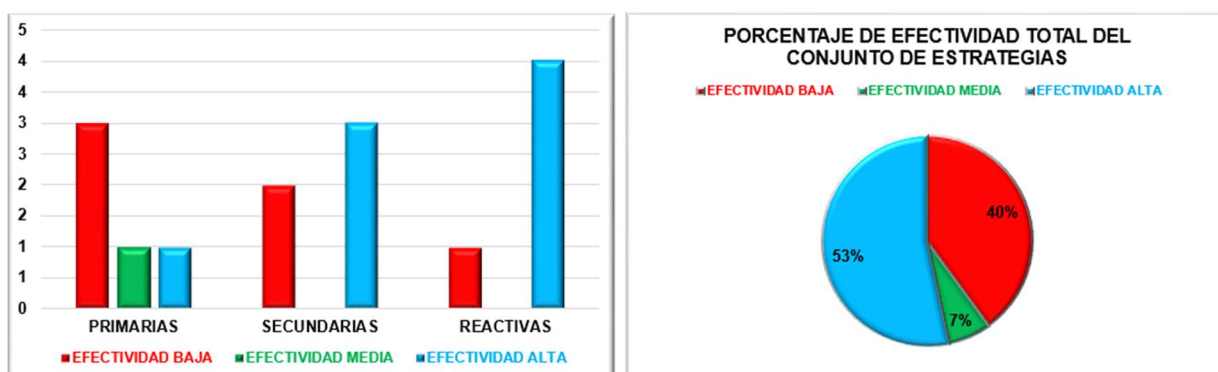
El CPEP consiste en una escala tipo Likert de cinco puntos, en la que la eficacia se gradúa de la siguiente manera: nula, leve, media, generalizada y total. La puntuación asignada a cada tramo es de 2,5 puntos, estableciéndose un rango que va de 0 (mínima) a 10 (máxima eficacia).

Los resultados se presentan en un informe que incluye:

- El grupo de estrategias valoradas con una eficacia media-alta (entre 5 y 10 puntos).
- El grupo de estrategias valoradas con eficacia baja o nula.
- La media global de las estrategias en un periodo determinado.



Asimismo, se analizan de forma diferenciada las puntuaciones de las estrategias preventivas, primarias y secundarias, así como las de las estrategias reactivas.





En cuanto a los instrumentos relacionados con el CPEP, destacan los registros de conducta (MECI) y la puntuación del nivel de gravedad de la conducta, obtenida del apartado de alteraciones conductuales del ICAP. Mientras que el CPEP recoge la percepción subjetiva de las personas de apoyo, la evaluación del ICAP aporta una medida objetiva, resultando ambas aproximaciones complementarias.

	Tarea / Actividad 1								Tarea / Actividad 2								Tarea / Actividad 3								Tarea / Actividad 4							
	R	HA	NC	SO	CD	DO	A	H	R	HA	NC	SO	CD	DO	A	H	R	HA	NC	SO	CD	DO	A	H	R	HA	NC	SO	CD	DO	A	H
Nº CONDUCTAS																																
INTENSIDAD																																

	MUY GRAVE						GRAVE		MODERADAMENTE GRAVE			POCO GRAVE			NORMAL					
Interno (IIPC)	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15		(IIPC)
Asocial (IAPC)	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15		(IAPC)
Externo (IEPC)	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15		(IEPC)
General (IGPC)	-70	-65	-60	-55	-50	-45	-40	-35	-30	-25	-20	-15	-10	-5	0	5	10	15		(IGPC)

Un ejemplo de aplicación del cuestionario lo encontramos en el estudio “Evaluación de planes de apoyo conductual positivo en aulas estables” publicado en la revista Siglo Cero (García Alonso, Bermejo Llopis, Ayesta Duque, Isasa Finó, Alza Puente, y Véliz Valenzuela, 2025).



BIBLIOGRAFÍA

- Association for Positive Behavior Support. (s. f.). What is Positive Behavior Support? <https://apbs.org/about-apbs/what-is-positive-behavior-support/>
- Bruininks, R. H., Hill, B. K., Woodcock, R. W., & Weatherman, R. F. (1993). Inventario para la planificación de servicios y programación individual (ICAP) [Inventory for Client and Agency Planning]. Bilbao: ICE Deusto/Mensajero.
- Campos, F., Sousa, A., Rodrigues, V., Marques, A., Queirós, C., & Dores, A. (2016). Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(2), 97–110. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.06.002>
- Carr, E. G., & Horner, R. H. (2007). The expanding vision of positive behavior support: Research perspectives on happiness, helpfulness, hopefulness. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 9(1), 3–14. <https://doi.org/10.1177/10983007070090010201>
- Carr, E. G., Dunlap, G., Horner, R. H., Koegel, R. L., Turnbull, A. P., Sailor, W., ... & Fox, L. (2002). Positive behavior support: Evolution of an applied science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(1), 4–16. <https://doi.org/10.1177/109830070200400102>
- Cuxart, F. (2019). *TEA y trastornos funcionales de la conducta. Autismo La Garriga. <https://www.autismo.com.es/autismo/documentacion/documents/Monografies%2006-ES.pdf>
- Emerson, E. (1995). Challenging behaviour: Analysis and intervention in people with learning difficulties. Cambridge University Press.
- Escribano Burgos, L., González del Yerro Valdés, A., Sánchez Martín, M., Rodríguez Extremera, A., Sánchez Bustamante, F., Gómez Gómez, R., ... & Sastre Prada, I. (2014). La aplicación de un plan de apoyo conductual positivo en el contexto escolar. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 25(2), 92–107.
- Estévez, B. E. (2015). La inclusión educativa del alumnado con TDA/TDAH: Rompiendo con las barreras curriculares y organizativas en los centros escolares de educación primaria [Tesis doctoral, Universidad de Granada].
- Fernández Montanero, M. (2012). Apoyo educativo al alumnado con alteraciones de la conducta. En *La escuela inclusiva desde la innovación docente* (pp. 177–214). Los Libros de la Catarata.
- Forteza Bauzá, S., Ferretjans Moranta, V., Cebrián Tunbridge, S. A., Font Jaume, T., Vicent Primo, J. E., & Salvà Obrador, M. R. (2018). Reflexiones sobre el apoyo conductual positivo. *Siglo Cero*, 49(4), 257–277. <https://doi.org/10.14201/scero20154625777>
- García Alonso, J., Bermejo Llopis, A., Ayesta Duque, H., Isasa Finó, I., Alza Puente, I., & Véliz Valenzuela, V. (2025). Evaluación de planes de apoyo conductual positivo en aulas estables. *Siglo Cero*, 56(1), 119–241. <https://doi.org/10.14201/scero.32428>



- García, J. V., Pacheco, M. H., Esparza, F. M., & Hernández, L. F. G. (s. f.). Desarrollo del conocimiento en las humanidades y ciencias sociales: Comunidades y transdisciplina.
- Glaesser, R. S., & Perkins, E. A. (2013). Self-injurious behavior in older adults with intellectual disabilities. *Social Work*, 58(3), 213–221. <https://doi.org/10.1093/sw/swt018>
- Knoster, T., Anderson, J., Carr, E. G., Dunlap, G., & Horner, R. H. (2003). Emerging challenges and opportunities: Introducing the Association for Positive Behavior Support. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 5(3), 183–186. <https://doi.org/10.1177/10983007030050030801>
- Navarrete Antola, I. A. (2015). Estudio caracterológico y diferenciado de adolescentes con trastornos del espectro del autismo, otras discapacidades y desarrollo típico [Tesis de máster o doctoral, institución no especificada].
- Pascual Bardají, J., & Alcaide Badia, M. (2014). Versión informática del Scatter Plot para el análisis de problemas de conducta.
- Ramos Villagrasa, P. J., & García Izquierdo, A. L. (2011). Técnicas de análisis de patrones caóticos: Revisión de estudios empíricos en Psicología. *Anales de Psicología*, 27(1), 1–16.
- Rueda, P., & Novell, R. (2021). Conductas que nos preocupan en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo: ¿Qué debes saber? ¿Qué debes hacer? Plena Inclusión España.
- Salvador-Carulla, L., & Novell, R. (2003). Problemas de conducta en el retraso mental. *Siglo Cero*, 34(2), 78–86. <http://hdl.handle.net/11181/3065>
- Salvador-Carulla, L., García-Gutiérrez, J. C., Gutiérrez-Colosía, M. R., Artigas-Pallarès, J., Ibáñez, J. G., Pérez, J. G., & Poole, M. (2013). Funcionamiento intelectual límite: Guía de consenso y buenas prácticas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(3), 109–120. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.12.001>
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Gómez, L. E., & Navas, P. (2023). A systematic approach to implementing, evaluating, and sustaining the shared citizenship paradigm in the disability field. *Behavioral Sciences*, 13(12), 970. <https://doi.org/10.3390/bs13120970>