

# Guía práctica



HACIA UNA ESCUELA INCLUSIVA

## TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

UNA GUÍA DE INTERVENCIÓN EN LA ESCUELA

2<sup>a</sup> EDICIÓN REVISADA

# TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

## UNA GUÍA DE INTERVENCIÓN EN LA ESCUELA

guía práctica



PRESENTACIÓN	4
GRUPO DE TRABAJO	6
INTRODUCCIÓN	7
PRIMERA PARTE: LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN LA ETAPA ESCOLAR	11
1. PANORAMA GENERAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	13
1.1. Conceptualización: consideraciones previas	14
1.2. Definición y clasificación	17
1.3. Epidemiología	27
1.4. Factores de riesgo y protectores	28
1.5. Modelos psicológicos explicativos	30
2. REFLEXIONES SOBRE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA	41
3. EL MODELO DE INTERVENCIÓN: LA PERSPECTIVA CONDUCTUAL DE SISTEMAS	45
SEGUNDA PARTE: INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	53
4. CONDUCTAS DISRUPTIVAS, ALUMNOS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA E INTERVENCIÓN EDUCATIVA	55
5. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN ALUMNOS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA	59
5.1. FASE 1: Recogida de la demanda	62
5.2. FASE 2: Recogida de información y evaluación	63
5.3. FASE 3: Intervención	66
5.4. EVALUACIÓN DEL PROCESO	92
6. CONCLUSIONES	93
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	99
ANEXOS:	109
ANEXO 1: Entrevista con el tutor	111
ANEXO 2: Entrevista familiar	117
ANEXO 3: Instrumentos de evaluación del alumno	125
ANEXO 4: Instrumentos de evaluación familiar	135
ANEXO 5: Recursos comunitarios	141

Las diversas actuaciones que se desarrollan en los centros educativos van encaminadas no sólo al aprendizaje y adquisición de conocimientos sino muy especialmente al pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades de los alumnos.

Una de las situaciones de riesgo que puede vulnerar el desarrollo armónico e integral de nuestros niños y jóvenes viene determinada por un variado conjunto de conductas que por su topografía, características y consecuencias derivadas, son conceptualizadas bajo el término de trastornos de la conducta o trastornos de comportamiento perturbador.

Como se indicará más adelante en esta publicación, los trastornos del comportamiento perturbador suponen uno de los diagnósticos más frecuentes en las unidades de salud mental infanto-juvenil, donde equivale a algo más de la mitad de las consultas, estimándose su prevalencia en la población general, según las distintas investigaciones, entre un 2% y un 16 %.

La presencia de este trastorno en nuestros niños y jóvenes puede tener como consecuencia severas implicaciones en su aprendizaje, éxito escolar y en la adecuada convivencia y relación social con los compañeros y profesores de sus centros educativos.

Por todo ello podemos felicitarnos por la iniciativa que a través de estas líneas tengo la oportunidad de presentar. En ella podremos adentrarnos tanto desde el punto de vista teórico como práctico en el complejo campo de los trastornos de la conducta.

De este modo podemos comprobar como a lo largo de sus páginas nos presentan los autores una visión actualizada y científica de los aspectos conceptuales de dichos trastornos. Alrededor de esta problemática suelen confluir diferentes visiones y enfoques que en ocasiones dificultan una acertada comprensión y explicación de las situaciones planteadas. Así podemos encontrarnos desde explicaciones casi mágicas y fatalistas a otras de carácter exclusivamente moral. Por ello la posibilidad de contar con un cuerpo conceptual teórico fuerte puede permitir una concepción acertada de la naturaleza de estos trastornos y, como consecuencia de ello, adoptar la orientación necesaria que permita el diseño de las estrategias de intervención más adecuadas.

Por otra parte, los autores de la guía nos presentan un modelo práctico de intervención, contextualizado a las características organizativas y funcionales de los centros educativos. Esta aportación, que supone el valor principal de la guía, ha surgido del trabajo conjunto y colaborador de los autores, todos ellos profesionales de la orientación educativa de nuestra

Comunidad Autónoma. A través de un proceso reflexivo y crítico de investigación-acción, han ido diseñando una propuesta que los autores denominan de «buenas prácticas» en el sentido de implicar a todos los estamentos de los centros para la intervención con los alumnos que presentan trastornos de la conducta en los centros educativos. Como decía anteriormente, si bien contamos con aproximaciones de carácter clínico y ambulatorio en la literatura científica dedicada a este tema, la propuesta de un modelo desde una perspectiva conductual de sistemas aplicable en los entornos educativos puede considerarse la aportación original y de mayor valor de esta publicación.

Tengo la confianza de que los profesionales a los que va destinada esta guía encontrarán en ella valiosos recursos y propuestas que permitirán abordar esta compleja y difícil problemática en sus centros educativos, con mayores garantías de implicación y de éxito. Todo ello orientado a conseguir que nuestras chicas y chicos consigan con la contribución de las acciones educativas desarrolladas en los centros escolares, el óptimo desarrollo personal y social que les permita vivir en la nueva sociedad del conocimiento y poder afrontar los retos que de ello se derivan.

**DOLORES SERRAT MORÉ**

*Consejera de Educación, Universidad, Cultura y Deporte*

## COMPONENTES DE LA REDACCIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO:

Ángel García Romera (coordinador)

- Ana Belén Arnal Gimeno
- Miren Elisabet Bazanbide Bidaburu
- Cristina Bellido Gómez
- M. Belén Civera Marín
- M. Pilar González Ramírez
- Rosa Ana Peña Capapey
- Marta Pérez Aldaz
- M. Aránzazu Vergara Arroniz

**COLABORACIÓN ESPECIAL:** Gloria Martínez Lanzán, licenciada en Filología Hispánica e Inglesa por la Universidad de Zaragoza y en Traducción e Interpretación por la Universidad de Valladolid.

**AGRADECIMIENTOS:** El grupo de redacción quiere agradecer a todos aquellos que han contribuido con su esfuerzo y dedicación a que sea posible la elaboración y redacción de esta guía:

- Asesoría de Atención a la Diversidad de la Unidad de Programas Educativos del Servicio Provincial de Zaragoza por favorecer la creación del grupo de trabajo.
- Inmaculada Moreno García (Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Sevilla), por el ánimo que ha dado al grupo para seguir adelante en sus objetivos.

**PARTICIPANTES EN EL GRUPO DE TRABAJO**, sin cuyas aportaciones hubiera sido imposible esta guía:

- |                                 |                                 |                             |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| • Ricardo Arguís Rey            | • Berta María Landa Santesteban | • M. Ángeles Rivera Moreu   |
| • Silvia Bolea Viñuales         | • M. Jesús Larraga Cubero       | • M. Pilar Rubio Moreno     |
| • Mercedes del Calvario Pérez   | • Rafael Lizandra Laplaza       | • M. Dolores Rubio Rubio    |
| • Elisa Calvo Gómez             | • M. Jesús Mainer Casanova      | • Raquel Sastre Espallargas |
| • Lourdes García Pérez          | • Irene Martínez Mesas          | • M. Ángela Simón Rubio     |
| • M. del Rosario González Parra | • María Morell Sanz             | • Silvia Torguet Sabes      |
|                                 |                                 | • Estrella Vargas Simal     |



## INTRODUCCIÓN

00

Los denominados problemas de conducta se están convirtiendo en una fuente de preocupación para las familias, la escuela y la sociedad en general. Aparecen cuando los niños -o adolescentes- tienen que cumplir ciertas normas y someterse a un cierto grado de disciplina (Díaz, Jordán, Vallejo y Comeche, 2006) que les suponga no conseguir una satisfacción inmediata.

Algunas conductas de oposición son, en determinados momentos, importantes para el desarrollo y la formación de la propia identidad y la adquisición de habilidades de autocontrol y desarrollo personal. Sin embargo, hay niños y niñas en los que la frecuencia y la intensidad de sus emociones están claramente por encima de lo que podría considerarse normal para su edad o grupo de referencia.

La mayor parte de los problemas de conducta que muestran los niños pueden explicarse como un desajuste dentro de su contexto familiar, escolar o social, pero si éste permanece en el tiempo, los niños que lo presentan pueden ser señalados como problemáticos con la consiguiente etiqueta que, además, suele ir acompañada de otros problemas que dificultarán las posibilidades de adaptación y normalización de su desarrollo.

Los cambios sociales de valores y normas se producen actualmente a una velocidad vertiginosa. Están en alza el individualismo y la consecución del bienestar inmediato y permanente mientras que el esfuerzo y el trabajo a largo plazo están claramente a la baja. Como consecuencia, suele aparecer una escasa resistencia a la frustración que puede desencadenar conductas de descontrol en el ámbito familiar, escolar y social. Esta situación es uno de los factores que está generando un incremento constante de alumnado con problemas de conducta o emocionales que interfieren en su desarrollo educativo afectando de manera relevante al profesorado y a sus propios compañeros.

Por otra parte, la gravedad o intensidad de los problemas de conducta es amplia y va desde problemas cotidianos más o menos intensos o incómodos hasta los desórdenes del comportamiento recogidos en las clasificaciones internacionales. Gran parte de estos problemas se presenta ya desde la infancia y en muchos de ellos puede observarse la progresión de su gravedad. Por tanto, las pautas educativas y los momentos de intervención son un elemento importante en la prevención o desarrollo de dichos problemas. Esta guía está diseñada para abordar estos problemas.

El abordaje de los niños con desórdenes de la conducta o comportamiento perturbador es siempre complejo y en la mayoría de los casos constituye un reto. Las dificultades se presentan en muchos ámbitos: situaciones y problemas en general complicados, falta de cooperación de los propios niños y de los adultos implicados o escaso apoyo institucional, entre otros. Las intervenciones suelen ser largas y costosas ya que suponen un cambio en las actitudes y en los patrones de comportamiento. Además, los profesionales implicados no siempre tienen la preparación suficiente ni pueden dedicar el tiempo y la atención necesarios. Sin embargo, el tratamiento de esta problemática supone una oportunidad para el cambio y una mejora tanto para el niño como para los compañeros y adultos que conviven con él.

Las intervenciones en los problemas de conducta requieren un trabajo coordinado y conjunto por parte de todos los agentes implicados en el desarrollo psicosocial del niño. En el nivel preventivo son necesarias actuaciones y programas dirigidos a los padres y al ámbito escolar que faciliten al niño un entorno sano y acogedor. Estos programas suelen ser efectivos, sobre todo los que se basan en datos empíricos (Kazdin, 1995; Kazdin y Buela-Casal, 1994), y están encaminados a mejorar el autocontrol, prevenir la violencia, promocionar estrategias adecuadas de resolución de conflictos, desarrollar un autoconcepto positivo, mejorar la competencia social y escolar e incrementar la tolerancia y el respeto a la diversidad.

Cuando se presenta el problema, la intervención dependerá de diversos aspectos y circunstancias tales como la edad del niño, su estado general, los síntomas que aparecen además de la topografía y funcionalidad de las conductas. Los objetivos de la intervención irán encaminados a aumentar la competencia del niño para resolver sus propios problemas, mejorar sus habilidades comunicativas y manejar sus conductas impulsivas. Por lo que respecta a la familia, las intervenciones se dirigirán a introducir cambios en la dinámica familiar, mejorar la comunicación entre sus miembros y reducir las conductas desadaptadas. En el contexto escolar, las actuaciones se encaminarán a incrementar las habilidades comunicativas del profesorado respecto a las relaciones con sus alumnos, así como a aumentar el conocimiento y competencia en la identificación y el manejo de los problemas de conducta de manera eficaz. Al mismo tiempo será necesario desarrollar un trabajo específico con el grupo de compañeros que, inevitablemente, están implicados en el problema. Esta mejora de la socialización en el grupo es algo indispensable ya que, en definitiva, los problemas de comportamiento suponen un fracaso en el proceso de socialización del individuo. Este tipo de intervención se convertirá en una poderosa herramienta en la prevención y el manejo de los problemas de conducta.

Esta guía consta de dos partes bien diferenciadas: en la primera se expone la definición de los trastornos de conducta siguiendo las clasificaciones internacionales, su epidemiología, prevalencia, factores de riesgo y algunos modelos psicológicos explicativos y se concluye con un modelo teórico denominado «perspectiva conductual de sistemas» desde el que se propone una intervención contextualizada y dirigida al centro escolar en el que haya alumnos con desórdenes de la conducta. En la segunda parte se hace un primer planteamiento para diferenciar entre alumnos con conductas problemáticas o trastornos de conducta y tomar decisiones al respecto. Se continúa con la descripción de un modelo de intervención que los autores han denominado de «buenas prácticas» y un protocolo de intervención detallado y secuencial que pretende ser un recurso para la intervención educativa con niños que presentan trastornos de conducta.

Los autores han planteado una intervención educativa en el centro escolar con los alumnos con desórdenes de conducta en la que puede y debe trabajarse conjuntamente con otros estamentos y especialistas a la hora de abordar esta problemática tan compleja, preocupante y retadora para la convivencia escolar.

La finalidad última de esta guía es proporcionar a los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) y a los Servicios de Orientación de los Centros que actúan en las diferentes etapas educativas un protocolo de intervención que sea de utilidad y guíe su actuación en situaciones de conflicto con alumnos con trastornos de la conducta (TC) que se plantean cada vez con mayor frecuencia en los centros educativos.

Esta guía va acompañada de unos anexos en los que se incluyen otros documentos complementarios que pueden servir de recursos para ayudar a los profesionales que intervienen en los centros educativos en los que pueda presentarse esta problemática.



# **PRIMERA PARTE:**

## **LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA**

### **EN LA ETAPA ESCOLAR**



# PANORAMA GENERAL DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

01



**E**n esta primera parte se recogen y resumen algunos de los aspectos más relevantes de los desórdenes de la conducta y del comportamiento perturbador. Se han seguido las publicaciones de distintos especialistas que los autores de esta guía consideran más significativas dentro del modelo cognitivo-conductual.

Se describen las características de los trastornos perturbadores de la conducta según los criterios de las clasificaciones internacionales. Posteriormente se incluyen algunos de los modelos psicológicos explicativos de estas conductas y se finaliza con la exposición del modelo denominado «perspectiva conductual de sistemas», que los autores han considerado más adecuado y que guía la intervención psicopedagógica en el centro educativo.

## 1.1. CONCEPTUALIZACIÓN. CONSIDERACIONES PREVIAS

### 1.1.1. DESARROLLO Y FACTORES INFLUYENTES EN LA PERCEPCIÓN DEL TRASTORNO

Los trastornos del comportamiento perturbador -trastornos de la conducta- en la infancia y en la adolescencia engloban un conjunto de conductas que implican oposición a las normas sociales y a los avisos de las figuras de autoridad, cuya consecuencia más destacada es el fastidio o la perturbación, más o menos crónica, de la convivencia con otras personas: compañeros, padres, profesores y personas desconocidas (Fernández y Olmedo, 1999).

En la definición de estos trastornos influyen una serie de factores propios de la psicopatología infantil que complican la caracterización de los problemas, su curso y su resultado final (Luciano, 1997; Olivares y Mendez, 1998; Mash y Graham, 2001; Moreno, 2002, 2005; Díaz y Díaz-Sibaja,

2005; Méndez, Espada, y Orgilés, 2006). Entre estos factores figuran la edad del niño, su nivel de desarrollo cognitivo, su ambiente familiar y otros aspectos socioculturales.

Las conductas valoradas como síntomas de un trastorno en una determinada edad pueden ser evaluadas como normales en otra. De la misma manera, conductas potencialmente problemáticas suelen presentarse en distinto grado a lo largo del tiempo y su manifestación varía en función de la edad.

La edad y el nivel de desarrollo cognitivo influyen en la forma en la que un determinado comportamiento es percibido e interpretado por los adultos. Por ejemplo, es poco probable que las conductas agresivas de niños de dos o tres años sean percibidas por sus padres de manera problemática (Díaz et al., 2006). Los padres de niños de dos o tres años suelen quejarse de las rabietas, pataletas o agresiones de sus hijos, pero las consideran algo transitorio, contrariamente

a lo que suele suceder cuando los niños son mayores (Fernández y Olmedo, 1999).

Otro de los factores que influye en la valoración de la existencia de un trastorno de conducta en los hijos es la familia. Una buena parte de los niños que acuden a una consulta especializada lo hacen porque sus padres, un profesor o un médico han mostrado algún tipo de preocupación por ellos (Moreno 2002, 2005). En la mayoría de los casos, el niño no suele tener conciencia del problema ni experimentar problema alguno. El grado de tolerancia de los padres hacia este tipo de conductas es muy variable: algunos padres son capaces de justificar una serie de comportamientos destructivos, agresivos e inadecuados como algo «propio de los niños», mientras que otros son incapaces de aceptar la más mínima pataleta o un simple desafío de un niño pequeño y solicitan ayuda profesional inmediatamente. Por tanto, la tolerancia de los padres, su estilo educativo y sus habilidades para hacer frente a estas situaciones desempeñan un papel relevante en la propia definición de los problemas infantiles.

### 1.1.2. DESARROLLO NORMAL Y CONDUCTAS PERTURBADORAS

La definición de las conductas perturbadoras va a depender, por un lado, de la edad del niño y, por otro, de la valoración que realicen los padres u otros adultos significativos. Pero

existe otro factor a tener en cuenta: algunas conductas problemáticas son características de una etapa concreta en el desarrollo normal del niño y tienden a desaparecer en momentos evolutivos más avanzados.

Las conductas antisociales que surgen de manera aislada no suelen tener significación clínica ni social para la mayoría de los niños. Sin embargo, si esas conductas se presentan de manera extrema y no remiten con el tiempo pueden tener repercusiones importantes tanto para el niño como para su entorno. Uno de los requisitos más determinantes que permite hablar de un problema de conducta es el mantenimiento en el tiempo de estas conductas antisociales aunque en su inicio se hayan considerado dentro de los límites de la normalidad. La persistencia en el tiempo de estas conductas lleva implícita su intensificación y su carácter extremo como consecuencia de las nuevas condiciones de desarrollo del niño y del adolescente y por la relevancia social y legal que éstas puedan tener.

En definitiva, la mayoría de los niños muestra en algún momento y circunstancia conductas desadaptadas. El diagnóstico de trastorno de conducta se atribuirá a aquellos niños que exhiban pautas extremas de dichas conductas. En concreto, se aplicará a niños y adolescentes que evidencien de manera frecuente conductas antisociales, a aquéllos que muestren un desajuste significativo en el

funcionamiento diario en casa, en el colegio y a aquéllos que son considerados como incontrolables por padres y profesores.

Estos criterios no formales son los que, en muchas ocasiones, deberían tenerse en cuenta, ya que los estudios realizados hasta el momento no dejan clara la prevalencia de determinadas conductas en períodos específicos del desarrollo, aunque sí han permitido deducir algunas conclusiones: por una parte, a conductas oposicionistas -habituales en ciertos momentos del desarrollo- no se les puede atribuir significación clínica o legal, ni son predictivas de patologías posteriores a pesar de darse con cierta intensidad en algunos momentos; por otra parte, algunas conductas antisociales declinan a lo largo

del curso del desarrollo normal.

Además, hay que considerar que ciertas conductas perturbadoras cumplen una función en las distintas etapas del desarrollo (Díaz y Díaz-Sibaja, 2005). La consecución de la independencia es una de las tareas evolutivas de la primera infancia. Los niños experimentan el cambio que va de ser dependientes a ser unos niños verbales, dinámicos, exploradores del mundo que les rodea y actores fuera del ámbito familiar. El desarrollo cognitivo del niño es rápido, desarrolla el concepto de sí mismo, aprende que sus conductas tienen consecuencias en los demás y comprueba sus propios límites. Los padres potencian la independencia en ciertos hábitos y áreas, pero su autonomía en otras puede ser vivida como problemática.



## 1. 2. DEFINICIÓN. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

La categorización del «trastorno del comportamiento perturbador en la infancia y adolescencia» hace referencia a la presencia de un patrón de conducta persistente, repetitivo e inadecuado a la edad del menor. Se caracteriza por el incumplimiento de las normas sociales básicas de convivencia y por la oposición a los requerimientos de las figuras de autoridad, generando un deterioro en las relaciones familiares o sociales (Fernández y Olmedo, 1999).

No todos los comportamientos perturbadores son similares ni tienen la misma intensidad. Las conductas englobadas en estas categorías son muy dispares: agresión física o verbal, desobediencia, absentismo escolar, consumo de drogas o robos. Muchos investigadores consideran que existe un continuo en cuanto a intensidad, severidad, frecuencia y cronicidad de las conductas incluidas dentro del trastorno del comportamiento perturbador. En este sentido, las clasificaciones internacionales (DSM y CIE), a pesar de ser clasificaciones de tipo categorial, reflejan en cierta medida la existencia de este continuo al distinguir entre cuatro trastornos dentro de esta categoría, que, de menor a mayor gravedad, pueden ordenarse así: problemas paterno-filiales (Z 63.1, si el objeto de la atención clínica es el menor), comportamiento antisocial en la niñez o

adolescencia (Z 72.8), trastorno negativista desafiante (F 91.3) y trastorno disocial (F 91.8).

Aunque todos los problemas indicados más arriba pueden ser, y de hecho son, objeto de intervención clínica, el negativismo desafiante y el trastorno disocial son los trastornos que mayor repercusión social tienen y, debido a sus características y consecuencias, constituyen los diagnósticos más frecuentes en las unidades de salud mental y en las consultas especializadas.

### 1. 2. 1. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Este trastorno se engloba, en el DSM-IV-TR, dentro de una categoría diagnóstica más amplia que, bajo el epígrafe de «Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador» incluye -además del ya mencionado- el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno disocial. Los criterios establecidos para este trastorno son los siguientes:

TABLA 1.1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.  
DSM-IV-TR (APA, 2002).

- A. Un patrón de comportamiento negativista hostil y desafiante que dura por lo menos seis meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:
1. a menudo se encoleriza e incurre en pataletas;
  2. a menudo discute con adultos;
  3. a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir órdenes;
  4. a menudo molesta deliberadamente a otras personas;
  5. a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento;
  6. a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros;
  7. a menudo es colérico y resentido;
  8. a menudo es rencoroso o vengativo.
- Nota: Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.
- B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
- C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o un trastorno del estado de ánimo.
- D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

La CIE 10 (OMS, 1992) considera los trastornos del comportamiento perturbador como una categoría única que incluye el trastorno disocial limitado al contexto familiar en niños socializados, en niños no socializados, y donde incluye lo que denomina «trastorno disocial desafiante y oposicionista».

TABLA 1.2. TRASTORNO DISOCIAL DESAFIANTE Y OPOSICIONISTA. CIE 10 (OMS, 1992; 2001).

El trastorno disocial es característico de niños con edades por debajo de los 9 ó 10 años. Viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador y por la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violan la ley y los derechos de los demás. El trastorno requiere que se satisfagan las pautas generales de F91.0. Un comportamiento malicioso o travieso grave no es en sí mismo suficiente para el diagnóstico. Muchos autores consideran que las formas de comportamiento de tipo oposicionista desafiante representan una forma menos grave de trastorno disocial, más que un tipo cualitativamente distinto. No hay datos experimentales sobre si la diferencia es cuantitativa o cualitativa. Sin embargo, los hallazgos actuales sugieren que si se tratara de un trastorno distinto, éste se manifestaría principal o únicamente en los niños más pequeños. Esta categoría debe utilizarse con cautela, sobre todo, con los niños de mayor edad. Los trastornos disociales clínicamente significativos en los niños mayores suelen acompañarse de un comportamiento disocial o agresivo que va más allá del desafío, la desobediencia o la subversión, aunque con frecuencia suele precederse de un trastorno disocial oposicionista en edades más tempranas. Esta categoría se incluye para hacerse eco de la práctica diagnóstica habitual y facilitar la clasificación de los trastornos que aparecen en los niños pequeños.

#### PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO

- A. Deben cumplirse los criterios generales para el trastorno disocial F91.
- B. Deben estar presentes cuatro o más síntomas del criterio G1 de F91 aunque no pueden estar presentes más de dos síntomas de los ítems 9-23.
- C. Los síntomas del criterio B deben ser maladaptativos o inadecuados para el nivel de desarrollo del niño.
- D. Al menos cuatro de los síntomas deben estar presentes durante seis meses como mínimo.

El rasgo esencial de este trastorno es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocador y subversivo que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural y que no incluye las violaciones más importantes de los derechos ajenos que se reflejan en el comportamiento agresivo y disocial especificado para las categorías de trastornos disociales F91.0 a F91.2. Los niños con este trastorno tienden frecuentemente a oponerse activamente a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas. Suelen tender a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas que los culpan de sus propios errores o dificultades. Generalmente tienen una baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente. Lo más característico es que sus desafíos sean en forma de provocaciones que dan lugar a enfrentamientos. Por lo general, se comportan con niveles excesivos de grosería y falta de colaboración resistencia a la autoridad.

Este tipo de comportamiento suele ser más evidente en el contacto con los adultos o compañeros que el niño conoce bien y los síntomas del trastorno pueden no manifestarse durante una entrevista clínica.

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales radica en la ausencia de violación de las leyes o de los derechos fundamentales de los demás, tales como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción. La presencia definitiva de cualquiera de estas formas de comportamiento excluye el diagnóstico. Sin embargo, el comportamiento disocial oposicionista-desafiante, tal y como se ha perfilado en el párrafo anterior, se encuentra con frecuencia en otros trastornos disociales.

De acuerdo con las definiciones, ambas clasificaciones coinciden en señalar que los síntomas de este trastorno son el resultado de una mala adaptación e inadecuación en el desarrollo psicosocial normalizado del niño y establecen una serie de criterios para el diagnóstico diferencial.

Respecto al diagnóstico diferencial con el trastorno disocial, ambas clasificaciones consideran que los síntomas del trastorno negativista desafiante son de menor gravedad y no incluyen agresiones hacia otras personas o animales, destrucción de la propiedad, robos o fraudes.



En cuanto al diagnóstico diferencial con los trastornos del estado de ánimo, existe una clara discrepancia entre ambas clasificaciones. El DSM-IV-TR considera que el trastorno negativista desafiante es una característica comúnmente asociada a los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes y, por lo tanto, no debe ser diagnosticado separadamente si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de este trastorno. Por su parte, la CIE 10 establece una categoría diagnóstica «trastorno disocial depresivo» para hacer referencia a la combinación que habitualmente se produce entre los comportamientos agresivos, disociales o retadores y los síntomas de las alteraciones del estado de ánimo.

Así mismo, este trastorno debe diferenciarse del comportamiento perturbador debido a la desatención y la impulsividad propia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En el caso de que coexistan los dos trastornos, deben diagnosticarse ambos.

#### **1.2.2. TRASTORNO DISOCIAL. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Como se ha indicado anteriormente, el DSM-IV-TR engloba este trastorno dentro de la categoría diagnóstica de «trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador». Los criterios para establecer este trastorno son los siguientes:

**TABLA 1.3. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DISOCIAL SEGÚN EL DSM-IV-TR (APA, 2002)**

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y, como mínimo, de un criterio durante los últimos 6 meses.

Agresión a personas y animales:

1. a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros;
2. a menudo inicia peleas físicas;
3. ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo botella rota, navaja, pistola);
4. ha manifestado crueldad física con personas;
5. ha manifestado crueldad física con animales;
6. ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, atraco a mano armada);
7. ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad

8. ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves;
9. ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

Fraudulencia o robo

10. ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona;
11. a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (es decir, «tima» a otros);
12. ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamiento o destrozos; falsificaciones).

### Violaciones graves de normas

13. a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad;
  14. se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo);
  15. suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años.
- B.** El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral
- C.** Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad

Calificar en función de la edad de inicio:

Trastorno disocial, tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características-criterio del trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Trastorno disocial, tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica-criterio del trastorno antes de los 10 años de edad.

Trastorno disocial, tipo de inicio no especificado: no se sabe la edad de inicio.

Especificar la gravedad:

Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros (p. ej., mentir, hacer novillos, salir fuera de noche sin permiso)

Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre «leves» y «graves» (p. ej., robos con enfrentamiento con la víctima, vandalismo)

Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requisitos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros (p. ej., violación, crueldad física, uso de armas, robos con enfrentamiento con la víctima, destrozos y allanamientos)

Por otro lado, la CIE 10 define el trastorno disocial prácticamente igual que el DSM-IV-TR enfatizando que estos comportamientos exceden de la simple «maldad» infantil y de la rebeldía adolescente.

**TABLA 1.4. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DISOCIAL SEGÚN LA CIE 10 (OMS, 1992; 2001).**

**G1.** Patrón de conducta repetitivo y persistente que conlleva la violación de los derechos básicos de los demás o de las normas sociales básicas apropiadas a la edad del paciente. La duración debe ser de al menos 6 meses, durante los cuales algunos de los siguientes síntomas están presentes (véanse las subcategorías particulares para los requerimientos en cuanto al número de síntomas).

Nota: los síntomas 11, 13, 15, 16, 20, 21 y 23 necesitan que se produzcan sólo una vez para que se cumpla el criterio.

El individuo presenta:

1. Rabietas excepcionalmente frecuentes y graves para la edad y el desarrollo del niño.
2. Frecuentes discusiones con los adultos.
3. Desafíos graves y frecuentes a los requerimientos y órdenes de los adultos.
4. A menudo hace cosas para molestar a otras personas de forma aparentemente deliberada.
5. Con frecuencia culpa a otros de sus faltas o de su mala conducta.
6. Es quisquilloso y se molesta fácilmente con los demás.
7. A menudo está enfadado o resentido.
8. A menudo es rencoroso y vengativo.
9. Miente con frecuencia y rompe promesas para obtener beneficios y favores o para eludir obligaciones.
10. Inicia con frecuencia peleas físicas (sin incluir peleas con sus hermanos).

11. Ha usado alguna vez un arma que puede causar serios daños físicos a otros (p. ej., bates, ladrillos, botellas rotas, cuchillos, armas de fuego).
  12. A menudo permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición paterna (desde antes de los trece años).
  13. Crueldad física con otras personas (p. ej., ata, corta o quema a sus víctimas)
  14. Crueldad física con los animales.
  15. Destrucción deliberada de la propiedad ajena (diferente a la provocación de incendios).
  16. Incendios deliberados con la intención de provocar serios daños.
  17. Robos de objetos de un valor significativo sin enfrentarse a la víctima, bien en el hogar o fuera de él (p. ej., en tiendas, casas ajenas, falsificaciones).
  18. Ausencias reiteradas al colegio que comienzan antes de los trece años.
  19. Abandono del hogar al menos en dos ocasiones o en una ocasión durante más de una noche (a no ser que esté encaminado a evitar abusos físicos o sexuales).
  20. Cualquier episodio de delito violento o que implique enfrentamiento con la víctima (p. ej., tirones, atracos, extorsión).
  21. Forzar a otra persona a tener relaciones sexuales.
  22. Intimidaciones frecuentes a otras personas (p. ej., infligir dolor o daño deliberados, incluyendo intimidación persistente, abusos deshonestos o torturas).
  23. Allanamiento de morada o del vehículo de otros.
- G2.** El trastorno no cumple criterios para trastorno disocial de la personalidad, esquizofrenia, episodio maníaco, episodio depresivo, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno hiperactivo. (Si cumple los criterios para el trastorno de las emociones, el diagnóstico deberá ser de trastorno mixto disocial y de las emociones).

Se recomienda especificar la edad de comienzo:

**Inicio en la infancia:** Al menos un síntoma disocial comienza antes de los 10 años.

**Inicio en la adolescencia:** No se presentan síntomas disociales antes de los 10 años.

Como se ha comentado más arriba, la CIE 10 considera el trastorno disocial como una categoría diagnóstica única. Incluye distintos subtipos que dependerán de la gravedad, del ámbito donde se producen dichos comportamientos y de la presencia de relaciones de amistad que la persona mantiene con sus compañeros. Añade los siguientes subtipos:

- Trastorno disocial limitado al ámbito familiar: el comportamiento disocial se limita casi exclusivamente al hogar o a las relaciones con miembros de la familia nuclear.
- Trastorno disocial en niños no socializados: el comportamiento disocial lo presentan menores con una profunda dificultad para establecer relaciones personales con chicos o chicas.
- Trastorno disocial en niños socializados: este subtipo se refiere a las personas que, aún presentando comportamientos disociales, se encuentran bien integrados en su grupo de referencia.



- Trastorno disocial desafiante y oposicionista: comentado anteriormente y que se corresponde con el trastorno negativista desafiante del DSM-IV-TR.

También, la CIE 10, coincide con el DSM-IV-TR en la diferenciación entre el tipo de inicio infantil o adolescente, así como en su gravedad (leve, moderada, grave).

El diagnóstico diferencial del trastorno disocial desafiante y oposicionista se lleva a cabo teniendo en cuenta la gravedad de los comportamientos manifestados. Los referidos al trastorno disocial desafiante son de menor gravedad y no incluyen agresiones hacia otras personas o animales, destrucción de la propiedad o fraudes. Si se cumplen ambos trastornos, predomina el trastorno disocial.

En cuanto al diagnóstico diferencial respecto a los trastornos del estado de ánimo, la CIE 10 establece la categoría diagnóstica de «trastorno disocial depresivo» para referirse a la combinación que se da con frecuencia entre los componentes agresivos, disociales o retadores y los síntomas de las alteraciones del estado de ánimo. También se distingue del trastorno por déficit de atención con hiperactividad ya que en este trastorno los comportamientos no van dirigidos a violar intencionadamente las normas sociales. Ambos pueden coexistir y, si se dan, deben ser diagnosticados.

### 1. 3. EPIDEMIOLOGÍA

Como ya se ha apuntado, los trastornos del comportamiento perturbador suponen uno de los diagnósticos más frecuentes en las unidades de salud mental infanto-juveniles tanto en nuestro país, donde equivale a algo más de la mitad de las consultas, como en otros países.

Los diferentes autores estiman la prevalencia del trastorno disocial como del negativista desafiante entre un 2-16 % según distintas investigaciones (Larroy y De la Puente, 1998; Fernández y Olmedo, 1999; Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Caseras, Fullana y Torrubia, 2002; Koch y Gross, 2002; Luiselli, 2002; Moreno y Revuelta, 2002; Díaz-Sibaja, 2005; López-Soler, Castro Alcántara, Fernández y López, 2009).

Un dato relevante es que la frecuencia de los trastornos del comportamiento perturbador, así como otros diagnósticos psicopatológicos, aumenta en función de la edad. Los estudios indican que la prevalencia del trastorno negativista desafiante o del trastorno disocial es aproximadamente de un 3 % a los 10 años y aumenta al 8-9 % a los 16, es decir, se duplica en la adolescencia.

Si tenemos en cuenta el sexo, las investigaciones indican que estos trastornos son más frecuentes entre los chicos que entre las chicas, en una proporción de tres a uno aunque las diferencias disminuyen con la edad.

Prácticamente todos los investigadores coinciden en la existencia de un continuo que va desde la normalidad hasta los trastornos disociales, pasando por los problemas de conducta propios del desarrollo evolutivo normal del niño, los problemas paterno-familiares, los comportamientos antisociales en la niñez o la adolescencia y el trastorno negativista desafiante. Los factores que determinarán la presencia y significación de un trastorno clínico serán la edad, la frecuencia y la intensidad de las conductas. Por ejemplo, el trastorno negativista desafiante suele iniciarse antes de los 8 años de edad, se mantiene de forma gradual durante meses o años con conductas leves o poco frecuentes y posteriormente se produce una mayor frecuencia y generalización desde el entorno familiar a otros contextos, convirtiéndose en un trastorno del comportamiento. No obstante, no todos los trastornos negativistas desafiantes se convierten en trastornos disociales, aunque sí una cierta proporción. En estos casos habrá que tener en cuenta los factores de riesgo y los factores protectores así como una intervención adecuada cuando se produzcan los problemas.

Por otra parte, cuando las conductas disociales son graves, como el uso de armas, violaciones, robos con enfrentamiento o destrozos, éstas serán consideradas en todos los casos problemáticas y, por tanto, el objeto de intervención desde el primer momento aunque sean conductas aisladas y de baja frecuencia.

## 1. 4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES

Teniendo en cuenta que la mayoría de los investigadores consideran que los trastornos del comportamiento perturbador tienen un origen multicausal, se han dedicado a investigar los factores de riesgo y protectores que pueden explicar o dar cuenta de la probabilidad de aparición de estos trastornos. De ahí que la probabilidad de aparición de estos trastornos y su gravedad sea proporcional al balance entre dichos factores.

La influencia de los factores de riesgo o protectores no es sumativa, sino que se influyen de manera recíproca y también hay que tener en cuenta el momento de su aparición (Fernández y Olmedo, 1999). El estudio, la comprensión y la valoración de su influencia son importantes tanto para diseñar estrategias preventivas como para realizar su evaluación e intervención una vez establecido el cuadro clínico.

### 1. 4.1. FACTORES DE RIESGO

Para la descripción de estos factores, tanto de riesgo como protectores, se ha seguido básicamente a Fernández y Olmedo (1999) y Díaz-Sibaja (2005).

#### 1. 4.1.1. FACTORES BIOLÓGICOS

Si bien se ha demostrado una alta correlación entre los factores biológicos y el desarrollo de trastornos del comportamiento perturbador, ésta resulta ser inespecífica al estar

relacionada con otros muchos trastornos psicopatológicos (Díaz-Sibaja, 2005). Los factores más aceptados actualmente son: el género, los factores pre y perinatales, los factores cerebrales y bioquímicos, la dieta y los niveles subclínicos de plomo.

#### 1. 4.1.2. FACTORES PERSONALES

Los factores que parecen estar relacionados con los trastornos del comportamiento perturbador son las variables de personalidad (temperamento difícil, neuroticismo y extraversion, impulsividad, búsqueda de sensaciones, inestabilidad afectiva), cognitivas (dificultad en la solución de problemas, impulsividad cognitiva, baja capacidad verbal, atribuciones y distorsiones cognitivas), déficit de habilidades sociales y pobre empatía, baja autoestima, pobre desarrollo moral, bajo rendimiento escolar y otros trastornos asociados (trastorno por déficit de atención, consumo de drogas, trastorno del control de los impulsos) (Díaz-Sibaja, 2005).

#### 1. 4.1.3. FACTORES FAMILIARES

Todos los investigadores coinciden en la importancia de la influencia de los factores familiares en el desarrollo o mantenimiento de los trastornos del comportamiento perturbador (Díaz-Sibaja, 2005). La familia es el grupo de referencia por excelencia para el niño y donde se transmiten las normas, valores, actitudes y conductas. Las variables

que se pueden incluir aquí son: psicopatología de los padres (alcoholismo, drogadicción, conducta antisocial, depresión de la madre), familias desestructuradas (pérdida de uno de los padres, conflictos graves de pareja), estilos educativos (falta de supervisión, utilización excesiva de medios punitivos, mala calidad de las relaciones).

#### 1. 4.2. FACTORES PROTECTORES

Este tipo de factores actúa amortiguando o atenuando la influencia que ejercen los factores de riesgo en el desarrollo de las alteraciones psicopatológicas en general y de los trastornos de la conducta perturbadora en particular. Es importante analizar estos factores ya que no todas las personas que presentan factores de riesgo desarrollan trastornos del comportamiento, ni responden y evolucionan de la misma manera tras la intervención (Díaz-Sibaja, 2005).

Este análisis es fundamental para la realización de intervenciones preventivas.

Los factores protectores, según la revisión de Pedreira (2004), que se consideran más relevantes son:

- Características individuales: una alta autoestima, un CI elevado y una buena capacidad para solucionar problemas.
- Un soporte familiar adecuado: una supervisión coherente y mantenida en el tiempo.
- Un soporte social funcional y enriquecedor para el niño o adolescente que favorezca las relaciones sociales y la práctica de actividades saludables de ocio y tiempo libre.
- Buena accesibilidad a los servicios asistenciales específicos, lo que permitiría un diagnóstico y tratamiento precoz y una continuidad en la intervención.



## 1. 5. MODELOS EXPLICATIVOS DE ADQUISICIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA

Todas las hipótesis etiológicas actuales postulan un origen multicausal de los trastornos del comportamiento perturbador. Los modelos explicativos de los últimos años tratan de dar cuenta de la heterogeneidad de estos trastornos integrando aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales. En este apartado se presentarán algunos de los modelos psicológicos que destacan por ser integradores y que, por su validez explicativa y su utilidad, pueden servir de orientación para los diseños de programas de intervención. Para esta presentación se han tomado como referencia las publicaciones de Fernández y Olmedo (1999) y Díaz-Sibaja (2005).

### 1. 5.1. MODELO PIRAMIDAL DE DESARROLLO DE LAHEY Y LOEBER

#### 1. 5.1.1. LA PIRÁMIDE EVOLUTIVA

Lahey y Loeber (1994) parten de la idea de que no es posible comprender un patrón conductual desadaptativo sin tener en cuenta su evolución que, según ellos, no es aleatoria. Las relaciones entre estos comportamientos las describen a través de lo que denominan la «pirámide evolutiva» (figura 1.1.). La dimensión horizontal de esta pirámide representa la prevalencia y la vertical, de abajo a arriba, se refiere a la edad de inicio de las conductas (Fernández y Olmedo, 1999). En ella las conductas del trastorno negativista están en la base y las del trastorno disocial en la cúspide. Según su modelo, en la población general muchos niños presentan conductas opositivas, pero sólo algunos desarrollarán el número suficiente de conductas desadaptadas para ser calificadas como un trastorno de conducta.



Conforme vaya aumentando la edad, unos niños dejarán de presentar estas conductas y otros las mantendrán. Algunos de los niños que mantengan estas conductas opositivas desarrollarán con el paso del tiempo conductas más extremas que cumplirán los criterios de un trastorno disocial. Para estos autores la progresión evolutiva de un nivel de gravedad o de desviación a otro es acumulativa.

Lahey y Loeber (1994) plantean este modelo como un continuo donde es difícil establecer límites claros. Así como hay algunas conductas que se sitúan claramente en un nivel (por ejemplo, las rabietas), otras resultan de difícil clasificación (por ejemplo, los robos que cuando el niño es pequeño pueden ser de juguetes o algún material escolar y cuando son más mayores pueden ser coches).

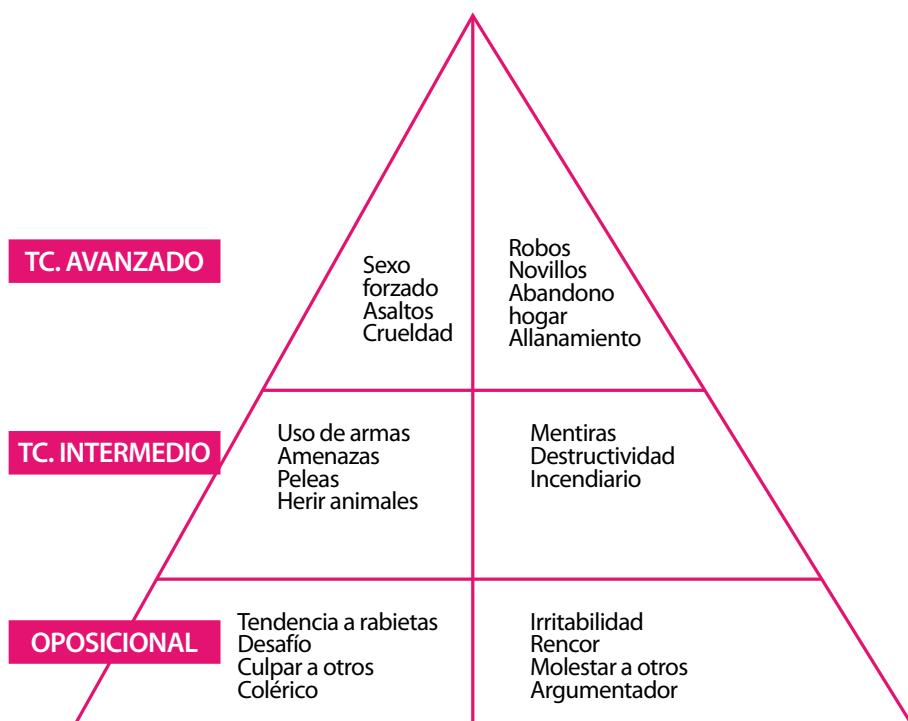


Figura 1.1. Pirámide de desarrollo de los problemas de conducta. (Fernández y Olmedo 1999: 50).

Posteriormente Loeber y Hay (1997) y Loeber y Stouthamer-Loeber (1998) especifican las vías de desarrollo de los comportamientos desadaptativos siguiendo el mismo modelo de la pirámide evolutiva. Consideran que las conductas antisociales de distinta gravedad son manifestaciones de la misma desviación que se desarrolla a lo largo del tiempo. Cada vía de desarrollo sería un patrón de conducta común en un grupo, no compartido por otro grupo de individuos (Caseras, Fullana y Torrubia, 2002; Díaz-Sibaja, 2005). Proponen tres vías de desarrollo: a) una vía manifiesta, que empezaría con agresiones menores, seguida de peleas físicas y de conducta violenta; b) una vía encubierta, que aparecería antes de los quince años y que se iniciaría con unas conductas encubiertas menores, daños a la propiedad, y terminaría con formas moderadas o graves de delincuencia; c) una vía de conflicto con la autoridad, que se iniciaría antes de los 12 años y que consistiría en resistencia, desafío y evitación de la autoridad.

Sólo una minoría de jóvenes avanzaría hacia los niveles más graves de cada una de las vías. Uno de los factores de peor pronóstico sería el inicio temprano en cualquiera de ellas.

### 1. 5.1.2. EDAD COMIENZO DE LAS CONDUCTAS

Uno de los argumentos que justifica este modelo es la edad de inicio de las distintas manifestaciones que configuran estos

trastornos. Para ello Lahey y Loeber (1994) realizan una revisión de diferentes estudios. Las conductas del trastorno negativista son las que aparecen más tempranamente, entre los 4-6 años. En la pirámide evolutiva estas conductas negativistas se solapan con el inicio de conductas disociales y finalmente aparecen las conductas más graves del trastorno disocial.

Un estudio evolutivo realizado por Lahey et al. (1993) trata de predecir el desarrollo evolutivo de estas conductas. Se encontró que el grado en el que se presentaba un trastorno de conducta avanzado en niños de 7-12 años predecía la persistencia de dicho trastorno de conducta en el tiempo. Es decir, los niños que reunían un criterio para un trastorno de la conducta, pero que no habían progresado al nivel más severo en un primer momento, no lo hicieron más adelante, e incluso era probable que bajaran en la pirámide evolutiva hasta quedar fuera del rango de trastorno de conducta. Estos datos apoyarían la validez de la diferenciación entre el nivel intermedio y severo del trastorno de la conducta.

Loeber y Hay (1997) analizan las secuencias evolutivas indicando que la edad media en que aparecen los problemas leves es de siete años, la conducta problemática moderada tiene lugar sobre los nueve años y medio y los problemas graves sobre los doce años. En definitiva (Caseras et al., 2002), parece que el desarrollo de las conductas antisociales

se produce de una manera ordenada, obedeciendo a un patrón de desarrollo desviado que se inicia con conductas disruptivas no delictivas.

Loeber y Hay (1997) y Loeber y Stouthamer-Loeber (1998) consideran dos cambios importantes en la evolución de la conducta disruptiva: el desarrollo de la conducta disruptiva se inicia en el hogar y se extiende posteriormente a la escuela o a la comunidad y la conducta de lesiones físicas empieza con los familiares e iguales y se extiende más adelante a los extraños.

#### 1. 5.1.3. SUBTIPOS EVOLUTIVOS DEL TRASTORNO DE CONDUCTA

Dada la heterogeneidad de los comportamientos incluidos dentro de la categoría del trastorno de conducta, Lahey y Loeber (1994) tratan de establecer distintos subtipos en la búsqueda de una cierta coherencia y etiología de estas conductas.

Loeber (1988) ha propuesto distinguir entre dos formas de trastorno de conducta, una de inicio en la infancia y otra que empezaría en la adolescencia. En las sucesivas ediciones del DSM y la CIE se han diferenciado estos subtipos basándose en la capacidad del niño o adolescente para mantener relaciones sociales, la presencia o ausencia de agresión y la edad de comienzo. Los jóvenes que inician en ese momento conductas desadaptadas presentan un patrón conductual menos severo y agresivo y con mejor pronóstico que los niños que presentan conductas antisociales.

En este modelo Lahey y Loeber (1994) plantean diferenciar entre los dos subtipos en base a la edad de inicio y a una mayor o menor socialización que conllevaría una menor o mayor agresividad.

Por otro lado, estudios de seguimiento de adolescentes agresivos (Moffit, 1990) han ratificado esta subdivisión dando un nuevo significado a la relación entre agresión y



persistencia del trastorno de la conducta. Los jóvenes delincuentes calificados como agresores tienen mayor probabilidad de cometer en la edad adulta actos violentos tales como ataques, asesinatos o secuestros. Otros autores han encontrado que elevados niveles de agresión a los diez años son altamente predictivos de criminalidad en hombres adultos, especialmente los que implican actos criminales y violentos.



## 1. 5.1.4. COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS

Lahey y Loeber (1994) aseguran que la evolución y severidad del trastorno negativista y el trastorno de la conducta están estrechamente ligados a otras condiciones como niveles desadaptativos de ansiedad, depresión y trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Distintos estudios sugieren que la ansiedad se asocia con la agresión de una manera compleja que cambia desde la infancia a la adolescencia y que el trastorno de atención se relaciona tanto con la edad de inicio como con la persistencia del trastorno de la conducta perturbadora.

Este modelo, como reconocen los propios autores, es muy sugerente y tiene un alto soporte empírico, pero necesita ser mejorado con nuevos estudios, sobre todo en lo referente a la inclusión de las diversas conductas en los distintos niveles de desarrollo de los problemas de conducta (trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta intermedio y avanzado).

El modelo trata de discriminar entre niños que pueden tener problemas temporales y aquellos que tienen conductas disruptivas persistentes. Plantear secuencias evolutivas diferentes puede ser una contribución importante a la hora de delimitar subgrupos de individuos dentro del trastorno de conducta.

### 1. 5. 2. MODELO DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN SOCIAL DE DODGE

En los últimos años ha aumentado el interés por el papel que juegan los aspectos cognitivos en la psicopatología infantil y, en concreto, en los trastornos de la conducta. El punto de partida es la idea de que las personas responden al ambiente primariamente en base a las representaciones cognitivas de ese ambiente y de las experiencias mantenidas con el mismo.

Dodge (1993) propone un modelo explicativo de la agresión y del mantenimiento de los trastornos de conducta basado en el procesamiento de la información. Según Dodge, las experiencias infantiles interactúan en la memoria con las estructuras de conocimiento. Estas estructuras son esquemas derivados de experiencias tempranas, expectativas sobre sucesos futuros y vulnerabilidad afectiva. Cuando el niño o adolescente se expone a un estímulo social concreto, las estructuras de conocimiento organizan el proceso en esta situación. Estos procesamientos cuando son inadecuados y sesgados dan lugar a una conducta desviada o agresiva.

Su persistencia en el tiempo puede dar lugar a un trastorno de la conducta (figura 1.2.). Dodge plantea que si el niño está expuesto a experiencias tempranas de exposición a

modelos agresivos, apego inseguro o abuso físico, concebirá el mundo como un lugar hostil que requerirá de conductas agresivas para conseguir sus metas (Fernández y Olmedo, 1999). La repetición de estas experiencias fortalece las estructuras de conocimiento previas haciendo estos patrones más automatizados, lo que conduce a un trastorno de la conducta, a no ser que pueda experimentar otras situaciones o experiencias que pongan en duda estas estructuras.



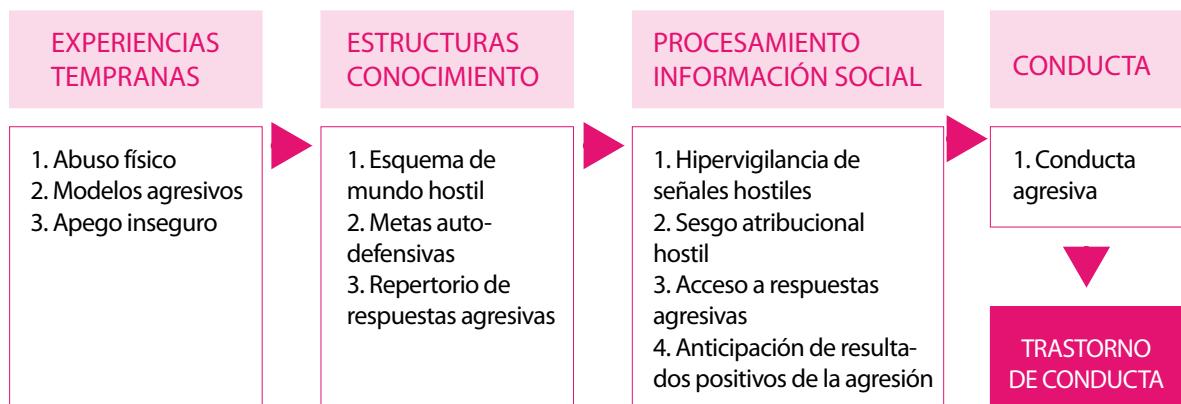


Figura 1.2. Modelo de desarrollo del trastorno de conducta desde la perspectiva del procesamiento de la información, adaptado de Dodge (1993) en Fernández y Olmedo (1999: 57).

Este autor propone que experiencias tempranas de abuso físico, exposición a modelos agresivos y patrones de apego inseguros conducen al desarrollo de estructuras de memoria en el niño que le hacen concebir el mundo como un lugar hostil que necesita una conducta coercitiva para lograr los resultados deseados. Mas adelante, cuando se enfrenta a situaciones sociales provocadoras, estas estructuras de conocimiento le llevan a atender a los aspectos hostiles de las señales y a interpretarlas como una amenaza (Fernández y Olmedo, 1999).

### 1.5.3. MODELO DE PATTERSON DE INTERACCIÓN COERCITIVA

Patterson (1982) describe un modelo de interacción familiar que denomina «coercitivo». Según Patterson, el análisis de las secuencias de interacción familiar muestra que la presencia de conductas relativamente triviales (desobediencia, quejas, burlas o gritos, entre otras) que pueden entrar en la categoría más leve del trastorno perturbador proporcionan una base de aprendizaje para conductas agresivas de mayor amplitud. Este progreso está determinado por los reforza-

mientos proporcionados por los miembros de la familia en distintas secuencias de interacción (Koch y Gross, 2002). La secuencia de las etapas de reforzamiento negativo (ataque o demanda de la madre, conducta coercitiva del niño y resultado positivo para el niño por eliminación de la demanda de la madre y para la madre por eliminación de la conducta coercitiva del niño) puede ocurrir cientos de veces diariamente.

Este aprendizaje es progresivo: al principio aprenden a utilizar altas tasas de conductas coercitivas como un tipo de habilidad social sustitutiva de otras menos perturbadoras. A medida que los padres adquieren estas habilidades, las cadenas de intercambios coercitivos se hacen más largas, terminando finalmente por ser reforzadas de manera similar a las conductas coercitivas más leves.

Otro factor importante en la continuidad de este tipo de conductas y en la escalada hacia un comportamiento antisocial es el rechazo que estas conductas provocan en sus compañeros y en sus padres. Este autor, además, propone otros factores importantes en su modelo que son el bajo rendimiento académico y la baja autoestima. Estos factores pueden convertirse en determinantes de un contacto inicial, que puede hacerse habitual, en un grupo de compañeros similares a él, lo que puede desembocar en el mantenimiento e incluso en el aumento de conductas antisociales.

Se incluye aquí este modelo dada la ventaja que supone para la explicación de la influencia familiar y del entorno social ya que permite el desarrollo de procedimientos de entrenamiento de padres que van destinados a modificar las interacciones familiares coercitivas (Fernández y Olmedo, 1999). En este sentido, una intervención temprana que identifique las primeras secuencias conductuales coercitivas puede ser un buen momento para prevenir la escalada hacia un comportamiento agresivo.

#### 1. 5. 4. MODELO DE LYNAM BASADO EN EL PATRÓN COMÓRBIDO DE PROBLEMAS DE CONDUCTA E HIPERACTIVIDAD

Este modelo se centra en la necesidad de predecir qué niños con problemas de conducta seguirán desarrollándolos con mayor gravedad en la edad adulta, tanto por la dinámica propia de la progresión evolutiva, como por la propia naturaleza de los trastornos que engloba.

Lynam (1996) trata de identificar a los niños que pueden desarrollar conductas antisociales dentro de la gran cantidad de niños que en un momento dado pueden presentar conductas antisociales en la infancia. Para este autor, una de las dificultades que se encuentra para la identificación de los niños agresivos es la gran prevalencia de los actos antisociales en el curso de su vida. Por tanto, uno de los

objetivos de su investigación es la identificación de la minoría de niños que muy probablemente persistirán en su conducta antisocial de entre la multitud de niños que manifiestan conductas antisociales (Fernández y Olmedo, 1999). Específicamente propone que el niño que es hiperactivo y antisocial tiene un alto riesgo de perseverar en su conducta antisocial y convertirse en un adulto antisocial desarrollando una psicopatía. Lynam revisa estudios longitudinales, trasversales y de familias encontrando evidencia de que el niño hiperactivo y antisocial tiene peor pronóstico que aquel que sólo manifiesta uno de los dos trastornos. Además, relaciona la hiperactividad, la conducta antisocial del niño y la psicopatía en los adultos basándose en estudios psico-fisiológicos y otros de rendimiento en ambos

grupos y, finalmente, propone un modelo que sugiere que la concurrencia de la hiperactividad y los problemas de conducta pueden representar un subtipo de trastorno de la conducta perturbadora que puede describirse como «psicopatía incipiente».

Una de las dificultades que se ha encontrado en la investigación de los problemas de conducta y que dificulta la elaboración de conclusiones fiables es la alta tasa de solapamiento existente entre los problemas de conducta y el conglomerado compuesto por la hiperactividad-impulsividad-falta de atención. De hecho, algunos autores (Lilienfeld y Waldman, 1990) indican que la asociación entre hiperactividad-impulsividad-falta de atención y posterior criminalidad es debida al solapamiento que existe con el trastorno de conducta.



De los estudios que han relacionado psicopatía en adultos y niños con hiperactividad-impulsividad-falta de atención se concluye que la mayoría de los déficits encontrados en los adultos aparecen también en algunos grupos de estos niños. Por tanto, se puede sugerir que los psicópatas del mañana podrían encontrarse entre un subgrupo de niños con hiperactividad-impulsividad-falta de atención, en concreto entre los que muestran también un trastorno de la conducta. Los estudios que han distinguido entre niños con hiperactividad-impulsividad-falta de atención y niños que, además, presentan un trastorno de conducta sugieren que este último grupo es el responsable de las similitudes con la personalidad antisocial y la psicopatía. En este sentido, se puede defender una relación, aunque sea endeble, entre hiperactividad - impulsividad - falta de atención y trastorno de conducta y psicopatía.

Una de las consecuencias relevantes de este modelo es la puesta en marcha de estrategias eficaces de intervención. Para ello será necesario conocer la peculiaridad del desorden que se esté analizando. Es importante conocer la naturaleza de las relaciones entre hiperactividad-impulsividad-falta de atención, trastorno de conducta y psicopatía lo que posibilitará estrategias preventivas ante la personalidad antisocial y la psicopatía.

Este modelo implica también una revisión

en profundidad del tratamiento que actualmente se ofrece para estos trastornos.

Este subgrupo parece ser diferente desde el punto de vista etiológico y patológico. Si además, como se ha encontrado en algunos estudios, la patología correspondiente a este subgrupo puede que consista en un déficit de ciertas vías serotoninérgicas, el tratamiento farmacológico indicado debería ser la administración de ansiolíticos que operan en este sistema, en lugar de estimulantes. También puede entrenarse al niño a identificar situaciones problemáticas y a desarrollar técnicas adecuadas para detenerse y examinar su ambiente en busca de señales relevantes para su conducta.

Así mismo, resulta especialmente importante una intervención temprana (Fernández y Olmedo, 1999). Sería plausible lograr identificar este subgrupo antes de que se desarrollara un trastorno de la conducta y debería identificarse en base a la sintomatología exteriorizada, sobre todo en la variable de impulsividad

### 1. 5. 5. MODELO ECOLÓGICO DE FRÍAS -ARMENTA Y COLABORADORES

Este modelo, basado en el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrener (1987) para explicar el desarrollo de la conducta humana, concibe el ambiente ecológico del individuo como un conjunto de sistemas sociales estructurados en distintos niveles:

- **Microsistema:** es el nivel social más inmediato a la persona, incluyendo a la familia y a las relaciones interpersonales más estrechas.
- **Exosistema:** lo constituyen los estratos sociales próximos a la persona, después del familiar. Abarcan el trabajo, la escuela, el vecindario, la iglesia, las asociaciones o las instituciones recreativas, entre otros. Dentro del exosistema se encuentra el mesosistema que incluye las relaciones en las que la persona participa activamente.
- **Macrosistema:** engloba al resto de sistemas y se refiere a la cultura que envuelve al individuo. Incluye las formas de organización social, los sistemas de creencias, los estilos de vida, las normas sociales y las costumbres.

Según Frías-Armenta, López-Escobar y Díaz-Méndez (2003) los trastornos de la conducta vienen explicados directamente en un 56% por el microsistema, e indirectamente por el exosistema y el macrosistema.

El conjunto de creencias y normas sociales influyen en el comportamiento de los individuos dentro de su contexto social; al mismo tiempo, la familia, el barrio y la escuela, es decir, el ambiente donde se desarrolla el niño, determinará la probabilidad de aparición de trastornos de la conducta. Frías-Armenta et al. (2003) consideran que las intervenciones individuales no resultarán efectivas si no se tienen en consideración todos los factores contextuales en los que se encuentra inmersa la persona.

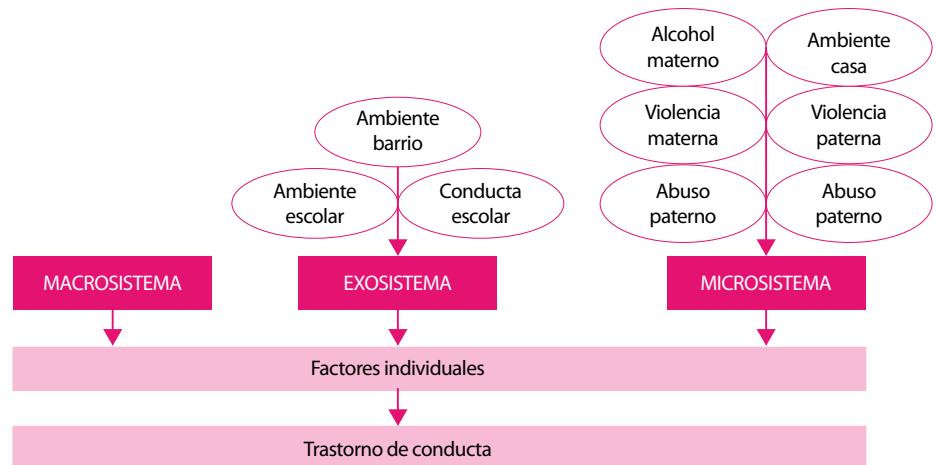


Figura 1.3. Modelo ecológico de predictores de conducta antisocial de Frías-Armenta, López Escobar y Díaz-Méndez (2003) en Díaz-Sibaja (2005: 482).



02

## REFLEXIONES SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

Parece que las diferentes clasificaciones internacionales de los trastornos de la conducta coinciden en aspectos básicos, pero difieren en la concreción de los criterios para establecer un determinado trastorno, como se ha comentado anteriormente.

Por otra parte, el hecho de que en la infancia uno de los aspectos a tener en cuenta sea el desarrollo evolutivo del niño complica todavía más si cabe la definición de los trastornos.

Otra de las dificultades que presentan las clasificaciones de estos trastornos es la propia estructura de las clasificaciones internacionales que, al ser categoriales y no dimensionales, producen distorsiones. En este sentido, los intentos de los investigadores a la hora de incluir ciertas conductas dentro de un trastorno o de otro y tratar de estudiar su evolución, por ejemplo, en la pirámide evolutiva de Lahey y Loeber (1994, 1998) pueden resultar interesantes para mejorar los criterios diagnósticos aunque el propio sistema de clasificación lo hace más difícil.

Lo que parece evidente es que las conductas incluidas en los distintos criterios de clasificación para el trastorno de atención con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial son suficientemente dispares y heterogéneas como para considerar necesaria la realización de nuevos estudios que traten de buscar un hilo conductor

que explique el desarrollo, la interacción y la diferenciación entre todas ellas.

Uno de los objetivos compartidos por todos los investigadores en este campo es la detección temprana y la búsqueda de elementos diferenciadores entre los distintos grupos de niños que pueden presentar un comportamiento perturbador para poder realizar una intervención lo más temprana y preventiva posible.



En este sentido, los estudios realizados por Lynam (1996) merecen un comentario aparte. La búsqueda de un subtipo dentro de las conductas perturbadoras que explique la evolución de algunos niños con trastornos de atención y con problemas de conducta que posiblemente puedan desarrollar en el futuro un trastorno antisocial de la personalidad es una línea de investigación muy interesante, aunque incompleta (Romero, 2001; Vinet, 2010). Si esto fuera cierto y tuviera el suficiente apoyo empírico, sería un gran paso adelante en la detección temprana de estos patrones conductuales y en la intervención preventiva que impidiera el desarrollo de esta posible patología, que además, como ya se ha indicado, supondría un cambio radical añadido en los tratamientos farmacológicos de algunos niños con hiperactividad y trastorno de la conducta. En otros estudios diferentes, citados por Romero (2001) y Vinet (2010) se analizan las características específicas de la psicopatía referentes a los componentes

de la personalidad, emocionales e interpersonales, como es la dimensión denominada dureza/insensibilidad (falta de sentimientos de culpa, emociones superficiales, falta de empatía), para tratar de identificar en la infancia estas características y así poder intervenir de una manera preventiva.

En definitiva, en este campo queda mucho por hacer y, aunque hay algunos acuerdos que permiten establecer un cierto pronóstico, como la especificación del inicio temprano del trastorno y la importancia en la intervención en ese momento, en otros muchos aspectos serán necesarios posteriores desarrollos de la investigación.

Para finalizar, a la hora de trabajar en la práctica con estos niños hay que considerar que la inmensa mayoría de los investigadores coincide en que estos trastornos son multicausales, por lo tanto, la intervención debería realizarse en todos los ámbitos de desarrollo del niño: individual, familiar, escolar y social.







## EL MODELO DE INTERVENCIÓN: LA PERSPECTIVA CONDUCTUAL DE SISTEMAS

03

La infancia es una etapa de la vida que destaca por la rápida evolución y desarrollo de las personas, lo que supone tener muy en cuenta las evoluciones que puedan considerarse normalizadas o tópicas a la hora de establecer cualquier tipo de desviación. La diferenciación entre desarrollo normal y desadaptativo supone, en muchos casos, un reto para los profesionales dedicados a la intervención en este campo (Luciano, 1997). La importancia de la psicología evolutiva y los distintos modelos de desarrollo constituyen un elemento relevante a la hora de conceptualizar y delimitar los comportamientos desadaptativos o patológicos (Silva, 1995; Olivares, Servera y Rosa, 2002). El hecho de tener en cuenta los distintos momentos del desarrollo del niño es uno de los aspectos que prácticamente todos los profesionales dedicados a estos temas incluyen (Del Barrio, 1995; Ezpeleta, 2001; Llabrés, Servera y Moreno, 2002; Moreno, 2002; Díaz, Díaz-Sibaja, 2005, Ezpeleta, 2005; Moreno, 2005; Méndez, Espada y Orgilés, 2006).

Una de las características más relevantes de esta etapa es la importancia del contexto en el que se producen los cambios. Los modelos actuales de desarrollo psicológico tienen en cuenta este aspecto, pero sobre todo lo resaltan en la infancia. Los autores antes mencionados hacen hincapié en este aspecto, por ejemplo, Silva (1995) indica que es evidente que el niño está bajo mayor control del ambiente físico y del entorno social que el adulto.

En la infancia, la especificidad ambiental de las conductas, la contextualización del tratamiento en el ámbito donde se presentan y se mantienen los problemas y las garantías de la intervención por parte de los adultos relevantes para el niño contribuirán, en mayor o menor medida, a generar y mantener las conductas ya sean éstas alteradas o adaptadas.

Esta mayor importancia del contexto conlleva, tanto para la delimitación de los problemas como para su evaluación e intervención, la necesidad de tener en cuenta los agentes que van a participar en la solución de estas situaciones: padres, profesores, psicólogos educativos o cuidadores. En definitiva, se plantean cuestiones tales como las apuntadas por Llabrés, Servera y Moreno (2002) y Moreno (2002, 2005): ¿quién es el paciente?, ¿cuál ha de ser el foco de la intervención?, ¿pueden aplicarse tratamientos a los niños sin la participación activa de los adultos? o ¿qué factores determinan la participación de padres y profesores en los tratamientos en la infancia?

Los modelos de intervención a la hora de abordar los problemas en la infancia han evolucionado considerablemente. Existen nuevas aportaciones conceptuales, metodológicas y sociales que han modificado el enfoque de los tratamientos. Los autores se han centrado en el estudio y análisis del modelo de terapia de conducta infantil, que

ha demostrado contar con el mayor apoyo empírico (Llabrés y Tortella-Feliu, 2002; Marinho, 2002; Moreno, 2002). Estos avances y aportaciones han supuesto la necesidad de adaptar la investigación y la intervención al conjunto de interrelaciones de sistemas en los que se desarrolla la conducta del niño.

La investigación y creciente complejidad en la intervención en los problemas de la infancia ha dado lugar a un nuevo marco teórico denominado «perspectiva conductual de sistemas» (Mash, 1998; Servera, 2002). Citando a Mash (1998), Servera (2002: 94-96) apunta los factores que han dado lugar a este cambio:

- La extensión de las intervenciones de corte cognitivo-conductual a nuevas áreas: competencia social, abuso sexual, depresión, abuso de sustancias, etc. En todas ellas se aprecia un triple sistema de respuestas compuesto por las conductas del niño, los subsistemas familiares y los subsistemas contextuales, tales como el centro educativo.
- La generalización del uso de tratamientos multimodales y combinados en la infancia a fin de incrementar la significación clínica y la generalización de los resultados.
- La creciente necesidad de especialización de los terapeutas infantiles en el abordaje de trastornos o grupos de trastornos, ya que la complejidad de los modelos explicativos, los factores implicados, los sistemas de

evaluación y los programas requieren tanto investigadores como profesionales cualificados.

- La intervención conductual en la infancia ha ampliado sus objetivos terapéuticos. Actualmente va más allá de la reducción de conductas inadaptadas y se centra en el desarrollo de habilidades, competencias, etc. y se dirige no sólo al niño sino también al ambiente familiar y social que le rodea.
- Así mismo se hace cada vez más necesaria una perspectiva multidisciplinar a la hora de intervenir en problemas de la infancia. Es preciso contar con las bases de conocimientos de las ciencias biológicas y sociales para mejorar las intervenciones.



Finalmente se ha constatado la ampliación del modelo y los objetivos de la intervención en la infancia. Diferentes problemas pueden requerir diferentes soluciones. Así pues, dada la complejidad de algunos problemas en la infancia y su persistencia a través del tiempo y de distintos ambientes, se hace necesaria una mayor amplitud de miras.

Todo ello ha dado lugar a una perspectiva conductual de sistemas en la que la intervención y los modelos que la sustentan parten de la posibilidad de trabajar con distintos agentes -padres, educadores, hermanos y compañeros, entre otros- en distintos ambientes -casa, colegio, comunidad, etc.- y en distintas fases del desarrollo del niño. Además, dicha intervención deberá estar muy atenta a las necesidades sociales que se detecten, desde el ámbito de la prevención hasta el tratamiento propiamente dicho.

Algunas de las señas de identidad de esta perspectiva conductual de sistemas son:

- No es asimilable a las teorías y terapias de sistemas desarrolladas desde el ámbito psicodinámico y la escuela gestáltica en concreto. Aunque pueda tener algunos orígenes similares, como la teoría general de sistemas, hace especial hincapié en el método científico-experimental y esta perspectiva no es ecléctica, sino que implica integración de conocimientos.
- La teoría general de sistemas intenta proporcionar una mayor capacidad conceptual a las ciencias sociales y comportamentales con carácter general. En cambio, la perspectiva conductual de sistemas trata de buscar explicaciones y tratamientos para las alteraciones comportamentales en la infancia. Teniendo en cuenta estos rasgos diferenciales, la perspectiva conductual de

sistemas coincide con la teoría general de sistemas en la concepción de los trastornos como una red de relaciones, cuya cuantificación y valoración clínica resulta determinante para la intervención.

Aunque algunos autores puedan ver esta perspectiva como una especie de «maquillaje» actualizado de la terapia de conducta, su aspecto novedoso radica en el desarrollo de vías plausibles de aplicación de estos principios en la práctica profesional.

Según Mash, en Servera (2002:100), la perspectiva conductual de sistemas asume lo siguiente:

1. La visión de los trastornos del niño y la familia se considera una constelación interrelacionada de sistemas y subsistemas de respuesta.
2. La necesidad de considerar al niño y a la familia como una situación global cuando se evalúa el impacto de alguna variable única.
3. La idea de que conductas-problema similares pueden depender de factores precipitantes distintos.
4. El reconocimiento de que las intervenciones pueden llevarnos a múltiples resultados, incluyendo un reajuste de las relaciones dentro del sistema familiar.
5. La noción de que los sistemas familiares son subsistemas que poseen propiedades dinámicas que cambian constantemente a lo largo del tiempo.

Algunas de las características definitorias, siguiendo a Servera (2002: 101-104), se resumen a continuación:

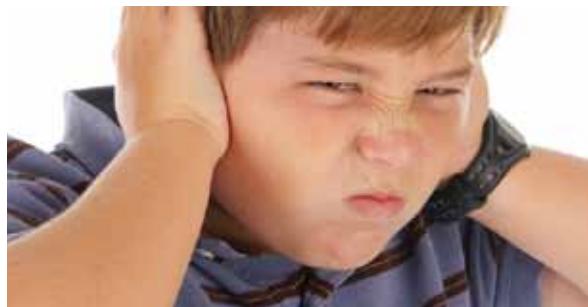
- La adherencia al modelo cognitivo-conductual y su compromiso con los principios científicos. Estos principios definen la intervención basada en un modelo a largo plazo centrado más en un modelo educativo que en uno «estrictamente curativo».
- La conceptualización de los trastornos infantiles es vista como un problema de adaptación a su entorno y el objetivo de la intervención es la corrección de esta disfunción comunicativa.
- En este enfoque los distintos sistemas, tanto internos como externos, influyen y se determinan recíprocamente. Los tratamientos se basan en teorías bien documentadas y en tratamientos con base empírica, así como en la experiencia y conocimientos de las personas y profesionales que los llevan a cabo.
- Desde esta perspectiva, es fundamental la evaluación y debe tener en cuenta todos los sistemas que actúan e influyen en el niño. Esta evaluación debe estar presente en todo el proceso de intervención. Este enfoque se centra en la situación individual, ya que dentro de una misma categoría diagnóstica hay, de hecho, distintos condicionantes.
- Se enfatiza la importancia de los eventos contextuales que pueden modular las respuestas de las personas, inhibiendo o

facilitando ciertos comportamientos, tanto adaptados como desadaptados.

- Otro elemento importante en la planificación de la intervención es la participación de los agentes implicados en el contexto en el que se producen las dificultades. Por tanto, la información y formación de estos agentes resulta esencial para conseguir la adherencia a las pautas de trabajo y la persistencia a lo largo del tiempo a pesar de las posibles dificultades que puedan presentarse. En este sentido, la participación de la familia, así como de los profesores y otros agentes de socialización del niño asegurará la generalización de los aprendizajes a varios contextos, modificará los sistemas de comunicación y mejorará las probabilidades de éxito. El hecho de que estos agentes estén implicados en la intervención y acepten el plan supone, según las investigaciones, una fuerte relación con el éxito del mismo.

- Desde esta perspectiva se insiste en la importancia de los procesos cognitivo-sociales y de la autorregulación como uno de los objetivos básicos de los tratamientos y de los aprendizajes. Esto supondrá una mayor independencia del entorno y posibilitará el mantenimiento de los cambios a más largo plazo.
- Así mismo, se tienen en cuenta los factores constitucionales con influencia genética que pueden estar en la base de los principios

psicológicos que producen tanto las conductas adaptativas como las disruptivas. Esto supone tener en cuenta la colaboración interprofesional para la valoración de aspectos bioquímicos que pueden resultar relevantes en el abordaje de los problemas.



Según Servera (2002: 105):

*En resumen, la perspectiva conductual de sistemas en la terapia de conducta en la infancia pretende interrelacionar los modelos y las técnicas propias del modelo conductual (con preponderancia del enfoque cognitivo-conductual) con otros aspectos fundamentales en la comprensión del comportamiento del niño: la perspectiva evolutiva y los factores neurofisiológicos, el sistema de comunicación en el hogar, el funcionamiento en la escuela, las condiciones socioculturales, etc. La constelación de variables mantiene entre sí una relación sistémica por la cual la alteración de una de ellas puede producir efectos en el conjunto, o en parte del conjunto. Ello obliga a definir procesos de evaluación y tratamiento más complejos, más acordes con la realidad y ligados a una perspectiva preventiva*

*y educativa más a largo plazo en prácticamente todas las alteraciones comportamentales infantiles.*

Todos estos factores mantienen una relación sistémica, lo que obliga a una evaluación más compleja y acorde con la realidad y a una perspectiva preventiva a largo plazo en la intervención de las alteraciones comportamentales. Esta relación entre los distintos sistemas es dinámica y su influencia en el inicio y configuración de los trastornos de conducta proporciona una visión evolutiva y global (Mash y Dozois, 2003) que le confiere una mayor validez social, así como requiere de una evaluación de todos los sistemas y de su interacción (Mash y Hunsley, 2007) que proporcionarán una mayor validez a los tratamientos.

Esta guía propone una manera de intervenir que se ha denominado «de buenas prácticas» centrada en el contexto educativo en el que se incentive la implicación de todo el centro: el Equipo Directivo, la Comisión de Coordinación Pedagógica, los Equipos Docentes, el Servicio de Orientación, la familia y los Servicios Externos. Las intervenciones en los problemas de conducta requieren un trabajo coordinado y conjunto de todos los agentes comprometidos en el desarrollo psicosocial del niño, tal y como se indica en la figura 3.1.

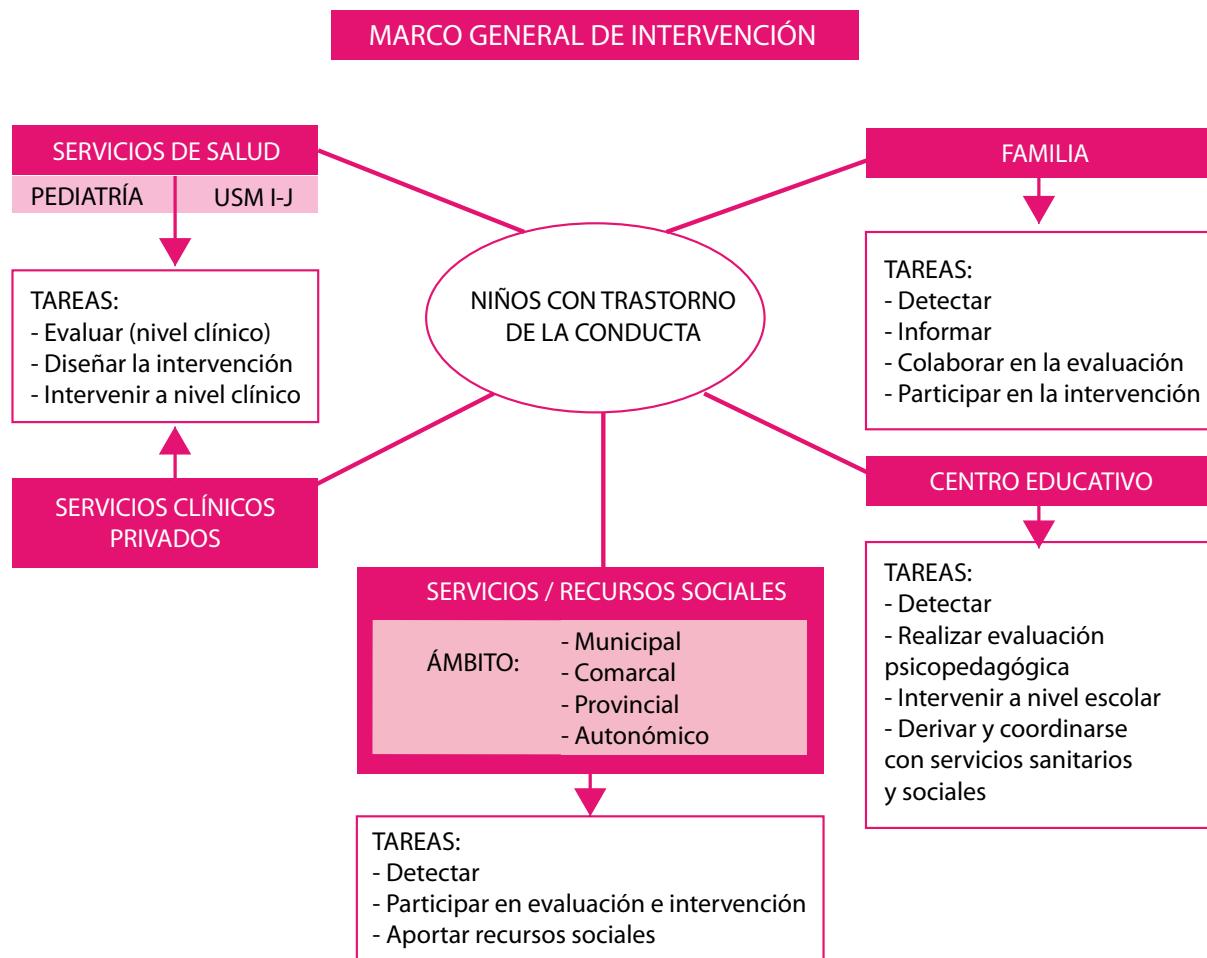


Figura 3.1. Marco general de intervención en alumnos con trastorno de la conducta.



## **SEGUNDA PARTE:** **INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA** **EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA**



04



## CONDUCTAS DISRUPTIVAS, ALUMNOS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA E INTERVENCIÓN EDUCATIVA

La detección en la escuela de alumnado con posible Trastorno de la Conducta (TC) surge, generalmente, como consecuencia de conductas disruptivas en el centro escolar y, frecuentemente, la solicitud de intervención a los EOEP o a los Servicios de Orientación del centro se propone en los momentos y estados de conflicto que generan estas situaciones en la dinámica de aprendizaje y convivencia.

Estos conflictos derivados de situaciones graves de agresión, falta de respeto grave a la autoridad de un adulto, daño físico grave, etc. requieren la adopción de una medida inmediata. En estos últimos años se han elaborado diversos documentos y guías de actuación (Fernández, 2002; Torrego y Moreno, 2003, Torrego, 2008) que proponen medidas encaminadas a que los centros gestionen los conflictos dentro del marco de convivencia y de régimen interno que tengan diseñados. Son protocolos de actuación que presentan secuencias ordenadas de actuaciones encaminadas a la resolución colectiva de los conflictos. Estos documentos orientativos necesitan ser contextualizados y adaptados a los centros y su entorno, promoviendo un tratamiento integrado y global de la convivencia y precisan de la corresponsabilidad de la comunidad educativa en la gestión de los conflictos y la adopción de medidas preventivas que mejoren el clima general del centro.

Sin embargo, este tipo de actuaciones necesarias para que el centro escolar pueda desarrollar su labor educativa con todos los alumnos, no incide en las variables que mantienen la alteración conductual. Como se destacaba en la introducción, las intervenciones en los problemas de conducta requieren de un trabajo coordinado y conjunto de todos los agentes implicados en el desarrollo psicosocial del niño. Para realizar con eficacia su intervención en los problemas de conducta, la escuela tiene que adoptar una estrategia de intervención que permita trabajar conjuntamente con otros estamentos y especialistas a la hora de abordar una problemática tan compleja, preocupante y retadora de la convivencia escolar. En el Protocolo elaborado por los autores de esta guía se propone una manera de intervenir centrada en el contexto escolar en la que a través de la implicación de todo el centro -Equipo Directivo, Comisión de Coordinación Pedagógica, Equipos Docentes y Servicio de Orientación- se actúe de forma conjunta con la familia y los Servicios Externos.

En el gráfico que se presenta a continuación se representan los criterios y pasos a seguir a la hora de tomar decisiones sobre la intervención con alumnos disruptivos en el centro escolar:

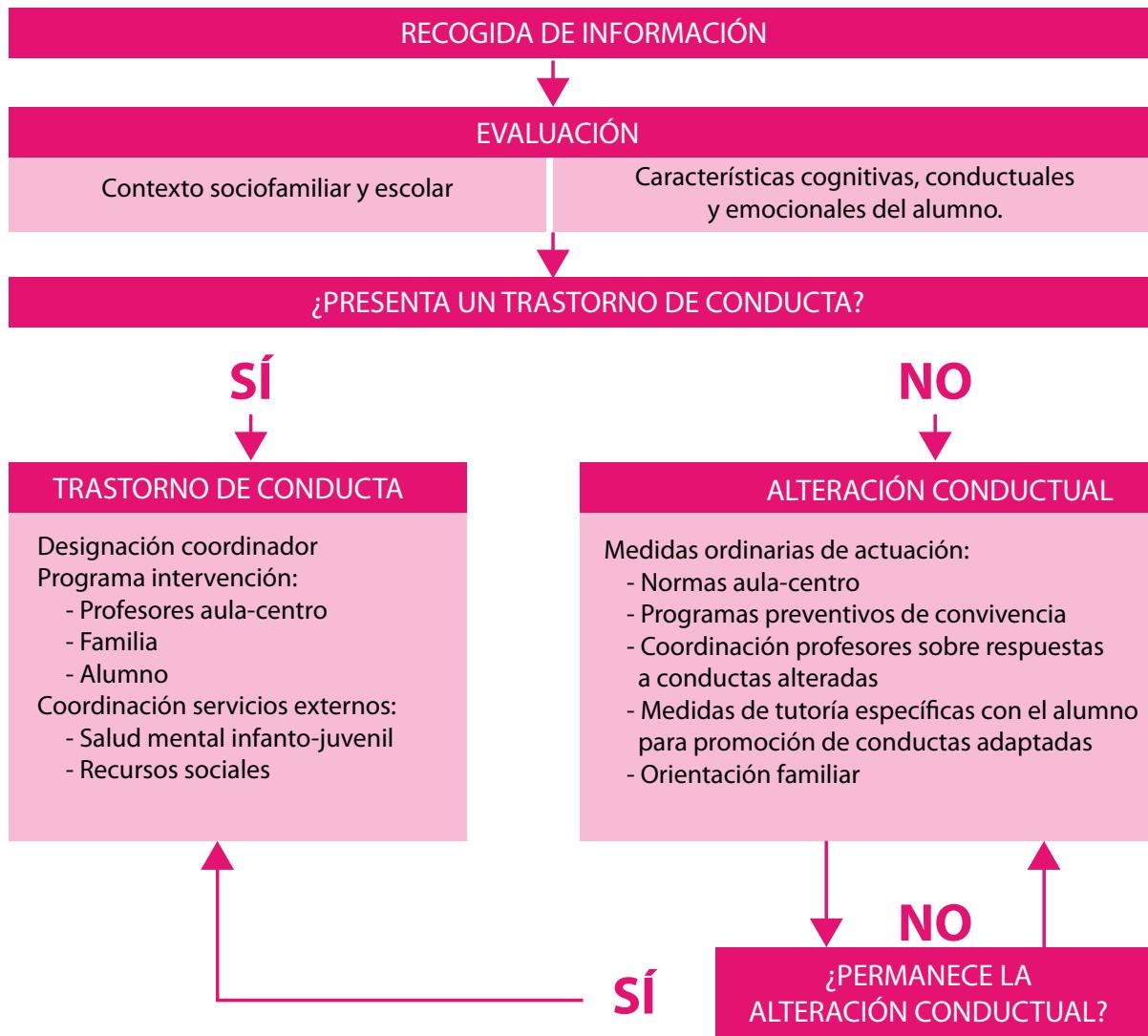


Gráfico 4.1. Esquema de toma de decisiones en la intervención con alumnos disruptivos.

El Protocolo que los autores han denominado de «buenas prácticas» (García et al. 2011), que se presenta en el capítulo siguiente, propone un procedimiento de actuación en el que se diferencian tres fases: análisis de la demanda, evaluación e intervención. En todas las fases participan todos los agentes implicados (familia, profesorado, personal de servicios, compañeros y alumno) y en la fase de evaluación e intervención van a adquirir gran relevancia todos los sistemas que actúan e influyen en el niño, las posibilidades de coordinación y los cambios que se implementen para la mejora de su capacidad y competencia psicosocial.

La participación de los diversos agentes educativos necesariamente conlleva la designación de un Coordinador desde la primera fase del protocolo de intervención. Las funciones concretas que éste va a desarrollar dependerán tanto de las características y los recursos del centro como de la problemática del alumno. Independientemente de esa concreción de funciones, los autores consideran que el coordinador del proceso debe ser un profesor que permanezca durante toda la jornada escolar en el centro y que disponga de una dedicación temporal concreta para desarrollar las funciones que se le asignen.

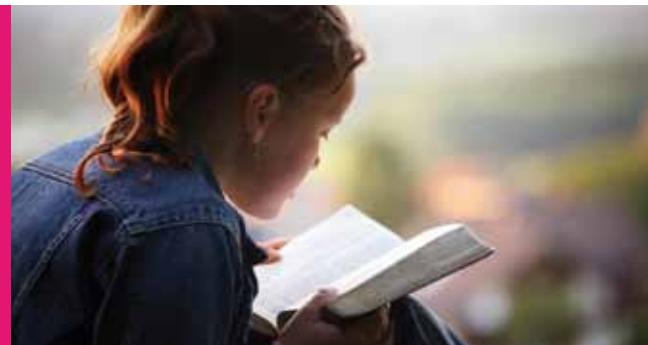
Desde la perspectiva conductual de sistemas la evaluación se realizará recogiendo información de los distintos elementos del

contexto escolar, familiar y social así como de las características evolutivas, cognitivas, emocionales, sociales y conductuales del alumno. La síntesis de la evaluación situará a los profesionales ante la dimensión de la demanda planteada por el centro. La presencia de conductas compatibles con los criterios diagnósticos establecidos para los trastornos de la conducta (trastorno negativista desafiante, trastorno disocial), la comorbilidad o la presencia de características conductuales asociadas a factores de riesgo de que en un futuro desarrolle dicho trastorno determinarán la línea de intervención que se lleve a cabo con el alumno.

En las situaciones en las que se descarte un trastorno de conducta como origen de la demanda planteada, los autores sugieren la puesta en marcha de un plan de intervención que se fundamente en las medidas ordinarias de convivencia y tutoría de alumnos complementadas con la puesta en marcha de actuaciones que den respuesta a las características del alumno.

El plan de intervención que se desarrolla en la tercera fase del Protocolo está previsto para alumnos con trastornos de la conducta o aquéllos que, sin presentar todos los criterios establecidos, se considere que, por sus características personales y los factores de riesgo en su contexto, sea necesaria una actuación con la intensidad que se propone en este Protocolo.

# PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN ALUMNOS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA



05

El protocolo propuesto por el grupo de trabajo se fundamenta en un modelo teórico de intervención cuyas líneas prioritarias se enmarcan en una perspectiva ecológica-contextual que considera el contexto del niño como referencia y meta de la intervención de manera que la implicación del centro educativo resulta fundamental. Así mismo, es necesaria la designación de un Coordinador especialista de todo el proceso y la colaboración del Servicio de Orientación que tendrá, en todo momento, una labor de asesoramiento y apoyo en la toma de decisiones y seguimiento de las actuaciones.



## MODELO DE INTERVENCIÓN EN EL MARCO EDUCATIVO

El CONTEXTO del niño como referencia y como ámbito de intervención

Marco ECOLÓGICO-CONTEXTUAL. Contar con los distintos ámbitos/contextos de desarrollo del alumno

Necesidad de la implicación del centro

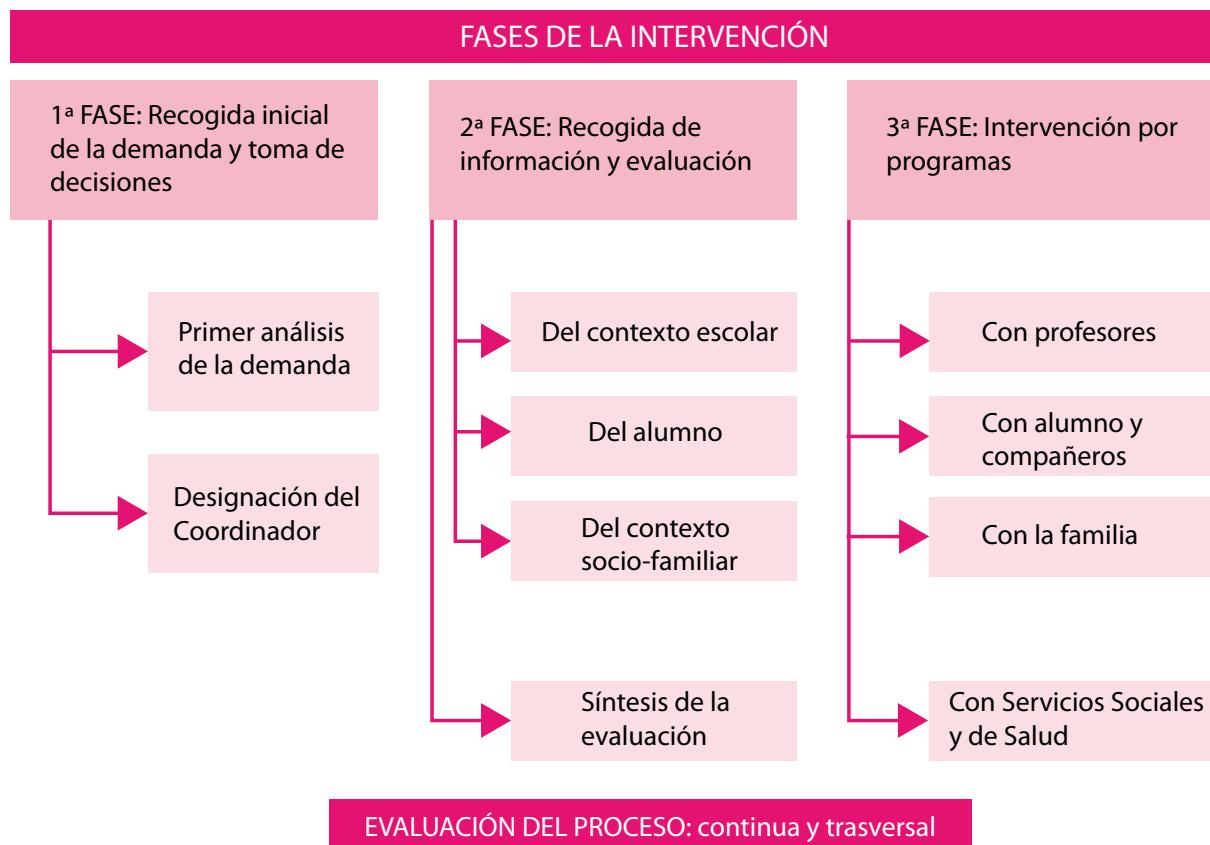
Coordinador especialista del centro

Asesoramiento del EOEP y Servicios de Orientación

## PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

Cuadro 5.1. Principios generales de intervención.

En este Protocolo se contemplan tres fases de intervención y un proceso de evaluación continuo y transversal en todo el desarrollo del mismo.



Cuadro 5.2. Intervención y fases.

## 5.1. PRIMERA FASE: RECOGIDA DE LA DEMANDA

### 5.1.1. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

Una vez recibida la demanda de intervención, se plantea llevar a cabo un análisis de la misma a fin de formular una hipótesis del caso.

En primer lugar, es necesario el conocimiento inicial del caso mediante una primera entrevista con el Equipo Directivo, el Tutor y el Equipo Docente en el que se abordarán los siguientes aspectos:

- concretar la finalidad de la demanda;
- valorar la gravedad de la situación, el grado de generalización de las conductas problema identificando los contextos implicados y la historia escolar y personal del niño.

Es necesario que en esta primera valoración participen todos los implicados en el contexto escolar (profesores, familia, etc.) para que todos ellos aporten información desde su perspectiva y, a su vez, todos estén al tanto de cómo está la situación y cómo es percibida por el resto de implicados. Además, es importante que todos ellos participen en la toma de decisiones buscando el consenso.

Junto con esta puesta en común y reflexión inicial, se determinará si es preciso adoptar medidas concretas de carácter inmediato en el ámbito del centro previas a la elaboración y desarrollo del programa de intervención, por ejemplo: posibles cambios de horarios y

medidas a adoptar en lugares comunes tales como el comedor, el recreo, la vigilancia en las filas, en los pasillos o en los baños.

Por último, es promordial llegar a acuerdos en cuanto a la priorización de las diferentes actuaciones planteadas, así como sobre los contextos de intervención, concretando al máximo aspectos como los tiempos en que se llevarán a cabo, los responsables, etc.

Realizada esta primera valoración, será necesaria una comunicación a la familia del alumno, por parte del Equipo Directivo del centro, del proceso de actuación que se va a iniciar, resaltando el carácter de propuesta de mejora con respecto a las conductas de adaptación de su hijo y enfatizando la imprescindible participación de los padres en todas las fases de este Protocolo. Además, es importante trasmirles que todos los implicados (familia y centro escolar) participarán buscando el consenso y espacios de colaboración.

### 5.1.2. DESIGNACIÓN DEL COORDINADOR

El siguiente paso es designar de forma consensuada a un Coordinador de todo el proceso de intervención y establecer las funciones y tareas a desempeñar.

Se considera fundamental la existencia de esta figura dentro del centro para coordinar todas las actuaciones y regular el proceso, al tiempo que, al pertenecer al centro, tendrá información diaria y actualizada de

lo que suceda y posibilidad para adaptar las diferentes medidas en cualquier momento, en función de las distintas incidencias. De este modo, el Coordinador constituye una figura central que se especializa en el caso y se convierte en su referente.

La designación del Coordinador, así como las funciones y tareas que va a desempeñar, se llevará a cabo de forma consensuada entre el Tutor, el Equipo Docente y el Equipo Directivo.

## 5.2. SEGUNDA FASE: RECOGIDA DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

En esta segunda fase, se trata de profundizar en el conocimiento amplio del caso. Para ello, se obtendrá información y realizará un análisis posterior de la misma, tanto de los contextos en los que se desenvuelve el alumno, fundamentalmente en el centro escolar y en la familia, así como del desarrollo individual de éste.

### 5.2.1. EVALUACIÓN DEL CONTEXTO ESCOLAR

Para la valoración del contexto escolar hay que considerar la recogida de información de los diferentes profesionales implicados (tutor del alumno y equipo de profesores), así como del propio funcionamiento y organización del centro escolar.

Para recoger información del Tutor se plantea llevar a cabo una entrevista con éste. Con el fin de obtener mayor y mejor información se propone la utilización de una entrevista

semiestructurada (Anexo 1: Entrevista con el Tutor). La información más relevante a obtener será la descripción precisa de las conductas manifestadas por el alumno, sus antecedentes y consecuentes, el estilo atribucional del tutor y las expectativas hacia el niño, las reacciones de compañeros y del tutor ante dichas conductas y los aspectos positivos del alumno que se puedan fomentar.

En la recogida de información del equipo de profesores se valorará la conveniencia de realizarla de forma independiente con cada profesor para evitar así, en la medida de lo posible, el contagio con respecto a la percepción del alumno en cuestión, es decir, que pudiesen contagiarse las expectativas negativas/positivas en torno al niño y una visión negativa y sesgada de las conductas a evaluar. En el Anexo 2 se recogen, entre otros instrumentos, el cuestionario ACE y los cuestionarios de Barkley (1998) que aportan una visión complementaria de la evaluación de las conductas-problema entre los distintos profesores.

Respecto a las características y dinámicas del propio centro educativo, se considera que éstas son igualmente importantes para plantear una intervención. Así, habrá que tener en cuenta las actuaciones previstas en el Plan de Convivencia, la concreción de normas y las posibles sanciones, el modo de comunicación y la coordinación de los Equipos Docentes (celebración de

las reuniones, funcionalidad de las mismas, grado de consenso) y valorar qué actuaciones se han puesto en marcha con anterioridad y su grado de éxito. Se analiza el papel que adopta el Equipo Directivo en el desarrollo de sus funciones, la dotación de recursos personales del centro y la competencia de los profesores, así como el modo en que están organizados los servicios de comedor, los recreos y las filas. Todos ellos serán elementos que van a posibilitar un diseño de la intervención adaptado a la cultura propia del centro.

## 5.2.2. EVALUACIÓN DEL ALUMNO

De forma paralela a la evaluación del entorno escolar, se realiza una valoración individual del alumno.

En primer lugar, se analizan cuáles son las características básicas de su patrón conductual a través de una descripción topográfica y un análisis funcional del mismo: qué conductas-problema son las más habituales, qué posibles desencadenantes aparecen ante dichas conductas y cuáles son las consecuencias inmediatas, a medio y a largo plazo. Tras este primer análisis, se establecerán las primeras hipótesis de trabajo.

Además de la conducta del alumno, se realiza una evaluación completa de su historia personal, de sus capacidades cognitivas: perfil de aptitudes y desarrollo cognitivo, capacidad atencional, grado de impulsividad/reflexividad, estilo

atribucional, creatividad, estilo de pensamiento, autoconcepto, autoestima, con aquellos instrumentos específicos que se consideren más adecuados en función de las características del niño (algunos de los cuales se indican en el Anexo 3).

Por último, se considerará también la valoración de las capacidades emocionales y habilidades sociales del alumno. Tienen especial relevancia las características de las interacciones del alumno con sus iguales y con los adultos, su estilo comunicativo, su grado de ajuste y su competencia social (Anexo 3).

## 5.2.3. EVALUACIÓN DEL CONTEXTO SOCIO-FAMILIAR

Siguiendo con el modelo sistémico-contextual de evaluación e intervención, el contexto familiar como fuente primera de socialización de los alumnos constituye un aspecto fundamental en la valoración e intervención que plantean los autores. Es en la familia donde se realizan los primeros aprendizajes sobre relaciones sociales y se adquieren los valores que continuarán desarrollándose posteriormente.

Así mismo, se considera que la familia es un subsistema dentro de otros sistemas sociales más amplios: barrio, localidad, etc., por tanto, resulta esencial coordinarse con otros servicios de su entorno próximo para poder obtener una mayor información y conocer todos los recursos con los que se cuenta.

En relación con la evaluación de la familia, (ver guión de la entrevista familiar en el Anexo 2 e instrumentos de evaluación en el Anexo 4) deberán considerarse los siguientes aspectos:

- Se analizan y valoran todas las características familiares: su estructura y composición, su historia previa sobre diferentes aspectos, sus estilos de crianza -sobreprotector, autoritario, permisivo, asertivo- (Fernández, 2009) así como las expectativas y atribuciones de los padres sobre lo que es y hace su hijo y lo que éste puede llegar a ser y a hacer.
- Se valoran y ponderan qué factores de riesgo presenta la familia en relación con el comportamiento de su hijo.
- Se analiza y valora con qué factores protectores cuenta la familia con la intención de utilizarlos y fomentarlos para favorecer la evolución positiva de la problemática de la misma.

El análisis y valoración de todo lo anterior servirá para determinar la necesidad de intervenir así como de decidir y priorizar las actuaciones a llevar a cabo.

En cuanto a la obtención de información de otras fuentes del entorno social de la familia, resulta imprescindible recabar información de:

- Servicios Sociales: se obtendrá información del tipo de ayudas y servicios que se están

prestando y, quizás, de algunas informaciones desde un punto de vista diferente al de la propia familia. Así mismo, puede llegarse a acuerdos de intervención.

- Servicios Sanitarios: aportarán la necesaria información sanitaria sobre el caso que enriquecerá la intervención a realizar. Resulta fundamental conocer qué intervenciones se están realizando a este nivel para poder llevar a cabo un trabajo conjunto y complementario.
- Otros espacios sociales: de ocio, deporte, ludotecas, etc. Muy relevantes igualmente dado que forman parte de la vida socioemocional y del entorno del alumno.

Las actuaciones a realizar con estos servicios serán siempre de intercambio de información y de cooperación tanto en la fase de evaluación como en la posterior intervención.

#### 5.2.4. SÍNTESIS DE LA EVALUACIÓN

Por último, como en cualquier otro tipo de evaluación, éste es el momento en el que se debe hacer un esfuerzo por sintetizar, no sólo la información obtenida, sino también las conclusiones de la valoración de la misma.

La síntesis de la evaluación consiste en recoger por escrito las variables observadas y las posibles relaciones identificadas así como definir las diferentes líneas de intervención. Esta síntesis debería dar respuesta a algunas preguntas básicas tales como: ¿qué está

pasando exactamente con el alumno y cómo está respondiendo el centro escolar?, ¿cómo es este alumno y cómo se comporta y se relaciona?, ¿cómo es la familia y sus relaciones, sus límites, su estilo educativo?, ¿qué servicios están interviniendo en esta situación y qué posibilidades de colaboración existen?

Cuadro 5.1. Síntesis de la evaluación.

- Características del alumno: historia personal, capacidades, estilos cognitivos, relaciones sociales, puntos fuertes y débiles.
- Características y funcionalidad de las conductas problemáticas.
- Características del contexto escolar: generales del centro, grupo-clase, programas desarrollados, medidas llevadas a cabo y su eficacia.
- Características de la familia: estructura, estilo educativo, factores protectores y de riesgo, etc.
- Contexto social y recursos implicados.
- Contexto sanitario, intervenciones y grado de eficacia.
- Realización de un análisis diferencial para distinguir entre un problema de conductas disruptivas debido a la dificultad en el cumplimiento de normas de funcionamiento general del centro educativo y un alumno con un trastorno de la conducta y, en su caso, el análisis de una posible comorbilidad.

## 5.3. TERCERA FASE: INTERVENCIÓN

### 5.3.1. SUPUESTOS BÁSICOS

Los autores consideran que la intervención más adecuada para dar respuesta a los trastornos de conducta debe realizarse a través de programas por tratarse de un modo de actuación protocolizado que permite llevar a cabo una intervención completa y amplia desde los diferentes ámbitos y contextos, y en el que se implica a los distintos agentes que intervienen con el niño. La evaluación de estos programas se considera un eje fundamental para determinar los progresos y la necesidad de modificaciones.

La intervención con el alumno se centrará en aumentar sus habilidades para identificar y reconocer sus dificultades y problemas, mejorar sus habilidades de autorregulación y comunicación y manejar sus conductas desadaptadas.

El objetivo con la familia será introducir cambios que mejoren su coherencia y habilidades educativas, la comunicación entre sus miembros, la potenciación de las conductas adaptadas y la reducción de las desadaptadas.

En el centro educativo la intervención se dirigirá a incrementar las habilidades de relación del profesorado con sus alumnos, a mejorar la gestión de sus aulas y a aumentar el conocimiento y práctica en la identifica-

ción y manejo de los problemas de conducta, tanto de manera individual como en la clase. Este trabajo con el conjunto de la clase para la mejora de la socialización de los alumnos se considera indispensable ya que los problemas de comportamiento son conceptualizados como un fracaso del proceso de socialización del individuo. Estas intervenciones serán una poderosa herramienta en el abordaje y el manejo de los trastornos de la conducta.

### 5.3.2. ESPACIO DE INTERVENCIÓN

Partiendo, como se ha especificado anteriormente, de que el contexto mantiene las conductas y que la intervención ha de realizarse dentro de un marco ecológico-contextual, los autores consideran que la creación de aulas específicas para alumnos con trastornos de la conducta no es la mejor opción inicial ya que a ellas pueden llegar alumnos procedentes de otros centros, y por tanto, de zonas diferentes, alejadas del contexto normalizado de desarrollo del propio alumno. Además, intervenir en el contexto concreto donde se manifiestan las conductas desadaptadas (centro educativo y familia) es el mejor modo de asegurar un cambio real y socialmente relevante. Lo que interesa es que el niño controle sus conductas dentro de su contexto en situaciones cotidianas.

Por tanto (como se refleja en el cuadro 5.3.) se plantea:

A) Intervenir con el alumno en el centro donde se manifiesta la problemática:

- De manera individual con el alumno a través de autorregistros de conducta, contratos, programas de autorregulación, entrenamiento en habilidades sociales, control emocional, etc.

B) Intervenir en diferentes niveles dentro del centro:

- En el aula: con el trabajo desde la acción tutorial y la formación-implicación del profesorado en el manejo de contingencias sobre las conductas manifestadas en el aula y en el seguimiento curricular o implementación de su adaptación curricular individual, si así se requiere.

- En los lugares comunes del centro:

- Recreo: vigilancia del alumno con seguimiento ocular y planificación de actividades dirigidas de juego grupal.

- Comedor: pautas básicas de control de conducta a los monitores de comedor.

- Pasillos: refuerzo de las líneas de organización del centro en los cambios de profesorado y desplazamientos del grupo.

- Actividades complementarias: la posibilidad de que el alumno participe con su grupo en estas actividades es un reforzador de sus conductas adaptadas. En este caso, es necesario el control conductual por parte del tutor o profesor responsable de la actividad.

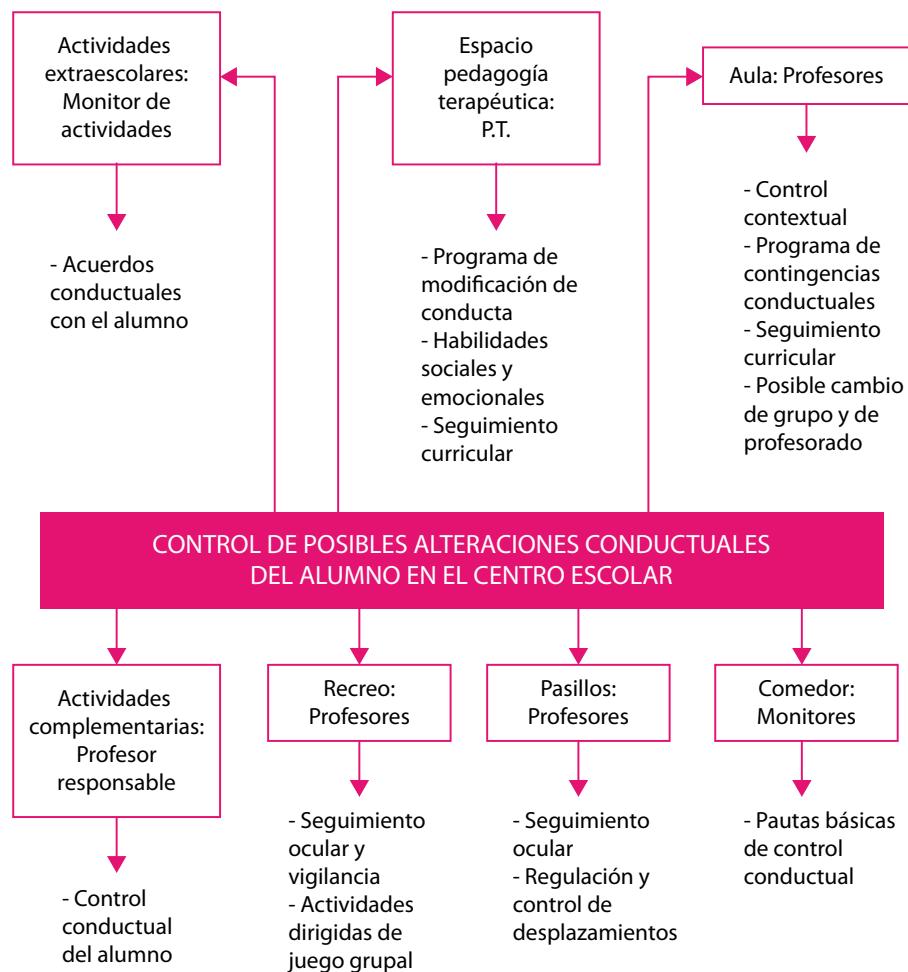
- Actividades extraescolares: al ser una opción voluntaria para las familias, en el caso de que el alumno participe en ellas, es esencial que el monitor responsable conozca las líneas básicas de intervención pudiendo generalizar las estrategias implementadas en el horario escolar.

C) El alumno permanecerá en su aula de referencia los períodos que se determinen en su programa de intervención y se plantea la utilización de un «espacio» fuera del aula con las siguientes características:

- Flexibilidad: respecto al tiempo de permanencia del alumno en él y de los objetivos que se persiguen: facilitar aprendizajes escolares, permitir el desarrollo de la capacidad de autocontrol, promover el desarrollo de habilidades relativas a la interacción social, etc.

- Permeabilidad: respecto al tiempo de ocupación combinándolo lo más posible con los contextos ordinarios del centro: aula ordinaria, recreo, gimnasio, etc.





Cuadro 5.3. Intervención en el centro escolar, profesionales implicados y tareas.

### 5.3.3. RECURSOS ESPECÍFICOS EN EL CENTRO EDUCATIVO

El protocolo de intervención propuesto implica la actuación simultánea de diferentes agentes educativos, servicios y estructuras docentes y extraescolares. Para garantizar una intervención eficaz se considera conveniente nombrar a un profesor que asuma de forma coordinada la respuesta a las necesidades educativas y personales del alumno. El perfil de este profesional se concreta del siguiente modo:

- Maestro con especialidad en Pedagogía Terapéutica.
- El profesional, con un compromiso formativo y motivacional, asume la naturaleza de su intervención.
- Horario repartido en el desempeño de las siguientes funciones:
- Respuesta educativa al alumno con trastorno de la conducta.
- Tareas relacionadas con la coordinación de la respuesta educativa del alumno con trastorno de la conducta pudiendo desempeñar la función de Coordinador del Proceso de Intervención.
- Respuesta específica a otras necesidades educativas.
- Contar con todos los ámbitos de desarrollo en los que se desenvuelve el alumno.

Cuando la intensidad de las conductas que presenta el alumno o la dotación de recursos personales del centro así lo requieran, se

considerará necesario analizar la posibilidad de dotar temporalmente al centro de un recurso personal que permita el ejercicio de coordinación por parte de un profesor del centro educativo.

### 5.3.4. FUNCIONES DEL COORDINADOR DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Las funciones del Coordinador del proceso de intervención serán las siguientes:

- Coordinar e informar a los profesores del centro de las medidas curriculares, organizativas, los sistemas de motivación, las contingencias y las comunicaciones a llevar a cabo por parte de los implicados.
- Centralizar la información de la conducta del alumno en diferentes contextos.
- Mantener una relación directa y estrecha con el Equipo Directivo: intercambiar información, tomar decisiones, etc.
- Relacionarse directamente con el contexto sociofamiliar: intercambiar información y proponer actuaciones.
- Tomar decisiones de forma coordinada y conjunta.
- Mantener una relación directa con el Servicio de Orientación del centro.

### 5.3.5. INTERVENCIÓN DIRECTA CON EL ALUMNADO

Las intervenciones en los problemas de conducta requieren un trabajo coordinado

y conjunto de todos los agentes implicados en el desarrollo psicosocial del niño. En el nivel preventivo y de intervención se precisan actuaciones y programas dirigidos a los padres y al entorno escolar para facilitar al niño un entorno sano y acogedor. Estos programas suelen ser efectivos y están encaminados a mejorar el autocontrol, prevenir la violencia, promocionar estrategias adecuadas de resolución de problemas, desarrollar un autoconcepto positivo, mejorar la competencia social y escolar e incrementar la tolerancia y el respeto a la diversidad.

La intervención con el alumno se desarrollará a través de programas de contingencias de corte cognitivo-conductual encaminados a mejorar su autocontrol, desarrollar su capacidad de introspección, incrementar sus conductas adaptadas y disminuir las inadecuadas, potenciar sus habilidades sociales y de interacción adecuadas con sus iguales y los adultos.

Al mismo tiempo se desarrollarán programas en el aula encaminados a planificar su gestión, se establecerá un programa de contingencias (Miranda, et al., 1999), se aumentará la reflexividad (Gargallo, 1997; Servera, Bornas y Galván, 2000; Calderón, 2003), la resolución de problemas (García y Magaz, 1997; Camp y Bash, 1998) y las habilidades sociales (Monjas, 1999).

La implementación de estos programas va a posibilitar, por una parte, la implicación de los profesores en la aplicación de programas bien establecidos empíricamente y la mejora

de sus recursos a la hora de gestionar su aula y, por otra parte, la regulación de las conductas de los alumnos en el aula. La eficacia de estas intervenciones va a estar relacionada con el grado de coherencia en su aplicación por parte de todos los adultos que interactúan con el alumnado.

### 5.3.5.1. LOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS QUE SE PROPONEN SON:

#### 1. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA AUMENTAR LA ATENCIÓN Y REFLEXIVIDAD (PIAAR)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Gargallo, B.
EDITORIAL, CIUDAD	TEA Ediciones, Madrid
AÑO PUBLICACIÓN	1997
EDAD DE APLICACIÓN	Nivel 1: dirigido a niños de 7 a 11 años Nivel 2: dirigido a niños de 12 a 14 años
MODO APLICACIÓN	Individual o Grupal
OBJETIVO	Potenciar la reflexividad reforzando las funciones básicas de discriminación, atención, razonamiento, demora de respuestas, autocontrol verbal, análisis de detalles, uso de estrategias cognitivas y de escudriñamiento.
SESIONES	25 sesiones (nivel 1) 30 sesiones (nivel 2)

Ambos niveles exigen un mínimo esfuerzo y pueden incorporarse perfectamente a la dinámica de la clase. El programa se centra en:

1. La atención.
2. La discriminación.
3. La capacidad de demora de respuestas.
4. El autocontrol, a través del habla interna autodirigida a través de la autorregulación.
5. La capacidad de analizar y escudriñar los detalles.
6. La capacidad para solucionar problemas.

## **2. PEMPA: PARA, ESCUCHA, MIRA, PIENSA Y ACTÚA. PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE LA REFLEXIVIDAD Y EL AUTOCONTROL**

### FICHA TÉCNICA

AUTORES	Bornas, X., Servera, M., Galván, Mª R.
EDITORIAL, CIUDAD	Grupo Albor-Cohs, Bilbao
AÑO PUBLICACIÓN	2002
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de Educación Infantil y Primaria en general (desde los 4 años)
MODO APLICACIÓN	Individual o Pequeño grupo
OBJETIVO	Reducir el comportamiento impulsivo sustituyéndolo por la reflexión sistemática antes de tomar decisiones a través de la adquisición progresiva de destrezas cognitivas de autorregulación del comportamiento.
SESIONES	36 sesiones

Programa de Intervención Educativa estructurado secuencialmente en forma de diversas actividades guiadas por el profesorado.

Es un valioso recurso para prevenir la aparición de problemas tan frecuentes como la falta de atención, la impulsividad o la hiperactividad, aunque puede resultar útil también para tratar dichos problemas una vez que éstos han aparecido.

### CONTENIDOS:

1. Presentación.
2. Cómo utilizar este programa. El sistema de autorregulación y los procesos que lo configuran.
  - 2.1. Identificación de las demandas.
  - 2.2. Autodeterminación de objetivos y criterios.
  - 2.3. Planificación de la acción:
    - 2.3.1. Generación de alternativas.
    - 2.3.2. Previsión de consecuencias y toma de decisión.
    - 2.3.3. Elaboración de la solución.
  - 2.4. Planificación de la acción:
    - 2.4.1. Autoinstrucciones.
    - 2.4.2. Autoobservación.
    - 2.4.3. Autoevaluación continua.
    - 2.4.4. Autoevaluación final.
    - 2.4.5. Autorreforzamiento.
3. Actividades y metodología.
  - 3.1. Listado de actividades por procesos y criterios de edad.
  - 3.2. Listado de actividades en función de su principal aplicación.
  - 3.3. Actividades 1 a 36.
4. Lecturas recomendadas.

### 3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Orjales, I. y Polaino, A.
EDITORIAL, CIUDAD	CEPE, Madrid
AÑO PUBLICACIÓN	2007
EDAD APLICACIÓN	Niños de 6 a 12 años
MODO DE APLICACIÓN	Individual o Pequeño grupo
OBJETIVO	Lograr en los niños con TDAH autonomía cognitiva y emocional en la regulación de su comportamiento.
SESIONES	30 sesiones

Tras un recorrido por las características de diversos programas cognitivo-conductuales existentes (Kendall, Padawer y Zupan; Kirby; Goldstein y Pollock, Gargallo, Bloomquist, Barkley), los autores presentan su propio programa de intervención con materiales elaborados al respecto.

#### CONTENIDOS:

- Introducción a los tratamientos cognitivo-conductuales. Algunas consideraciones sobre dichos tratamientos cognitivo-conductuales.
- Primera parte: Programas de intervención cognitivo-conductual:

1. Programa cognitivo-conductual de Kendall, Padawer y Zupan.
  2. Entrenamiento en auto instrucciones verbales de Kirby y Grimley.
  3. Modelo cognitivo-conductual integrado de Goldstein.
  4. Programa de entrenamiento en solución de problemas de grupo de Goldstein y Pollock.
  5. Programa de entrenamiento en habilidades sociales de Goldstein y Pollock.
  6. Programa de intervención en el aula de Miranda, Presentación, Gargallo, Soriano, Gil y Jarque.
  7. Programa de intervención educativa para aumentar la atención y la reflexividad de Gargallo.
  8. Programa de entrenamiento en habilidades para niños con problemas de conducta de Bloomquist.
  9. Programa de orientación y entrenamiento a padres de Barkley.
- Segunda parte: Un programa de intervención cognitivo-conductual, manual práctico:
1. Cómo utilizar este manual.
  2. Información previa a la aplicación de este programa de intervención.
  3. Cuadro resumen de las sesiones.
  4. Materiales.
  5. Programa de intervención cognitivo-conductual: desarrollo de las sesiones.
  6. Índice de fichas.
  7. Índice de cuadros.
  8. Índice de figuras.
  9. Bibliografía.

**4. PIENSA EN VOZ ALTA. HABILIDADES COGNITIVAS Y SOCIALES EN LA INFANCIA. UN PROGRAMA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA NIÑOS**

<b>FICHA TÉCNICA</b>	
AUTORES	Camp, B.W., Bash, M.A.S.
EDITORIAL, CIUDAD	Promolibro, Valencia
AÑO PUBLICACIÓN	1998
EDAD DE APLICACIÓN	Niños con problemas de agresividad de 6 a 8 años
MODO DE APLICACIÓN	Individual o Pequeño grupo
OBJETIVO	Promover el desarrollo de las habilidades de resolución de problemas del niño para resolver sus dificultades a través del entrenamiento de la mediación verbal en problemas sociales y cognitivos.
SESIONES	23 sesiones

Camp y Bash ofrecen un programa para alumnos que puede ayudarles a pensar de manera más efectiva y actuar reflexivamente. Los beneficios varían desde lo educacional y preventivo hasta lo terapéutico. El programa puede ser utilizado con cualquier niño que tienda a responder sin haber pensado adecuadamente en las consecuencias de su acción y carezca de un sentido de dirección o un repertorio para abordar problemas de forma efectiva.

Cada lección describe claramente los proce-

dimientos y materiales que deben utilizarse y guía al profesor paso a paso a través de las actividades. Las lecciones progresan suavemente de un paso a otro a medida que las habilidades que las integran son desarrolladas de forma gradual y, más tarde, utilizadas a través de todo el programa.

**CONTENIDOS:**

1. Introducción del juego «El gato copión».
2. Introducción de Piensa en Voz Alta.
3. Desarrollo de los planes alternativos.
4. Etiquetado verbal en la resolución de problemas.
5. Solución de problemas auditivos.
6. Introducción a la solución de problemas interpersonales.
7. Introducción a la causalidad y la categorización.
8. Reconocer la causalidad y ejercitarse en el autocontrol.
9. Pensar susurrando en voz alta.
10. Generar soluciones para los problemas interpersonales.
11. Categorización y práctica auditivas al generar soluciones.
12. Categorización auditiva y expansión de las categorías resolutivas.
13. Predecir consecuencias.
14. Generar consecuencias para los problemas interpersonales.
15. Inhibición y práctica auditiva al generar consecuencias.
16. Inhibición auditiva y más práctica al generar consecuencias.

17. Evaluar según la seguridad y pensar de manera inductiva.
18. Evaluar según lo justo y pensar de manera inductiva.
19. Evaluar según los sentimientos.
20. Evaluar según la efectividad.
21. Evaluar soluciones para los problemas interpersonales.
22. Práctica al evaluar soluciones.
23. Más práctica al evaluar soluciones.

**5. ESCePI: ENSEÑANZA DE SOLUCIONES COGNITIVAS PARA EVITAR PROBLEMAS INTERPERSONALES. PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE HABILIDADES SOCIALES Y EDUCACION EN VALORES PARA LA CONVIVENCIA**

<b>FICHA TÉCNICA</b>	
AUTORES	García, E. M., Magaz, A.
EDITORIAL, CIUDAD	Grupo Albor-Cohs, Bilbao
AÑO DE PUBLICACIÓN	1997
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 4 - 10 años
MODO DE APLICACIÓN	Individual o Grupal
OBJETIVO	Mejorar la reflexividad, las destrezas sociales y valores para la convivencia. Facilitar a los profesores un material que les permita desarrollar estas enseñanzas trasmitiendo los valores de respeto y convivencia democrática.
SESIONES	31 sesiones

A lo largo de las unidades didácticas, desarrolladas en forma de juegos grupales, se enseña a los alumnos a:

1. Identificar situaciones de interacción social que constituyen un problema.
2. Definir de manera concreta los problemas.
3. Generar un amplio repertorio de alternativas.
4. Anticipar múltiples y variadas consecuencias a corto y largo plazo (para sí mismo y para los demás).
5. Tomar decisiones.
6. Planificar la ejecución de una decisión.

**6. PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL (PEHIS)**

<b>FICHA TÉCNICA</b>	
AUTORES	Monjas, Mª. I.
EDITORIAL, CIUDAD	CEPE, Madrid
AÑO DE PUBLICACIÓN	2006
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 4 a 10 años
MODO DE APLICACIÓN	Niños y adolescentes
OBJETIVO	Promover la competencia interpersonal. Se pretende que los alumnos aprendan a relacionarse positiva y satisfactoriamente con otras personas, ya sean sus iguales o los adultos.
SESIONES	30 sesiones

El PEHIS es una intervención psicopedagógica global para enseñar directa y sistemáticamente habilidades sociales a niños en edad escolar. La enseñanza se lleva a cabo en dos contextos, colegio y casa, y se hace a través de personas significativas en el entorno social: sus compañeros, el profesorado y los padres.

El Programa comprende 30 habilidades sociales agrupadas en torno a 6 áreas. Para su aplicación se utiliza un paquete de entrenamiento en el que se contemplan técnicas conductuales y cognitivas. Para la puesta en práctica, existe un soporte material que son las fichas de enseñanza para el colegio y las fichas de enseñanza para casa.

## CONTENIDOS:

1. Conductas de interacción.
2. Inicio, desarrollo y mantenimiento de relaciones positivas.
3. Inicio, desarrollo y mantenimiento de conversaciones.
4. Aumento de la assertividad.
5. Solución de problemas interpersonales.
6. Interacción social positiva con los adultos.

## 7. PROGRAMA DE CONTROL DE LA IRA

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Miranda, A. et al.
EDITORIAL, CIUDAD	Promolibro, Valencia

TÍTULO LIBRO	Estudiantes con deficiencias atencionales
AÑO DE PUBLICACIÓN	1998
OBJETIVO	Disminuir/eliminar la conducta agresiva de los niños a través del autocontrol de la ira y la frustración.
SESIONES	12 sesiones

Basado en el programa de Kendall (1980), consta de 12 sesiones que incluyen razonamiento, reestructuración cognitiva de autoinstrucciones y relajación.

También se entrena en la resolución de problemas interpersonales siguiendo a Bloomquist (1991).

Este programa de intervención centra su atención en la conducta agresiva de los niños para intentar controlar la ira y la frustración de forma autónoma (Kendall et al., 1980). Parte del hecho de que los niños hiperactivos agresivos tienen un problema adicional a la hora de enfrentarse a situaciones sociales. Su agresividad les impide analizar adecuadamente la situación y les lleva a responder inmediatamente con conductas violentas y agresivas. Este programa pretende enseñarles a dominar la ira inicial para poder hacer un análisis autoinstruccional de la situación problemática que les lleve a una solución positiva.

## 8. PROGRAMA PÁRATE Y PIENSA

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Kendall, Ph. C. (adaptación de Miranda Casas, A. et al., 1998)
AÑO DE PUBLICACIÓN	1980
OBJETIVO	Mejorar la concentración y la reflexividad.
SESIONES	12 sesiones

Adaptado por Miranda et al. (1998), combina técnicas conductuales y cognitivas.

Se procura el desarrollo del pensamiento secuencial a partir de la función reguladora del lenguaje mediante el uso de autoinstrucciones. Para ello se modelan en voz alta los pasos a seguir.

Es un tratamiento de problemas derivados de la impulsividad compuesto por 22 sesiones que combinan las autoinstrucciones, el modelado y las contingencias. Hay 15 sesiones aplicadas al desarrollo de la atención y la reflexión y 7 a la solución de situaciones interpersonales.

### 5.3.5.2. TÉCNICAS DE MANEJO DE CONTINGENCIAS

Conjuntamente con la implementación de estos programas, la aplicación de programas y técnicas cognitivo-conductuales facilitará un contexto de cambio de las conductas del alumno. Hay que tener en cuenta que la implementación de estas técnicas debe estar contemplada en un programa bien elaborado y estructurado. En la explicación de este apartado se han seguido algunas de las definiciones de Olivares y Méndez (1998b), las más habituales de las cuales se incluyen a continuación:



## A) TÉCNICAS PARA MANTENER E INCREMENTAR CONDUCTAS DESEABLES

### 1. REFUERZO POSITIVO

Los refuerzos positivos son unos potentes motivadores en el aumento o mantenimiento de conductas adecuadas. Sin embargo en muchos momentos no son utilizados al considerar que muchas de esas conductas deberían producirse de forma habitual. Por tanto, es conveniente que los profesores presten suficiente atención a estas conductas si quieren que se mantengan en sus alumnos y lleguen a formar parte de su repertorio habitual.

Un reforzador positivo es un evento o consecuencia que, cuando se presenta inmediatamente después de una conducta, provoca que ésta aumente su frecuencia. La utilización del refuerzo positivo tiene que ser consistente, inmediata y contingente a la conducta que se quiera incrementar. El reforzamiento positivo establece que si, en una situación determinada una persona hace algo que se sigue de un reforzador positivo, es más probable que esa conducta aumente.

Los reforzadores no son universales ni automáticos, es necesario buscar aquéllos que son significativos para cada alumno. Para ello, es fundamental identificar qué reforzadores son los más valorados por el alumno, si bien, con carácter general, se pueden utilizar:

- La alabanza: debe ser descriptiva e incluir comentarios positivos y motivadores. Deben reconocerse los comportamientos positivos, aunque parezcan poco importantes. Además, la alabanza debe ser sincera.

- La atención: es un potente reforzador de aplicación rápida y fácil. La mirada, la sonrisa, un comentario rápido o pregunta, una conversación breve, la realización conjunta de alguna actividad pueden ser potentes reforzadores.

Los profesores deben ser conscientes de la importancia que tiene la atención que prestan a sus alumnos y no reforzarles las conductas inadecuadas por la atención que les prestan.

- El contacto físico: es un reforzador muy poderoso, especialmente con niños muy pequeños.

- Las recompensas y los privilegios: es necesario identificar cuáles son las recompensas y privilegios apropiados para cada niño. Hay que tener cuidado para que su uso no incremente conductas desadaptadas. Deben darse sólo inmediatamente después de la conducta adecuada, nunca antes. Por último, hay que tener en cuenta que rara vez producen un cambio inmediato en la conducta del niño sino que funcionan con lentitud. Por esa razón, los profesores deben mostrarse consistentes en reforzar cada vez que el niño realice la conducta concreta que se desea incrementar.

## 2. ECONOMÍA DE FICHAS

Este es un programa de reforzamiento que se basa en fichas que son reforzadores secundarios generalizados. Esta es una técnica muy potente que ofrece importantes ventajas: se potencia el valor de los reforzadores debido a su amplia gama, se maneja la demora del refuerzo y se evitan interferencias con otras formas de reforzamiento. Se puede individualizar y flexibilizar en su aplicación.

Consiste básicamente en que el niño consigue fichas, tarjetas o puntos por conductas concretas especificadas con anterioridad o puede perderlas si emite conductas no adecuadas. Estas fichas se acumulan y el alumno podrá cambiarlas por una variedad de recompensas o actividades deseadas y especificadas previamente en el programa elaborado entre el alumno y su profesor.

## 3. REFUERZO NEGATIVO

Consiste en el incremento en la frecuencia de una respuesta por la terminación de un estímulo aversivo inmediatamente después de que se ejecute la respuesta adecuada. Las conductas se mantienen o incrementan si existe la posibilidad de la desaparición de la situación desagradable. Dado que en estos casos es necesaria la presencia de un estímulo aversivo, este tipo de reforzador se utiliza poco y hay que ser muy cuidadoso en su aplicación.

## 4. MODELADO

Una conducta se aprende observando la conducta nueva que se desea conseguir en una persona significativa y comparable al alumno. El niño «copia» la conducta que le presenta el modelo inmediatamente o tras un intervalo de tiempo muy breve. Es fundamental que la conducta que se observa y se emite después sea reforzada positivamente.

## 5. MOLDEAMIENTO

Se utiliza para adquirir nuevas respuestas que se encuentran ausentes o presentes de forma elemental en el repertorio del alumno. Consiste en el desarrollo de una nueva conducta mediante reforzamiento sucesivo de las aproximaciones más parecidas a la conducta final deseada y la extinción de las respuestas que son muy distintas a la conducta meta.

## 6. CONTRATOS DE CONDUCTA

Es un procedimiento de cambio conductual en el que se llega a un acuerdo entre las personas que desean que una conducta cambie (padres, profesores) y las personas cuya conducta se quiere cambiar (hijo, alumno) o entre dos o más personas en el que cada uno desea un cambio del otro. Los contratos reflejan por escrito un compromiso entre el niño y sus educadores en el que se especifican las consecuencias positivas o negativas que supone el adquirir la meta propuesta. Es un método fundamental para comprometer al niño y a todos los implicados en la modificación de sus comportamientos.

## B) TECNICAS PARA DISMINUIR CONDUCTAS NO-DESEABLES

### 1. EXTINCIÓN

Este principio establece que si en una situación determinada alguien emite una respuesta reforzada previamente y la respuesta no se sigue de una consecuencia reforzante, entonces es menos probable que se emita la respuesta en la misma situación. Supone la retirada sistemática de la atención que sigue inmediatamente a un comportamiento no deseado. Se procura no hacerle caso al niño, excepto si tuviera conductas agresivas hacia sí mismo o los demás. Al implantar la extinción es probable que se produzcan reacciones emocionales y agresivas. En un primer momento se producirá un aumento de la respuesta inadecuada. Este procedimiento de extinción es más lento que otros métodos de reducción de conductas. Además, hay que identificar bien los reforzadores que mantienen la conducta que se desea eliminar. Si el procedimiento se realiza correctamente sus resultados pueden ser duraderos.

### 2.- TIEMPO FUERA DE REFORZAMIENTO O «TIME-OUT»

El tiempo fuera de reforzamiento consiste en la supresión contingente de la oportunidad de obtener reforzamiento positivo durante un determinado periodo de tiempo. Se trata

de hacer que el niño pase unos minutos en un rincón o en cualquier otro sitio aburrido donde no pueda encontrar ninguna cosa divertida ni estimulante inmediatamente después de un comportamiento incorrecto. Algunas características de esta técnica son: resulta eficaz para niños de 2 a 10 años, el niño sabrá perfectamente el tiempo que permanecerá en ese lugar (se recomienda un minuto por cada dos años de edad del niño; para niños mayores de 6 años, con 5 minutos es suficiente, ya que si el niño se habitúa o adapta, el aislamiento pierde su valor). Este procedimiento ha demostrado ser especialmente útil cuando se utiliza en vez del castigo o de las regañinas y cuando los procedimientos de extinción son mínimamente efectivos en la reducción de las conductas indeseables.

### 3. CASTIGO

Consiste en aplicar una consecuencia desagradable tras la aparición de conductas que se quieren eliminar. Se puede realizar de dos formas, bien retirando un privilegio o algo agradable para el alumno o presentando una situación molesta para él. Es necesario que el castigo esté incluido en un programa en el que se acompañe de la aplicación de reforzadores positivos. Este procedimiento tiene efectos secundarios como provocar daños físicos, facilitación de modelos agresivos o provocar reacciones negativas hacia la persona que lo aplica,

por lo que su utilización debe considerarse con mucho cuidado y debe ir acompañada de otras estrategias que aumenten la frecuencia de conductas deseadas.

#### 4. REFORZAMIENTO DIFERENCIAL

Este tipo de reforzamiento es un enfoque positivo para la reducción de conductas. Posee la ventaja de que depende de la aplicación del reforzamiento y resalta la forma de conseguir la eliminación de conductas inadecuadas mediante procedimientos constructivos. En esta técnica se utiliza el reforzamiento positivo para disminuir conductas inadecuadas como las disruptivas o agresivas. Existen varios procedimientos de reforzamiento diferencial:

- Reforzamiento diferencial de tasas bajas: se utiliza con conductas que se desean debilitar, pero no suprimir totalmente. El reforzamiento contingente se aplica después de pasado un tiempo de la última respuesta. Se trata de trasmitir al alumno que su conducta es adecuada siempre que no se realice en exceso.

- Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles: se refuerzan conductas topográficamente incompatibles con las que se quieren eliminar. Para ello es necesario identificar la conducta que se quiere eliminar y posteriormente considerar las alternativas que disminuirán la probabilidad de aparición de la conducta inapropiada para reforzarla a continuación.

- Reforzamiento diferencial de otras conductas: se administra el refuerzo por la no emisión de una conducta inadecuada determinada durante un periodo de tiempo. El refuerzo que se pueda aplicar en ese momento a otras conductas debe tener en cuenta que sea aplicado a las conductas adecuadas.

#### 5. CONTROL DE ESTÍMULOS

Si un estímulo está siempre presente cuando se refuerza una respuesta (y ausente cuando no se refuerza), la conducta en cuestión se emite con mayor probabilidad ante dicho estímulo. Aunque en un principio estos estímulos sean neutrales, como consecuencia del hecho de estar presentes siempre que una conducta es reforzada, adquieren control sobre ella; por tanto, si se modifican los antecedentes conductuales, se modificará la conducta.

#### 6. SOBRECORRECIÓN

Este método supone la administración contingente de consecuencias aversivas que se relacionan con la conducta inapropiada a la que siguen. Se utiliza cuando se produce una perturbación ambiental. Se penaliza la conducta no deseada con dos actuaciones:

- Restitución: el individuo restaura el ambiente hacia un estado mucho mejor que el que existía anteriormente a los efectos ambientales de la conducta inapropiada.

- Práctica positiva: se realiza de manera repetitiva la conducta adecuada.

La restitución y la práctica positiva se combinan en ocasiones y otras veces se emplean solas dependiendo de las conductas que se quieran eliminar.

## 7. SACIACIÓN

Se suprime el valor del reforzador que mantiene la conducta negativa porque aumentando de manera excesiva la administración de reforzamiento se consigue que el reforzador pierda su valor. Así, exigir la realización continuada de una actividad en principio agradable puede convertirla en desagradable.

## C) TÉCNICAS COGNITIVAS

### 1. AUTOINSTRUCCIONES

Son verbalizaciones internas que van dirigidas a uno mismo para guiar la propia conducta. El entrenamiento en autoinstrucciones es una técnica cognitivo-conductual que modifica las autoverbalizaciones (pensamientos) que el sujeto ejecuta antes, durante y después de una tarea o enfrentamiento a una situación difícil para él. A través de este entrenamiento se espera que un cambio en las autoinstrucciones produzca un cambio en la conducta manifiesta del sujeto.

Pasos:

- El modelo realiza la tarea mientras describe en voz alta las instrucciones necesarias para ejecutarla.

- El niño realiza la misma tarea siguiendo las instrucciones del modelo.
- El niño realiza la tarea mientras se da a sí mismo sus propias instrucciones.
- El niño realiza la tarea mientras se da a sí mismo en voz baja las instrucciones.
- El niño se dice a sí mismo, mediante autoinstrucciones encubiertas, las instrucciones necesarias para ejecutar la tarea.

### 2. DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

Procedimiento desarrollado para desechar de la mente del niño los pensamientos obsesivos que pueden actuar como detonantes de la conducta agresiva.

Se enseña al niño a centrar su atención sobre el pensamiento negativo durante unos quince segundos y a detener su presencia mediante un gesto o palabra que cambie su centro de atención.

Requiere un entrenamiento previo en la identificación de dichos pensamientos negativos así como en la de las expresiones e imágenes utilizadas.

Este procedimiento se utiliza con niños mayores.

### 3. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Se enseña a los niños a generar distintas soluciones alternativas ante un problema, a evaluar las consecuencias de esas soluciones y a planear las acciones necesarias para alcanzar la meta.

#### 4. AUTOCONTROL

Su utilización parte de la idea de que ante una situación conflictiva, los niños muestran reacciones emocionales que les impulsan a responder con conductas agresivas. El objetivo de las técnicas de autocontrol es regular las conductas desde el propio alumno ante situaciones conflictivas y controlar la expresión de las emociones negativas. Algunos ejemplos pueden ser:

- Relajación: pretende contrarrestar la excitación y la tensión que se muestran ante situaciones conflictivas. Existen distintas técnicas: relajación progresiva muscular de Jacobson, de Cautela (para niños más pequeños) o la técnica de la tortuga.
- Respiración: el objetivo de las técnicas de respiración es facilitar su control voluntario y automatizarlo para que el niño pueda mantenerlo en situaciones de estrés.

#### 5. REESTRUCTURACION COGNITIVA

Esta técnica modifica los pensamientos erróneos del niño que acompañan a sus estados emocionales negativos. Para ello, se enseña al niño a identificar cómo influyen los pensamientos en su conducta, a reconocerlos, analizarlos y buscar pensamientos más adecuados.

#### 6. AUTORREGULACION

Este método se utiliza para que el niño aprenda a regular su conducta mediante la autoobservación, los autorregistros y los au-

torrefuerzos contingentes a la realización de tareas adecuadas. Mediante estos procedimientos el niño llega a tener conciencia de sus propios problemas ya que presupone saber pensar, saber preguntarse cuál es el problema o qué es lo que está pasando.

La adquisición de este autocontrol permitirá al niño una menor dependencia de su entorno y puede ser una ayuda para consolidar comportamientos aprendidos mediante otras estrategias más conductuales.

Este procedimiento es utilizado cuando ya se ha modificado la conducta del niño y se pretende que se mantenga el cambio conductual.

#### 2.3.6. ASESORAMIENTO E INTERVENCIÓN CON FAMILIAS

La intervención del EOEP o del Servicio de Orientación del centro se contemplará dentro de sus funciones de atención preferente. Su actuación se centrará en los siguientes aspectos:

- A. Promover la prevención de los trastornos de la conducta.
- B. Asesorar directamente a las familias.
- C. Asesorar al Tutor, Coordinador y Equipo Directivo en su relación con las familias.
- D. Informar y asesorar al Coordinador acerca de diferentes técnicas y estrategias de intervención que recogen algunos programas para las familias con niños que presentan trastornos de la conducta.

- E. Coordinarse con los Servicios Sanitarios y Sociales.
- F. Coordinarse con otros servicios.

## A. Promover la prevención y la comunicación entre los agentes educativos del niño

Uno de los objetivos principales de los distintos miembros de los EOEP y de los Servicios de Orientación de los centros respecto a la familia es el asesoramiento que se puede realizar siguiendo diferentes modalidades, por ejemplo, mediante entrevistas individuales, sesiones generales convocando a todos los padres del centro o escuelas de padres en grupos más reducidos. En todas las intervenciones el objetivo principal es la prevención y la comunicación facilitando un espacio de reflexión entre todos los implicados en la educación del niño. Es una oportunidad para intercambiar puntos de vista y escucharse unos a otros.

Algunos de los temas más frecuentes que se tratan en estos encuentros son: la inteligencia emocional, las normas y los límites, los estilos educativos, la assertividad, la comunicación, la resolución de conflictos o la psicología positiva, entre otros.

## B. Asesorar directamente a las familias

La orientación familiar desde los EOEP y Servicios de Orientación se plantea como un proceso de estimulación del crecimiento del grupo familiar y de sus miembros,

estableciendo y cuidando los vínculos creados entre los mismos, atendiendo a las posibles problemáticas que surjan de esta interrelación y favoreciendo la óptima vinculación del sistema familiar con el resto de sistemas, en nuestro caso, con la escuela. Se atenderá, siempre que sea posible, más a la prevención y educación.

Algunas premisas incondicionales a considerar sobre el trabajo con las familias son las siguientes (Planas, 2003):

1. Legitimizar el funcionamiento familiar, ya que la familia suele actuar de la mejor manera que sabe.
2. Reconocer las capacidades del sistema familiar para seguir adelante.
3. Asegurar los mecanismos de inclusión de todos los miembros que participan evitando cualquier tipo de exclusión.
4. Tener en cuenta en todo momento la importancia del contexto en la lectura de los comportamientos.
5. Saber priorizar en cada momento lo que es importante y lo que está preocupando a la familia. Es inútil trabajar con quien no está preocupado, por tanto, hay que crear esa necesidad antes de pedir la colaboración.
6. Prestar más atención a los esfuerzos que está realizando la familia que a los «resultados», pues esto les capacita y estimula para seguir mejorando.

7. Hablar el mismo «lenguaje» que la familia. Si no se consigue, difícilmente será posible la comunicación.

Algunas de las pautas de actuación recomendadas a los padres en la relación con los niños con problemas de conducta son las siguientes:

- Conocer información científica sobre el trastorno, así como asimilar las características y comportamientos que lo definen.
- Pedir la ayuda psicológica necesaria tanto para aceptar el diagnóstico recibido como para adaptarse al mismo si es indispensable.
- Empatizar con los sentimientos del niño para lograr una mayor comprensión de determinadas situaciones y conductas, manifestándole que el afecto hacia él es incondicional y no depende de su conducta.
- Favorecer una comunicación verbal, no verbal y escucha activa adecuadas, que repercutan en el desarrollo de unas buenas habilidades sociales que funcionen como factor preventivo.
- Establecer unas normas, rutinas y límites claros y concretos en la vida diaria adaptados a la posibilidad de cumplimiento haciendo al niño participante y conocedor de los mismos, para que sea capaz de comprender y anticipar las consecuencias de sus actos.
- Mantenerse firmes en los límites y sus consecuencias establecidas previamente con el niño.

- Enfatizar y reforzar las características personales y conductas positivas del niño, ya que tendemos a fijarnos y resaltar únicamente lo negativo, dando por supuesto que el niño debe portarse bien, sabe lo que se espera de él y, por lo tanto, no hay que comunicárselo constantemente.
- Reforzar los esfuerzos por parte del niño para modificar su conducta.
- No categorizar a la persona («eres tonto, eres malo,...») ante una conducta inadecuada, sino concretarla y ofrecer una alternativa de actuación expresada con un lenguaje apropiado.
- Reflexionar sobre las estrategias de resolución de problemas utilizadas hasta el momento para ser conscientes de la necesidad de adquirir nuevas técnicas que permitan un afrontamiento y resolución de problemas más eficaz y positivo.
- Distribuir los espacios de tiempo de los miembros de la familia de manera que permitan disfrutar de actividades compartidas tanto en familia, exclusivas con el niño, en pareja o con amigos.
- Establecer una buena coordinación e intercambio de información entre los distintos agentes educativos y sanitarios implicados (padres, profesores, orientadores, sanitarios) sin caer en actitudes culpabilizadoras y destructivas.

## C. Asesorar al Tutor, Coordinador y Equipo Directivo en su relación con las familias

Según contempla Cagigal en el Proyecto METRA (2004), por lo que respecta a la relación entre la familia y el centro educativo, es muy importante considerar algunas premisas ya que debido a los cambios sociales que se están produciendo existen diversos factores que dificultan la comprensión y relación entre padres y educadores y que perjudican la educación de los menores. Entre los factores que obstaculizan esta relación, la autora apunta a la falta de referencia en la tarea educativa en las actuales generaciones debido al rápido cambio social, a la equiparación de valores muy diferentes en la sociedad, a la lectura que nuestra sociedad suele hacer de la crisis como fracaso y al incremento de la exigencia sobre las habilidades educativas de los padres y de los profesores que pone el énfasis en lo bien que todos ellos deben llevar a cabo su tarea educativa.

Todo ello está influyendo negativamente en las relaciones entre familia y escuela, de manera que, con frecuencia, dos sistemas que deberían compartir los objetivos básicos de la educación de los menores se ven enfrentados cayendo en culpabilizaciones recíprocas y rivalidades. En el Proyecto METRA (2004) se describen tres posiciones que la familia y la escuela suelen adoptar cuando existe un problema de conducta del niño (Dowling, 1996):

1. La familia responsabiliza de los problemas que presenta su hijo al centro educativo y, a la vez, considera y espera que dicha institución y, más específicamente el profesorado, resuelva el problema y lleve a cabo las actuaciones o los cambios necesarios que permitan que su hijo deje de ser un «niño problemático».
2. El profesor responsabiliza a la familia de los problemas que presenta el niño y considera que con una familia con ciertas características o circunstancias es difícil conseguir cambios en el menor.
3. Padres y profesores consideran que el problema es de tipo intrapsíquico (problema de personalidad, de temperamento, de carácter, etc.), es decir, el problema es sólo del niño y requiere intervenciones estrictamente individuales.

En cualquiera de estas tres situaciones, el resultado es que el menor queda en una posición llamada de triangulación. En los dos primeros casos, la familia y la escuela entran en conflicto para demostrar al niño quién tiene la razón. En el tercer caso, se pierde la comprensión profunda del problema puesto que interpretar los problemas como fruto de la realidad intrapsíquica del menor, con frecuencia con una perspectiva genetista, dificulta el planteamiento de un cambio que implique un contexto más amplio que el del propio alumno.

Independientemente de cualquiera de las

tres posturas que se adopte, está claro que detrás de todas ellas subyace el convencimiento propio de que cada uno está actuando de la mejor manera que sabe y puede en la educación del niño. Por eso, la comunicación y el asesoramiento se establecerá de forma prioritaria entre el Servicio de Orientación, el Coordinador y el Tutor del alumno con objeto de favorecer una comunicación fluida entre la escuela y la familia asesorando acerca de cómo resolver conflictos, técnicas de entrevista, comunicación verbal y no verbal, etc.

**D.** Informar y asesorar al Coordinador sobre los programas que puede llevar a cabo con las familias

Los programas que a continuación se exponen son generalmente de corte clínico. Conviene recordar en este punto que la intervención desde el ámbito educativo no pretende ser clínica. Por ello, no se espera que sea el Coordinador (ni el Servicio de Orientación) quien ponga en práctica estos programas con objetivo terapéutico, ya que no corresponde al ámbito educativo y se encontraría con múltiples limitaciones a la hora de aplicarlos por falta de formación, competencia en un programa en concreto o falta de tiempo, pero puede resultar formativo, práctico y efectivo proporcionar como referente las estrategias y técnicas que estos programas proponen.

Los elementos comunes que presentan los distintos programas según Moreno y Revuelta (2002) son los siguientes:

- En general, pretenden modificar las pautas habituales que marcan las interacciones familiares y fomentar en su lugar la adquisición de habilidades que favorezcan relaciones más adaptadas.

- La intervención del experto con los adultos está focalizada en tratar de modificar pautas de comportamiento anómalas que éstos adoptan en su respuesta ante los comportamientos disruptivos del niño, tales como el empleo excesivo de procedimientos coercitivos y hostiles para controlar dichos comportamientos, la adopción de normas inconsistentes respecto a las conductas del menor, etc. En su lugar, se hace especial hincapié en la necesidad de poner en práctica habilidades eficaces relacionadas con atender a las señales que marcan el inicio del comportamiento anómalo del niño, apoyar y prestar atención a sus comportamientos adaptados y dar instrucciones eficaces.

- Los padres reciben, por un lado, información sobre los principios de aprendizaje que regulan el comportamiento infantil y, por otro, entrenamiento específico en habilidades de observación y seguimiento de la conducta del niño, en dar órdenes eficaces, establecer límites y poner en práctica procedimientos para apoyar los comportamientos adaptados y eliminar las conductas problemáticas.

- El experto encargado de llevar a cabo el entrenamiento emplea, entre otros procedimientos: técnicas de modelado, ensayos

conductuales, reforzamientos y asignación de tareas para casa con el propósito de conseguir los objetivos antes mencionados.

Programas específicos que se proponen:

## 1. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE PADRES. MIRANDO HACIA ADELANTE PASO A PASO

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Barkley, R. A. y Benton, Ch. M.
EDITORIAL, CIUDAD	Paidos, Barcelona
AÑO DE PUBLICACIÓN	2002
MODELO TEÓRICO	Cognitivo-conductual
EDAD DE APLICACIÓN	Padres de niños de 2 a 11 años con trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno disocial.
MODO DE APLICACIÓN	Individual o Grupal
PERIODICIDAD	Sesiones semanales de aproximadamente 2 horas

La metodología que sigue el programa empieza por revisar la posibilidad de que existan problemas familiares previos, situaciones personales, familiares o de pareja que dificulten una disposición emocional adecuada. No se recomienda iniciar el programa tratando de cambiar el comportamiento del hijo sin atender primero a los propios problemas personales o del contexto familiar.

Se comienza siempre por lo positivo, recordando a los padres cómo usar la atención y los incentivos para posteriormente pasar a lo negativo sólo cuando los aspectos positivos están funcionando.

El programa consta de ocho pasos progresivos, cada uno de ellos está diseñado para que se construya sobre el precedente. El orden dichos pasos es:

1. ¡Preste atención!
2. Consiga paz y cooperación con el elogio.
3. Cuando el elogio no sea suficiente, ofrezca recompensas.
4. Use formas de disciplina moderadas, tiempo fuera y otras.
5. Utilice el tiempo fuera con otros problemas de conducta.
6. Piense en voz alta y piense en el futuro. ¿Qué hacer en público?
7. Ayude al maestro para que ayude al niño.

## 2. PROGRAMA PARA NIÑOS CON DESORDENES DE CONDUCTA. (Fuente: Cagigal (2004). Proyecto METRA)

FICHA TÉCNICA	
AUTOR	Bloomquist, M. L.
EDITORIAL, CIUDAD	Guilford, New York
AÑO PUBLICACIÓN	1996
MODELO TEÓRICO	Cognitivo-conductual
EDAD APLICACIÓN	Padres niños entre 2-12 años
MODO APLICACIÓN	Individual o Grupal
PERIODICIDAD	Sesiones semanales

La metodología del programa está secuenciado de la siguiente manera: en primer lugar se proporciona información a la familia sobre el concepto de desórdenes de conducta, tipos, identificación, etc. Posteriormente, el programa se centra en las habilidades y recursos de los padres que pueden serles útiles para incrementar las destrezas parentales y familiares. En tercer lugar, se ofrecen instrucciones a los padres para que mejoren las habilidades infantiles. Por último, se trabaja sobre las estrategias a utilizar para el mantenimiento y generalización de los resultados.

El programa comienza con un cuestionario para los padres en el que se les hace reflexionar sobre cada una de las diez áreas en las que se interviene:

1. El estrés de los padres.
2. Los pensamientos de los padres.
3. Participación de los padres y refuerzo positivo.
4. Interacciones familiares.
5. La disciplina relacionada con la aceptación y seguimiento de reglas en los niños.
6. Habilidades sociales en los niños.
7. Habilidades de solución de problemas generales y sociales en los niños.
8. La habilidad de los niños para hacer frente a la cólera.
9. La habilidad de los niños para hacer frente a sus actividades académicas de forma autodirigida.

10. Bienestar emocional y nivel de autoestima en los niños.

### **3. EL PROGRAMA EDUCA. ESCUELA DE PADRES. EDUCACIÓN POSITIVA PARA ENSEÑAR A TUS HIJOS**

<b>FICHA TÉCNICA</b>	
AUTOR	Díaz-Sibaja, M. A., Comeche, M. y Díaz, M.
EDITORIAL, CIUDAD	Pirámide, Madrid
AÑO DE PUBLICACIÓN	2009
MODELO TEÓRICO	Cognitivo-conductual
EDAD DE APLICACIÓN	Padres de niños de 2 a 12 años
MODO DE APLICACIÓN	Individual o Grupal
PERIODICIDAD	Semanalmente

Se caracteriza por ser un programa con una metodología eminentemente psicoeducativa, cuyo objetivo consiste en enseñar una variedad de técnicas conductuales y cognitivas de demostrada eficacia que permita a los padres desarrollar de manera más adecuada sus funciones educativas y socializadoras. Así mismo, resulta fácil de aprender y de poner en práctica por padres y terapeutas. El programa se presenta de forma progresiva.

Tanto en un caso como en otro, las sesiones de tratamiento presenciales se complementan con la lectura de un manual de autoayuda que lleva por título: Programa EDUCA. Escuela de Padres. Educación positiva para enseñar a los hijos.

El programa EDUCA consta de nueve sesiones organizadas en dos grandes bloques. El primero consta de tres sesiones que tratan algunos aspectos teóricos y metodológicos con el objetivo de fomentar en los padres un cambio de actitud hacia una perspectiva más positiva y constructiva de la educación. El segundo proporciona a los participantes del grupo el conocimiento de una serie de estrategias basadas en el modelo de modificación de conducta. La secuencia de las sesiones es la siguiente:

1. Presentación del programa EDUCA.
2. Actitud positiva para ser padres.  
Educación positiva.
3. ¿Qué tengo que saber antes de actuar?
4. Los instrumentos imprescindibles.
5. Cuando el niño no sabe, ¿quién le enseñará?
6. Cuando el comportamiento es inadecuado, ¿quién le corregirá? I.
7. Cuando el comportamiento es inadecuado, ¿quién le corregirá? II.
8. Cuando el niño sabe y no lo hace, ¿quién le motivará?
9. El final del principio. Aplicación conjunta de las técnicas.

Para concluir este apartado se exponen algunas de las reflexiones elaboradas por Robles y Romero (2011) a partir de la revisión de distintos modelos de programas de intervención familiar:

- El contexto familiar es un marco clave en la génesis y progresión de los problemas de conducta.

- En la revisión de los programas de entrenamiento para padres con hijos que presentan problemas de conducta, Robles y Romero analizan las revisiones realizadas de las dos grandes orientaciones teóricas:

a. La aproximación «conductual» en la que los padres son instruidos en los fundamentos teóricos de la modificación de conducta y son provistos de estrategias basadas en los principios del aprendizaje social.

b. La aproximación «democrática» o «basada en las relaciones interpersonales» que se apoya en teorías humanistas y adlerianas y basa su intervención en la comunicación familiar y en los procesos de interacción entre los miembros de la familia. Además existen otras fuentes, como la teoría psicodinámica y de sistemas familiares, de las que ha tomado el papel de las interacciones dentro de la familia y el rol de las variables extrafamiliares y cognitivas en el mantenimiento de los problemas de conducta.

Los aspectos más relevantes de este estudio son:

- Los programas de entrenamiento son considerados intervenciones eficaces en la promoción de cambios positivos tanto en la conducta del niño como en la de los padres, en la mejora de la comunicación

entre padres e hijos, en el incremento de las habilidades parentales, en la reducción de los problemas de conducta, en la mejora de la depresión materna y en la disminución del estrés parental.

- Los programas de entrenamiento de padres son considerados como la intervención «mejor establecida» siguiendo los criterios internacionales de programas con base empírica.
- Las mejoras en las prácticas parentales incluyen reducciones en la conducta hostil de los padres y en el castigo físico, un mayor número de respuestas contingentes hacia la conducta inapropiada y un incremento de las expresiones de afecto hacia el niño.
- La eficacia de los programas conductuales se vería incrementada si se incorporaran más contenidos enfocados a la mejora de aspectos como las habilidades de comunicación, la empatía y la resolución de conflictos interpersonales. De este modo, se aumentaría la calidad del funcionamiento familiar y de la interacción entre padres e hijos y el mantenimiento de los resultados obtenidos sobre la conducta.
- El formato grupal brinda a los padres la oportunidad de debatir y compartir experiencias. Parece ser el más apropiado en cuanto a costes-beneficios, además de resultar más atractivo para las familias cuando va compaginado con vídeos que estimulan el debate grupal.
- En los resultados de estos programas de tratamiento parecen influir la edad del niño, la severidad de los síntomas y el nivel de estudios y sociocultural de los padres.
- La intervención en edades preescolares es la que ha mostrado resultados más satisfactorios, antes de que el comportamiento del niño se asocie con tendencias antisociales y fracaso académico.

#### E. Derivación y Coordinación con los Servicios Sanitarios y Sociales implicados

El contexto de intervención de la Orientación Educativa Familiar se complementa desde diferentes niveles, modelos y perspectivas en los que actúan múltiples disciplinas y profesionales (Servicios Sanitarios, Servicios Sociales).

Partiendo de una perspectiva ecológica y sistémica es fundamental que se produzca un intercambio continuo y bidireccional de información y toma de decisiones compartidas entre los distintos servicios que intervienen con el alumno. Además, la coordinación con los Servicios Sanitarios resulta esencial ya que serán éstos los que en la mayoría de las ocasiones desarrollen de forma más sistemática alguno de los programas de intervención clínica que se han descrito en el apartado D.

En el Anexo 5 se ofrece un listado de los Centros de Salud Infanto-Juvenil de la

Comunidad Autónoma, así como información sobre el programa de apoyo familiar de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Zaragoza y de la Asociación ADCARA.

## F. Derivación y Coordinación con otros servicios deportivos, asociaciones y entidades del entorno

Partiendo de esta misma perspectiva, resulta esencial la comunicación bidireccional con otros recursos de la zona en los que el alumno ya participa o a los que puede ser derivado para su participación.

La inserción del alumno en actividades compatibles con su perfil motivacional es un reforzador que potencia la eficacia de las medidas de desarrollo de conductas adaptativas.

## 5.4. EVALUACIÓN DEL PROCESO

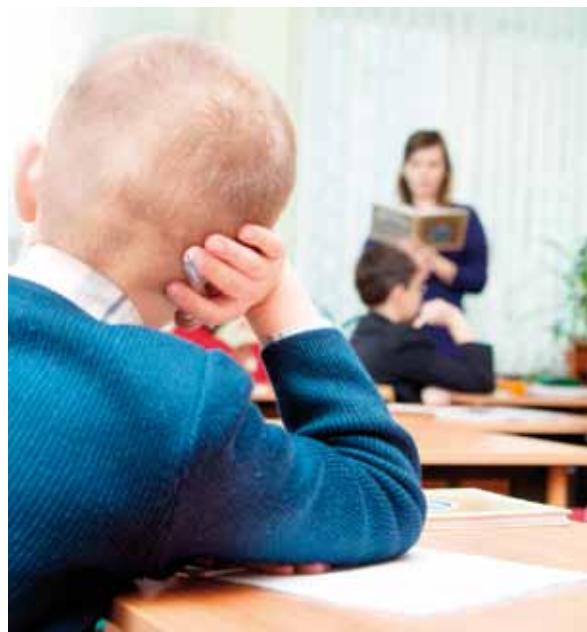
Uno de los elementos básicos que permitirá establecer si los procesos iniciados y las actuaciones emprendidas van a ser adecuadas y válidas socialmente es la evaluación que se realizará desde el establecimiento de las hipótesis iniciales y perdurará durante todo el proceso de intervención.

Se realizará de manera específica en cada proceso iniciado y mantenido y de manera global en todas las intervenciones, en su coordinación y finalidad. Esta evaluación continua y trasversal permitirá ajustar y modificar las medidas a tomar dentro del

protocolo de intervención.

Para llevarla a cabo se establecerán tiempos concretos a lo largo del proceso de intervención en los que se reflexionará sobre la manera de proceder y el progreso del caso para tomar decisiones que permitan ajustar de un modo más adecuado la respuesta en la intervención.

En estas evaluaciones participarán todos los agentes implicados en los distintos contextos y se analizará en qué medida se están alcanzando los objetivos propuestos a través de la realización de las distintas actuaciones.



# CONCLUSIONES

06



**E**n los dos últimos años los autores han llevado a cabo algunas intervenciones que están permitiendo detectar las condiciones previas que determinan la eficacia del Protocolo.

En centros educativos en los que se conjugan un número elevado de alumnos con trastornos de la conducta y agentes educativos sin una sólida formación en habilidades y estrategias de modificación de conducta, se hace inviable la implementación de este Protocolo. Como medida inmediata y para salvaguardar el funcionamiento de la propia institución educativa, puede ser necesaria, a veces, la adopción de medidas que disminuyan el impacto de las conductas perturbadoras en el contexto escolar (aumento de las medidas encaminadas a mejorar el control del alumno). Estas medidas de actuación inmediata sirven como punto de partida de un programa preventivo que fortalezca las propias estructuras del centro.

Aunque las intervenciones realizadas siguiendo el Protocolo de «Buenas Prácticas» no permiten todavía seleccionar, de forma contrastada, las condiciones y variables más significativas relacionadas con la eficacia de este procedimiento, los autores han detectado algunas condiciones que pueden estar relacionadas con la mayor o menor eficacia de dicho Protocolo.

- La figura del Coordinador en el centro educativo es una de las condiciones más relevantes en la aplicación del Protocolo.

- La formación previa, el conocimiento y la aplicación de dicho profesional de habilidades y estrategias sobre el manejo de contingencias es valorado positivamente por el claustro de profesores, siendo ésta una de las condiciones que inicialmente se muestra como un factor favorecedor de la puesta en marcha del Protocolo y, como consecuencia, de su eficacia. Esta observación permite a los autores destacar la importancia del papel de los Servicios de Orientación en el asesoramiento a los centros sobre estos asuntos y, por consiguiente, en la necesidad de que estos profesionales dispongan de formación continuada sobre técnicas de intervención con alumnos con trastornos de la conducta en contextos educativos.



- En los casos en los que se ha puesto en práctica el Protocolo de «Buenas Prácticas» se ha observado que las actuaciones realizadas en la fase de intervención inciden y mejoran la educación socioemocional de los alumnos del grupo-clase y favorecen el desarrollo y cambio de la normativa interna de funcionamiento escolar fortaleciendo la estructura de los centros educativos. Esta consecuencia, no planificada inicialmente en la elaboración del Protocolo, es uno de los aspectos que anima a los autores a realizar una aplicación más generalizada de este procedimiento.

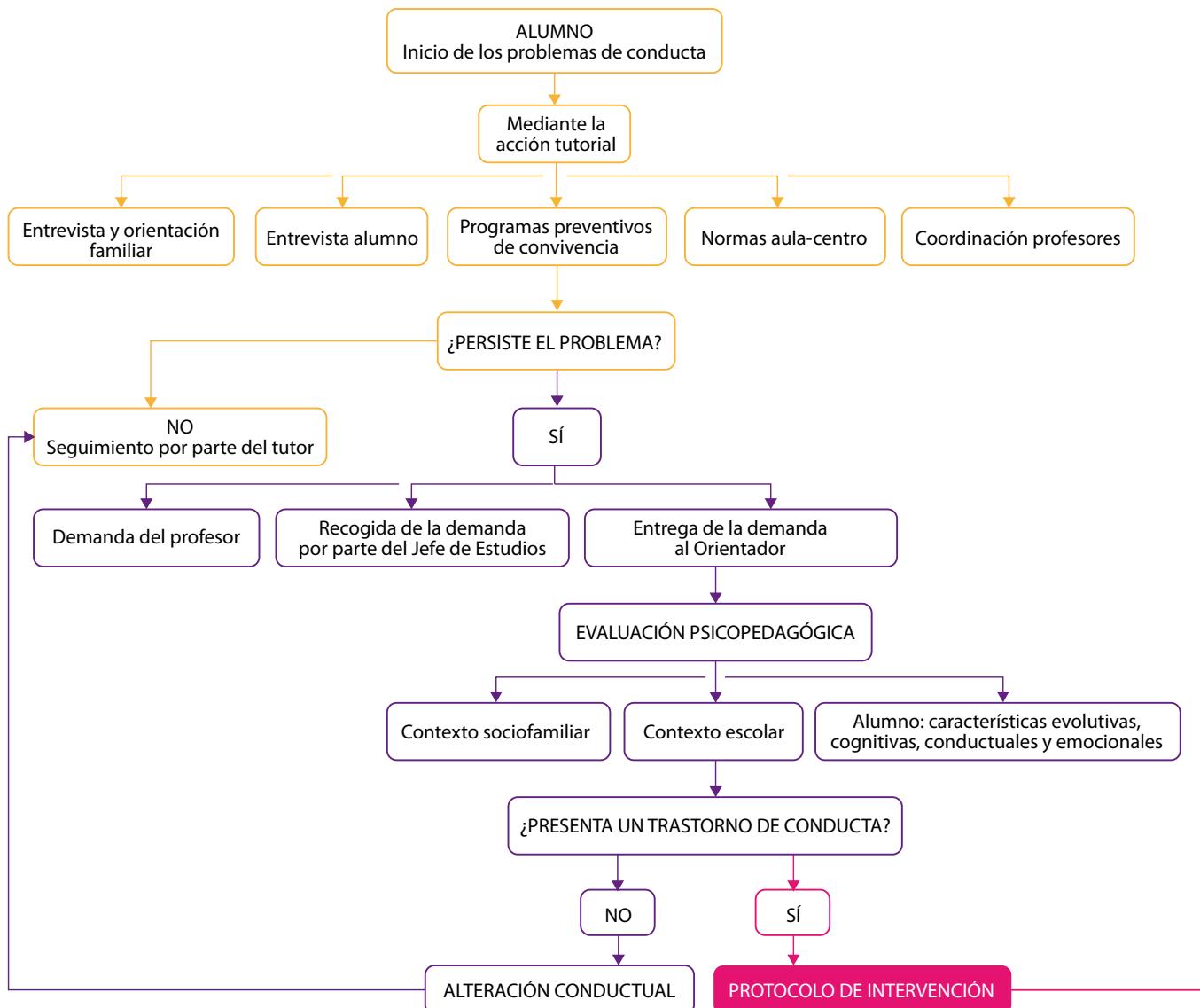
- Fuera ya del centro educativo es muy habitual que las familias de estos alumnos con trastornos de la conducta reciban asesoramiento e intervención por parte de los Servicios Sociales o Sanitarios de la zona. Así, este Protocolo contempla, tanto en el

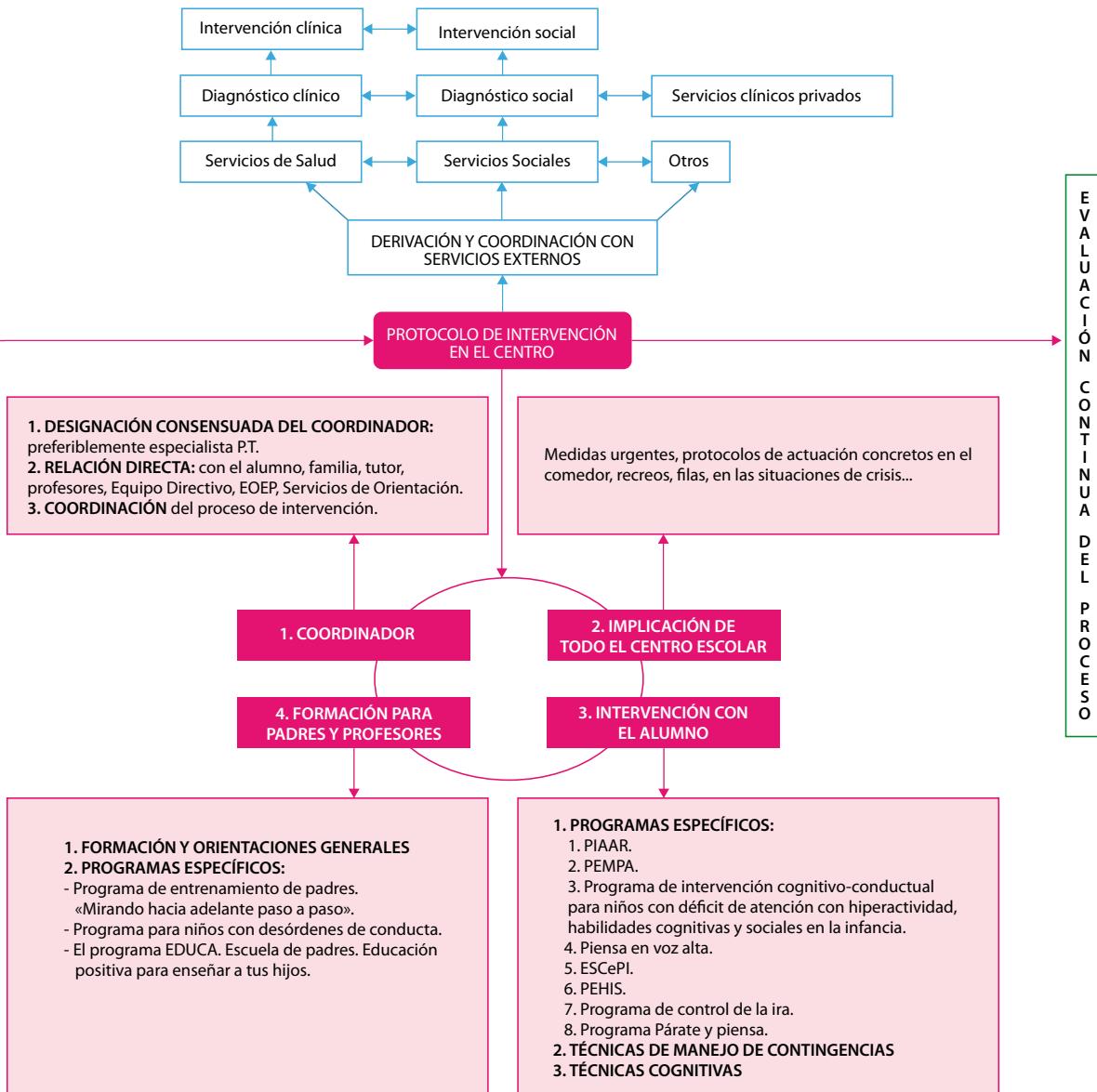
proceso de evaluación como de intervención, la coordinación de todos los agentes que forman parte del contexto sociofamiliar del alumno. Este hecho, siendo positivo, conlleva dificultades añadidas debido a los distintos modelos de intervención, organización y sectorización de los distintos profesionales que intervienen, pero se presenta como un reto más a resolver en la compleja y difícil tarea de la intervención con los alumnos con trastornos de la conducta.

Pese a las condiciones reseñadas en los párrafos anteriores, los autores concluyen que la implementación de este Protocolo está permitiendo el control y revisión de los planes de intervención con alumnos con trastornos de la conducta, así como la adopción de un modelo de trabajo común y eficaz para los profesionales de la Orientación Educativa.



Cuadro resumen. Protocolo de intervención psicopedagógica con alumnos con trastorno de la conducta.







08

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson, S. A.
- Aláez, F. M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Barkley, R. A. (1997). *Niños desafiantes. Materiales de evaluación y Folletos para los padres*. (Traducción al español: J. J. Bauermeister y asociados). New York: Guilford.
- Barkley, R. A., Edwards, G. H. y Robin, A. L. (1999). *Defiant Teens. A Clinician's Manual for Assessment and Family Intervention*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. y Benton, Ch. M. (2002). *Hijos desafiantes y rebeldes*. Barcelona: Paidos. (Original 1998).
- Barkley, R. A. y Robin, A. L. (2008). *Your Defiant Teen. 10 Steps to Resolve Conflict and Rebuild Your Relationship*. London: Robinson.
- Bartau, I., Maganto, J. y Etxeberria, J. (2005). Los programas de formación de padres: una experiencia educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*. nº 25, Enero-Abril (1-17). Departamento de Métodos de investigación y diagnóstico en educación. Universidad del País Vasco.
- Bloomquist, M. L. (1996): *Skills Training for Children with Behavior Disorders*. New York: Guilford.
- Borges, C. (2005). La evaluación clínica del comportamiento agresivo en niños. En Caballo, V. (Dir.): *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. (pp. 437-449) Madrid: Pirámide.
- Bornas, X., Servera, M. y Galván M. R. (2002): PEMPA: *Para, Escucha, Mira, Piensa y Actúa. Programa para el desarrollo de la reflexividad y el autocontrol*. Bilbao. Albor-Cosh.
- Bronfenbrener, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H. y Santos-Roig, M. (2002). *El niño impulsivo. Estrategias de evaluación, tratamiento y prevención*. Madrid: Pirámide.
- Cagigal, V. (2004). Colaboración y actuación con familias de niños con problemas de conducta. (Instituto Universitario de la Familia-Proyecto METRA. Universidad Pontificia Comillas). Encuentro anual de equipos de orientación, problemas de conducta y trastorno disocial, Consejería de Educación, Comunidad de Madrid, 31 de marzo - 1 de abril de 2004.
- Calderón, C. (2003). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual*. Tesis doctoral: Universidad de Barcelona.

Calvillo, M y Fernández, A. (2003). Tratamiento del comportamiento perturbador de niños preescolares basado en su análisis funcional. *Psicología Conductual*. Vol. 11, nº 1, 115-133.

Camp, B. W. y Bash, M. A. S. (1998). *Piensa en voz alta. Habilidades cognitivas y sociales en la infancia. Un programa de resolución de Problemas para niños*. Valencia: Promolibro-Cinteco.

Caseras, X., Fullana, M. A. y Torrubia, R. (2002). El trastorno disocial. En Servera, M. (Coord.). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. (pp. 277-302) Madrid: Pirámide.

Cerezo, F. (2002). *Conductas agresivas en la edad escolar*. Madrid: Pirámide.

Cervell, M. (2005). Orientación e intervención familiar. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, Nº 12, 131-140.

Del Barrio, V. (1995). Evaluación clínica infantil y adolescente. En Silva, F. (Ed.) *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. (pp. 461-530) Madrid: Síntesis.

Díaz, M. I.; Jordán, C.; Vallejo, M. A. y Comeche, M. I. (2006). Problemas de conducta en el aula: una intervención cognitivo-conductual. En Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (Coords.) *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares*. (pp.119-149) Madrid: Pirámide.

Díaz, M. I. Díaz-Sibaja, M. A. (2005). Problemas cotidianos del comportamiento infantil. En Comeche, Mª. I. y Vallejo-Pareja, M. A.: *Manual de terapia de conducta en la infancia*. (pp. 419-463) Madrid: Dykinson.

Díaz-Sibaja, M. A. (2005). Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. En Comeche, Mª. I. y Vallejo-Pareja, M. A.: *Manual de terapia de conducta en la infancia*. (pp. 465-517) Madrid: Dykinson.

Díaz-Sibaja, M. A., Comeche, M. I. y Díaz, M. I. (2009). *PROGRAMA EDUCA. Escuela de padres. Educación positiva para enseñar a tus hijos*. Madrid: Pirámide.

Dodge, K.A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-584.

Dowling, E, y Elsie, O. (1996). *Familia y escuela. Una aproximación conjunta y sistémica a los problemas infantiles*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Espinosa, M. J. (1995). La evaluación del ambiente familiar. En Silva, F. (Ed.) *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. (pp. 111-169) Madrid: Síntesis.

- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Ezpeleta, L. (2005). La evaluación de los trastornos infantiles. En Comeche, M. I. y Vallejo-Pareja, M. A. *Manual de terapia de conducta en la infancia*. (pp. 69-104) Madrid: Dykinson.
- Fariz, M. D., Mías, C. D. y Borges de Moura, C. (2002). Comportamiento agresivo y terapia cognitivo-conductual en la infancia. En Caballo, V. E. y Simón M. A. (Dirs.). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. (pp. 57-76) Madrid: Pirámide.
- Fernández, M. P. (2009). Los estilos educativos de los padres y madres. *Innovación y experiencias educativas*, nº 16, marzo (1-9) Disponible en: <[http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_16/PILAR\\_FERNANDEZ\\_2.PDF](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/PILAR_FERNANDEZ_2.PDF)> (consulta: 16 de diciembre de 2010)
- Fernández, I. (Coord.) (2001). *Guía para la convivencia en el aula*. Barcelona: Cisspraxis.
- Fernández, E. y Olmedo, M. (1999). *Trastorno del comportamiento perturbador*. Madrid: UNED-FUE.
- Fernández, A. y Muñoz, L. (2005). Evaluación de los trastornos por déficit de atención y del comportamiento perturbador. En Caballo, V. (Dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. (pp.279-311) Madrid: Pirámide.
- Froján, M. X., Calero, A., Montaño, M. (2006). Análisis de un caso de conductas disruptivas en la infancia. En Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (Coords.) *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos*. (pp. 343-364) Madrid: Pirámide.
- Frías-Armenta, M., López-Escobar, A. y Díaz-Méndez, S (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8, 15-24.
- García, A., Arnal, A., Bazanbide, E., Bellido, C., Calvario, M., Civera, B., González, P., Peña, R. A., Pérez, M., Vergara, A. (2011). Un protocolo de «buenas prácticas» en la intervención con alumnos con trastornos de la conducta en centros educativos. *Apuntes de psicología*. Vol. 29, nº 2, 319-336
- García, M. y Magaz, A. (1997). *ESCePI. Enseñanza de Soluciones Cognitivas para Evitar Problemas Interpersonales. Programa de entrenamiento en resolución de conflictos*. Madrid-Bilbao, ALBOR-COHS.
- Gargallo, B. (1987, 1997). *PIAAR. Programa de intervención educativa para aumentar la atención y reflexividad*. Madrid: TEA.
- Kazdin, A. E. (1993). Tratamientos conductuales y cognitivos de la conducta antisocial en los niños: Avances de la investigación. *Psicología Conductual*. Vol. 1, nº 1, 111-144.

Kazdin, A. E. (1994). Adversidad familiar, desventajas socioeconómicas y estrés en los padres: variables contextuales relacionadas con la terminación prematura de la terapia conductual infantil. *Psicología Conductual*. Vol. 2, nº 1, 5-21.

Kazdin, A. E. (1995). Terapia de habilidades de solución de problemas para niños con trastornos de conducta. *Psicología Conductual*. Vol. 3, nº 2, 231-250.

Kazdin, A. E. (1997). Evaluación de los problemas emocionales y conductuales en niños. En Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (Dirs.): *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. (pp.791-825) Madrid: Siglo XXI.

Kazdin, A. E. y Buela-Casal, G. (1994). *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Koch, L.M. y Gross, A.M. (2002). Características clínicas y tratamiento del trastorno disocial. En Caballo, V. E. y Simón M. A. (Dirs.) *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. (pp. 23-38) Madrid: Pirámide.

Lahey, B. B., Loeber, R., Green, S.M., Applegate, B., Hart, E.L., Hanson, K.L. y Frick, P.J. (1993). *Four-year Longitudinal Study of Conduct Disorder in Boys: II. Background and developmental predictors of persistence*. Unpublished manuscript. University of Georgia.

Lahey, B. B. y Loeber, R. (1994). Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder. En D.K. Routh (Ed.), *Disruptive behaviour disorders in childhood*. (pp.139-180) New York: Plenum.

Larroy, C. y De la Puente, M. L. (1998). Trastornos de conducta en los niños. En Vallejo-Pareja, M. A. *Manual de terapia de conducta. Vol. II.* (pp. 463-496) Madrid: Dykinson.

Lilienfeld, S. O. y Waldman, I. D. (1990). The relation between childhood attention-deficit disorder and adult antisocial behavior re-examined: The problem of heterogeneity. *Clinical Psychology Review*, 10, 699-725.

Loeber, R. (1988). Natural histories of conduct problems, delinquency, and associated substance abuse use. En Lahey, B. B. y Kazdin, A. E., *Advances in clinical child psychology* (vol. 11) (73-124) New York: Plenum.

Loeber, R. y Hay, D. F. (1997). Key issues in the development of aggressive and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 497-523.

Loeber, R. y Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence. Some misconceptions and controversies. *American Psychologist*, 53, 242-259.

López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V. y López, J. A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21, 353-358.

Luiselli, J. K. (2002). Características clínicas y tratamiento del trastorno desafiante por oposición. En Caballo, V. E. y Simón M. A. (Dirs.). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. (pp. 39-55) Madrid: Pirámide.

Luciano, C. (1997). Características del comportamiento en la infancia y la adolescencia. En Luciano, C. *Manual de psicología clínica. Infancia y adolescencia. 2ª edición* (pp. 21-70) Valencia: Promolibro.

Lynam, D. R. (1996). The early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? *Psychological Bulletin*, 120, 209-234.

Llabrés, J., Servera, M. y Moreno, I. (2002). Aspectos diferenciales de la terapia de conducta en la infancia. En Servera, M. (Coord.) *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. (pp.27-42) Madrid: Pirámide.

Llabrés, L. y Tortella-Feliu, M. (2002). Tratamiento con apoyo empírico para la infancia y la adolescencia. En Servera, M. (Coord.) *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. (pp. 111-132) Madrid: Pirámide.

Mash, E. J. (1998). Treatment of Child and Family Disturbance: A Behavioral Systems Perspective. En Mash E. y Barkley, R. (Eds.) *Treatment of childhood disorders* (2ª Ed.) (pp. 3-54) New York: Gilford.

Mash, E.J. y Graham, S.A. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En Caballo, V. E. y Simón M. A. (Dirs.) *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. (pp. 29-56) Madrid: Pirámide.

Mash, E.J. y Dozois, D.J.A. (2003): Child Psychopathology: A Developmental-Systems Perspective. En Mash, E.J. y Barkley, R.A. (Eds.) *Child Psychopathology* (2ª Ed.) (pp. 3-71) New York: Gilford.

Mash, E.J. y Hunsley, J. (2007): Assessment of Child and Family Disturbance: A Developmental-Systems Approach. En Mash, E.J. y Barkley, R. A. *Assessment of childhood disorders*, (4ª Ed.) (pp. 3-50) New York: Guilford.

Marinho, M. L. (2002). Un programa estructurado para el entrenamiento de padres. En Caballo, V. E. y Simón M. A. (Dirs.). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. (pp. 417-443) Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (2006). Intervención con niños y adolescentes. En Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (Coords.). *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares.* (pp. 21-49) Madrid: Pirámide.

---

Miranda, A., Roselló, B. y Soriano, M. (1998). *Estudiantes con deficiencias atencionales.* Valencia: Promolibro.

---

Miranda, A., Presentación, M. J., Gargallo, B. Soriano, M., Gil, M. D. y Jarque, S. (1999). *El niño hiperactivo (TDA-H). Intervención en el aula, un programa de formación para profesores.* Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.

---

Moffit, T. E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development*, 6, 674-701.

---

Moreno, I. (2002). *Terapia de conducta en la infancia. Guía de intervención.* Madrid: Pirámide.

---

Moreno, I. (2005). Características de la intervención terapéutica en la infancia. En Comeche, M<sup>a</sup>. I. y Vallejo-Pareja, M. A. *Manual de terapia de conducta en la infancia.* (pp. 25-68) Madrid: Dykinson.

---

Moreno, I. y Revuelta, F. (2002). El trastorno por negativismo desafiante. En Servera, M. (Coord.). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas.* (pp. 255-276) Madrid: Pirámide.

---

Moreno, M. D., Parellada, M., Naene, C. y Arango, C. (2003). Impulsividad en la infancia y adolescencia. En Ros, S., Peris, M. y Gracia, R. *Impulsividad.* (pp. 141-161) Barcelona: Ars Médica.

---

Olivares, J. y Méndez, F. X. (1998a). Características de la intervención clínica en niños y adolescentes. En Vallejo-Pareja, M. A. *Manual de terapia de conducta. Vol. II.* (pp. 431-461) Madrid: Dykinson.

---

Olivares, J. y Méndez, F. X. (1998b). *Técnicas de modificación de conducta.* Madrid: Biblioteca Nueva.

---

Olivares, J., Méndez, F. X. y Ros, M. C. (2002). El entrenamiento de padres en contextos clínicos y de la salud. En Caballo, V. E. y Simón M. A. (Dirs.). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos.* (pp.365-385) Madrid: Pirámide.

---

Olivares, J., Servera, M. y Rosa, A. I. (2002). El modelo conductual infantil: aspectos conceptuales e históricos. En Servera, M. (Coord.). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas.* (pp. 43-81) Madrid: Pirámide.

---

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* (10<sup>a</sup> ed.). (CIE-10). Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. *Clasificación de la CIE 10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Panamericana.

Patterson, G. R. (1982). *Coercive Family Process*. Eugene, OR: Castalia.

Pedreira, J. L. (2004). Introducción: agresión y comportamiento en la adolescencia. *Monografías de psiquiatría: Los trastornos del comportamiento en la adolescencia*, 1, 1-20.

Planas, M. (2003). *Cooperar amb les famílies dels alumnes amb necessitats educatives especials: aproximació a un model relacional en un centre educatiu* (llicència d'estudis 2002-03).

Rollán, C., Maseda, P., Sánchez, J.C., Ruiz, C. y Presa, M. (2008). De la investigación intercultural a la acción preventiva en la familia: la mejora del autoconcepto y la adaptación social. Estilos educativos de los padres y adaptación familiar de los hijos. *Educación y futuro digital*, nº 3, 1-6. Disponible en: <<http://www.cesdonbosco.com/revista/foro/16-Chelo%20Rollan.pdf>> (consulta: 16 de diciembre 2010).

Rey, C. A. (2010). *Trastorno disocial. Evaluación, tratamiento y prevención de la conducta antisocial en niños y adolescentes*. Bogotá: Manual Moderno.

Reeves, C. R. y Gross A. M. (2005). La entrevista conductual con niños. En Caballo, V. (Dir). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. (pp. 63-75) Madrid: Pirámide.

Robles, Z. y Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de psicología*, vol. 27, nº 1, 86-101.

Romero, E. (2001). El constructo en psicopatía en la infancia y la adolescencia: del trastorno de conducta a la personalidad antisocial. *Anuario de psicología*. Vol. 32, nº 3, 25-49.

Sanders, M. S. (2002). Una estrategia de intervención conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles. En Caballo, V. E. y Simón M. A. (Dir.) *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. (pp. 387-415) Madrid: Pirámide.

Sanchez-Meca, J., Mendez, X., Olivares, J., Espada, J. P., Inglés, C. J. y Rosa, A. I. (2002). Tratamiento psicológico en la infancia y adolescencia: una revisión de su eficacia desde el meta-análisis. *Psicología Conductual*. Vol. 10, nº 3, 451-479.

Serrano, I. (1996). *Agresividad infantil*. Madrid: Pirámide.

Serrano, I. (2006). Un caso de comportamiento agresivo. En Méndez, F. X., Espada, J. P. y Orgilés, M. (Coords.) *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares.* (pp.151-170) Madrid: Pirámide.

---

Servera, M. (2002). El marco teórico: la perspectiva conductual de sistemas. En Servera, M. (Coord.). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas.* (pp. 85-109) Madrid: Pirámide.

---

Silva, F. (1995). La evaluación infantil y adolescente en su contexto. Cuestiones preliminares. En Silva, F. (Ed.). *Evaluación psicológica en niños y adolescentes.* (pp. 23-42) Madrid: Síntesis.

---

Silva, F. y Martorell, C. (1995). Un paquete de instrumentos para la evaluación de la personalidad infantil y adolescente. En Silva, F. (Ed.). *Evaluación psicológica en niños y adolescentes.* (pp. 571-598) Madrid: Síntesis.

---

Torrego, J. C. y Moreno J. M. (2003). *Convivencia y disciplina en la escuela: el aprendizaje de la democracia.* Madrid: Alianza.

---

Torrego, J. C. (2008). *Plan de convivencia: fundamentos y recursos para su elaboración y desarrollo.* Madrid: Alianza.

---

Vinet, E. V. (2010). Psicopatía infanto-juvenil: avances en la conceptualización, evaluación e intervención. *Terapia Psicológica.* Vol. 28, nº 1, 109-118.

---



HACIA UNA ESCUELA INCLUSIVA

# anexos



**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
UNA GUÍA DE INTERVENCIÓN EN LA ESCUELA**



---

**ANEXO 1. GUIÓN DE LA ENTREVISTA  
CON EL TUTOR**

---

**ANEXO 1**

**GUIÓN DE LA ENTREVISTA CON EL TUTOR**

**1. Datos personales del alumno:**

NOMBRE Y APELLIDOS: .....

EDAD: .....

FECHA DE NACIMIENTO: .....

CURSO/NIVEL DE ESCOLARIZACIÓN: .....

CENTRO ESCOLAR: .....

FECHA DE LA ENTREVISTA: .....

ENTREVISTADOR: .....

ENTREVISTADO: .....

ASIGNATURAS Y NÚMERO DE HORAS QUE IMPARTE AL GRUPO: .....

**2. Conductas que le preocupan del alumno:**

DIRIGIDAS A LOS OBJETOS	
DIRIGIDAS A LOS COMPAÑEROS	
DIRIGIDAS A LOS ADULTOS	
DIRIGIDAS A SÍ MISMO	
OTRAS A DESTACAR	

**3. Consecuencias, frecuencia y momentos en los que aparecen dichas conductas:**

CONDUCTA	CONSECUENCIAS	FRECUENCIA	MOMENTO DE APARICIÓN

3.1. Especificar los antecedentes o desencadenantes de dichas conductas:

---

---

3.2. ¿Qué ha hecho el tutor en esos casos y cuáles han sido los efectos de las medidas adoptadas?

---

---

3.3. ¿Qué ha hecho el resto del profesorado y cuáles han sido los efectos de las medidas adoptadas?

---

---

3.4. ¿A qué atribuye el tutor esas conductas?

---

---

4. ¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles del alumno?

	A NIVEL CURRICULAR	A NIVEL SOCIAL
PUNTOS FUERTES		
PUNTOS DÉBILES		

5. Descripción de las relaciones sociales con los compañeros:

---

---

6. ¿Respeta las normas básicas del centro y del aula?

---

---

**7. Tipo de coordinación y relación con la familia, con el Equipo Directivo, con los profesores especialistas y con otros profesores:**

7.1. ¿Lleva a cabo reuniones?

7.2. ¿Con quién?

7.3. Periodicidad de las mismas:

7.4. Finalidad de las reuniones:

**8. Estilo de enseñanza del profesor:**

8.1. Distribución del aula:

8.2. Reparto de responsabilidades:

8.3. Tipo de agrupamientos para las diferentes tareas:

8.4. Existencia o no de hora de tutoría directa con los alumnos (y tipo de actividades que se realizan en ella):

8.5. ¿Se llevan a cabo adaptaciones de acceso?

---

8.6. ¿Se potencia el aprendizaje cooperativo?

---

8.7. ¿Qué normas de la clase se han establecido y cómo?

---

8.8. ¿Qué sucede cuando algún alumno se las salta?

---

8.9. Castigos y recompensas que se aplican:

---

8.10. Eficacia de dichas medidas:

---



---

**ANEXO 2. GUIÓN DE LA  
ENTREVISTA FAMILIAR**

---

**ANEXO 2**

**GUIÓN DE LA ENTREVISTA FAMILIAR**

**1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO**

NOMBRE Y APELLIDOS: .....

EDAD: .....

FECHA DE NACIMIENTO: .....

CURSO/NIVEL DE ESCOLARIZACIÓN: .....

CENTRO ESCOLAR: .....

FECHA DE LA ENTREVISTA: .....

ENTREVISTADOR: .....

ENTREVISTADOS (Y RELACIÓN CON EL NIÑO): .....

SITUACIÓN CIVIL (CASADOS, SEPARADOS, DIVORCIADOS, ETC.): .....

HERMANOS (EDADES): .....

DIRECCIÓN: .....

TELÉFONO/S: .....

**2. ANAMNESIS**

2.1. Desarrollo del embarazo y del parto:

2.2. Resultados del test de APGAR:

2.3. Temperamento del niño:

2.4. Desarrollo Temprano:

- Sentarse sin ayuda:
- Gatear:
- Caminar sin ayuda:
- Decir palabras aisladas:
- Poner juntas dos o más palabras:
- Controlar la defecación, de día y de noche:
- Controlar la vejiga, de día y de noche:

### 3. HISTORIAL DE SALUD

3.1. Fecha del último examen pediátrico del niño (mes y año):

---

3.2. ¿Ha tenido alguna vez su hijo alguno de los siguientes problemas? (marcar con una X)

- Asma
- Alergias
- Diabetes, artritis u otra enfermedad crónica
- Epilepsia o un desorden convulsivo
- Convulsiones febres
- Varicela u otras enfermedades comunes de la infancia
- Problemas de corazón o de la presión sanguínea
- Fiebre alta
- Lesión en la cabeza con pérdida de conocimiento
- Cirugía
- Hospitalización prolongada
- Problemas del habla o del lenguaje
- Infecciones crónicas de oído
- Dificultades de audición
- Problemas de los ojos o de la visión
- Dificultades motrices
- Problemas de apetito (comer demasiado o muy poco)
- Problemas para dormir (quedarse dormido, permanecer dormido)
- Problemas de evacuarse encima
- Problemas de orinarse encima
- Otras dificultades de salud (por favor, describa)

**4. ESTRUCTURA FAMILIAR**

4.1. Hijo biológico / Adoptado (indicar):

---

---

4.2. Nº Hermanos:

---

---

4.3. ¿Quiénes conviven en el domicilio familiar?

---

---

4.4. Relación entre los miembros:

---

---

4.5. Ocupación de los padres (situación laboral):

---

---

4.6. Principales problemas familiares (relación pareja, económicos, espacio):

---

---

4.7. ¿Padecen o han padecido los padres y los hermanos problemas psicológicos?

---

---

4.8. ¿Existen en su familia antecedentes de problemas psicológicos graves?

---

---

## 5. PRINCIPALES PREOCUPACIONES DE LOS PADRES

## 5.1. Problemas de conducta en el hogar:

### 5.2. Problemas emocionales:

### 5.3. Problemas de desarrollo:

#### 5.4. Problemas y relación con el centro escolar:

### 5.5. Problemas en las relaciones sociales con la comunidad:

#### 5.6. Otros problemas que les puedan preocupar:

## **6. EXPLORACIÓN DIAGNÓSTICA BÁSICA**

6.1. ¿A quién han consultado por el problema actual del niño?

---

6.2. ¿Qué les han dicho?

---

6.3. ¿Ha recibido su hijo algún tratamiento?, ¿cuánto ha durado?, ¿ha sido eficaz?

---

## **7. MÉTODOS DE MANEJO DE CONDUCTAS DE LOS PADRES**

7.1. ¿Su hijo cumple sus órdenes habitualmente?, ¿se las tienen que repetir varias veces?, ¿cuántas?, ¿las cumple finalmente?

---

7.2. ¿Están los padres de acuerdo con el tipo de normas que aplica cada uno?

---

7.3. ¿Qué hacen cuando quieren corregir el comportamiento de su hijo?

---

7.4. ¿Suelen utilizar las amenazas para conseguir que su hijo haga lo que le piden?

---

7.5. ¿Las ponen en práctica si su hijo no les obedece?

---

---

7.6. ¿Consideran eficaz este procedimiento para lograr que su hijo les obedezca?

---

7.7. ¿Le dejan al niño suficientemente claro lo que puede y lo que no puede hacer?

---

7.8. ¿Qué hace el padre y qué hace la madre habitualmente cuando su hijo se porta o se ha portado mal?

---

7.9. ¿Qué hace el padre y qué hace la madre habitualmente cuando su hijo se porta o se ha portado bien?

---

7.10. ¿Qué consecuencias suele tener?

---

7.11. Otros aspectos del comportamiento del padre y la madre: ¿Juegan normalmente con su hijo cada día o hacen algo juntos?, ¿le ayuda con los deberes?

---

7.12. ¿Hablan cada día sobre cómo le ha ido en la escuela o en otras actividades?

---

---

---

---

**8. HISTORIAL ACADÉMICO**

8.1. Rendimiento global del niño a lo largo de su escolaridad:

---

---

8.2. Rendimiento actual:

---

---

8.3. ¿Ha repetido algún curso?

---

---

8.4. ¿Tiene problemas de relación con su tutor?

---

---

8.5. ¿Tiene problemas de relación con sus compañeros?

---

---

8.6. ¿Recibe apoyo dentro o fuera del horario escolar?

---

---

8.7. ¿Ha sido expulsado del colegio en alguna ocasión?

---

---

---

## **ANEXO 3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL ALUMNO**

---

## ANEXO 3:

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL ALUMNO

ACE (Alteración del comportamiento en la escuela)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Arias, A., Ayuso, L. M., Gil, G. y González, I.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	2010
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 3 a 13 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	10 minutos
QUÉ EVALÚA	1. Despistaje. 2. Orienta si es necesario evaluar posteriormente otros aspectos significativos.

A-EP (Evaluación de la autoestima en educación primaria)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Ramos, R., Giménez, A. I., Muñoz-Adell, M. A. y Lapaz, E.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	2006
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 9 a 13 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	Máximo 10 minutos (dependiendo de la capacidad lectora del niño)
QUÉ EVALÚA	Medición global de la autoestima.

BAS 1, 2 y 3 (Batería de socialización)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Silva, F. y Martorell, M. C.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	2001
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 6 a 15 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	20 minutos
QUÉ EVALÚA	<p>BAS 1: observación directa del profesor</p> <p>BAS 2: observación directa de los padres</p> <p>BAS 3: evaluación de la socialización de niños y adolescentes, en ambientes escolares y extraescolares</p> <p>Mide varias escalas de estimación, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuatro dimensiones facilitadoras de la socialización (liderazgo, jovialidad, sensibilidad social y respeto-autocontrol).</li> <li>• Tres dimensiones perturbadoras de la socialización (agresividad-terquedad, apatía, retraimiento y ansiedad-timidez).</li> <li>• Una escala global de adaptación social o criterial (socialización).</li> </ul>

BASC (Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	2007
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 3 años hasta adolescentes de 18 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	Escala para padres y profesores: 10-20 minutos Escala de autoevaluación de niños y adolescentes: 30-45 minutos Sistema de observación del sujeto Formato de historia clínica
QUÉ EVALÚA	Evalúa aspectos adaptativos (liderazgo, habilidades sociales y para el estudio, adaptabilidad, relaciones interpersonales, relaciones con los padres, autoestima y confianza en sí mismo) e inadaptativos (ansiedad, agresividad, problemas de atención, de aprendizaje, hiperactividad, retraining, búsqueda de sensaciones, problemas externalizados, internalizados, depresión, problemas de conducta, somatización, actitud negativa hacia el colegio, actitud negativa hacia los padres, locus de control, estrés social, sentido de incapacidad) de la conducta del niño.

BFQ-NA (Cuestionario “Big Five” de personalidad para niños y adolescentes)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Barbaranelli, C., Caprara, G. V. y Rabasca, A.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	2006
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 8 a 15 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	25-30 minutos
QUÉ EVALÚA	Analiza cinco dimensiones de personalidad: conciencia, apertura, Extraversión, amabilidad e inestabilidad emocional.

CACIA (Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Capafons, A. y Silva, F.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	2001
EDAD DE APLICACIÓN	Niños y adolescentes de 11 a 19 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	30-40 minutos
QUÉ EVALÚA	Valora los aspectos implicados en los modelos de autorregulación y autocontrol: motivación para el cambio, proceso de retroalimentación, procesos de anticipación de consecuencias, procesos de atribución causal, procesos de juicio y habilidades para la autodeterminación.

## CAS (Cuestionario de ansiedad infantil)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Gillis, J. S.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	2003
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 6 a 8 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	20-30 minutos
QUÉ EVALÚA	Nivel de ansiedad infantil.

## CBCL (Child Behavior Checklist)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Achenbach, T. M. y Edelbrock, C., (1983). Versión para padres
EDITORIAL	Adaptación española de V. del Barrio, M.A. Cerezo y M.J. Cantero. UNED. IV Congreso de evaluación psicológica. Santiago de Compostela 1994. Incluido en Trastornos del comportamiento perturbador (1999), Fernández, E. y Olmedo, M. Madrid. UNED-FUE. Baremos españoles: Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatología del Desenvolupament -UAB- y Servicio de Psicología Aplicada -UNED (2010). Baremos para CBCL 6-182001. Población española. <a href="http://www.ued.uab.cat/pub/Baremos_espanoles_CBCL6-18.pdf">http://www.ued.uab.cat/pub/Baremos_espanoles_CBCL6-18.pdf</a>
AÑO DE PUBLICACIÓN	1983
EDAD DE APLICACIÓN	Desde los 4 hasta los 16 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	Variable
QUÉ EVALÚA	Evaluación de conducta a través de 9 factores: agresividad, depresión, obsesión compulsiva, delincuencia, ansiedad somática, problemas somáticos, delincuencia no asociada, hiperactividad y retraimiento social.

## CPQ (Cuestionario de personalidad para niños)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Porter, R. B. y Cattell, R. B.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	1995
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 8 a 12 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	Dos sesiones de unos 40 minutos cada una de ellas
QUÉ EVALÚA	Valoración de catorce rasgos de primer orden y tres de segundo orden de la personalidad.

## EPQ-J (Cuestionario de personalidad para niños)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	2000
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 8 a 15 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	20 minutos aproximadamente (variable)
QUÉ EVALÚA	Evalúa tres dimensiones básicas de personalidad (neuroticismo, extraversión y psicoticismo o dureza) y sinceridad.

ESPQ (Cuestionario factorial de personalidad para niños)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Coan, R. W. y Cattell, R. B.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	2008
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 6 a 8 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	Entre 1 hora y 1:15 horas (30-40 minutos cada parte)
QUÉ EVALÚA	Personalidad desde la Teoría del Rasgo (concretamente 13 rasgos de primer orden y 2 de segundo orden)

HSPQ (Cuestionario de personalidad para adolescentes)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Cattell, R. B., Beloff, H. y Coan, R. W.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	2001
EDAD DE APLICACIÓN	Niños y adolescentes de entre 12 y 18 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	Entre 40 y 50 minutos (variable)
QUÉ EVALÚA	Evaluación de 14 factores primarios de personalidad. Con esta prueba pueden obtenerse cuatro factores básicos secundarios.

## NIÑOS DESAFIANTES

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Barkley, R. A. (Traducción de J. J. Bauermeister y asociados)
EDITORIAL	Guilford
AÑO DE PUBLICACIÓN	1997
EDAD DE APLICACIÓN	Desde niños de educación infantil hasta adolescentes
TIEMPO DE APLICACIÓN	Variable
QUÉ EVALÚA	Evaluación de la conducta de los niños a través de la entrevista con los padres, encaminada a la intervención posterior.

## MFF-20 (Test de emparejamiento de figuras conocidas)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Cairns, E. D. y Cammock, J.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	2005
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 6 a 12 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	Entre 15-20 minutos (variable)
QUÉ EVALÚA	Evaluación del estilo cognitivo: impulsividad-reflexividad.

STAIC (Cuestionario de autoevaluación, ansiedad, estado rasgo en niños)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Spielberger, C. D.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	2001
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 9 a 15 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	15-20 minutos
QUÉ EVALÚA	Ansiedad desde dos aspectos: como estado y como rasgo.

STAXI-NA (Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Del Barrio, V., Spielberger, C. D. y Aluja, A.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	2007
EDAD DE APLICACIÓN	Niños y adolescentes de entre 8 y 17 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	Entre 15-30 minutos (variable)
QUÉ EVALÚA	Permite obtener una evaluación precisa de los diferentes componentes de la ira (experiencia, expresión y control) y sus facetas como estado y como rasgo de un modo ágil y sencillo.

---

## **ANEXO 4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN FAMILIAR**

---

## ANEXO 4

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN FAMILIAR

PEF (Escala de identificación de Prácticas Educativas Familiares)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Román, J. M. y Alonso, J.
EDITORIAL	CEPE
AÑO DE PUBLICACIÓN	2003
EDAD DE APLICACIÓN	Niños de 6 a 10 años y padres
TIEMPO DE APLICACIÓN	30 minutos aproximadamente
MODO DE APLICACIÓN	Aplicación individual o colectiva a los padres e individual al alumno
QUÉ EVALÚA	Evalúa la percepción de las prácticas educativas o estilos educativos más frecuentemente utilizados por las madres y los padres. Recogen la percepción del adulto y la percepción infantil, por separado, para posibilitar su contraste.

PEE (Perfil de Estilos Educativos)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Magaz, A. y García, E. M.
EDITORIAL	Grupo Albor
AÑO DE PUBLICACIÓN	1998
EDAD DE APLICACIÓN	Padres de alumnos a partir de 18 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	10-15 minutos (variable)
MODO DE APLICACIÓN	Individual o colectiva
QUÉ EVALÚA	Valora de manera cuantitativa y cualitativa las actitudes y valores ante la educación de hijos y alumnos. Variables que evalúa: sobreprotección educativa, inhibición educativa, punición educativa y aserción educativa.

ECPP. Escalas de Evaluación de la competencia parental:

**1- ECPP-p: versión padres**

**2- ECPP-h: versión hijos**

1- Escala de Competencia Parental Percibida (ECPP-p) (versión padres)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Magaz, A. y García, E. M.
EDITORIAL	CEPE
AÑO DE PUBLICACIÓN	2008
EDAD DE APLICACIÓN	Padres con hijos de 3 a 18 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	Variable
MODO DE APLICACIÓN	Individual o colectiva
QUÉ EVALÚA	Evalúa las siguientes dimensiones de la competencia parental: la implicación escolar, la dedicación personal, el ocio compartido, el asesoramiento/orientación y la asunción del rol de ser parente.

2- Escala de Competencia Parental Percibida (ECPP-h) (versión hijo/a)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Bayot, A. y Hernández, J. V.
EDITORIAL	CEPE
AÑO DE PUBLICACIÓN	2008
EDAD DE APLICACIÓN	Hijos de 10 a 17 años
TIEMPO DE APLICACIÓN	Variable
MODO DE APLICACIÓN	Individual o colectiva
QUÉ EVALÚA	Evalúa las siguientes dimensiones de la competencia parental: la implicación escolar, la resolución de conflictos y la consistencia disciplinar.

TAMAI. Test evaluativo multifactorial de adaptación infantil (destinada a hijos)

FICHA TÉCNICA	
AUTORES	Hernández, P.
EDITORIAL	TEA
AÑO DE PUBLICACIÓN	2004 (1 <sup>a</sup> edición 1983)
EDAD DE APLICACIÓN	De 8 a 18 años y adultos
TIEMPO DE APLICACIÓN	30-40 minutos (variable)
MODO DE APLICACIÓN	Individual o colectiva
QUÉ EVALÚA	Evaluación de la inadaptación personal, social, escolar y familiar así como de las actitudes educadoras de los padres.

#### OTRAS PRUEBAS DE INTERÉS

- **Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) (Armsden, G. C. y Greenberg, M. T., 1987):** Consiste en un cuestionario de autoinforme para adolescentes que evalúa el afecto a los padres y a los iguales. El IPPA se compone de tres escalas (confianza, comunicación y alienación) que, combinadas, dan lugar a una puntuación total de afecto (confianza + comunicación - alienación).
- **Parental Authority Questionnaire (PAQ) (Buri, J. R., 1991):** Está formado por 30 ítems de escala tipo Likert de 5 grados. Evalúa los tres prototipos parentales de autoridad descritos por Baumrind (1971): permisivo; autoritario y democrático. El cuestionario lo completan los hijos, y aporta 6 puntuaciones: 3 para los prototipos del padre y otros 3 para los de la madre.
- **Escala de Evaluación de los Estilos Educativos (4E) (Palacios, J., 1994):** Es un cuestionario que completan los propios padres, y que consta de 20 ítems con cinco opciones de respuesta (desde «totalmente en desacuerdo» a «totalmente de acuerdo»). Está formado por cuatro subescalas compuestas cada una de ellas por entre cuatro y seis ítems. Las escalas contienen las siguientes dimensiones: comunicación, afecto, nivel de exigencia y grado de control.

▪ **Escala de Afecto (EA) y Escala de Normas y Exigencias (ENE) (ambas de Fuentes, M. J., Motrico, E. y Bersabé, R. M., 1999):**

- **Escala de Afecto (EA):** se compone de dos factores: 1) afecto-comunicación y 2) crítica-rechazo de los padres hacia sus hijos. Cada uno de los factores consta de 10 ítems que se contestan en una escala tipo Likert con 5 grados de frecuencia (nunca, pocas veces, algunas veces, a menudo y siempre). La puntuación total de cada factor está comprendida entre 10 y 50.
- **Escala de Normas y Exigencias (ENE):** consta de 3 factores: 1) forma inductiva, 2) forma rígida y 3) forma indulgente que tienen los padres de establecer y exigir el cumplimiento de las normas. Los dos primeros factores tienen 10 ítems, y el tercero se compone de 8. La escala de respuesta es la misma que en la EA, por lo que la puntuación total de los dos primeros factores también está comprendida entre 10 y 50. Únicamente la puntuación del tercer factor varía entre 8 y 40.

Ambas escalas se presentan en dos versiones:

- Una para ser contestada por los hijos (EA-H y ENE-H): En ella el adolescente debe responder al contenido de cada ítem según la percepción que tiene del estilo educativo de su padre y de su madre (ej., «Antes de castigarme escucha mis razones»).
- Otra para ser contestada por sus padres (EA-P y ENE-P): Los padres contestan los ítems refiriéndose a cómo es su conducta concreta con su hijo/a (ej., «Antes de castigarle escucho sus razones»).



---

## **ANEXO 5. RECURSOS COMUNITARIOS**

---

**ANEXO 5**

**RECURSOS COMUNITARIOS**

**a) RECURSOS PÚBLICOS DE SALUD MENTAL EN ARAGÓN (HASTA LOS 18 AÑOS)**

**1.- HUESCA**

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE HUESCA  
C/ Joaquín Costa, 26 bajos. 22002 HUESCA. Tel.: 974 246 448

**2.- TERUEL**

CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE TERUEL  
C/ Ronda de la Liberación, 1. 44002 TERUEL. Tel.: 978 641 157

**3.- ZARAGOZA**

UNIDAD DE SALUD INFANTO-JUVENIL «ACTUR SUR»  
C/ Gertrudis Gómez de Avellaneda, 3. 50015 ZARAGOZA. Tel.: 976 524 845

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL «MUÑOZ FERNANDEZ»  
Pº. Sagasta, 52. 50008 ZARAGOZA. Tel.: 976 258 021

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO  
«LOZANO BLESÁ»  
C/ San Juan Bosco, 15. 50009 ZARAGOZA. Tel.: 976 556 400

HOSPITAL PROVINCIAL «Nº. Sº. DE GRACIA»  
C/ Ramón y Cajal, 60. 50004 ZARAGOZA. Tel.: 976 440 022

CENTRO MUNICIPAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD «AMPARO POCH». CENTRO DE SALUD  
MENTAL (DESDE LOS 15 -29 AÑOS)  
C/ Añon, 3-5. 50002 ZARAGOZA. Tel.: 976 200 850

### b) SERVICIOS SOCIALES DE ARAGÓN: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

El Servicio de Intervención Familiar se dirige a familias con hijos menores de 18 años en situaciones derivadas de desestructuración familiar o de ausencia o falta de hábitos de conducta o de habilidades básicas para abordar crisis familiares, causadas por dificultades en la relación y convivencia entre todos o alguno de los miembros de la familia.

Para obtener información acerca de la localización del Centro de Servicios Sociales más próximo se puede consultar la siguiente página:

[http://iass.aragon.es/servicios\\_sociales/servicios\\_sociales\\_ssba.htm](http://iass.aragon.es/servicios_sociales/servicios_sociales_ssba.htm)

### c) ADCARA: ASOCIACIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO EN ÁREAS DE ARAGÓN

Asociación especializada en el estudio e investigación de la realidad social y pionera en la detección de situaciones de riesgo o situaciones problema. Desde la Asociación se realiza intervención con familias en las que se manifiestan problemas de relación entre padres e hijos y apoyo a las familias para mejorar la convivencia con sus hijos adolescentes.

Para más información se puede consultar la siguiente página:

<http://www.adcara.org>

## CUADERNO DE NOTAS



## CUADERNO DE NOTAS

**EDITA:** Gobierno de Aragón. Departamento de Educación, Cultura y Deporte.

**DEPÓSITO LEGAL:** HU-407/2011

**REALIZACIÓN:** ACCENTIS

**FOTOGRAFÍAS:** Archivo ACCENTIS

**AUTORES:** Ángel García Romera (coordinador)

Ana Belén Arnal Gimeno

Miren Elisabet Bazanbide Bidaburu

Cristina Bellido Gómez

M. Belén Civera Marín

M. Pilar González Ramírez

Rosa Ana Peña Capapey

Marta Pérez Aldaz

M. Aránzazu Vergara Arroniz



**L**as diversas actuaciones que se desarrollan en los centros educativos van encaminadas no sólo al aprendizaje y adquisición de conocimientos sino muy especialmente al pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades de los alumnos. Una de las situaciones que puede vulnerar el desarrollo armónico e integral de nuestros niños y jóvenes viene definida por un variado conjunto de conductas que por su topografía, características y consecuencias, son conceptualizadas bajo el término de trastornos de la conducta o trastornos de comportamiento perturbador.

**S**i bien contamos con aproximaciones de carácter clínico en la literatura científica dedicada a este tema, la propuesta de un modelo desde una perspectiva conductual de sistemas aplicable a los entornos educativos puede considerarse la aportación original y de mayor valor de esta publicación.

**L**os autores de esta guía nos presentan un modelo práctico de intervención, contextualizado a las características organizativas y funcionales de los centros educativos. Esta aportación ha surgido del trabajo conjunto y colaborador de los autores, todos ellos profesionales de la orientación educativa de nuestra Comunidad Autónoma. A través de un proceso reflexivo y crítico de investigación-acción, han diseñado una propuesta que los propios autores denominan de «buenas prácticas» con la intención de implicar a todos los estamentos de los centros en la intervención con los alumnos que presentan trastornos de conducta en los centros educativos.