|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del participante:  |   |  Fecha del plan: |   |

De conformidad con la Sección 17 del Capítulo 45 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud, un participante con un comportamiento desafiante identificado por el equipo del plan de cuidados deberá tener un análisis funcional reciente realizado dentro del último año para identificar lo que la persona está tratando de comunicar a través del comportamiento, identificar la función o posible propósito del comportamiento, explorar los antecedentes y factores contribuyentes del comportamiento, y revisar y describir las intervenciones y los apoyos del comportamiento positivo potenciales para poder desarrollar un plan de apoyo del comportamiento positivo. Un proveedor o el personal del proveedor que conozca bien al participante deberá completar el análisis del comportamiento funcional, el cual deberá incluir los comentarios del equipo, el participante y cualquier representante legalmente autorizado.

**Análisis del comportamiento funcional**

|  |
| --- |
| **Indique los comportamientos específicos de ICAP identificados en EMWS como moderados o severos.**  |
| **Provea una descripción clara del comportamiento desafiante.** *¿Cómo se ve o suena el comportamiento? ¿Ocurre esto junto con otros comportamientos? ¿Cuánto dura? ¿Cuánto tiempo ha estado ocurriendo?*  |
| **Describa los antecedentes y factores contribuyentes.** *¿Hay alguna advertencia de la persona antes de que comience el comportamiento? ¿El comportamiento ocurre más en algunos ambientes que en otros? ¿Hay factores médicos o físicos que contribuyen al comportamiento?*  |
|  |
| **Explique la posible motivación del participante.** *¿Que está tratando de comunicar el participante a través del comportamiento? ¿Qué está consiguiendo o de que está alejándose el participante cuando usa el comportamiento?*   |
|  |
| **Provea un resumen de las intervenciones pasadas.** *¿Qué intervenciones se han intentado? ¿Qué ha funcionado y qué no ha funcionado?*  |
|  |
| **Provea un resumen sobre la frecuencia, intensidad y duración de los comportamientos específicos antes de la implementación del PBSP.**  |
|  |
| **Provea un resumen de datos para los últimos seis meses.** *Después de la implementación del PBSP, revise los datos para determinar su efectividad. Resuma la frecuencia, intensidad y duración del comportamiento desafiante en base a los incidentes internos y aquellos reportables para la División.*  |
|  |
| Nombre de la persona completando el análisis: | Organización proveedora: | Fecha: |
|   |   |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del participante:  |   | Fecha del plan: |   |

De conformidad con la Sección 17 del Capítulo 45 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud, un plan de apoyo del comportamiento positivo (PBSP) basado en un análisis del comportamiento funcional reciente, deberá desarrollarse para un participante para que los proveedores trabajando con el participante puedan entender y reconocer la comunicación y los comportamientos mostrados por la persona. El plan de apoyo del comportamiento positivo deberá describir los apoyos acordados para ayudar al participante a usar las técnicas de apoyo comprobadas y las intervenciones no restrictivas. Como mínimo, un PBSP debe incluir los componentes explicados en la Sección 17 del Capítulo 45 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud.

Un participante deberá tener un PBSP implementado si tiene restricciones escritas en su plan de cuidados individualizado o si el equipo del plan de cuidados ha identificado un comportamiento desafiante, tales como acciones por el participante que constituyen una amenaza a la salud y seguridad inmediata del participante u otra persona, un patrón de comportamientos persistente que impiden que el participante funcione en lugares públicos y su integración en la comunidad o síntomas descontrolados de una condición física o mental.

El equipo del plan de cuidados es responsable de completar el plan de apoyo del comportamiento positivo (PBSP). Este plan deberá enfocarse en la persona, hacer que el participante participe en el desarrollo del plan o un nivel apropiado para esa persona, y mantener la dignidad y el respeto del participante.

**Plan de apoyo del comportamiento positivo**

|  |
| --- |
| **Describa los antecedentes y comportamientos desafiantes que necesitan ser reemplazados o reducidos.** *¿Qué apoyos positivos se necesitan para ayudar a reemplazar los comportamientos desafiantes con comportamientos de reemplazo apropiados?*   |
| **Describa cómo el equipo reconocerá los comportamientos emergentes.**  |
|   |
| **Describa lo que se espera que el equipo haga cuando implemente las estrategias de intervención.** *Provea las instrucciones para el proveedor sobre cómo intervendrá cuando ocurra el comportamiento.*  |
| **Indique los comportamientos de reemplazo** **–** *¿Cuál es un comportamiento más deseado que aborda la motivación de la persona?*  |
|   |
| **Indique los reforzamientos –** *Cuando cambie el comportamiento, ¿qué debería hacer el personal para reconocer el comportamiento cambiado?*  |
|  |
| **Intensificación y medicamentos de PRN (*si corresponde) –*** *Describa cómo el personal determinará si la intensificación del comportamiento requiere un medicamento de PRN como se recomienda por el profesional médico tratante.* |
|   |
| **Protocolo de revisión –** *Identifique quién revisará la efectividad del plan, con qué frecuencia (cuando menos cada seis meses) y quién revisará el PBSP cuando sea necesario.* |
|   |
| **Documentación –** *Incluya un resumen sobre las fechas y horas de la ocurrencia del comportamiento específico, una descripción de los antecedentes del comportamiento y las intervenciones del comportamiento positivo usadas. Se recomienda mucho una información adicional como la frecuencia, intensidad y duración de los comportamientos.*   |
|  |
| ***He recibido los comentarios para el desarrollo del plan de apoyo del comportamiento positivo. Este plan cumple con las disposiciones establecidas en la Sección 17 del Capítulo 45 de las Normas de Medicaid del Departamento de Salud.*****Participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Representante legalmente autorizado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Administrador de casos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Proveedor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |