

# EL APOYO CONDUCTUAL POSITIVO: FILOSOFÍA, MÉTODOS Y RESULTADOS

**Edward G. Carr**

Professor, Dept. of Psychology State University of New York  
at Stony Brook and Developmental Disabilities Institute

*El Apoyo conductual positivo (ACP) es un enfoque para hacer frente a los problemas de conducta que implica remediar condiciones ambientales y/o déficits en habilidades. Más que ayudantes, el enfoque de ACP considera que los clientes (los padres, los profesores, etc.) son personas que colaboran con los expertos. El ACP pone de relieve la prevención. En lugar de enfatizar la simple corrección de la conducta problemática, se hace hincapié en la modificación del contexto donde se encuentra el problema. Este énfasis se refleja en la preocupación por la enseñanza sistemática y por el desarrollo de intervenciones multicomponente. El objetivo del ACP no consiste sólo en reducir el nivel de la conducta problemática sino también en un cambio de estilo de vida. El ACP prefiere la planificación a largo plazo para la vida de cada persona con discapacidad que el manejo de crisis a corto plazo. El enfoque de ACP se ha aplicado a varios tipos de problemas de conducta, así como a diversas categorías diagnósticas y ha tenido un crecimiento constante durante más de una década. El ACP es eficaz, incluso a la hora de reducir graves problemas de conducta. Este enfoque es especialmente sensible a las necesidades y prioridades de profesores y familias.*

*Título original: Positive Behavior Support: Philosophy, Methods, Outcomes. Traducido por Fabián Sainz Modinos.*

Siglo Cero. Vol. 29(5). Págs. 5-9

**T**ras más de tres décadas de investigación rigurosa en la tradición del análisis conductual aplicado, empieza a aparecer una nueva ciencia, a la que llamamos Apoyo Conductual Positivo (Carr, Levin, McConnachie, Carlson, Kemp, & Smith, 1996; Koegel, Koegel & Dunlap, 1996). Esta nueva ciencia ha incorporado la disciplina "matriz" del análisis conductual aplicado y, avanzando más allá de ella, ha asumido su propia identidad (Carr, 1997). La mejor forma de ilustrar las diferencias entre la posición que hemos mantenido hasta ahora y la que estamos tomando en la actualidad es con una breve descripción de un estudio de caso.

## LA POSICIÓN QUE HEMOS MANTENIDO HASTA AHORA

Carlos, un joven con cierta capacidad para hablar, ha sido diagnosticado de retraso mental. Sus padres están muy preocupados debido a que frecuentemente agrede pegando y pateando a la gente que está cerca de él. Desesperados, los padres de Carlos visitan a un psicólogo en busca de ayuda para su hijo. El psicólogo realiza varias evaluaciones observando rigurosamente las situaciones problemáticas específicas, que están vinculadas a la conducta agresiva de Carlos. Por ejemplo, el psicólogo observa que Carlos tiende a ser agresivo especialmente cuando sus padres le hacen demandas ("Carlos, Limpia tu cuarto"), y además, tras la conducta agresiva, los padres de Carlos retiran sus demandas. El psicólogo concluye que la conducta agresiva está motivada por la evitación (cuando Carlos es agresivo, consigue evitar el cumplimiento de las demandas). El psicólogo aconseja a los padres que en el futuro deben continuar presentándole las demandas ante su agresión con el propósito de enseñar a Carlos que su agresión no va a dar resultado, (extinción). Dado que a lo largo de muchos años los padres habían desarrollado cierta destreza a la hora de evitar los puñetazos y patadas de su hijo, acuerdan poner en marcha el programa de extinción. A lo largo de los próximos meses de intervención, los padres

notan que Carlos se vuelve menos agresivo y más colaborador. Una vez que desciende la frecuencia de la conducta problemática, la familia deja de ir al psicólogo y reanuda su rutina normal.

El estudio de caso expuesto es bastante típico de la manera en que los profesionales han tratado problemas de conducta en los últimos 30 años. Hoy día no es así. La siguiente descripción ilustra algunas tendencias nuevas en el campo.

### **LA ORIENTACIÓN QUE ESTAMOS ADOPTANDO**

Volvamos a considerar el caso de Carlos que acabamos de describir. Al igual que antes, el psicólogo realiza evaluaciones observacionales y concluye que gran parte de la agresión de Carlos está motivada por evitación. Sin embargo, el psicólogo evalúa también los puntos fuertes y débiles de la situación vital de Carlos incluyendo, pero no limitándose, a varias áreas como las relaciones sociales, las amistades, las oportunidades de involucrarse en actividades gratificantes en la comunidad, las rutinas cotidianas, la calidad del programa educativo y los métodos de enseñanza, la preparación para el empleo futuro, la cantidad y calidad de las actividades de ocio, el grado de autonomía y las posibilidades de elegir. Además, el psicólogo evalúa los puntos fuertes y débiles del repertorio conductual de Carlos a fin de determinar su competencia en áreas que incluyen la comunicación, el auto-manejo, las habilidades sociales, y la solución de problemas entre otros. Una vez hechas estas evaluaciones, el psicólogo recomienda, al igual que antes, un procedimiento de extinción para la conducta agresiva. No obstante, el psicólogo también se reúne con los padres, los hermanos y otros parientes de Carlos así como con los vecinos, profesores, y personas de la comunidad más amplia (el entrenador de fútbol de la escuela, varios tenderos, el orientador laboral, miembros de la parroquia) con el fin de escuchar sus opiniones, sugerencias y de obtener su ayuda para rediseñar el ambiente vital de Carlos, integrándole eficaz-

mente en la comunidad. Además, las personas significativas en la vida de Carlos convocan una reunión para discutir planes en un plazo de 5 a 10 años para Carlos en términos de su vida doméstica, social, laboral y de ocio con vistas a optimizar su integración en la comunidad y mejorar su calidad de vida. El psicólogo también se reúne tanto con profesionales como con no profesionales, a fin de desarrollar planes de intervención para mejorar las habilidades que tiene Carlos de comunicar sus necesidades, manejar su propia conducta, relacionarse con los demás de manera que sea una persona más agradable, y de solucionar situaciones difíciles como las que le causan rabia, tristeza y frustración. Tras varios meses de intervención, el nivel de agresión de Carlos disminuye muchísimo. Al mismo tiempo, empieza a desarrollar amistades, participa en asociaciones en la comunidad, aprende un trabajo que le gusta, expresa sus necesidades con facilidad, toma decisiones que son respetadas por los demás, y a menudo afirma que le gusta su nueva vida. Aunque Carlos sigue mejorando, las personas significativas en su vida mantienen sus reuniones, con y sin él, con el fin de apoyarle en los muchos cambios vitales, nuevas situaciones y nuevos desafíos, que, con el paso del tiempo, surgen para todas las personas.

El estudio del caso revisado, que acabamos de describir, representa la dirección futura de este campo. Las diferencias entre la posición que hemos mantenido hasta ahora y la que estamos tomando en la actualidad nos ayudan a la hora de definir la filosofía y el método de esta nueva ciencia aplicada del apoyo conductual positivo que se describen a continuación.

### **LA FILOSOFÍA SUBYACENTE Y EL MÉTODO DEL APOYO CONDUCTUAL POSITIVO**

Utilizando el contraste entre el primer estudio de caso (la posición que hemos mantenido hasta ahora) y el segundo (la que estamos tomando en la actualidad), podemos identificar las características fundamentales que ayudan a definir la filosofía y el método del

apoyo conductual positivo (ACP). Pongamos de relieve estas características.

### **El cliente como colaborador y no como ayudante**

Tradicionalmente, los analistas de la conducta han trabajado en calidad de expertos que definen las cuestiones importantes, seleccionan y diseñan las intervenciones solicitando la ayuda de los clientes (los padres y los profesores) a la hora de aplicar sus estrategias. Esto era cierto en nuestro primer estudio de caso en el que el psicólogo realizó su evaluación y luego dijo a los padres de Carlos cómo tratar el comportamiento agresivo. En nuestro segundo estudio de caso, en el que se aplicaba un enfoque ACP, el plan que trataba la agresión de Carlos a largo plazo implicaba una colaboración entre el psicólogo y muchos clientes (los padres, los profesores, personas de la comunidad etc.) con vistas a obtener perspectivas y retroalimentación variadas acerca de la mejor manera de definir y evaluar el éxito de Carlos e intervenir en el caso. Los clientes no eran ayudantes sino más bien participantes activos y colaboradores involucrados, junto al psicólogo, en un proceso de intercambio de información recíproca. Los clientes han evolucionado desde un papel pasivo en el que les instruye un experto hacia un papel activo en que a) presentan perspectivas valiosas a nivel cualitativo de cara a la evaluación; b) determinan si las estrategias de intervención propuestas son relevantes o no para todas las situaciones difíciles que debe afrontar Carlos tanto ahora como en el futuro; c) evalúan si el enfoque global es práctico o no, es decir, si es compatible con los valores, necesidades y estructuras organizacionales asociadas con Carlos y su red de apoyo; y d) definen qué resultados serán socialmente válidos, es decir, que mejorarán la calidad de vida de Carlos a través de su integración en la comunidad y la mejora de su satisfacción personal. El enfoque igualitario de implicación del consumidor se ha convertido en un rasgo fundamental del ACP (Albin, Lucyshyn, Horner, & Flannery, 1996; Fox, Vaughn, Dunlap, & Bucy, 1997; Turnbull, Friesen, & Ramírez, 1998)

### Hincapié en la prevención

En nuestro primer estudio de caso, la naturaleza de la intervención era de pura reacción. Es decir, el procedimiento de extinción recomendado se aplicaba sólo cuando surgía la conducta agresiva. Aunque el enfoque de ACP descrito en el segundo estudio de caso también aplicó el uso de la extinción, la gran mayoría de las estrategias de intervención empleadas eran pro-activas por naturaleza. Por lo tanto, el rediseño del medio ambiente y el desarrollo de habilidades implican diversos procedimientos que suelen tener lugar cuando Carlos no está agresivo. Este hincapié en la prevención es una característica distintiva del ACP (Carr, Robinson, & Palumbo, 1990).

### Modificación del contexto problemático, no de la conducta problemática

El método tradicional, que se describe en el primer estudio de caso, se suele centrar estrictamente en la conducta problemática *per se* y en las situaciones específicas que la provocan. El resultado es que el eje principal de la intervención en el caso de Carlos consiste en reducir o eliminar la conducta problemática. Por contra, el segundo estudio del caso expone claramente que el eje principal del ACP no consiste en modificar la conducta problemática sino los contextos en los cuales se encuentran los problemas. Existen dos tipos de contextos problemáticos: deficiencias relacionadas con las condiciones ambientales y deficiencias relacionadas con el repertorio comportamental. *Una premisa fundamental de la filosofía subyacente del ACP es que las deficiencias que existen en el ámbito vital de un individuo y las deficiencias en su repertorio comportamental adaptativo son los factores principales responsables de la conducta problemática. Por lo tanto, el esfuerzo se debe concentrar en identificar y modificar estas deficiencias (contexto del problema) en lugar de la conducta problemática per se, que se ve simplemente como un efecto de un contexto problemático* (Carr, Carlson, Langdon, Magito-McLaughlin, & Yarborough, 1998). Por todo eso, el psicólogo en el segundo caso pasaba tanto tiempo evaluando deficiencias ambientales (en relaciones sociales,

rutinas cotidianas, prácticas de enseñanza, actividades de ocio, oportunidades de tomar decisiones) así como las deficiencias en el repertorio comportamental (en comunicación, autocontrol, habilidades sociales, solución de problemas). La información recogida por el psicólogo de Carlos en la evaluación de los contextos problemáticos se utiliza para generar intervenciones que tienen tres características que rigen en casi todos los enfoques de ACP: a) son educativos, b) son de orientación sistémica, c) son multicomponentes.

*Dimensiones educativas.* El psicólogo, como se ha mencionado, evaluaba puntos fuertes y débiles en el repertorio conductual de Carlos. El propósito de esta evaluación es ayudar en el desarrollo de un plan de educación para mejorar el repertorio de las conductas que Carlos tiene a su disposición para tratar situaciones difíciles. En otros términos, no basta con utilizar la extinción para reducir la conducta agresiva. La filosofía subyacente del ACP requiere que se enseñen nuevas conductas que reemplazan la conducta problemática no deseada. Por lo tanto, si Carlos se frustra por las demandas difíciles, será necesario enseñarle un método alternativo de afrontar las demandas frustrantes de modo que ya no necesite ser agresivo (Carr & Durand, 1985). Su falta de habilidades de comunicación se ve como un factor importante que produce agresión. Por lo tanto, Carlos debe aprender cómo pedir ayuda cuando se siente frustrado, descanso cuando está cansado, nuevas tareas cuando está aburrido, etc. (Carr et al., 1996). De este modo, tendrá alternativas a la conducta agresiva, que hagan que dicha conducta sea prescindible, reduciendo el problema de modo permanente o eliminándolo por completo. Asimismo, las deficiencias en habilidades sociales, autocontrol, o solución de problemas pueden tratarse mediante una educación sistemática (Snell, 1993) que sirve para hacer innecesaria la conducta problemática.

*Orientación sistémica.* El psicólogo también evaluó los puntos fuertes y deficiencias en la situación de Carlos. Un individuo que vive en un medio ambiente que carece de calidad de

vida tiende a ser infeliz (Schalock, 1996). Por ejemplo, la infelicidad suele ser una consecuencia de no tener amigos, estar obligado a involucrarse en rutinas cotidianas sin sentido, tener pocas actividades de ocio, y falta de oportunidades para tomar decisiones. Para Carlos, semejante vida vacía podría crear una predisposición a estar deprimido, irritable, y frustrado, y por tanto, más proclive a responder ante las demandas y otros desafíos con conducta agresiva. La solución consiste en cambiar aspectos amplios del contexto vital. Por lo tanto, en la práctica, todas las personas que están involucradas en apoyar a Carlos trabajarían juntas de cara a modificar varios aspectos del sistema social en el que vive Carlos. Por ejemplo, se tomarían medidas para encontrar amigos para Carlos de modo que no se sintiese aislado. Se identificarían actividades basadas en la comunidad que Carlos encontraría valiosas e importantes. Se prestaría especial atención a evaluar y promover una amplia gama de nuevas actividades de ocio que Carlos encuentre divertidas para que pueda entretenerse cuando otras personas no están disponibles. Su medio ambiente y sus rutinas se cambiarían de modo que tendría bastantes más oportunidades de tomar decisiones y expresar sus preferencias. A ser posible, él mismo elegiría la actividad con que ocuparse además de dónde, cuándo y con quién llevarla a cabo. Estos y otros cambios amplios en el sistema social de Carlos son diseñados para mejorar su calidad de vida, reducir el grado y frecuencia de su frustración, irritabilidad, y su falta de esperanza. La mejoría que se produce en la satisfacción vital de Carlos juega, según la filosofía subyacente del ACP, un papel importante a la hora de reducir la frecuencia de las conductas agresivas en el futuro.

### Intervención multi-componente

El hecho de que el ACP, en relación con el comportamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento, requiere cambios tanto en los sistemas como en la educación, debería haber dejado clara la garantía de que todas las intervenciones de ACP serán multi-componente por naturaleza. Aunque la extinción puede seguir siendo una parte de un paquete multi-componen-

te, se utilizaría en combinación con diversos procedimientos de cambio con orientación sistémica como los que se acaban de describir. La intervención multi-componente se ha convertido en una práctica habitual del ACP (Carr & Carlson, 1993; Carr, Levin, et al., en prensa; Horner & Carr, 1997; Kemp & Carr, 1995).

#### **Cambio en el estilo de vida en lugar de reducción del comportamiento**

En el primer estudio de caso, estaba claro que el objetivo principal de la intervención era eliminar la conducta agresiva de Carlos. Una vez controlada la conducta, se consideraba que el trabajo del psicólogo había finalizado. Según la filosofía del ACP, este resultado se consideraría completamente inadecuado. El objetivo principal del ACP es ampliar y mejorar el estilo de vida del individuo. El supuesto es que una vida significativa, interesante y normalizada constituye un contexto en el que la conducta problemática es innecesaria e irrelevante. Por lo tanto, el cambio y mejora del estilo de vida produce un efecto secundario importante, concretamente, la reducción de la conducta problemática. La importancia del cambio de estilo de vida se hace evidente en nuestro segundo estudio de caso. Aquí, el psicólogo, la familia, los profesores, los amigos y los vecinos trabajan juntos con el fin de ampliar las relaciones sociales, las actividades, las rutinas, la calidad de la educación, las posibilidades de empleo, la autonomía y las posibilidades de elegir de que dispone Carlos. Este énfasis en el fomento de un estilo de vida completo se ha convertido en un rasgo distintivo del enfoque ACP (Risley, 1996; Turnbull & Ruef, 1996, 1997).

#### **Una perspectiva del ciclo vital**

En cuanto al tiempo, mirando el primer estudio de caso, está claro, que el enfoque convencional para tratar el problema tiene sus límites. Una vez eliminada la agresión de Carlos, el psicólogo dejó de ver a la familia. No había ningún tipo de seguimiento a largo plazo. Aunque existen algunas excepciones destacadas en la literatura tradicional, la norma ha sido la intervención a corto plazo o sin seguimiento

(Carr, Horner, et. al., en prensa). Por el contrario, el segundo estudio de caso destaca que, conforme a la filosofía subyacente al ACP, la intervención no se termina nunca. Es decir, la red de apoyos de Carlos sigue funcionando durante años e incluso décadas. La razón es que el hincapié en un cambio vital a largo plazo requiere una perspectiva vital a largo plazo. Con el paso del tiempo, es inevitable que sucedan cambios importantes en el ámbito vital de un individuo, y estos cambios tendrán que ser abordados. Tanto los profesores como las familias, comprenden que la transición de los individuos de la guardería a la escuela, al instituto, y luego al lugar de trabajo y a la vida con apoyo requiere una perspectiva vital a largo plazo que considere el manejo de la conducta problemática en términos de un proceso que no termina sino que responde a diferentes desafíos en diferentes etapas de la vida (Turnbull, 1998; Vandercook, York & Forest, 1989). Una perspectiva "del ciclo vital" supone una ruptura brusca con la práctica de antaño y es un rasgo distintivo de la filosofía subyacente al ACP y su enfoque de intervención.

#### **RESULTADOS Y TENDENCIAS DEL APOYO COMPORTAMENTAL POSITIVO**

Recientemente, el ministerio de educación de los Estados Unidos convocó una revisión de la literatura concerniente al ACP escrita en los últimos doce años. El propósito de esta revisión fue identificar las tendencias en el campo y evaluar la eficacia global del enfoque ACP. Dentro de poco, La Asociación Americana de Retraso Mental publicará los resultados en una monografía (Carr, Horner, et. al., en prensa). A continuación, se hará un resumen de los puntos más destacados.

#### **Amplia aplicabilidad**

Se ha aplicado el enfoque de ACP a una amplia gama de conductas problemáticas, tanto graves (conducta agresiva y auto-lesiva), como moderadas (problemas de disciplina). Se ha aplicado a un gran abanico de diagnósticos que incluye trastornos del desarrollo, trastornos emocionales y comportamentales y las lesiones cerebrales trau-

máticas. Se ha utilizado por agentes normalizados de intervención como padres, profesores, y orientadores laborales en contextos normalizados como en casas, colegios, lugares de trabajo y en la comunidad.

#### **El Desarrollo del campo hacia la práctica de ACP**

El ACP no es una moda caprichosa. Muestra índices de crecimiento constantes e importantes, especialmente en los últimos 5 años. Con el paso del tiempo ha habido un aumento en la frecuencia en que las intervenciones tienen lugar en contextos normalizados, llevados a cabo por agentes normalizados de intervención. Ha habido un incremento asombroso tanto en el alcance como la frecuencia en que se realizan evaluaciones rigurosas antes de planificar intervenciones. Las intervenciones que ponen énfasis en arreglar el contexto problemático más que la conducta problemática han ido aumentando con el paso del tiempo. En suma, el campo en sí ha evolucionado hacia la incorporación de más prácticas clínicas asociadas con la filosofía subyacente al ACP

#### **El ACP es eficaz**

Se ha observado un aumento en varias conductas positivas después de las intervenciones de ACP (comunicación, habilidades sociales y laborales). En cuanto a la frecuencia de la conducta problemática, más de dos tercios de los casos investigados mostraron una reducción del 80% o más tras la intervención de ACP; resultado que es particularmente impresionante si se considera la gravedad de los problemas tratados. Por lo general, los porcentajes de éxito eran más altos cuando se basaron en evaluaciones rigurosas previas que cuando no era así.

#### **Lo que prefieren los profesores y las familias**

Un examen de la literatura clínica y de investigación indicó que las familias y los profesores tienen cuatro prioridades: (1) énfasis en un apoyo global en cuanto a estilo de vida, (2) atención al cambio comportamental a largo plazo (de por vida), (3) estrate-

gias de intervención que sean prácticas y relevantes, es decir, estrategias que encajen bien con las realidades cotidianas de los ámbitos de casa y del colegio, y (4) apoyo para ellos mismos así como para las personas con discapacidad, es decir, alterar el sistema con el fin de generar oportunidades de respiro, supervisión entre compañeros, y apoyo social y emocional a la hora de encararse con los desafíos. Cada una de estas prioridades se ha

convertido en un tema principal que exige esfuerzo y discusión dentro del campo del ACP.

## CONCLUSIONES

Hoy día el área está pasando por un cambio importante en la manera de abordar el tema de la conducta problemática. Se está sustituyendo la visión estrecha de gran parte del tra-

bajo convencional por un enfoque más moderno, el ACP, que pone de relieve la importancia ecológica, los resultados significativos en forma de cambios en el estilo de vida, el macroanálisis de sistemas, y la utilidad práctica según la definen los padres y los profesores (Carr, 1997). El ACP representa una fundamentación de la tecnología basada en la ciencia y los valores humanistas y constructivistas. El futuro ha llegado. ■

## BIBLIOGRAFÍA

- Albin, R. W., Lucyshyn, J. M., Horner, R. H., & Flannery, K. B. (1996). Contextual fit for behavior support plans. In L. K. Koegel, R. L. Koegel, & G. Dunlap (Eds.), *Positive behavioral support* (pp. 81-98). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Carr, E. G. (1997). The evolution of applied behavior analysis into positive behavior support. *Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps*, 22, 208-209.
- Carr, E. G., & Carlson, J. I. (1993). Reduction of severe behavior problems in the community using a multicomponent treatment approach. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 157-172.
- Carr, E. G., Carison, J. I., Langdon, N. A., Magito-McLaughlin, D., & Yarbrough, S. C. (1998). Two perspectives on antecedent control: Molecular and molar. In J. K. Luiselli & M. J. Cameron (Eds.), *Antecedent control: Innovative approaches to behavioral support* (pp. 3-28). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Carr, E. G., & Durand, V. M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 111-126.
- Carr, E. G., Horner, R. H., Turnbull, A. P., Marquis, J. G., Magito-McLaughlin, D., McAtee, M. L., Smith, C. E., Anderson-Ryan, K., Ruef, M. B., & Doolabh, A. (in press). *Positive behavioral support in people with developmental disabilities: A research synthesis. Monograph of the American Association on Mental Retardation*.
- Carr, E. G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J. I., Kemp, D. C., & Smith, C. E. (1996). *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*. Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- Carr, E. G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J. I., Kemp, D. C., Smith, C. E. (1996). *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Magito-McLaughlin, D. (in press). Comprehensive multisituational intervention for problem behavior in the community: Long-term maintenance and social validation. *Journal of Positive Behavior Interventions*.
- Carr, E. G., Robinson, S., & Palumbo, L. W. (1990). The wrong issue: Aversive versus nonaversive treatment. The right issue: Functional versus nonfunctional treatment. In A. Repp & N. Singh (Eds.), *Perspectives on the use of nonaversive and aversive interventions for persons with developmental disabilities* (pp. 361-379). Sycamore, IL: Sycamore Publishing Co.
- Fox, L., Vaughn, B. J., Dunlap, G., & Bucy, M. (1997). Parent-professional partnership in behavioral support: A qualitative analysis of one family's experience. *Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps*, 22, 186-195.
- Homer, R. H., & Carr, E. G. (1997). Behavioral support for students with severe disabilities: Functional assessment and comprehensive intervention. *Journal of Special Education*, 31, 84-104.
- Kemp, D. C., & Carr, E. G. (1995). Reduction of severe problem behavior in community employment using an hypothesis-driven multicomponent intervention approach. *Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps*, 20, 229-247.
- Koegel, L. K., Koegel, R. L., & Dunlap, G. (1996). *Positive behavioral support*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Risley, T. (1996). Get a life! In L. K. Koegel, R. L. Koegel, & G. Dunlap (Eds.), *Positive behavioral support* (pp. 425-437). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Schalock, R. L. (Ed.). (1996). *Quality of life: Perspectives and issues*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Snell, M. E. (Ed.). (1993). *Instruction of students with severe disabilities*. (4th ed.). New York: Merrill.
- Turnbull, A. P. (1988). The challenge of providing comprehensive support to families. *Education and Training in Mental Retardation*, 23, 261-272.
- Turnbull, A. P., Friesen, B., & Ramírez, C. (in press). Participatory Action Research as a model of conducting family research. *Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps*.
- Turnbull, A. P., & Ruef, M. (1996). *Family perspectives on problem behavior*. *Mental Retardation*, 34, 280-293.
- Turnbull, A. P., & Ruef, M. (1997). Family perspectives on inclusive lifestyle issues for people with problem behavior. *Exceptional Children*, 63, 211-227.
- Vandercook, T., York, J., & Forest, M. (1989). The McGill action planning systems (MAPS): A strategy for building the vision. *Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps*, 14, 205-215.