

MANUAL DE ATENCIÓN AL ALUMNADO CON NECESIDADES  
ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO DERIVADAS DE

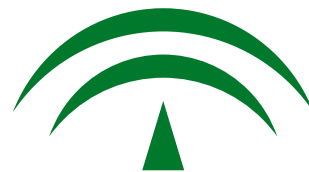
# TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA





MANUAL DE **ATENCIÓN AL ALUMNADO** CON NECESIDADES  
ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO DERIVADAS DE

# TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA



JUNTA DE ANDALUCIA

## **MANUAL DE ATENCIÓN AL ALUMNADO CON NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO DERIVADAS DE TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA**

### **EDITA:**

Junta de Andalucía  
Consejería de Educación  
Dirección General de Participación e Innovación Educativa

### **AUTORES:**

M<sup>a</sup> del Carmen Angulo Domínguez  
Carmen Fernández Figares  
Francisco Javier García Perales  
Ana María Giménez Ciruela  
Carmen María Ongallo Chanclón  
Inmaculada Prieto Díaz  
Salvador Rueda Roldán

**DEPÓSITO LEGAL:** SE-7537/08 - 4 de 10

### **MAQUETACIÓN Y DISEÑO:**

Cúbica Multimedia, S.L.

### **IMPRESIÓN:**


Tecnographic, S.L.

**ISBN:** 978-84-691-8124-9

# ÍNDICE

Presentación	6
1. ¿Quiénes son los alumnos y alumnas con Trastornos Graves de Conducta?	8
2. Evaluación e identificación del alumnado con Trastorno Grave de Conducta	24
3. Necesidades educativas especiales	40
4. Actuación educativa	42
5. La familia	64

# PRESENTACIÓN



**L**a Consejería de Educación, en su empeño por facilitar y acercar a la Comunidad Educativa un modelo pedagógico inclusivo de las necesidades educativas especiales, publica este manual.

Nuestro objetivo es ser fiel a la L.E.A (Ley de Educación de Andalucía de 26 de Diciembre de 2007), continuo reflejo de las líneas establecidas en la L.O.E.(Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación), en cuya publicación se parte del principio de equidad, normalización o inclusión, para garantizar el acceso y la permanencia en el Sistema Educativo del alumnado con Necesidades Educativas Especiales.

Con el fin de abordar la atención a la diversidad y preocupados por ofrecer la calidad que nuestros alumnos y alumnas se merecen, nos planteamos la necesidad de adecuar la respuesta educativa a las particularidades que planteen los mismos con la finalidad de que alcancen el mayor grado de desarrollo de las competencias básicas establecidas en nuestro sistema educativo que les permita desenvolverse en la comunidad e insertarse en el mundo laboral.

Las personas que presentan trastornos graves de conducta se incluyen dentro del concepto de necesidades educativas especiales en el actual marco normativo, lo que supone que

deben recibir determinados apoyos y atenciones educativas específicas, que deben abordarse desde un enfoque interdisciplinar y sistémico en el cuál intervengan diferentes servicios, instituciones u organismos e implicando a la comunidad educativa, especialmente a la familia, la cuál también necesita de apoyo personal y social para superar las situaciones de estrés y disponer de orientaciones claras que le permitan comprender y dar respuesta a las necesidades de su hijo o hija.

Este manual, realizado por los Equipos Especializados para la atención educativa del alumnado con Trastorno Grave de Conductas pretende definir y clarificar la complejidad de estos trastornos, establecer indicadores e instrumentos para su detección y evaluación, identificar sus necesidades educativas y proporcionar orientaciones metodológicas para el profesorado y las familias en la intervención educativa.

Por tanto, nuestra preocupación y esfuerzo van dirigidos a ofrecer la calidad educativa que todos se merecen, mostrando medidas educativas que proporcionen la respuesta más adecuada a las necesidades sociales, familiares y personales para alcanzar el mayor nivel de desarrollo de sus potencialidades y de las competencias básicas en el ámbito educativo, que no debemos olvidar, en la mayoría de los casos

son más de las que creemos posibles, gracias también al esfuerzo y entusiasmo del alumnado y familiares.





# ¿QUIÉNES SON LOS ALUMNOS Y ALUMNAS CON TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA?

## 1.1. ¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA?

**L**os Trastornos de la Conducta y del Comportamiento se han convertido en una de las situaciones más preocupantes para padres y madres y profesorado que ven cómo sus hijos e hijas y alumnos y alumnas presentan cuadros conductuales que necesitan, entre otros, apoyo médico y psicopedagógico.

La delimitación conceptual de los Trastornos Graves de Conducta y del Comportamiento (TGC) es muy compleja, tanto por la dificultad que entraña delimitar criterios de normalidad o anormalidad en un determinado patrón de comportamiento, como por la multitud de factores implicados en su origen y mantenimiento. Kazdin (1995) los define como “un patrón de comportamiento, persistente a lo largo del tiempo, que afecta a los derechos de los otros y violenta las normas apropiadas de la edad. Implica la presencia de conductas inadecuadas





para la edad, dificultades en el funcionamiento diario del alumno o alumna en el ámbito familiar, escolar y/o social, llegando a ser vistos con frecuencia como “inmanejables” por las personas de su entorno”.

No todo niño o niña con una conducta inapropiada tiene “trastorno del comportamiento”. El incumplimiento de las normas, la agresividad o la rebeldía, son aspectos de la vida sin una connotación patológica en sí mismos. De hecho, aunque las conductas de los alumnos o alumnas con Trastornos Graves de Conducta en sí mismas, pueden no ser diferentes a las que manifiestan otros alumnos y alumnas en un momento determinado, sí difieren en una mayor intensidad y frecuencia a la esperada y observada habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Por ejemplo, no podemos considerar como un Trastorno del Comportamiento a todo adolescente que presenta una conducta de oposición o negativismo frente su padre, madre o al profesorado. De hecho, la oposición es una actitud frecuente en este periodo de la vida, donde el adolescente está buscando su propia identidad. Lo que lleva al diagnóstico de un Trastorno del Comportamiento, será la frecuencia y la intensidad de esa conducta negativista, oposicionista u hostil, y el deterioro en las relaciones escolares, familiares y sociales que esa persistencia e intensidad le acabarán provocando.

Por tanto, es importante distinguir entre el alumnado con una conducta apropiada a la edad de su desarrollo, o inapropiada pero puntual (por ejemplo una agresión aislada), de los que muestran un patrón persistente de descontrol conductual que provoca alteraciones familiares, escolares y/o sociales. Es la gravedad, la intensidad, la frecuencia y el patrón de conducta que aparece como negativa, desafiante, disruptiva, destructiva o agresiva, lo que servirá para distinguirlas, así como el deterioro de las relaciones escolares y sociales que esté patrón de conductas acaba produciendo.

La aparición precoz de los problemas de conducta, la persistencia en el tiempo, la resistencia al cambio con las medidas educativas habituales, y la consistencia entre contextos es decir, que la persona manifiesta problemas conductuales en distintos contextos (familia, amigos y amigas, escuela, barrio...) aunque no en todos ellos los presente con igual intensidad, son también indicadores o signos de alerta que nos pueden poner sobre aviso sobre la existencia de un posible Trastorno del Comportamiento.



## 1.2. CLASIFICACIÓN

Al igual que ocurre con la definición, nos encontramos con que no existe una única clasificación de los Trastornos de Comportamiento.

El término “Trastorno” se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad de la persona.

Los trastornos mentales definidos no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos, en ausencia de trastornos individuales.

A la hora de hacer una clasificación de los diferentes Trastornos Graves de Conducta, nos encontramos con serias dificultades para llevarla a cabo, dado el elevado número de síntomas que aparecen y que ha quedado perfectamente reflejado en las clasificaciones ofrecidas por el DSM-IV, DSM-IV-TR o por el CIE-10, tales como agresividad, robos, incendios, fugas, mentiras, y que con harta frecuencia van asociadas con hiperactividad, impulsividad, dificultades cognitivas y de aprendizaje y habilidades sociales pobres.

La mayor parte de estos trastornos se presentan ya desde la infancia, aunque hay notables diferencias entre ellos, y que intentaremos analizar en varios apartados.

Para diseñar una clasificación útil en el contexto educativo, distinguimos en este apartado tres bloques:

- Trastornos por déficit de Atención y Comportamiento Perturbador. Son los considerados como tal por la clasificación internacional de Trastornos mentales DSM- IV-TR:
  - Trastorno Negativista Desafiante.
  - Trastorno Disocial.
  - Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.
- Alteraciones conductuales secundarias a otros trastornos mentales.
- Patrones conductuales que pueden confundirse con los Trastornos Graves de Conducta

### 1.2.1. TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

Los Trastornos de Conducta más frecuentes, según la APA (Asociación Americana de Psiquiatría), y que vamos a seguir a lo largo de nuestra exposición, son los “Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia”, categorizados por el DSM IV-TR (Clasificación de las Enfermedades Mentales de la Asocia-



ción Americana de Psiquiatría) como Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador:

### 1.2.1.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD

Aunque este Trastorno siempre ha existido, bajo diferentes denominaciones en clínica y en educación, en los últimos años ha tomado relevancia su conocimiento, fruto de la preocupación social (a nivel personal, familiar y de relaciones), y profesional (dado el incremento de estudios en todas las disciplinas). Es nuestra responsabilidad como trabajadores en el ámbito educativo (profesorado, Equipos Directivos, Tutores y Tutoras, Orientadores y Orientadoras, etc.) conocer las manifestaciones del TDAH para poder dar respuesta a las necesidades que presentan, casi el 15 % de la población infanto-juvenil, según los últimos datos.

Existe consenso, cosa harto difícil, dadas las numerosas investigaciones publicadas en los últimos años sobre el TDAH, y, en ocasiones, con resultados contradictorios, fruto del incremento de este diagnóstico, en que “el TDAH es una condición o patrón de comportamiento inadapado, de base neurobiológica, iniciado generalmente en la infancia, cuyos síntomas básicos son de carácter cognitivo-conductual: falta de atención, hiperactividad e impulsividad”.

### DÉFICIT DE ATENCIÓN

Caracterizado por:

- Dificultades para mantener la atención en tareas.
- Dificultad para centrarse en una sola tarea de trabajo o estudio.
- No prestan atención suficiente a los detalles, incurriendo en errores en las tareas o trabajo.
- No siguen instrucciones y no finalizan las tareas o encargos.
- Parecen no escuchar.
- Dificultades para organizar, planificar, completar y/o ejecutar las tareas.
- Suelen evitar las tareas que implican un esfuerzo mental sostenido.
- Se distraen fácilmente por estímulos irrelevantes.
- A menudo, pierden objetos necesarios para las tareas.

Sí pueden poseer atención automática en actividades de su interés.

### HIPERACTIVIDAD

- A menudo, abandonan su asiento.
- Mueven constantemente manos y pies.
- Corren o saltan en situaciones inapropiadas.
- Presentan dificultades para dedicarse tranquilamente a las diferentes actividades.
- Hablan en exceso.
- Siempre en movimiento, actúan “como impulsados por un motor”.



A modo de aclaración, la hiperactividad se reconoce cuando la actividad no presenta finalidad alguna.

### IMPULSIVIDAD

- Responden de forma precipitada antes de que las preguntas se hayan formulado completamente.
- Dificultades para guardar turno.
- Interrumpen a otros y a otras.

Algunos de estos tres “síntomas” (atención, hiperactividad y/o impulsividad) estaban presentes antes de los 7 años de edad. Algunas alteraciones o conductas tienen que haberse manifestado en dos o más ambientes (por ejemplo, en el centro y en el hogar), y deben existir pruebas claras de un deterioro significativo de la actividad escolar y social.

A estas tres manifestaciones o conductas básicas citadas, además, suelen asociarse o derivarse otras que interfieren en su desarrollo personal y social y en su adaptación a los requerimientos escolares. Pueden presentar dificultades:

- En el rendimiento académico: el déficit atencional y la impulsividad, cuando es de tipo cognitivo, fundamentalmente; la lentitud en el procesamiento de la información, sobre todo, cuando es de tipo auditivo; las dificultades en la planificación y la memoria de trabajo, interfieren en el proceso de aprendizaje del alumno o alumna, ya que les cuesta mantener la concentración, seleccionar los datos o es-

tímulos relevantes para la ejecución de las tareas y finalizarlas. Estas características cognitivas pueden afectar en los aprendizajes instrumentales si no se establecen medidas educativas y la adecuada intervención especializada.

- En sus relaciones sociales: El desconocimiento, la no comprensión del problema y el etiquetado social por parte de adultos y del grupo de compañeros y compañeras inciden negativamente en sus relaciones interpersonales.
- En las habilidades sociales y en las funciones pragmáticas del lenguaje (comprender las intenciones comunicativas y sentimientos del interlocutor, ajustar su lenguaje a la situación comunicativa, etc.).
- En el autocontrol emocional.
- En la autoestima y el autoconcepto.

Para otorgar una visión más positiva de este Trastorno al profesorado, señalamos que el alumno o alumna con TDAH suele presentar:

- Mucha energía.
- Una elevada creatividad.
- Un cociente intelectual normal o elevado.
- Una alta capacidad para poder hacer más cosas que el resto de compañeros y compañeras.
- Puede trabajar con buen ritmo si se le sabe estimular adecuadamente.

Personalidades como Einstein o Ramón y Cajal, revisando su biografía, parece que pudieran sufrir TDAH.

## SUBTIPOS DE TDAH

Según el predominio de uno u otro síntoma, el DSM-IV-RV<sup>1</sup> reconoce 3 “subtipos” de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad:

- Tipo con predominio del déficit de atención.
- Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.
- Tipo combinado.

### **Tipo con predominio del déficit de atención (TDAH-DA)**

Tan sólo aparece el primer síntoma descrito (Déficit de Atención) en los 6 últimos meses. Presentan un proceso cognitivo más lento de lo esperado para su edad y cociente intelectual. Parece que están “en las nubes”. Suelen ser hipoactivos o hipoactivas y más auto-controlados o auto-controladas en las relaciones sociales, por lo que es menos frecuente que presenten a la larga Trastorno Negativista y Desafiante. Actualmente, existen escasos diagnósticos de este tipo, y es superior en el sexo femenino.

### **Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI)**

Tan sólo aparecen síntomas de hiperactividad y/o impulsividad, sin que existan signos de falta de atención, en los 6 últimos meses. Se diagnostican más varones con esta sintomatología y los problemas escolares, sobre todo, a nivel relacional son más abundantes. La hiperactividad disminuye

con la edad, y puede permanecer en forma de “sentimiento subjetivo de inquietud”. Cuando la impulsividad es un síntoma predominante, es más vulnerable a manifestar conductas agresivas.

### **Tipo combinado (TDAH-C)**

Predominan síntomas, tanto de atención como de hiperactividad e impulsividad. Los resultados académicos de estos alumnos y alumnas son muy deficitarios, y sus interacciones sociales están marcadas por la falta de control y su inestabilidad emocional. Existen mayores probabilidades de continuar con este Trastorno en la edad adulta y/o derivar en Trastorno Negativista y Desafiante o Trastorno Disocial.

## 1.2.1.2. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

El Trastorno Negativista Desafiante es un Trastorno del Comportamiento, normalmente diagnosticado en la niñez, que se caracteriza por comportamientos no cooperativos, desafiantes, negativos, irritables y enojados hacia los adultos, y en general, a todas las personas que tengan un rasgo de autoridad sobre él, especialmente padres y madres, el profesorado y otras personas en posición de autoridad.

La mayoría de los síntomas observados en niños o niñas y adolescentes que padecen el Trastorno Negativista Desafiante, también, aparecen, a veces, en niños y niñas que no lo padecen, especialmente, alrededor de los 2 ó

<sup>1</sup> En la actualidad, el DSM-IV-RV está en proceso de revisión para ser sustituido por el DSM-V.

3 años de edad o durante la adolescencia. Muchos niños y niñas sobre todo cuando están cansados, con hambre o disgustados, tienden a desobedecer, discutir con sus padres y madres y desafiar la autoridad. Sin embargo, en los niños y niñas y adolescentes que sufren el Trastorno Negativista Desafiante, estos síntomas ocurren de forma más frecuente e interfieren con el aprendizaje, el ajuste a la escuela y, algunas veces, con las relaciones del niño o niña (o adolescente) con los demás.

Los síntomas de este Trastorno pueden resumirse en:

- a menudo, se encoleriza e incurre en pataletas
- a menudo, discute con adultos
- a menudo, desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus obligaciones
- a menudo, molesta deliberadamente a otras personas
- a menudo, acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
- a menudo, es susceptible o fácilmente molestado por otros
- a menudo, es colérico y resentido
- a menudo, es rencoroso o vengativo

Estos comportamientos se presentan con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo compa-

rables, y acaban provocando un deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

En ocasiones, los niños o niñas pueden presentar unos síntomas parecidos a los que caracterizan este Trastorno, pero que son pasajeros y propios de la edad. La familia y el profesorado tendrán que estar atentos a estas diferencias ya que como hemos señalado anteriormente, para que se pueda hablar de "Trastorno", estos síntomas se deben presentar con una gran frecuencia, además de interferir en el aprendizaje, la adaptación en la escuela y, algunas veces, con las relaciones personales del niño o adolescente.

### 1.2.1.3. TRASTORNO DISOCIAL

Se caracteriza por "un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto". Se trata de nuevo, de comportamientos cualitativos y cuantitativos que van mucho más allá de la simple "maldad infantil" o la "rebeldía adolescente". Por lo general, implica la participación consciente por parte del niño, niña o adolescente en actos que involucran un conflicto con la normativa social o con los códigos de convivencia implícitos en las relaciones en sociedad.



Estas manifestaciones suelen ir unidas a una serie de situaciones familiares, sociales, escolares que influyen tanto en su origen como en su mantenimiento.

Los comportamientos que se manifiestan en el Trastorno Disocial, pueden ser:

- Agresiones a otras personas (intimidar, fanfarronear, ser cruel con otras personas, iniciar peleas, ocasionar daño físico, forzar a una actividad sexual, etc.), o a animales.
- Dañar la propiedad de otros (incendios, destrucción deliberada...).
- Fraudulencia o robo (violentar el hogar, la casa o el automóvil de otra persona, mentir para obtener favores, timar, etc.)
- Violaciones graves de normas (transgredir normas paternas, permaneciendo fuera de casa de noche –iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad–, escaparse de casa durante la noche, hacer novillos en la escuela, etc.)

Las manifestaciones del Trastorno Disocial pueden ser:

### De inicio infantil

Cuando aparecen algunas de sus manifestaciones antes de los 10 años de edad (iniciar-

se en la infancia media, en torno a los 5 ó 6 años de edad).

Por lo general, es antecedido por el Trastorno Negativista Desafiante. Aquí, hablamos más bien de un continuo que encuentra sus primeros contenidos de conducta en la oposición y desafío a las figuras paternas de autoridad, y que una vez que se ingresa al sistema educativo, se generaliza a otras figuras de autoridad y comienza a adquirir nuevos contenidos.

### De inicio adolescente

Cuando hay ausencia de cualquiera de sus características antes de los 10 años de edad.

Una gran cantidad de las conductas que aparecen en esta etapa no difieren en demasía de las que muchos adolescentes mantienen en el camino, hacia la búsqueda de su identidad, para la cual, la oposición a las normas sociales, constituye una prueba de los límites del individuo en la construcción y reafirmación de la personalidad.

La presencia de un Trastorno Disocial, también, implica un deterioro importante en las actividades escolares, sociales y/o laborales del sujeto, situación que se convierte en el principal factor de reproducción de las conductas perturbadas de los sujetos.

El alumnado con Trastorno Disocial plantea problemas continuos de disciplina en clase, fal-





sifica notas escolares, miente a la familia y al profesorado, hace novillos, se escapa de casa y, con frecuencia, lleva un rendimiento escolar deficiente, sin tener la menor motivación para el aprendizaje. En la adolescencia se comportan de forma agresiva, osada, retardadora, desprecian los valores aceptados y enfocan las relaciones interpersonales de forma manipuladora, con la intención de sacar beneficios. Muestran una gran insensibilidad hacia los demás, frialdad extrema ante los sentimientos del otro, y falta de compasión y piedad ante los sentimientos del otro.

La sociedad en la que viven, la familia, el medio escolar, deja de ser para este alumnado un espacio de crecimiento y desarrollo, y pasan a representar todos los valores que lo niegan como ser humano, y ello le lleva a identificarse progresivamente con valores "contraculturales" en abierta oposición con los escolares, institucionales y familiares.

En los varones, suelen presentarse comportamientos con un mayor grado de agresividad que en las mujeres, incurriendo frecuentemente en robos, peleas, vandalismo y problemas de disciplina escolar, y en algunas ocasiones, consumo de drogas.

En las mujeres, que aún son socializadas en una pauta un tanto más pasiva que la de los niños varones, la agresión se manifiesta de una manera más sutil; por ejemplo, muchas niñas utilizan el rechazo social como forma de acción dañina hacia sus compañeras. El nivel de violencia implícito en estas conductas es comparable con el daño de la agresión abier-

ta expresada por los niños varones, o bien, algunas veces, puede llegar a ser peor. Otras conductas desarrolladas por las niñas pueden ser mentiras, absentismo escolar, consumo de drogas y prostitución.

Además de las tres categorías anteriores, que son las más frecuentes de inicio en la infancia o adolescencia, hay otras patologías psiquiátricas, casi siempre de diagnóstico más tardío, en las que las conductas antinormativas, disruptivas u oposicionistas son nucleares en sus manifestaciones, y que originan también un importante deterioro personal y social. Es el caso de los Trastornos de Personalidad, especialmente, el Trastorno Antisocial, el Trastorno Narcisista, el Trastorno Límite de la personalidad, o también el caso de algunos Trastornos del control de impulsos, como el Trastorno Explosivo Intermitente que pueden implicar episodios aislados de violencia o destrucción de la propiedad.

También es importante destacar que en algunos trastornos de origen emocional, tanto de origen endógeno como reactivos a determinadas circunstancias ambientales (problemas familiares, duelos, violencia familiar..), son frecuentes la presencia de alteraciones conductuales asociadas a la sintomatología afectiva: oposicionismo, irritabilidad, intolerancia a la frustración, negativismo..etc. En este caso es importante tener en cuenta el origen emocional de dichas manifestaciones para dar una respuesta adecuada.



## COMORBILIDAD

Es importante reseñar que los trastornos del comportamiento anteriormente descritos presentan un elevado índice de comorbilidad, tanto con otros trastornos psiquiátricos (por ejemplo, los tics, abuso de sustancias, trastornos afectivos, etc.), como entre sí. Así se calcula que la mitad de los niños y niñas con TDAH tiene además otro trastorno del comportamiento, bien Trastorno Negativista Desafiante o Trastorno Disocial, lo que empeora el pronóstico y aumenta la complejidad de las medidas terapéuticas y educativas (Mardomingo, 1994).

### 1.2.2. ALTERACIONES CONDUCTUALES SECUNDARIAS A OTROS TRASTORNOS MENTALES

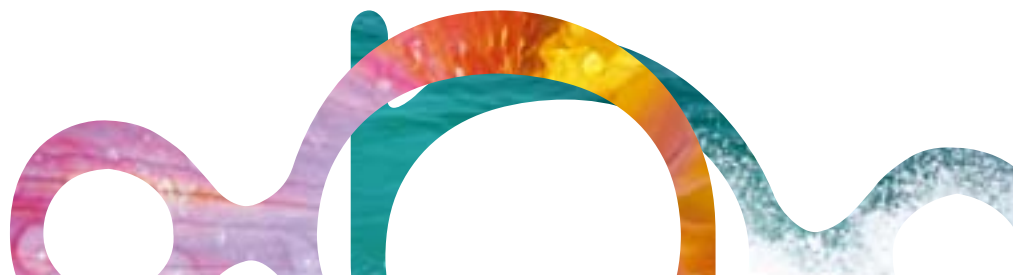
En otras ocasiones, los problemas de conducta se presentan asociados a una patología psiquiátrica, jerárquicamente superior. En estos casos no podemos hablar de un Trastorno del Comportamiento como entidad independiente del trastorno primario. Por ejemplo, la agresividad desplegada por un enfermo o enferma psicótico, en general se considera parte de la psicosis o asociada a ella, no un trastorno de conducta independiente.

### 1.2.3. PATRONES CONDUCTUALES QUE PUEDEN CONFUNDIRSE CON LOS TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA

En el contexto escolar, a menudo encontramos también una serie de comportamientos negativos que, en principio, no están asociados a ningún trastorno, pero que por su frecuencia o intensidad repercuten negativamente tanto en el propio sujeto que las realiza como en el contexto donde se desarrollan:

- \* Conductas disruptivas.
- \* Conductas agresivas.
- \* Conductas de inhibición social.
- \* Aislamiento.
- \* Déficit en habilidades sociales básicas.
- \* Conductas de acoso / maltrato.
- \* Dificultades de aprendizaje. En ocasiones las dificultades de aprendizaje que no tienen una respuesta educativa adecuada, pueden desencadenar alteraciones comportamentales y emocionales, caracterizadas por su especificidad situacional.

Especial mención por su frecuencia e importancia en el medio escolar merece el fenómeno del Acoso Escolar o Bullying, que puede definirse como “un acto o una serie de actos



intimidatorios y, normalmente, agresivos o de manipulación por parte de una persona o de varias contra otra persona durante un cierto tiempo. Es ofensivo y se basa en un desequilibrio de poderes” (Sullivan, 2005).

El Acoso Escolar contiene una serie de elementos:

- La persona que acosa tiene más poder que la persona victimizada.
- La intimidación suele ser organizada, sistemática y oculta.
- La intimidación puede ser oportunista, pero una vez que empieza, suele, normalmente, continuar.
- Normalmente, se produce a lo largo de un periodo, aunque los que intimidan de manera regular, también, pueden protagonizar incidentes aislados.
- Una víctima del acoso escolar puede sufrir daños físicos, emocionales o psicológicos.
- Todos los actos de intimidación tienen una dimensión, ya sea emocional o psicológica.

Existen 3 formas de **Bullying**, aunque el Acoso Escolar puede ser cualquier comportamiento de estos, o una combinación de los tres:

**A. ACOSO FÍSICO** (pegar, morder, golpear, escupir, arañar, o cualquier otro ataque físico hacia otra persona)

**B. ACOSO NO FÍSICO** (denominado, en ocasiones, “agresión social”): incluye el acoso verbal, acoso no verbal directo (gestos groseros, desprecio, etc. para intimidar) y acoso no verbal indirecto (de manera premeditada se ignora, se excluye, se aísla, se hace que los demás sientan aversión hacia alguien, etc.).

**C. DAÑOS MATERIALES** (desgarrar ropas, romper los libros, posesiones, etc. de alguien).

Por tanto, cuando se habla de acoso escolar o Bullying, éste se refiere a la violencia prolongada y repetida, tanto mental como física, llevada a cabo, bien por una persona, o por un grupo, dirigida contra un individuo que no es capaz de defenderse ante dicha situación, convirtiéndose éste o ésta en víctima.

Junto al acoso escolar, en los centros educativos estamos siendo testigos, cada vez con más frecuencia, de la proliferación de otros fenómenos de violencia y agresividad, como es el caso de la aparición de pandillas juveniles violentas, casos de agresiones al profesorado o



los cada vez más frecuentes hijos que tiranizan y pegan a sus padres (lo que Vicente Garrido denomina el “Síndrome del Emperador”, para referirse al caso de chicos y chicas que muestran un patrón continuado de violencia y tiranía hacia sus progenitores).

### 1.3. ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA

Conocer la etiología de los TGC no es una tarea sencilla. Estudios epidemiológicos han permitido conocer el peso que los factores genéticos y ambientales tienen en la presentación, tanto del TDAH, como de los Trastornos Disociales y el Trastorno Negativista Desafiante.

Es evidente que existe una CAUSA GENÉTICA. Cerca del 70 % de los niños y niñas diagnosticados de TDAH tiene algún antecedente en primer o segundo grado. Está demostrado que hay unos genes (los genes transportadores de la dopamina, que involucran al cromosoma 11 y al 5), que están directamente implicados en la fisiopatogenia de este trastorno, según las recientes publicaciones del Dr. Julián Vaquerizo, Jefe de la Unidad de Neurología Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, con reconocido prestigio investigador del TDAH.

Parece, que una actividad reducida de la MAO (monoamino-oxidasas plaquetarias) actúa favoreciendo los TGC en niños o niñas víctimas de maltrato (Dr. Joaquín Díaz Atien-

za. Médico psiquiatra de la USMIJ de Almería, gran experto en trastornos de inicio en la infancia y adolescencia).

También son destacables los datos científicos de los TDAH: según Barkley (1995), “diversos estudios con gemelos, han llegado a determinar que la herencia explica entre el 55 y el 97% de las conductas de hiperactividad e impulsividad de estos. Probablemente, lo que se hereda es la tendencia a tener problemas en el desarrollo del cortex frontal y del núcleo caudado del cerebro”; por tanto, se daría una menor actividad cerebral en la zona frontal, espacio implicado en la inhibición conductual, la persistencia en la respuesta, etc. (véase factores neurobiológicos). También, encuentra correlaciones del gen D4RD, el DAT1 y otros 6 genes que pueden estar implicados en la herencia del TDAH.

VARIABLES OBSTÉTRICO-PERINATALES. En lo que respecta a los problemas de conducta, existe la posibilidad de que la exposición a las complicaciones obstétrico-perinatales sea un factor de riesgo que favorecería la vulnerabilidad, siendo, probablemente, la interacción con otros factores de riesgo, como los factores genéticos, lo que determinaría la expresión y tipo de Trastorno.

Las complicaciones obstétricas relacionadas con TGC son los trastornos emocionales de la madre durante el embarazo, y la asfixia neonatal –un muy importante factor de riesgo para los TGC– (Allen y cols, 1998). No podemos olvidar que las complicaciones obstétricas

se encuentran con frecuencia asociadas a una edad maternal precoz, a condiciones económicas desfavorables y al uso de sustancias psicoactivas durante el embarazo, y que los TGC en la madre son un factor de riesgo para la maternidad precoz que, a su vez, incrementan el riesgo de TGC en los hijos.

El consumo y la exposición a sustancias es otra variable demostrada de vulnerabilidad: existe una relación positiva entre la cantidad de tabaco consumida en el embarazo y la emisión de actos violentos en la adolescencia y edad adulta (Brennan y cols., 1999). Cuando el consumo de tabaco era mayor de un paquete de cigarrillos, se presentaron mayor número de trastornos psiquiátricos como los Trastornos de Conducta (Fergusson y cols., 1998). El consumo materno de alcohol y de cannabis también son factores a tener presente. Ha sido investigada la exposición al plomo y correlaciona con TGC.

La prematuridad y el bajo peso al nacer. Los niños niñas que nacieron prematuramente en el estudio de Levy-Schiff y cols. (1994) presentaron mayores dificultades en la autorregulación emocional y conductual, así como mayores niveles de ansiedad, y los familiares explicitaron una mayor prevalencia de Trastornos Conductuales. Girourd y cols. (1998), en estudios de niños y niñas prematuros, encontró una mayor incidencia de TND y de hiperactividad.

**FACTORES NEUROBIOLÓGICOS.** El estudio de las estructuras cerebrales, tanto en animales como en seres humanos, implicadas en la

agresividad y en la impulsividad ponen de manifiesto que:

- El sistema límbico está directamente relacionado con la conducta agresiva: la estimulación de la amígdala produce agresividad, y su no activación induce a la docilidad; el hipotálamo, el cerebro medio, también influyen en las conductas activas. Las regiones corticales prefrontales producen una acción inhibitoria de la agresividad, persistencia en las respuestas, resistencia a la distracción y control del nivel de actividad propio.
- Neuroquímica. Los aminoácidos (GABA, glutamato, glicina) producen una acción inhibitoria de la agresividad; las monoaminas (la serotonina regula la conducta ante estímulos ambientales, y por tanto, controla la agresividad ofensiva y defensiva; la dopamina es activada ante la agresividad por frustración social; la noradrenalina es utilizada clínicamente, pues el bloqueo de los receptores noradrenérgicos es de utilidad en el control de la agresividad) también están implicadas los péptidos (CRF, vasopresina, opioides, etc.).
- Otros parámetros. Colesterol bajo, tasas altas de testosterona, hipoactividad del S.N simpático correlaciona con conductas agresivas.

**TEMPERAMENTO Y PERSONALIDAD.** El temperamento es un aspecto predictivo de proble-

mas de inadaptación psicosocial en la adolescencia y en la edad adulta. El “perfil” de un temperamento de riesgo sería: alguien con una calidad negativa del humor, poca perseverancia, poca adaptabilidad, fácil distracción, reacciones emocionales intensas, alto nivel de actividad, retraimiento social... La personalidad “de riesgo” incluiría: heteroagresividad, débil control emocional, indocilidad en la infancia, impulsividad, déficit de autocontrol, falta de culpabilidad, egotismo, frialdad afectiva, etc.; todos estos signos son predictivos de TGC en la adolescencia e independientes de los factores ambientales.

No podemos olvidar los FACTORES AMBIENTALES Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

- Contexto familiar. Los problemas de salud mental de los padres o madres (antecedentes psiquiátricos, consumo de sustancias y depresión post-parto son factores de riesgo), la separación y/o divorcio, la exposición a la violencia intrafamiliar, el embarazo precoz, hermanos con TGC, incompetencias parentales (estilo de enseñanza inconsistente, muy severa o errática, contradictoria, carencia de vigilancia y control, ...).
- Entorno psico-social. Status socioeconómico bajo, relación con iguales (los comportamientos delincuentes en la infancia conducen, a su vez, a la delincuencia y a la elección de amigos delincuentes. En definitiva, los adolescentes tienden a relacionarse con aquellos que refuerzan su conducta).
- Entorno escolar. Hay aspectos como la propia organización del centro, la gestión del aula, el estilo docente... que pueden incidir o desencadenar diferentes alteraciones comportamentales.
- Medios de comunicación. Es incuestionable que nuestros hijos e hijas pasan cada vez más tiempo delante del televisor y de la videoconsola (que ofrecen grandes dosis de violencia), y que, ambos, ejercen una influencia continua sobre su desarrollo emocional y conductual.
- Mención especial merecen los estudios y las Teorías del apego. Un gran número de conductas consideradas como “precursoras” de los Trastornos de Conducta (rabietas, agresiones, conductas de oposición, desafío) podrían ser estrategias de apego que intentarían llamar la atención o el acercamiento a la figura de apego, cuando éstas se encuentran insensibles a las señales del niño o niña. Un apego “frágil” a la figura materna y/o paterna correlaciona positivamente con la aparición de problemas conductuales y agresividad.

Si bien la estructura, el ambiente y las pautas educativas familiares y escolares no suelen ser causa única de los Trastornos del Comportamiento, es incuestionable que van a condicionar el curso y el pronóstico de estos trastornos.

Identificar que aspectos del contexto donde se desarrolla el alumno o alumna está favoreciendo o perjudicando su desarrollo personal,

escolar y social, es importantísimo para la intervención sobre los mismos.

A modo de conclusión, decir que los Trastornos Graves de Conducta tienen un origen multicausal. Lo menos cuestionado es que hay un factor genético importante en muchos de los casos, pero no cabe duda que otros muchos factores, ambientales o no, puedan actuar como causa, factor precipitante o factor de riesgo (complicaciones pre, peri y postnatales, el hábito de fumar durante el embarazo, tamaño más reducido del córtex prefrontal, etc.) existiendo siempre una interacción dinámica entre biología y ambiente.

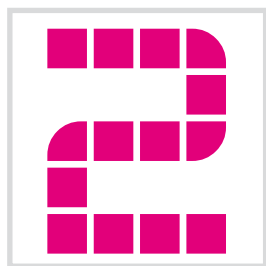
Asimismo, son numerosos los cambios sociales y culturales experimentados en las últimas décadas, que parecen estar contribu-

yendo al incremento de los fenómenos sociales de violencia y agresividad, y que pueden actuar, si no como causantes directos, sí como un caldo de cultivo idóneo para la aparición de Trastornos del Comportamiento. Es el caso de los cambios en el sistema social de valores, basado en un predominio de la individualidad y relativismo moral, mayor permisividad en los modelos educativos, consumismo exacerbado, búsqueda inmediata de la comodidad y el placer, retraso en la asunción de roles de responsabilidad por los jóvenes, sobrecarga laboral de ambos progenitores con la consiguiente disminución de la cantidad y calidad del tiempo dedicado a los hijos, incremento del número de familias desestructuradas...









# EVALUACIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNADO CON TRASTORNO GRAVE DE CONDUCTA

## 2.1. SEÑALES DE ALERTA

**C**uando los problemas de conducta son extremos, no remiten en el curso del desarrollo, afectan al funcionamiento diario del individuo y tienen consecuencias importantes para las personas que les rodean (la familia, profesorado o compañeros y compañeras) y requerirán de atención especializada.

Los trastornos graves de conducta varían en función del sexo. Suele ser al menos tres veces más común entre los chicos. La edad de comienzo del trastorno en los varones está en el intervalo de 8 a 10 años. En las chicas, el inicio se concentra entre los 14 y 16 años.

La constelación de síntomas suelen presentarse juntos, aunque obviamente no es probable que en una persona se den todos los síntomas.

El alumnado con trastornos de conducta suele obtener bajas calificaciones y abandonan la escuela antes que sus compañeros de igual edad, estatus social y otras variables demográficas.

La esfera social también se verá afectada. El alumnado con elevada agresividad es rechaza-





do por sus compañeros y compañeras y tienen pocas habilidades sociales. Son ineficaces socialmente en sus interacciones con los adultos y tendrán dificultades a aceptar la autoridad de los mismos.

Igualmente los procesos atributivos y cognitivos y las habilidades para la resolución de problemas que subyacen en las interacciones sociales son deficientes.

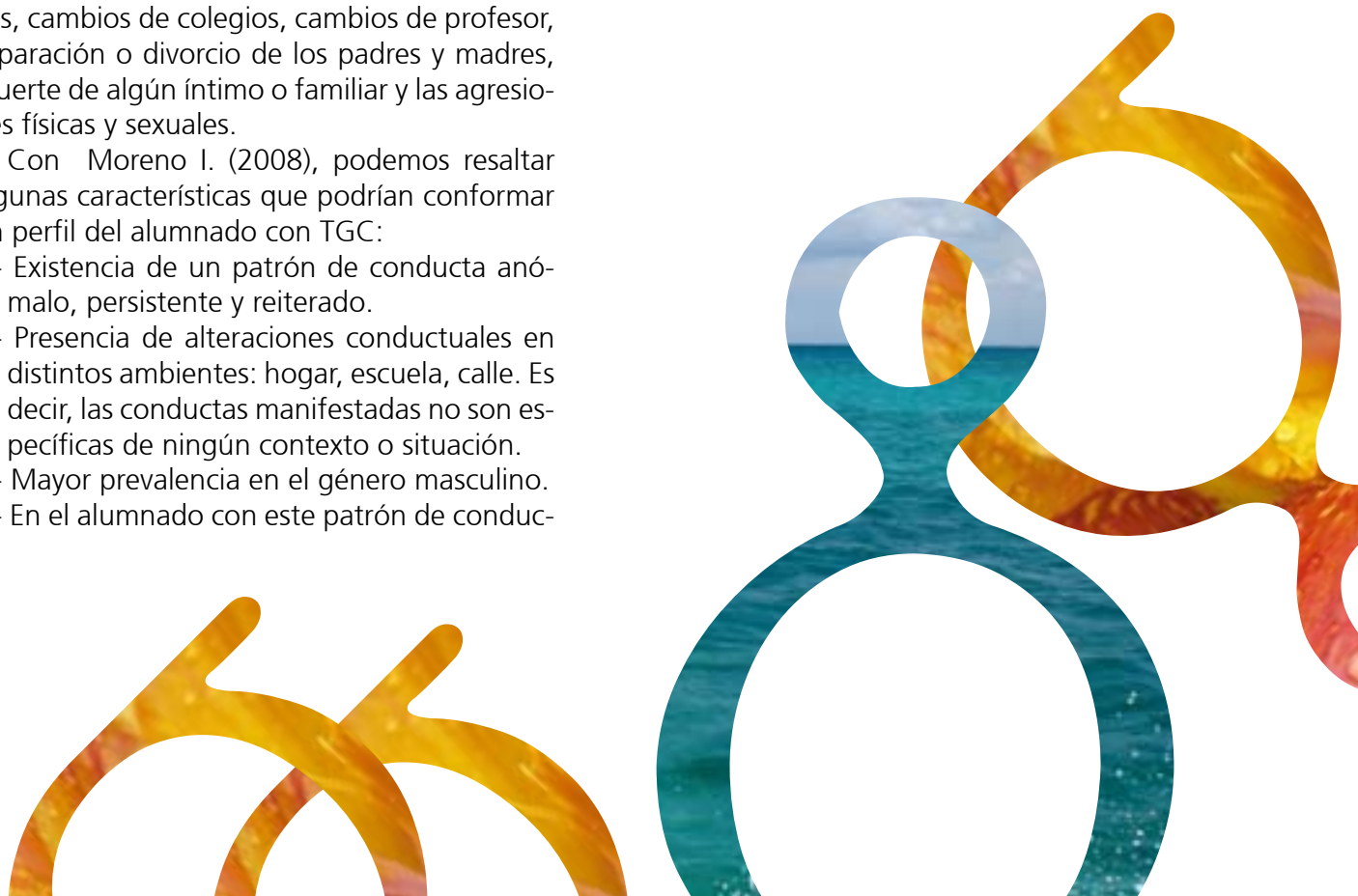
En otras ocasiones existe una manifestación emocional y conductual exagerada y reactiva a una situación estresante identificable que pueden alterar las relaciones sociales y el rendimiento académico. Algunas de estas circunstancias pueden ser: cambios de domicilios, cambios de colegios, cambios de profesor, separación o divorcio de los padres y madres, muerte de algún íntimo o familiar y las agresiones físicas y sexuales.

Con Moreno I. (2008), podemos resaltar algunas características que podrían conformar un perfil del alumnado con TGC:

- Existencia de un patrón de conducta anómalo, persistente y reiterado.
- Presencia de alteraciones conductuales en distintos ambientes: hogar, escuela, calle. Es decir, las conductas manifestadas no son específicas de ningún contexto o situación.
- Mayor prevalencia en el género masculino.
- En el alumnado con este patrón de conduc-

ta se da un deterioro significativo del nivel académico, además de más alta conflictividad familiar y social.

- Presentan sintomatología clínica subyacente: baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración, inestabilidad y labilidad emocional.
- Suele cursar con trastornos asociados: ansiedad, de aprendizaje, del estado de ánimo...



	TDAH	TND	TD
<b>Prevalencia</b>	3-7% Población	2-16% Población	1-10% Población
<b>Distribución por géneros</b>	H>M Pob. Normal 4:1 (Impulsividad) 2:1 (desatención)	H>M Sintomatología similar en H y M En M más persistentes y dadas a la confrontación	H(5-16%)>M(1-9%)  3:1 Pob. Normal 4:1 Pob. Clínica
<b>Sintomatología primaria</b>	Déficit atencional Sobreactividad motora Impulsividad	Negativismo Hostilidad Desafío (dirigido a figuras de autoridad)	Agresión a personas y animales Destrucción de la propiedad Fraudulencia o robo Violaciones graves de las normas

Tabla: Características de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. TDAH: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. TND: Trastorno negativista desafiante. TD: Trastorno disocial

En el caso concreto de la Hiperactividad Infantil podemos afirmar que quizás la época en la que resulta más fácil detectar a un niño o niña sea a partir de su ingreso en educación infantil. En esos años destacan por su inquietud, su falta de autonomía, requieren mayor vigilancia, son desobedientes, duermen menos, tienen falta de conciencia de las normas. Son más propensos a sufrir accidentes y a mostrarse caprichosos e irritables.

Siguiendo a Ávila Polaino Lorente (1999) podemos identificar los siguientes rasgos: son inquietos, inmaduros, testarudos, temperamentales, inconscientes, entrometidos, con evidentes deseos de ser el centro de atención, molestan frecuentemente a los compañeros

y compañeras y pueden no llevarse bien con ellos o ellas.

Vaquero-Madrid J. (2005) ha identificado 9 signos de alerta evolutivos del TDAH en pre-escolares:

1. Pobre desarrollo del juego social (asociativo-cooperativo).
2. Estilo de juego: Preferencia por los juegos deportivos sobre los educativos.
3. Actitud "desmontadora" ante los juguetes. Pobre "interés sostenido" por el juego con juguetes.
4. Retraso en el lenguaje.
5. Retraso en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa: torpeza.
6. Dificultades para el aprendizaje para los colores, los números y las letras.
7. Dificultades en el desarrollo gráfico y comprensión de la figura humana en el dibujo.
8. Inmadurez emocional.
9. Rabieta y accidentes en el hogar o en el parvulario.

SIGNOS DE ALERTA EVOLUTIVOS DEL TDAH EN PREESCOLARES	SI	NO
1. Pobre desarrollo del juego social (asociativo-cooperativo)		
2. Estilo de juego: Preferencia por los juegos deportivos sobre los educativos		
3. Actitud "desmontadora" ante los juguetes. Pobre interés sostenido por el juego con juguetes		
4. Retraso en el lenguaje		
5. Retraso en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa: Torpeza		
6. Dificultades para el aprendizaje de los colores, los números y las letras		
7. Dificultades en el desarrollo gráfico y comprensión de la figura humana en el dibujo		
8. Inmadurez emocional		
9. Rabieta y accidentes en el hogar o en el parvulario		

Tabla: 9 signos de alerta evolutivos del TDAH en preescolares  
Adaptado de Vaquerizo-Madrid J. Rev Neurol, 2005; 40 (Supl 1): S25-S32

Durante muchos años, el Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad, resultó ser especialmente conocido y diagnosticado por pediatras, cuando los padres y las madres o educadores derivaban a un niño o niña con conductas disruptivas, muy impulsivo e hiperactivo. Este trastorno, apenas era diagnosticado ni tratado en la adolescencia o vida adulta. En la última década, la investigación neurobiológica y la experiencia clínica muestran que el trastorno afecta no sólo a niños o niñas, sino a un sustancial porcentaje de adolescentes y adultos de ambos géneros, en muchos de los cuales la hiperactividad no está presente, pero sí lo están las dificultades cognitivas, dentro de las cuales la falta de atención es la más llamativa,

pero abarca una amplia variedad de funciones cognitivas, incluyendo habilidad para activar y organizar un trabajo, habilidad para sostenerse alerta, capacidad para utilizar a corto plazo y de forma efectiva la "memoria de trabajo", etc.

Estamos por tanto ante un Trastorno de curso crónico, en el que, si bien la edad y maduración neurobiológica puede implicar la eliminación de los síntomas en un variado porcentaje de casos, en otros persistirán alteraciones cognitivas y ejecutivas, que condicionarán la vida del adolescente y adulto aquejado de TDAH, y que serán determinantes en su adaptación a las exigencias académicas, laborales y de las relaciones sociales.

¿Cuáles son los síntomas que prevalecen en los adolescentes y adultos con TDAH?

Estos los adolescentes y adultos con TDAH suelen presentar:

**Síntomas atencionales:** les produce problemas de falta de adaptación tanto en el ámbito laboral como académico. Así, refieren perder objetos, ser despistados, cometer errores en la ejecución de tareas por falta de atención, no planificar sus actividades, mal manejo del tiempo, dificultades en mantener la atención en tareas que requieren concentración, dificultades en finalizar las tareas puestas en marcha, sufrir frecuentes accidentes laborales y de tráfico, distraibilidad (percatándose de otros estímulos a pesar de los intentos por filtrarlos y mantenerlos al margen), dificultad para mantener el interés en la lectura o en la tarea, etc..

**Impulsividad:** se refleja en problemas de autocontrol, poder esperar turnos, responder precipitadamente cortando la palabra a los demás, etc.

**Hiperactividad:** en esta etapa es más interna, sintiendo la persona una inquietud subjetiva interior, como un motor que no cesa, que le impide relajarse. Mueven las piernas, juegan con las manos, toleran mal estar sentados largos períodos de tiempo, se muestran verborreicos...

A veces la hiperactividad motora externa no se da o es menos intensa en la adolescencia, y esto dificulta la detección, aunque con frecuencia si hacemos un análisis retrospectivo de la evolución del alumno, observamos que la hiperactividad sí estaba presente en edades anteriores en un importante número de casos.

**Labilidad afectiva:** se manifiesta en oscilaciones desde el humor normal a la

depresión (la cual es descrita como “sentirse bajo de ánimo”, aburrido, descontento), o hacia la excitación y una ligera euforia. Las oscilaciones del humor habitualmente duran horas, o como mucho unos pocos días, y se presentan sin las alteraciones vegetativas características de los trastornos afectivos; pueden ocurrir espontáneamente o ser reactivas.

**Desorganización:** inhabilidad para completar tareas. El sujeto se queja de dificultad para organizarse en el trabajo, ordenar el hogar, o realizar las tareas escolares; las obligaciones a menudo se quedan a medio hacer: el sujeto cambia de una actividad a otra de modo azaroso; desorganización de las actividades, dificultad para orientar la resolución de problemas secuenciales, problemas con la administración del tiempo, tozudez y encono.

**Explosiones de ira y temperamento irascible:** el sujeto refiere que tiene frecuentes pérdidas súbitas y breves del autocontrol, de las que él o ella mismo se sorprende; es fácilmente provocable o está continuamente irritado o irritada. Sus problemas de temperamento irascible interfieren con su vida social y sentimental.

## 2.2 DETECCIÓN

Los indicadores que definirán la pertinencia de la inclusión de un alumno o una alumna en una categoría diagnóstica serán las propias ca-

racterísticas de las conductas manifestadas. Es decir, las características de los comportamientos determinarán por sí mismas si los niveles clínicos de gravedad son evidentes.

Las características centrales que determinan el trastorno son la frecuencia e intensidad de las conductas (Kazdin y Buela-Casal, 2002). Obviamente, el grado en que el individuo se ve envuelto con frecuencia en conductas como peleas, sustracciones y mentiras determina si la conducta requiere atención.

La repetición y cronicidad de las acciones también ayuda a definir la gravedad de la conducta. La repetición de la acción y prolongación del historial de la conducta en el espacio y el tiempo confiere a las conductas mayor significación.

La magnitud de las conductas problemáticas es también importante para definir la intervención. Las conductas antisociales van en paquetes o constelaciones. El alumnado que realiza un tipo de conducta antisocial es propenso a realizar otras.

En casos extremos, los sujetos con conducta antisociales son identificados con facilidad porque muestran todas las características; es decir, estas conductas problemáticas son frecuentes, graves, crónicas, repetitivas y diversas (Kazdin y Buela-Casal, 2002).

Si se toma como referencia el DSM - IV, para la identificación del alumnado y evitar el sobrediagnóstico, se deben cumplir los criterios establecidos, de los cuales destacamos:

a) Evaluar el comportamiento, sobre todo la hiperactividad, en relación con lo que podría

considerarse normal en otros individuos de la misma edad y nivel de desarrollo pertenecientes a la misma cultura.

b) Las manifestaciones comportamentales deben darse en múltiples contextos, para que no se contemplen comportamientos representativos de inquietud o pérdida de interés que son más o menos de esperar en un contexto poco estimulante.

c) La persistencia en el tiempo produce un significativo deterioro personal, escolar y social.

d) Otra característica suele ser la precocidad, especialmente en el TDAH, en el que los síntomas deben de haber cursado necesariamente antes de los siete años.

### 2.3. EVALUACIÓN

En el proceso de evaluación se trata de adoptar una perspectiva funcional y comprensiva, centrarse en los déficits y excesos del funcionamiento del sujeto y analizar la naturaleza de estos problemas, con el fin de seleccionar las técnicas de intervención más adecuadas. Desde esta perspectiva funcional, el proceso de diagnóstico se fundamenta en entrevistas y escalas de estimación cumplimentadas por padres y madres y por el profesorado, técnicas para la observación directa del comportamiento y la aplicación de procedimientos de evaluación centrados en el alumnado (Miranda, et al., 2003).

## 2.3.1. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

### 2.3.1.1. ENTREVISTAS

Mediante la utilización de estas técnicas se busca obtener información detallada sobre la historia clínica y evolutiva del alumno o alumna, la historia del problema, los procedimientos de disciplina que aplican fundamentalmente los padres y madres y las tensiones familiares que puedan existir.

La entrevista puede ser también el medio más adecuado para que los padres y madres y el profesorado cumplimenten, con la guía de un profesional un cuestionario adaptado del DSM- IV. En este caso hay que tener en cuenta el progreso evolutivo del sujeto, que los síntomas aparezcan en dos o más contextos y que no haya daño neurológico previo, de un trastorno generalizado del desarrollo o de un trastorno psicótico.

Quizás la entrevista estructurada más frecuentemente utilizada sea la entrevista diagnóstica para niños, DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children, Shaffer et al., NIMH-DISC-IV, 1997), con 2 versiones paralelas: una para 6 años o más, con el padre o madre como informante (DISC-P) y otra para 9 años o más con el niño o niña como informante (DISC-C).

Existe una versión computerizada de la entrevista estructurada para niños DISC-C creada por el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH). Está diseñada para ser aplicada a poblaciones entre 6 y 17 años de edad.

Entre las entrevistas clínicas más utilizadas encontramos: el “Informe Parental de Síntomas Infantiles (PACS)” de Taylor, Scharchar, Thorley y Wieselberg, (1986). y la Entrevista Clínica, y la Entrevista Semiestructurada para Niños (SCIC) de Achenbach y McConaughy (1989). Una de sus principales ventajas son sus buenos índices psicométricos.

Concretamente, para niños o niñas con sospecha de TDAH destacamos la “Entrevista semiestructurada para niños y adolescentes con TDAH” de Barkley (1987). La entrevista contiene seis secciones que recogen la historia de desarrollo, la historia médica, la historia de tratamientos, la historia familiar, la historia escolar y la historia social. Existe una versión en castellano y está adaptada a los criterios del DSM-IV.

En nuestro país disponemos de dos entrevistas para la exploración psicológica en la infancia con una estructura bastante similar a las ya comentadas: la Pauta de Entrevista para Padres (PEP) de Pelechado (1979) y la Información Diagnóstica General (IDG) de Capafons, Sossa, Alcantud y Silva (1986).

Las estimaciones sociométricas de los compañeros y compañeras son a menudo usadas para evaluar características tales como la popularidad, simpatía, aceptación, rechazo y competencia social. Tales características son relevantes dada la dificultad que muestran normalmente en todas ellas los niños o niñas con problemas de conducta. Las evaluaciones de compañeros y compañeras de las dimensiones sociales se

correlacionan con evaluaciones independientes de ajuste social.

### 2.3.1.2. ESCALAS DE ESTIMACIÓN CONDUCTUAL

La importancia de identificar la sintomatología en diferentes contextos hace que el establecimiento de un diagnóstico sea casi imposible sin la información sistemática del profesorado, que tienen la oportunidad de observar el comportamiento e interacción del alumnado durante períodos de tiempo considerables.

Las escalas de valoración de Conners se han convertido en los instrumentos más comúnmente empleados para la evaluación de síntomas de hiperactividad, desatención y problemas de conducta. Hay una gran variedad de escalas derivadas de la escala original Conners Parents Rating Scale (CPRS) y Conners Teacher Rating Scale (CTRS) (Goyette, Conners y Ulrich, 1978): "Escalas de Hiperactividad para padres y maestros de Conners" (CPTRS Conners Parent-Teacher Rating Scale).

Estas escalas han tenido numerosas revisiones. Las últimas del año 1997 son heteroinformes dirigidos a padres y madres (CPRS-R) o al profesorado (CTRS-R) de niños y niñas entre 3 y 17 años. EL objetivo es valorar la presencia y severidad de conductas relacionadas con el TDAH. Se articula sobre cuatro factores: oposiciónismo, desatención, hiperactividad-impulsividad e índice del TDAH. Existe una forma abreviada para padres y madres de 27 ítems y

para profesores y profesoras de 28 ítems. Estas versiones abreviadas son buenos instrumentos de investigación y de cribado, y son ampliamente utilizadas.

La Conners Teacher Rating Scale (Conners 1969, 1982) ha sido normalizada y validada en español por Farré y Narbona (1997, 2000), adaptándola posteriormente y publicando la EDAH (Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad) con baremos españoles por edad y género. La finalidad del EDAH es recoger información sobre la conducta habitual del niño o niña. Para ello ofrece un método estructurado de observación para el profesorado, compuesto por 20 elementos, que después de ser analizados se desglosan en 1 escala global y 4 subescalas ampliamente tipificadas: Hiperactividad-impulsividad, déficit de atención, TDAH combinado y trastornos de la conducta.



	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Tiene excesiva inquietud motora				
2. Tiene dificultades de aprendizaje escolar				
3. Molesta frecuentemente a los niños				
4. Se distrae fácilmente, escasa atención				
5. Exige que sus peticiones se cumplan inmediatamente				
6. Tiene dificultad para actividades en equipo/grupo				
7. Está en las nubes, ensimismado				
8. No acaba las tareas que ha empezado				
9. Es mal aceptado por el grupo				
10. Niega sus errores y echa la culpa a otros				
11. Emite sonidos molestos y en situación inapropiada				
12. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso				
13. Intranquilo, siempre en movimiento				
14. Discute y pelea por cualquier cosa				
15. Tiene explosiones impredecibles de mal genio				
16. Le falta sentido de las reglas del "juego limpio"				
17. Es impulsivo e irritable				
18. Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros				
19. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante				
20. Acepta mal las indicaciones del profesor				

Tabla: Adaptación de la Escala CONNERS para el profesorado de A. Farré-Riba y J.Narbona. Revista de Neurología 1997, 25 (138) 200-204



La ADHD-IV Rating Scales. (Du Paul, Poder, Anastopolous, y Reid, 1998) está construida para ser contestada por padres y madres y el profesorado. La ADHD-IV Rating Scale-IV es una herramienta para el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes de 5 a 17 años y para medir las mejoras del tratamiento. Consiste en una versión de 18 ítems para la familia y una versión de 18 ítems para el profesorado. Tanto la versión de la familia como la versión del profesorado de la escala ADHD contienen dos subescalas de 9 ítems: inatención e hiperactividad / impulsividad. En ambos casos necesitan de 10 a 20 minutos para ser administradas. Las escalas ADHD tienen la ventaja de haber sufrido una extensa validación.

Inventario de Conducta Infantil (CBCL, Child Behaviour Checklist) y Teacher's Report Form (TRF) Achenback y Edelbrock. En castellano están disponibles: CBCL/1½-5: Inventario del comportamiento de niños y niñas de 1 año y 6 meses a 5 años para padres y madres, CBCL/6-18: Inventario del comportamiento de niños y niñas de 6-18 años para padre y madres, C-TRF/1½-5: Inventario del comportamiento de niños y niñas de 1 año y 6 meses a 5 años para profesorado, TRF/6-18: Inventario del comportamiento de niños(as) de 6-18 años para el profesorado y cuidadores. La versión más usada es la de padres y madres. Están contruidos para dar información que pretende distinguir un comportamiento típico de un comportamiento que indica perturbaciones importantes. Distingue mejor los casos extremos de comportamiento o problemas

afectivos que los casos leves o moderados. Los contenidos que evalúa son: competencias sociales, problemas de conducta internalizados ( ansiedad, depresión, quejas somáticas y aislamiento) y externalizados ( conducta agresiva y delictiva) y un factor mixto (problemas sociales, de pensamiento y de atención). Presenta tres alternativas de respuesta, valorados con una escala tipo likert de 0 a 2 puntos.

A partir de los cuestionarios anteriores se ha elaborado el Perfil Atencional Infantil que permite distinguir un predominio atencional o de sobreactividad en el diagnóstico de hiperactividad, y que ha sido adaptado en nuestro país a través de las Cuatro Escalas de Comportamiento Infantil (ECI, Manga, Fournier y Navarredonda, 1995) que permiten obtener puntuaciones de padres y madres y profesorado en tres subfactores "atencionales" (desinterés por el estudio, déficit de atención y dificultades de aprendizaje) y uno de "hiperactividad".

Las listas generales de problemas ofrecen datos valiosos sobre síntomas de los problemas de conducta. Dentro de esta categoría encontramos: la Escala de Problemas de Conducta para Padres (EPC) que proporciona información sobre diversos comportamientos problemáticos y revelan algunos aspectos de la competencia social de los niños y niñas, y el Inventario de Problemas en la Escuela (IPE), dirigido al profesorado.

El EPC (Navarro, Peiró, Yacer y Silva, 1993) es un heteroinforme contestado por los padres y madres de niños y niñas de 3 a 16 años. Los datos proporcionan baremos separados para

ambos sexos y en tres rangos de edad diferente (3-5, 6-11, 12-16 años). Ofrece siete escalas: Problemas Escolares, Conducta Antisocial, Timidez / Retraimiento, Trastornos Psicopatológicos, Problemas de Ansiedad, Trastornos Psicosomáticos y Adaptación Social. Es un excelente instrumento de cribado para la evaluación de alteraciones psicopatológicas.

El IPE es un instrumento creado por Miranda, Martorell, Llácer, Peiró, y Silva, (1993). Esta escala es similar a la EPC para padres y madres. En este caso el cuestionario es completado por el profesor y analiza el comportamiento y los problemas que presentan los niños y niñas en el ámbito escolar. Tiene 92 ítems con tres alternativas de respuesta y contiene cinco subescalas: Problemas de Aprendizaje (PA), Conducta Antisocial (CA), Retraimiento (RE), Timidez-Ansiedad (TA) e Inadaptación Escolar (IE).

Específico para la educación Infantil destaca el Cuestionario de Conductas Problemática para Preescolares (CCP), para padres y madres y el profesorado de niños y niñas de entre 3 y 6 años (Miranda y Santamaría 1986). El CCP sirve para evaluar la conducta hiperactiva en niños(as) preescolares. Consta de 59 ítems, con tres alternativas de respuesta: La prueba consta de tres escalas: hiperactividad-déficit de atención, falta de control-irritabilidad y agresividad.

Por otro lado, es necesario utilizar escalas de socialización. Son de gran utilidad para orientar el tratamiento posterior con este alumnado, dado que la mayoría de ellos pre-

sentan desajustes sociales. Entre los diversos instrumentos de evaluación existentes caben citar: Batería de Socialización (BAS) de Silva y Martorell (1983) y la Escala de Socialización Escolar (ESE) de Pelechano y Bágena (1979).

La Batería de Socialización se elaboró para detectar varios aspectos de la conducta social en escolares. Evalúa la socialización de niños y niñas y adolescentes, en ambientes escolares y extraescolares. Existen diferentes versiones: para padres y madres (BAS-2) y para el profesorado (BAS-1). A partir de su aplicación se obtienen un perfil de socialización con cuatro escalas de aspectos facilitadores (liderazgo, jovialidad, sensibilidad social y respeto-autocontrol) y tres escalas de aspectos perturbadores (agresividad-terquedad, apatía-retraimiento, ansiedad-timidez). También se obtiene una apreciación global del grado de adaptación social. Aplicable de 6 a 15 años (BAS 1 y 2). La BAS-3 estudia la percepción que los propios sujetos tienen de su conducta social. Las dimensiones de conducta social que evalúa son: Consideración a los demás, autocontrol en las relaciones sociales, retraimiento social/timidez y liderazgo. Las edades de aplicación son de 11 a 19 años aproximadamente (6º de Primaria a Bachillerato o F.P.).

### 2.3.1.3. TÉCNICAS PARA LA OBSERVACIÓN DIRECTA DEL COMPORTAMIENTO

La observación del comportamiento del niño o niña en los contextos naturales es uno de los procedimientos de evaluación que pue-

den aportar datos más valiosos. Por un lado, permite conocer objetivamente las variaciones situacionales y temporales en la expresión de los síntomas del niño o niña ante las diferentes actividades que desarrollan en el aula o en el hogar. Y, por otro, aporta datos útiles de cara a planificar adaptaciones instruccionales, cambios en el ambiente físico o las modificaciones necesarias en las interacciones padres, madres-hijos, hijas, profesorado-alumnado y entre iguales.

Los procedimientos de observación directa son el complemento ideal y necesario en un proceso de evaluación de la conducta. Los registros de observación son los que permiten analizar antecedentes y consecuentes de las conductas para posteriormente desarrollar un programa cognitivo-conductual de intervención mucho más específico.

Entre los tipos de registro que se suelen utilizar están: el registro continuo de frecuencias, el registro de intervalo temporal, el registro de análisis de tareas, el registro operante discriminado y el registro de análisis funcional de la conducta.

Los elementos indispensables de la observación directa son: definir la conducta cuidadosamente, identificar las situaciones en que se observará la conducta, emplear a observadores informados para registrar la conducta y asegurarse de que la conducta se observa con exactitud y fiabilidad. La ventaja de la observación directa es que proporciona muestras de la frecuencia real o casos de las conductas antisociales o prosociales con-

cretas. También tienen ciertas limitaciones: las conductas más problemáticas suelen ser difícilmente observables directamente y, por otro lado, el acto de observar puede influir en su realización. Sin embargo, las observaciones aportan información única al muestrear la conducta directamente.

Lo habitual es desarrollar el propio registro de observación, aunque disponemos de bastantes procedimientos estandarizados: El Código de Observación de Conducta en el Aula de Abikoff y Gittelman (1985), adaptado por Avila de Encío y Polaino-Lorente (1991), ha mostrado ser muy útil para la observación en el ámbito escolar. El Registro de Conducta Infantil- Forma de Observación Directa de Achenbach (1986) ofrece resultados interesantes. El SOC-III-Interacciones familiares: Sistema de evaluación observacional (Cerezo, 1991). Permite evaluar los problemas de relación y agresión de niños y niñas con trastornos de conducta u otros problemas relacionados. Los periodos de observación con este sistema oscilan de 30 minutos a una hora, en intervalos de 15 minutos. La aplicación de este sistema requiere un entrenamiento de los observadores lo que contribuye a adecuados índices psicométricos.

El Sistema de Codificación de Conductas Hiperactivas de Barkley (1990) se utiliza en situaciones controladas y la observación se realiza mientras el niño o niña debe resolver una serie de tareas escolares. Las conductas a observar se engloban en cinco categorías: "fuera de la tarea", "movimiento motores"

(manos, pies, piernas...), “habla”, “jugar con objetos” y “estar fuera del asiento”.

#### 2.3.1.4.MEDIDAS APLICABLES DIRECTAMENTE AL ALUMNADO

En el caso del TDAH es necesario incluir medidas aplicables directamente al alumno o alumna. Esto incluiría pruebas de atención, las medidas de la impulsividad, los tests neuropsicológicos. (Servera, M., Bornas, X. y Moreno, I, 2001) y algún test estandar de inteligencia.

La prueba atencional más utilizada en el ámbito de la investigación son los Tests de Rendimiento Continuo (TRC). El Continuous Performance Test-CPT, es uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la atención sostenida. EL Conners's Performance Test-CPT II (Conners, 2000), evalúa los problemas de atención y diferentes indicadores de impulsividad. Normalmente consiste en que la persona observe en una pantalla la aparición de letras o números y responda, por un lado, pulsando la barra espaciadora del ordenador o el botón del ratón ante un estímulo o una combinación de los mismos; y por otro lado, inhibiendo la respuesta ante un estímulo inadecuado. Los errores de omisión y comisión han demostrado identificar y diferenciar significativamente a niños o niñas hiperactivos. Los errores de omisión suelen interpretarse como un reflejo de falta de atención sostenida; y los errores de comisión, como resultado de un pobre control inhibitorio-impulsividad.

También se puede optar por tests de “tachado”, y por el factor “libre de distractibili-

dad” del WISC-R compuesto por las pruebas de aritmética, dígitos y claves. En ambos casos los niños(as) hiperactivos normalmente rinden peor que la población que no presenta este tipo conducta.

Para la evaluación de la impulsividad se suele utilizar el test de emparejamiento de figuras familiares (Matching Familiar Figures Test. MFTT - Kagan 1965). A partir del original se creó el MFTT-20 (Cairos y Cammock, 1978) con 20 problemas en lugar de 12 y mejores características psicométricas que el original. Es aplicable a niños o niñas de 7 a 12 años. En esta prueba el sujeto debe hallar la figura idéntica a un modelo entre diferentes alternativas muy parecidas. Sin embargo esta medida de impulsividad cognitiva no parece ser claramente equiparable a la impulsividad social del alumnado con hiperactividad. Proporciona dos índices: el número de errores y la latencia a la primera respuesta. Las respuestas rápidas y erróneas se interpretan como un índice de impulsividad y señalan falta de control cognitivo. Se supone que el sujeto es incapaz de demorar la respuesta y de analizar los estímulos detenidamente para analizar la alternativa correcta.

El subtest de Laberintos de la Escala de Inteligencia Wechsler para Niños WISC-R, 2001, permite evaluar el estilo cognitivo reflexividad-impulsividad.

El Sistema de Diagnóstico de Gordon (1986), es un test de ejecución continua que cuantifica índices de atención e impulsividad. Las tareas de demora del Gordon Diagnostic Sys-

tem (GDS) parecen una alternativa más sólida como medida de impulsividad. El individuo se coloca ante un dispositivo computerizado que administra una serie de tareas y cada cierto tiempo debe apretar un botón azul que le proporciona puntos. El test de Vigilancia requiere del niño o niña la inhibición de respuestas cuando se puede lograr un estímulo en condiciones que requieren una atención sostenida. El test registra el número de respuestas correctas y el número de errores (omisiones o comisiones). El test de Control requiere de la persona que inhiba una respuesta para ganar puntos. Se solicita al niño o niña que apriete un botón, espere un momento y luego apriete el botón nuevamente, debiendo usar estrategias que le permitan la mayor ganancia posible de puntos. Esto proporciona información sobre la capacidad de la persona de sostener la atención y ejercer el autocontrol.

Por su parte, entre los test neuropsicológicos, El test de color y palabras de Stroop (Golden, 1994) evalúa la velocidad de procesamiento cognitivo, la velocidad para enfocar y reorientar la atención y la capacidad para hacer frente a la interferencia. El test de Stroop ha demostrado ser discriminativo, si bien su uso se restringe a la sintomatología impulsiva de los niños o niñas hiperactivos.

Por último, el subtest de movimientos de la mano de la batería de Kaufman (Kaufman y Kaufman, 1983) es el que mejores resultados ofrece, si bien también hay que restringirlo a una parte muy concreta de la amplia

sintomatología hiperactiva: problemas en la motricidad fina.

Más información sobre pruebas para la evaluación de variables intervinientes y relacionadas con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, se puede encontrar en el manual “Dificultades en el aprendizaje: Unificación de criterios diagnósticos”; volumen II: “Procedimientos de Evaluación y Diagnóstico”; capítulo 11: “Evaluación específica del TDAH” (Romero J.F. y Lavigne R., 2006).

## 2.4 DETECCIÓN DEL TDAH EN LA ADOLESCENCIA Y VIDA ADULTA

Para el diagnóstico puede utilizarse la Escala autoaplicada de TDAH en el adulto (Adult Self-Report Scale, ASRS v-1.1) o los criterios de Utah para el trastorno por déficit de atención del adulto mediante Wender UTA Rating Scale WURS (1993). En el caso de los adolescentes de 11 a 18 años, siguiendo el sistema de evaluación de Achenbach, también se puede usar el cuestionario autoadministrado YSF 11-18 (Youth Self- Report). Este cuestionario



completa la información recogida a partir del Inventario del Comportamiento de niños y niñas y adolescentes de 6 a 18 años para padres y madres (CBCL/6-18) y para el profesorado (TRF/6-18).

Para la evaluación en estas edades, también es importante tener en cuenta la comorbilidad con otros trastornos. Los más comunes en adolescentes y adultos son trastornos afectivos bipolares, trastornos por ansiedad, patología dual (con conductas adictivas), trastornos de aprendizaje, trastornos de conducta (antisocial) y trastorno límite de la personalidad.

Especialmente importante en el ámbito educativo es destacar que según diversos estudios, Néstor Szerman (2008), el TDAH aumenta el riesgo de un trastorno por uso de sustancias y es un predictor de un comienzo muy precoz del abuso de sustancias en adolescentes. Se cree que entre un 15-45% de los pacientes en tratamiento por un trastorno por uso de sustancias pueden haber padecido un TDAH en la infancia y adolescencia. Los adolescentes con diagnóstico previo de TDAH presentan, de forma significativa, mayor prevalencia de abuso-dependencia de alcohol y otras drogas.

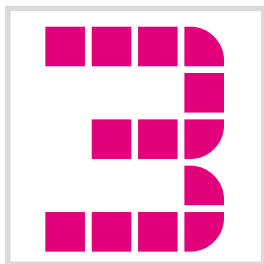
En resumen, no hay que descartar que algunos de los adolescentes que manifiestan importantes problemas comportamentales en el ámbito escolar, puedan padecer un TDAH, que no haya sido diagnosticado antes, que le están generando problemas adaptativos importantes y que por tanto pudiera beneficiarse de los tratamientos apropiados en esta

patología, que como veremos posteriormente descansa en tratamientos médicos, familiares e intervenciones psicopedagógicas.









## NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

**N**o pueden establecerse las mismas necesidades educativas para todo el alumnado, debido a la gran variedad de síntomas, problemas y alteraciones. A continuación desarrollamos aquéllas que normalmente van asociadas a los Trastornos Graves de Conducta:

- Necesidad de un ambiente estructurado y predecible.
- Necesidad de una ubicación especial en el aula clase que facilite su rendimiento y concentración (se recomienda delante, en las primeras mesas).
- Necesidad de reducir la estimulación ambiental (controlar al máximo los estímulos distractores).
- Necesidad de un reforzamiento social más explícito que le facilite la conexión como contingencia de las conductas deseables que queremos implantar y que genere la motivación y la vinculación al proceso.
- Necesidades socio-afectivas relacionadas con las limitadas relaciones con sus iguales y las experiencias de fracaso social.





- Necesidades relacionadas con las dificultades de comprensión y aceptación de límites y normas.
- Necesidades asociadas a la escasa vinculación al grupo clase y a la comunidad educativa. Necesidad de que el centro escolar busque la complicidad con la familia.
- Necesidad de vigilar su autoestima.
- Necesidad de contar con recursos que supervisen su trabajo.
- Necesidad de contar con personas que les acompañen mientras son capaces de aprender las conductas prerequisites para el aprendizaje y el tiempo y lugar requerido en los desplazamientos (para los más pequeños con gran inquietud motora e impulsividad).
- Necesidad de entrenamiento en:
  - Habilidades de autocontrol y en autoinstrucciones que le permitan regular su impulsividad.
  - Habilidades de orientación y control espacio-temporales.
  - Habilidades de focalización y mantenimiento de la atención.
  - Habilidades metacognitivas que le ayuden a reflexionar sobre sus propios procesos mentales, lo que hace y cómo lo hace.
  - Habilidades de solución de problemas. (definición del problema, comprensión de los sentimientos y objetivos propios y del otro, generación creativa de

alternativas, valoración en base a las contingencias, toma de decisiones y feedback).

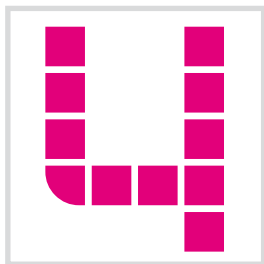
- Habilidades socio-afectivas que le ayuden a ponerse en el lugar del otro (escucha activa, comunicación no verbal, empatía y toma de perspectiva).

- Habilidades sociales y asertividad que desarrolle sus competencias sociales y emocionales facilitando sus relaciones interpersonales y su adaptación social y escolar. Habilidades relacionadas con la generación de locus de control interno y responsabilidad personal.

- Habilidades grafomotrices y visoperceptivas.

- Habilidades de comunicación lingüística oral y escrita.





## ACTUACIÓN EDUCATIVA

### 4.1. ESCOLARIZACIÓN DEL ALUMNADO

#### 4.1.1. ASPECTOS GENERALES

**P**ara estudiar la respuesta educativa al alumnado con Trastornos Graves de Conducta hemos de considerar las siguientes circunstancias para adecuar e individualizar la respuesta al caso concreto que lo requiere:

- Nivel educativo en el que se encuentra escolarizado el alumno o alumna. El contexto, los recursos, organización y el tipo de respuesta varían sustancialmente en este punto.
- Organización del contexto educativo. Es muy importante conocer las particularidades de cada centro escolar, su experiencia en integración de alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo. Habrá que valorar los siguientes aspectos:
  - Existencia de medidas previas de atención a la diversidad recogidas en el Plan de Centro. Se trata de conocer el grado



de aceptación y respuesta a las necesidades educativas. Existen centros educativos en los que tradicionalmente (por su dotación), han atendido alumnos y alumnas con N.E.E. y otros en los que la incorporación de dicho alumnado resulta muy novedosa. Generalmente, en los primeros suele resultar más rápida la puesta en marcha de medidas de atención, una vez que quedan claras las necesidades del alumnado con trastornos de conducta.

- El Plan de Convivencia y Aula de Convivencia. Los centros que tradicionalmente han trabajado en planes de mejora de la convivencia: aula de convivencia, tutorías de iguales, compartidas, mediación, etc., parecen tener mayor flexibilidad para organizar la respuesta educativa y el tratamiento disciplinar de este alumnado.

- Número y tipología del alumnado con necesidades educativas especiales y recursos de atención a la diversidad que requieren. Parece todavía novedoso atender de forma individualizada al alumnado con TGC en los centros educativos.

#### **Recursos personales y materiales disponibles:**

La dotación que posea un centro y los recursos que administra, van a condicionar la elaboración del Plan de Actuación Individualizado

(Proyecto integrado de trabajo que se debe elaborar para adecuar y coordinar la respuesta a las necesidades del alumnado con trastorno grave de conducta).

Es fundamental investigar sobre el profesorado que trabaja con este alumnado, su disponibilidad horaria y priorizar la atención del alumnado con TGC respecto a otros grupos de alumnos y alumnas con necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE) en cuanto a la atención especializada por parte del profesorado de pedagogía terapéutica (PT) en el aula de apoyo a la integración, que con frecuencia atiende a alumnos y alumnas que tradicionalmente denominábamos de dificultades de aprendizaje o desfavorecidos socio-educativamente.

Debemos tener claro que el alumnado con TGC entra a formar parte del grupo de necesidades educativas especiales (NEE) conforme al actual marco normativo. En ocasiones, es necesario subrayar esta idea puesto que algunos alumnos y alumnas TGC no presentan desfase curricular ni dificultades de aprendizaje, especialmente el alumnado con Trastorno Disocial, (aunque suele ir asociado en el alumnado con TDAH). Este alumnado puede presentar una disposición negativa a la asistencia al aula de apoyo a la integración, por lo que será necesario buscar sus intereses y despertar la motivación necesaria para el desarrollo de programas específicos de entrenamiento en las competencias y habilidades de carácter cognitivo, social y emocional que sean necesarios.

Consideramos recursos útiles y necesarios para todo el alumnado que sufre TGC: el pro-

fesorado de pedagogía terapéutica, de apoyo curricular, de aulas de convivencia, segundos tutores o tutoras, monitores o monitoras con conocimientos de control conductual, educadores o educadoras sociales, orientadoras y orientadores y el profesorado o personal que trabajen en el centro en el plan de apertura o acompañamiento (aula matinal, extraescolares, etc.). No olvidemos que, bajo ciertas condiciones, es posible contar también con determinados alumnos y alumnas del centro que por sus características personales pueden favorecer la integración. Nos estamos refiriendo al alumnado ayudante, a mediadores o representantes de asociaciones de alumnos y alumnas o juveniles.

En cada caso, habrá que estudiar los recursos disponibles y organizar el refuerzo o la flexibilización horaria contando con todos los profesionales que pueden favorecer la inclusión escolar y social del alumnado.

Es necesario conocer que servicios y proyectos se desarrollan en el centro, pues en ocasiones, es posible que estas personas puedan integrarse en algunos de dichas iniciativas. Nos estamos refiriendo a proyectos de compensación educativa, de bibliotecas, de acompañamiento, interculturalidad, diversificación curricular, Programas de Cualificación Profesional Inicial (P.C.P.I.), cualquiera de dichos proyectos pueden ayudarnos a encontrar la motivación para continuar estudios o ampliar las posibilidades de socialización, tan limitadas para estos alumnos y alumnas y que, en algunos casos, son apartados de dichas actividades restándoles oportunidades, que podrían resultar

clave para recuperar la vinculación afectiva al centro escolar.

### **Vinculación con otros Servicios:**

La colaboración con otras administraciones es especialmente importante para el alumnado con Trastorno Disocial. Ya hemos explicado anteriormente que se trata de un problema en el que la familia interviene de manera decisiva. Un elevado número de familias de nuestros alumnos y alumnas con problemas de conducta son sujeto de intervención por los Servicios Sociales. En ocasiones, poseen un largo expediente, en el que se incluye intervenciones del Equipo de Tratamiento Familiar y de los Servicios Comunitarios. También es frecuente, la participación de Protección y Fiscalía de Menores.

Igualmente, ocurre con los Servicios de Salud Mental, en todos los casos incluyendo al alumnado con TDAH o Trastorno Negativo Desafiante. En otras ocasiones es nuestra intervención la que deriva las actuaciones a los Servicios Sociales y al Servicio Andaluz de Salud.

Debemos señalar la importancia de la coordinación con dichas administraciones, en muchos casos, el éxito de la intervención con el alumnado con trastornos de conducta se debe a la colaboración y reparto de tareas para la formación y atención a las familias de este alumnado.

Es prioritario abrir canales de comunicación, para, de forma confidencial, triangular evaluaciones y valorar la aplicación de terapias y tratamientos, (farmacológicas, psicoterapéuticas y de otro tipo).

En el caso del alumnado con TGC, la concepción sistémica y ecológica del caso, nos aporta mayores posibilidades de intervención. Cuando la actuación es realmente coordinada, y existe corresponsabilización, genera resultados consistentes.

#### 4.1.2. PROCESO DE ACTUACIÓN ANTE SOSPECHAS DE TRASTORNOS GRAVES DE CONDUCTA

Observar si presentan comportamientos inadecuados indicados en los signos de alerta y se producen con mayor frecuencia, duración e intensidad que en el resto de la población de su misma edad.

Verificar que se producen en al menos en dos ambientes o contextos (en casa, en el colegio, con los compañeros...), que se mantengan más de seis meses y que puedan generar un deterioro de las relaciones personales, del proceso educativo y del entorno social.

Demandar la actuación del orientador u orientadora del Equipo de Orientación Educativa (E.O.E.) o del Departamento de Orientación del Instituto (D.O). para que realice la evaluación psicopedagógica e identifique sus necesidades educativas.

Estos servicios de orientación podrán solicitar el asesoramiento de los Equipos de Orientación Educativa Especializados para el alumnado con TGC en relación al proceso de evaluación psicopedagógica y el plan de actuación individualizado, sobre todo si las circunstancias de

este alumnado son de mayor complejidad.

Si se confirma por los servicios de orientación las sospechas de que se puede tratar de un Trastorno del Comportamiento, es conveniente y necesario la derivación a los servicios de salud a través de la familia (al pediatra y a través de éste, a los servicios de salud mental), o mediante protocolos de derivación acordados en programas como el “Forma Joven” (programa interinstitucional de las Consejería de Salud, Igualdad y Bienestar Social y Educación) tanto para la confirmación del diagnóstico clínico, como para recibir tratamiento especializado, si es necesario.

El E.O.E emitirá un Dictamen de Escolarización en el que se hará constar la modalidad de escolarización más conveniente y los recursos necesarios.

Se explicará al centro y especialmente al equipo educativo que necesidades se aprecian en el alumno o alumna y se organizarán todas las medidas a aplicar, que deberán reflejarse en el plan de actuación individualizado, contemplando, en su caso, la coordinación interinstitucional entre el centro educativo, los servicios de salud y /o sociales.

En general, se espera que con todas estas actuaciones quede atendido y responda positivamente a la intervención.

### 4.1.3. MODALIDADES DE ESCOLARIZACIÓN

La escolarización de este alumnado debe seguir los principios de normalización e inclusión.

En muchos casos la modalidad más idónea es la de tiempo completo en el aula ordinaria, incluyendo en su adaptación curricular las orientaciones metodológicas que se detallarán más adelante (ubicación, estructuración de tiempos y tareas...), y el uso de técnicas cognitivo- conductuales (contratos pedagógicos, programas de economía de fichas, reforzamientos, tiempo fuera...).

En algunos casos es conveniente la modalidad de aula ordinaria con apoyos en períodos variables, en la que el alumnado es atendido en períodos variable en el aula de apoyo a la integración para recibir apoyo en las áreas instrumentales, así como para desarrollar determinados programas, en este caso con una atención más individualizada o en pequeño grupo (autoinstrucciones, atención, educación emocional, enseñar a pensar, habilidades sociales...).

En ambos casos, a veces, puede ser necesaria la existencia de un recurso personal extraordinario dentro del aula (el profesorado de apoyo al ciclo, de pedagogía terapéutica, monitor o monitora), para ayudar, casi siempre con carácter temporal, a la supervisión y el control del alumno o la alumna.

Sólo en los casos más graves, casi siempre cuando el trastorno de comportamiento está asociado a algún trastorno mental, puede es-

tar indicada la escolarización en aulas o centros específicos.

## 4.2. MEDIDAS DE ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD

### 4.2.1. ÁREAS DE INTERVENCIÓN PRIORITARIA Y ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

Entendemos que las áreas de intervención se encuentran estrechamente ligadas a las necesidades de nuestro alumnado, expresadas anteriormente. A continuación desarrollamos las orientaciones metodológicas encuadrándolas en los ámbitos en los que se incide sobre el alumnado y se organiza la respuesta escolar.

### 4.2.2. ORIENTACIONES A NIVEL DE CENTRO

Un centro escolar es un instrumento de socialización. Siendo realistas, tenemos que confluir en la idea de que en la actualidad se está presentando un alto porcentaje de alumnos y alumnas con dificultades en el área de conducta y la comunidad educativa tiene la obligación de responder a esta demanda. Para planificar la intervención, es prioritario, acordar pautas de convivencia que faciliten progresivamente la actuación del alumnado respecto a los requerimientos del aprendizaje. Es muy necesario que se produzca complici-

dad y corresponsabilización a éste respecto, en la comunidad educativa.

Resultaría eficaz considerar que los casos de alumnado con TGC son una realidad que requiere una respuesta adaptativa del entorno escolar y que puede ayudarnos a instaurar actuaciones más adaptadas a las necesidades de la comunidad educativa actual. Entendiendo los esfuerzos que pueden desprenderse de la actualización de fórmulas educativas, sería adecuado proponer un proyecto de autoformación con el objetivo de encontrar la disposición educativa idónea para responder a las necesidades de los alumnos y alumnas con problemas de conducta. Cuando la comunidad educativa se propone un proyecto común de renovación, es más probable que dichas fórmulas se consoliden y garanticen la atención al alumnado que las demanda.

En definitiva el Proyecto Educativo de Centro debe ser actualizado. El Reglamento de Organización, El Plan de Convivencia, El Plan de Formación del Profesorado, El Plan de Acción Tutorial y Plan de Atención a la Diversidad, deben ser modificados recogiendo actuaciones específicas para nuestra población. Hemos de hacer hincapié en la necesidad de modificar el régimen disciplinario. Particularmente en lo referente a las conductas y actitud del alumnado con TGC. Los partes de disciplina y la aplicación de sanciones, en estas personas, requiere la individualización de la actuación. Deben tener un carácter educativo y recuperador, tendente a aumentar la capacidad de control y responsabilización del alumno o la alumna.

Sería muy positivo, aprovechar la oportunidad para dotar al centro de recursos para la mejora de la convivencia y definir el Plan de Mejora de la Convivencia.

A este respecto, los siguientes instrumentos pueden ser utilizados específicamente en el alumnado con problemas de conducta.

- **Las Aulas de Convivencia:** pueden ser utilizadas para ayudar a reflexionar sobre las conductas menos adaptativas y sus consecuencias. Para este grupo de alumnos y alumnas con déficit en las estrategias de control, exceso de impulsividad, y problemas en las habilidades sociales pueden ser un lugar de reflexión y entrenamiento. Disponiendo de un formato estándar, se pueden entregar guías de reflexión; en las que el alumno o alumna defina el problema, busque y valore alternativas y ponga en marcha las soluciones más adecuadas.

Las aulas de convivencia también pueden ser utilizadas como recurso para la aplicación del Tiempo Fuera. Tanto en primaria como en secundaria, disponiendo de profesorado implicado, pueden favorecer la aplicación de programas de modificación de conducta.

- **Las metodologías que se basan en la participación del alumnado, como por ejemplo, los alumnos y alumnas ayudantes, los representantes interculturales...** Para el alumnado con problemas de conducta, ser el protagonista o responsable de actuaciones supone la oportunidad de captar la atención y en ocasiones de gozar de una mayor libertad de movimientos en la clase. Muchos alumnos y alumnas con Trastorno Negativista

Desafiante responden de forma excelente si se responsabilizan de una labor en exclusiva. Estas tareas aumentan su autoestima y nos dan la opción de reforzarlos positivamente por su buena conducta (“pillarlos actuando bien”).

- **Tutoría de iguales:** Para el alumnado con TDAH es muy recomendable que sea tutorizado por algún alumno o alumna que le ayude a controlarse o a motivarse hacia el logro. Son reseñables las actuaciones con alumnos o alumnas denominados “secantes”, sentados junto a los que presentan hiperactividad. Los comportamientos de dichos alumnos y alumnas, menos reactivos y especialmente pacientes facilitan la integración en el aula.

- **Alumnado mediador:** la participación del alumnado con TGC en los Equipos de Mediación, puede producir el aprendizaje de ciertas habilidades muy deficitarias en ellos o ellas. La mediación puede ofrecer experiencias de aprendizaje de habilidades sociales y emocionales para este alumnado, tanto como objeto como sujeto de la misma. Escucha activa, habilidades de resolución de conflictos, empatía, toma de decisiones y toma de perspectiva son susceptibles de aprendizaje, participando en la mediación.

A propósito de la aplicación de la disciplina, es importante señalar que el alumnado con problemas de conducta deberían ser sancionado de forma razonable y proporcional por cuestiones como: no traer

el material, negarse a realizar los trabajos o interrumpir el desarrollo de las clases. Entendemos que dichas conductas se encuentran dentro de las propias del trastorno y por tanto, susceptibles de actuaciones terapéuticas y no únicamente sancionadoras. Especialmente cuando dichas sanciones suponen la pérdida del derecho a la asistencia a clase durante largos períodos de tiempo (de 5 a 29 días). Con este grupo de estudiantes, tendremos que ser creativos y valorar otras fórmulas que no les resten experiencias socializadoras y oportunidades de inserción.

Con estos alumnos y alumnas cuya tendencia es sentirse excluidos y dónde el resentimiento y el bajo autoconcepto ya los apartan “per se” de sus compañeros y compañeras, deberemos esforzarnos en aplicar “medidas de acceso” que los vinculen afectivamente a su grupo-clase.

El centro escolar y el profesorado necesitan apoyo institucional, formación e información sobre el TDA-H y los TGC en general. Sería recomendable, elaborar un proyecto educativo de continuidad para este alumnado, incluyendo mediadas curriculares, organizativas y de orientación y tutoría, que deberá asumir todo el profesorado.

Además, la documentación básica del centro escolar debería incluir la creación de una estructura de apoyo a los tutores y tutoras y al profesorado que se encargan de la atención directa a los alumnos y alumnas



con TDA-H lográndose con ello tres objetivos fundamentales:

- Asumir la responsabilidad profesional de forma colegiada, repartir las cargas y coordinar los esfuerzos entre todo el profesorado.
- Proporcionar al profesorado que atiende directamente al alumno con TDA-H momentos de descanso y de liberación de estrés.
- Aplicación de formas organizativas variadas que permitan la atención más personalizada: grupos flexibles, desdoblados con apoyo curricular y atención especializada en el aula de apoyo a la integración.

El Plan de formación del profesorado deberá encauzarse hacia la búsqueda de recursos y estrategias educativas más eficaces a las necesidades de nuestro alumnado.

La inclusión en los Proyectos Curriculares y en las programaciones de aula, de contenidos de enseñanza y aprendizaje, y metodologías que respondan a las necesidades educativas típicas del TDA-H: funciones de planificación y ejecutivas, procesos cognitivos básicos como los de atencionales y metacognitivos, desarrollo de hábitos de organización, orden y planificación, adquisición de autonomía y autocontrol. Por ejemplo, deberíamos proponer la implantación de la agenda, la presentación visual de la información, la organización de pautas de trabajo y la ampliación del tiempo de respuesta como mínimo.

La creación de la figura profesorado-enlace (algunos países como en los EE.UU disponen de ella con resultados significativos): dicha persona realizaría funciones específicas con los alumnos TDA-H y sus familias. Consideramos que puede resultar útil designar un responsable en cada centro para el alumnado con TGC.

Se encargaría, por un lado de ser el responsable de atender a las familias con hijos o hijas que presenten este problema; de forma que los padres y madres o tutores legales podrían estar más tranquilos sabiendo que existe un referente, que entiende las necesidades de ellos o ellas. Por otra parte, se encargaría de tutelar al alumnado e instruir a los compañeros y compañeras y profesorado en el manejo y fórmulas idóneas de trabajo con el alumnado que presentan TDA-H o TGC en general.



### 4.2.3. ORIENTACIONES A NIVEL DEL AULA.

#### Medidas organizativas para el alumnado con TDAH:

- Diseño y puesta en práctica de un clima de aula estructurado, claro y seguro.
- Conocimiento del equipo educativo del trastorno del alumno o la alumna y del trato que precisa como tal. Coordinación explicitada en acuerdos del equipo educativo respecto al tratamiento.
- La colaboración en la aplicación de las medidas y en la adaptación de materiales entre el aula ordinaria y el aula de apoyo a la integración. Mediante la anticipación de las actividades, el uso de la agenda, y a través de instrucciones sencillas y claras. En algún caso, puede ser conveniente la supervisión frecuente del alumnado, especialmente en los momentos de transición (cambios de clase, traslados, recreos...).
- Prever las ayudas personales a las que recurrir en caso de que sea necesario: co-tutorización de este alumnado mediante la creación de la figura del alumno o alumna ayudante, profesorado de guardia, profesorado de apoyo, monitor o monitora, orientador u orientadora, profesorado de Pedagogía Terapéutica, etc.
- Organizar la jornada de este alumnado favoreciendo su integración y rendimiento en base a los recursos del centro. Por ejemplo, cuando sea posible el profesorado de P.T. podría trabajar ofreciendo el apoyo dentro del aula.
- Ubicación de este alumnado en un grupo no excesivamente numeroso, tranquilo, estable, estructurado y fácilmente predecible:
  - Establecer una regulación de los recorridos habituales (buscar la mejor ubicación de los materiales del aula, los murales, la papelería, etc).
  - Evitar lugares de paso, ruido, cerca de la ventana o de la papelería...
  - Situar a este alumno o alumna cerca del profesor o profesora.
  - Controlar estímulos visuales y sonoros.
  - Establecer en el aula, de forma explícita y pública, pocas normas, claras, utilizando claves para su mejor comprensión (carteles, pictogramas, script sociales, canciones,...) expresadas en términos positivos, es decir, el comportamiento adaptativo deseado (por ejemplo, es más eficaz indicar "permanecer sentado" en vez de "no levantarse") así como consecuencias consensuadas y aceptadas. Mostrarse firme en el cumplimiento de las reglas, evitando las amenazas.
  - Regular mediante normas el uso del material común y personal.
  - Asignar alguna responsabilidad a estas personas en el aula y establecer "cargos" de forma rotativa.
  - Concretar los procedimientos de ayuda mutua entre compañeros y compa-

ñeras (tutoría de alumnos y alumnas, ayuda entre iguales).

- Manifestar expectativas positivas, actitudes respetuosas; potenciando la autoestima y la vinculación afectiva al grupo clase.

- Observar los momentos de mayor rendimiento de este alumnado y estructurar las tareas en función de los mismos. (generalmente, su punto de óptimo rendimiento se sitúa en las primeras horas de la mañana, antes del recreo).

- Combinar diferentes formas de agrupamiento en función de la motivación y de la respuesta de éste a las diferentes actividades.

- Proponer tareas estructuradas, cortas (10-15 minutos), bien secuenciadas, explicitando los pasos a seguir, asegurando el éxito en las actividades proporcionando las ayudas verbales, manipulativas, visuales necesarias y evitando los errores.

- El material de aprendizaje deberá ser altamente estimulante, ya sea por su formato, color, etc. aunque sin exceso de estímulos que no sean relevantes para la tarea.

- Identificar el tiempo medio que suele trabajar sin distraerse y supervisar con frecuencia el trabajo para orientarlo.

- Ayudar a este alumnado que verbalice sus acciones para facilitar las funciones ejecutivas.

- Emplear calendarios y agendas sencillas que permitan estructurar las tareas, la jornada escolar o rutinas... Diseñar una hoja de registro positiva para anotar los progresos del alumno o alumna.

- Utilizar diferentes tipos de refuerzo contingente a la conducta, si es posible, alternativa e incompatible con la inadecuada. Se debe reforzar todas las conductas de mantenimiento de la atención sobre el material de aprendizaje. Puede ser útil algún programa de economía de fichas individual y grupal también. Así como enseñarle a autorreforzarse. Es útil utilizar cronómetros para controlar los tiempos de concentración y descanso. Para los alumnos y alumnas más pequeños el tiempo mínimo de rendimiento conllevaría la administración de reforzamiento inmediato (una ficha). Los tiempos mínimos deberán aumentarse según avance el programa y dependiendo de la edad del alumno o alumna.

- Proporcionar biofeedback respecto su comportamiento para que sea consciente de sus acciones.

- Establecer en el aula alguna zona para relajarse, dedicando algunos minutos cada día para esta actividad.

### **Medidas organizativas para el alumnado con trastorno negativo desafiante y trastorno disocial**

En general, todo lo expuesto conviene igualmente para el alumnado con trastorno disocial

y trastorno negativista desafiante, sin embargo daremos algunas pistas. En este nivel de aula, es recomendable emplear diferentes estrategias de gestión de aula, que favorezcan un adecuado clima social, basado en un sistema de disciplina participativa. Uno de los programas experimentales que establecen orientaciones para intervenir educativamente con el alumnado a nivel de aula es el programa Golden5 ([www.golden5.org](http://www.golden5.org), programa interinstitucional entre varios países europeos –España, Italia, Noruega, Bélgica y Polonia, coordinado por la profesora Dra. M<sup>a</sup> José Lera de la Universidad de Sevilla), del cuál extraeremos los siguientes pasos, claves en la gestión del aula:

- 1.1. **Flujo y Continuidad:** No dejar que un comportamiento interrumpa la lección o el trabajo, intentando gestionar la mala conducta y al mismo tiempo, seguir impartiendo la clase. Algunos ejemplos que pueden ser utilizados es mirar la persona a los ojos, comunicar una clave, resolver los conflictos a un nivel bajo, indicar con la mano, mantener contacto físico, estar más cerca, etc.
- 1.2. **Atención:** Poner atención y alabar ante la clase completa, conductas positivas o comportamientos y actitudes que queremos se repitan.
- 1.3. **Proactividad:** Resolución de problemas en niveles bajos (en privado, voz baja, cerca del alumno, antes o después de la clase).
- 1.4. **Progresión:** Construir un sistema de gestión del comportamiento usando

claves no-verbales para la atención grupal (como pudiera ser elevar las manos), informar sobre la conducta esperada, siendo un modelo de relaciones (como el aproximarse a los alumnos y alumnas, hablar bajo), etc.

- 1.5. **Prevención:** Pensar acerca de lo que puede suceder en clase y estar preparado o preparada.
- 1.6. **Reaccionar y moldear:** Hablar con el alumno o alumna después de la clase y llegar a acuerdos de qué hacer en la siguiente sesión, conversar sobre los posibles comportamientos alternativos o informar sobre la relación reacción/consecuencia de parte del profesor o profesora si la conducta negativa continua.
- 1.7. **Matching:** Ajustándose, asegurarse de que las propias reacciones parezcan razonables frente al comportamiento problemático. Es importante no escalar en el conflicto y si este fuese intenso al principio, bajar el nivel, sonreír, agradecer y mirar a los ojos.
- 1.8. **Sincronización:** Abordar el comportamiento problema tan pronto como sea posible.
- 1.9. **Momentum:** Asegurarse de organizar las actividades y las instrucciones en secuencias sucesivas y naturales. Cuando las actividades no siguen un orden natural, la pérdida de control es más fácil que ocurra, por distracción, falta de condiciones, etc.

- 1.10. Anclar y proyectar:** Este paso consiste en organizar el tiempo para “anclar” y proyectar la próxima lección cuando se está terminando una sesión. Para los estudiantes es importante saber lo que se ha hecho y lo que se ha aprendido, que estuvo bien y qué se aprenderá la próxima lección.
- 1.11. Rompiendo Moldes:** Analizar los patrones de comportamiento del alumnado o entre el profesorado y éste y hacer algo fuera de lo normal o esperado.
- 1.12. Recordando:** Escribir todos los mensajes en la pizarra.

También resultan útiles las siguientes sugerencias:

- Centrarse en las conductas, no en características personales.
- Dirigirse al alumnado por su nombre.
- No usar gestos, palabras o tonos de voz despectivos.
- Mirar al alumno o alumna, usar gestos adecuados, aproximarse a él.
- Informar de cuál es la conducta esperada.
- Apercebir en privado (o en voz baja, con una mirada, cerca del alumno o alumna) y alabar las conductas adecuadas.
- Prestar atención a conductas positivas alternativas.
- Prestar atención al alumnado cuando está trabajando, facilitar ayuda cuando la necesite, y llegar a acuerdos de trabajo y/o conducta con ellos y ellas.

- Usar alguna cualidad positiva del alumno o alumna como referencia común en el aula.
- Informar de las consecuencias que se derivan si la conducta negativa persiste. Ser firmes y consistentes en la aplicación de las medidas disciplinarias, informar a este alumnado y tener la seguridad de que ha entendido las consecuencias de su comportamiento.
- Hablar bien del alumno o la alumna en presencia de otros adultos o compañeros.
- Saludar y mostrar reconocimiento cuando nos encontremos al alumno o alumna fuera del aula.
- Capacidad para ponerse en el lugar de este alumnado y de negociar, según el tipo de conducta y siempre que no se produzcan situaciones de violencia o acoso en cualquier de sus modalidades.
- Es muy poco recomendable entrar en confrontación directa con el alumno o la alumna. En ocasiones, su intención es hacernos perder el control y despistarnos de la tarea que pretendíamos que hiciese. Si esta situación, aparece es mejor contar un tiempo-fuera tanto para el profesorado como para el alumnado. Es mejor recuperar el control y no dejar ver cuáles son nuestras debilidades (nerviosismo, pérdidas de control, amenazas) en la interacción con los menores. De ninguna forma, esto supone que debemos dejarle hacer su voluntad, más aún,

nuestra propuesta es la de crear un ambiente altamente estructurado en donde este alumnado sepa qué debe hacer en cada situación. Ante pautas consistentes de educación, éste suele reducir los intentos de generar enfrentamiento.

#### 4.2.4. ORIENTACIONES A NIVEL INDIVIDUAL

De acuerdo con el Plan de Intervención en el aula de apoyo a la integración se desarrollarán las recomendaciones de tipo organizativo y curriculares indicadas anteriormente para el aula ordinaria. El tratamiento especializado, lo realizará el Profesorado de Pedagogía Terapéutica. Además, establecerá la coordinación con el equipo educativo, respecto al seguimiento de la adaptación y la implementación de los programas específicos.

Desde nuestra perspectiva, el profesorado de apoyo a la integración, no debiera focalizar su trabajo en las áreas instrumentales, sino que tendrá que priorizar las necesidades que los caracterizan. Estas son; déficit de funciones ejecutivas, control conductual e integración social.

##### **Adaptaciones curriculares:**

En las adaptaciones curriculares se deben contemplar:

- Adaptaciones curriculares no significativas que afectan a la metodología, actividades y procedimientos de evalua-

ción. Anteriormente se han explicado algunas orientaciones metodológicas. Todas las modificaciones tanto de materiales (presentaciones visuales), como de los procedimientos de instrucción y las adaptaciones de acceso al currículo (pautar las preguntas de los exámenes, conceder más tiempo) deberán ser recogidos documentalmente.

- Adaptaciones curriculares significativas, sólo necesarias en el caso de que el Trastorno de comportamiento lleve asociado un desfase curricular importante.

##### **Orientaciones para el diseño de las adaptaciones curriculares:**

- Priorizar objetivos que aumente el grado de autonomía personal, habilidades sociales y comunicativas y el nivel de su lenguaje.
- Reforzar el desarrollo perceptivo y la organización espacio-temporal y el razonamiento aplicado a éstas.

##### **Adaptación de contenidos y actividades:**

- Adaptar las tareas académicas a las capacidades cognitivas y ejecutivas (de atención, ejecución y control) del alumnado.
- Dividir cada actividad en una secuencia de tareas más cortas, indicando un tiempo límite para la realización de cada una de éstas.
- Aumentar la novedad, la estimulación o el atractivo de las propuestas de actividad y de las explicaciones (estrategias didácticas de motivación).



- Establecer rutinas de actividad con límite de tiempo (recorrir a señalizadores visuales o auditivos).
- Proponer actividades específicas para enseñar a relajarse.
- Proponer programas para incorporar la metacognición y la autogestión: aumentan la concentración, pensar, organizar, planificar y demorar la respuesta.
- Programar a lo largo de la jornada descansos funcionales y cambios o combinaciones de tipo de actividad (escolares con otros ejercicios complementarios como los de relajación,...) o de la respuesta (anticiparse a las necesidades de movimiento del alumno o la alumna, intercalar actividades motrices con las cognitivas, prever y permitir respuestas gráficas, orales o mecánicas/motrices...).
- Programar la jornada colocando en las primeras horas las áreas más exigentes; y en cada sesión en primer lugar los contenidos más relevantes.

### Utilizar estrategias metodológicas adecuadas:

- a) Mantenimiento de un feed-back frecuente, con consecuencias muy contingentes y perfectamente organizadas, sistematizadas y planificadas.
  - Programar los refuerzo y ganancia inmediatos al principio, mediante consecuencias relacionadas con su conducta, seguidas de la aprobación social.
  - Estudiar y seleccionar reforzadores materiales, sociales o de actividad potentes y variados.
  - Promover la consecución individual, grupal o colectiva de premios.
- b) Planear los sistemas y procedimientos a utilizar para el control del comportamiento disruptivo (técnicas de modificación de conducta, técnicas cognitivas, aplicación del reglamento de organización y funcionamiento, etc.).
  - Aplicar técnicas de economía de fichas.
  - Pactar complicidades (señales y gestos para reconducir y valorar).
- c) Establecer y utilizar estrategias para captar y mantener la atención.

El momento inicial de cualquier actividad (cuando se presenta la tarea, se dan las instrucciones y/o explicaciones relacionadas con ella...) es fundamental y básico para desarrollar eficazmente la tarea posterior. Es por ello que cuidar





especialmente este momento y garantizar que el alumno o alumna atiende y comprende lo que tiene que hacer es nuestro primer objetivo.

### **Adaptar las estrategias y procedimientos de evaluación**

- Establecer, enseñar y exigir la autocorrección y auto evaluación como procedimiento habitual.
- Ejercer constantemente la evaluación formativa.
- Utilizar procedimientos de evaluación adaptados (exámenes orales, exámenes más cortos, más tiempo para hacerlos, concreción de las preguntas...).
- Utilizar los exámenes como instrumentos de enseñanza y aprendizaje.
- Analizar en que momento de los procesos de aprendizaje/resolución presenta los problemas y dificultades y de que entidad son, con la intención de trabajar concretamente ese punto y no todo el procedimiento desarrollado.

### **Flexibilización horaria**

Entre las medidas susceptibles de aplicar, esta la flexibilización horaria; en casos excepcionales, cuando la gravedad del trastorno y el deterioro que está generando es muy alto. Una vez realizada la evaluación psicopedagógica previa y cuando se propone la modalidad de escolarización en su dictamen de escolarización, puede ser recomendable y, si está debidamente justificada, suele ser aprobada por la inspección educativa. Esta medida es especialmente recomendable para el alumnado con Trastorno Negativo Desafiante o TDA-H comórbido con Trastorno Disocial. No parece muy conveniente para aquél alumnado que presente TDA-H en los que no se haya desarrollado otra sintomatología conductual asociada.

Se trata de una adaptación curricular de acceso que debe tener carácter temporal. El objetivo es adaptar el horario a las características de este alumnado. Siempre se pretende garantizar el máximo de horas con su grupo clase, especialmente en las asignaturas de índole socializadora (tutoría, educación física, educación para la ciudadanía, religión o alternativa, educación artística). El resto de las asignaturas, las recibiría el alumno o alumna con el profesorado de apoyo curricular o con el de pedagogía terapéutica.

Se recomienda, si existe disponibilidad, que algunas horas sean utilizadas por los orientadores y las orientadoras para la aplicación y coordinación de los programas que se consideren necesarios. Son especialmente recomendables, los de mejora de la atención selectiva



y sostenida, de reestructuración cognitiva, metacognición, autocontrol, competencia y habilidades sociales.

En esta modalidad de escolarización, se puede dar la posibilidad al alumnado de trabajar un mayor número de horas, con apoyo individualizado. Esta situación y dado que la mayoría de los alumnos y alumnas prefieren estar con el grupo, puede ser utilizada como elemento motivador que provoque la disposición necesaria al cambio de conducta. Además de este beneficio, se encuentra la oportunidad de controlar la conducta y unificar los límites disciplinarios.

Aunque en todos los casos, la puesta en marcha de esta medida resulta del esfuerzo y la dedicación voluntaria del profesorado, generalmente, los efectos positivos redundan en el resto de la comunidad educativa. Sin embargo, hemos de tener presente que la flexibilización curricular deberá tener como finalidad la inserción de estas personas en su grupo clase y la normalización de sus escolaridad.

Cuando las características del alumnado o del centro, no permitan la consecución de su integración en grupos clase, será necesario volver a realizar la evaluación psicopedagógica con el objeto de revisar la modalidad de escolarización y su dictamen.

#### 4.2.5. PROGRAMAS RECOMENDADOS PARA TODO EL ALUMNADO CONTRA TORNOS DE CONDUCTA

Sobre esos aspectos, la intervención en general en un alumno con TDAH, se habrá de llevar a cabo sobre su núcleo comportamental (persona- situación), lo que podrá implicar:

- Programa de relajación. Entrenamiento autógeno, visualizaciones.
- Tratamiento cognitivo-conductual, que traten de conseguir la autonomía personal propia de su edad (autocontrol y adaptación, hábitos de vida diaria y aceptación del orden) y la asimilación de los aprendizajes.
- Programas conductuales dirigidos a favorecer el trabajo del alumnado y su mantenimiento, acabar las tareas, obedecer, controlar su impulsividad, mejorar sus habilidades sociales, etc. El uso adecuado de premios (sistema de puntos, reconocimiento social y atención conveniente de los adultos), castigos (tiempo fuera, coste de refuerzo y práctica positiva), en una estructura coherente de relación con el niño o la niña en su clase y en la casa, contribuirá a ganancias en el comportamiento, ya que son técnicas que requieren poco esfuerzo en el alumno o alumna, siendo el educador, el que las organiza.
- Programas dirigidos a la autorreflexión sobre su comportamiento, favoreciendo



do una estabilidad de la conducta: autoevaluación, entrenamiento en atribuciones y entrenamiento en resolución de problemas.

- Programas de desarrollo de las funciones ejecutivas y del razonamiento: Serán susceptibles de entrenamiento también; la atención selectiva y sostenida, programas de enseñar a pensar, metacognición, flexibilidad cognitiva y desarrollo de la creatividad.
- Programas de desarrollo afectivo-emocional, habilidades sociales e inteligencia emocional. Toma de perspectiva, empatía, reconocimiento y expresión adecuada de las emociones y sentimientos, control emocional, control de la ira, tolerancia a la frustración, desarrollo de la empatía.
- Programas de mejora del autoconcepto y la autoestima.
- En muchos casos es necesario aplicar de forma paralela, programas de desarrollo de la organización espacio-temporal, tratamiento logopédico y entrenamiento en grafomotricidad.

#### 4.2.6. PROGRAMAS RECOMENDADOS PARA EL ALUMNADO CON TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE (TND) Y TRASTORNO DISOCIAL(TD)

Además de los programas expuestos con anterioridad, queremos justificar especialmen-

te, la aplicación de los siguientes programas para el alumnado con TND y TD.

- Programas de Modificación de Conducta: Hemos de tener presente que el alumnado que sufre este trastorno, no reaccionan de forma positiva al castigo. No suele ser efectivo y deteriora aún más su confianza en el sistema. Es más recomendable aplicar programas de refuerzo positivo utilizando especialmente reforzadores de tipo social.
- Programas de Educación Emocional: reconocimiento y expresión adecuada de emociones, control emocional, control de la ira, tolerancia a la frustración, desarrollo de la empatía. Para el alumnado con trastorno disocial son especialmente efectivos las medidas que conllevan reflexión y valoración sobre el daño realizado y su restablecimiento. Poseen poca empatía y dificultades significativas en la toma de perspectiva social, por ello, es muy interesante utilizar medidas que les hagan entender el efecto generado con su conducta y que se les facilite realizar el restablecimiento del daño (volver a pintar las paredes manchadas, arreglar el mobiliario estropeado, conocer a la familia del alumno o alumna amenazado, etc.). Estas medidas han de ser consideradas cuidadosamente, para que generen efectos "estrictamente educativos".
- Paralelamente, deberán instruirse en la consecución de un autocontrol emocio-

nal más efectivo que le facilite la integración social positiva y mayor tolerancia a la frustración.

- Programas de Entrenamiento Socio-Cognitivo: dirigidos especialmente al entrenamiento en atribuciones y resolución de problemas. Están descritas las dificultades del alumnado con Trastorno Disocial, respecto a la atribución de las intenciones de los otros. Para éstos, se produce una mayor percepción de intenciones hostiles que deberán ser modificadas, obteniendo una visión más amplia y positiva del conflicto.
- Igualmente ocurre, respecto a la resolución de conflictos sociales, además de la malinterpretación de los sentimientos propios y ajenos, muchos alumnos y alumnas con Trastornos Negativistas y Disociales se saltan pasos del proceso de resolución de conflictos y las alternativas que generan son muy limitadas e incluyen la respuesta agresiva. Estas limitaciones pueden ser modificadas mediante entrenamiento.
- Entendemos que deberán ser trabajados también, programas de entrenamiento en asertividad y habilidades sociales; hacer una crítica, negociar, pedir un favor, comportamientos de ayuda y resistencia a la provocación.
- Programas de educación moral y de valores. Es especialmente recomendable ofrecer una educación moral y de convivencia pacífica, para contrarrestar el

ambiente hostil en el que en muchas ocasiones crece el alumnado que padece estos trastornos comportamentales.

- Otras herramientas útiles que favorecen la integración del alumnado con problemas de conducta son: musicoterapia, talleres ocupacionales y ejercicio físico.

Exponemos a continuación, a modo de ilustración, un modelo de intervención multidisciplinar para el alumnado con TDAH.

### **TRATAMIENTO PSICOSOCIAL PARA ADOLESCENTES CON TDAH**

(Adaptado de: Murphy K. Psychosocial treatments for ADHA in teens and adults, a practise-friendly review. J Clin Psychol. 2005, 61 607-619)

#### **1.- Intervención Psicoeducativa:**

- Proporcionar información acerca del TDAH y qué efectos específicos tiene.
- Ayudar a establecer tratamientos individualizados definiendo sus objetivos más prioritarios.

#### **2.- Psicoterapia individual:**

- Establecer objetivos de tratamiento y tratar con inmediatez crisis o conflictos.
- Asistir mediante la solución de problemas en situaciones escolares o familiares que lo demanden.
- Ayudar a las transiciones vitales tales como cambios en su itinerario educativo o incorporación a mundo laboral.

- Tratar con los problemas relacionados que frecuentemente acompañan el TDAH, tales como ansiedad, depresión, abuso de sustancias, baja autoestima, desorganización o dificultades en las relaciones con los demás.

### 3.- Entrenamiento en habilidades de autocontrol y de conducta compensatoria.

- Proporcionar habilidades para corregir la desorganización, el olvido, la tardanza la pérdida de objetos y las dificultades de planificación.
- Enseñar habilidades para que la vida diaria sea más estructurada.

### 4.- Orientación familiar.

- Educar a los miembros de la familia acerca del TDAH.
- Aligerar la carga de los más próximos a medida que se controla el TDAH.

### 5.- Orientación educativa y profesional.

- Asegurar que está correctamente relacionado con su itinerario educativo o con su proyecto profesional.

### 6.- Apoyo Grupal.

- Proporcionar apoyo de otras personas con TDAH en cuanto a síntomas, pautas de medicación, control de la ira, toma de decisiones, reducción del estrés, etc.

### 7.- Acompañamiento.

- El seguimiento debe centrarse en la acción, sobre cómo se están haciendo las cosas.
- Ayudar a identificar objetivos, proponer estrategias para encontrar sus objetivos, evaluar la eficacia de las estrategias y hacer ajustes cuando sean necesarios.
- Proporcionar feedback corrector, recordatorios, gestión del tiempo y estrategias organizativas y, cuando sea necesario, una corrección firme pero cariñosa.

#### 4.2.7. EL PAPEL DE LOS ORIENTADORES Y LAS ORIENTADORAS

Consideramos que la figura del orientador u orientadora del centro (tanto en primaria como en secundaria) tiene un papel fundamental en la detección y organización de la respuesta educativa para este alumnado.

La elaboración y coordinación del **Plan de Actuación Individualizado**, diseñado para aplicar globalmente la respuesta educativa a los alumnos TGC, corresponde al orientador u orientadora.

Las recomendaciones que se detallan a continuación son generalizables a todo el alumnado con Trastornos de Conducta.

Es prioritario elaborar un **Plan de Acción Tutorial** que fomente un clima de aula positivo, basado en el consenso de las normas, la creación de cargos y la asignación rotatoria de éstos y éstas, los sistemas cooperativos, las asambleas de clase, el autoconocimiento y el

conocimiento mutuo, el aprendizaje de técnicas de resolución de conflictos y de asertividad. Consideramos que el plan de acción tutorial más adecuado deberá basarse en una secuenciación de contenidos lógica. El plan de acción tutorial en general, y especialmente para éste tipo de alumnado, requieren mayor contenido del aprendizaje social; deberá basarse en el logro de la competencia social: comportamientos y procesamiento de información que permite al alumno o alumna relaciones sociales de calidad, con reconocimiento de los demás y prevención de problemas posteriores.

Conocemos que el logro de este objetivo es compartido por toda la organización educativa, sin embargo, creemos que es en la acción tutorial en dónde se puede desarrollar de manera más explícita.

El modelo que proponemos, contiene una jerarquía de contenidos organizados metodológicamente, que persiguen el logro de esta competencia.

En Primaria y, especialmente en Secundaria, los planes de acción tutorial deberían seguir la siguiente propuesta de secuenciación:

1. Actividades que faciliten la inclusión del individuo al grupo clase; creación de clima de aula, promoción y construcción del autoconcepto personal y la autoestima desde la aceptación y respeto del grupo clase.
2. Cooperación y convivencia en el grupo clase: disciplina participativa en la creación de normas. Cooperación y entrena-

miento en la resolución constructiva de problemas.

3. Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad.
4. Mejora, participación y pertenencia en la convivencia en el centro.
5. Mejora, participación y pertenencia en la comunidad.

Consideramos que el desarrollo de dichos contenidos mediante actividades activas y dinámicas experienciales, favorecen nuestro objetivo y la integración del alumnado que presenta trastornos del comportamiento.

Otra herramienta que deberá ser puesta en marcha por el orientador u orientadora, para llevar a cabo un seguimiento más constante a los alumnos con TGC, son los "Tutores o tutores segundos" o "Tutores o tutoras personales".

Se trataría de buscar entre el profesorado, profesionales que asuman la realización de labores de co-tutoría individualizada con estas personas. La **tutoría individualizada** incluye contratos personales de conducta con el alumnado y su familia, revisión prácticamente diaria del comportamiento, mediante programas de modificación de conducta, entrevistas de control y análisis del comportamiento. Dicho trabajo, debe realizarse con el compromiso de la familia y en constante comunicación con ella (un buen recurso de comunicación son las "agendas escolares personales" y los "registros de conducta diaria"). Supone generar vínculos afectivos y modelos de responsabilidad que generalmente redundan en la formación del alumno o alumna.

Se trata de tablas de seguimiento de la conducta que basadas en un programa de economía de fichas, facilitan la administración de refuerzos por parte de la familia o en su defecto, del tutor o tutora personal en el centro. Estas fichas están recomendadas especialmente, para aquellos y aquellas que muestran conductas desafiantes y negativas. Aplicándolas, previo compromiso de la familia, se logra que este alumnado se autorregule en base a las consecuencias de su conducta.

Estas fórmulas son recomendadas incluso con el alumnado con Trastornos Disociales, en las que el seguimiento a veces, incorpora entrevistas con los Servicios Sociales, Fiscalía y con las Unidades de Salud Mental infanto-juvenil. Entendemos, que la coordinación con otras instituciones deberá ser realizada personalmente por el orientador u orientadora del centro educativo.

Otra tarea de orientación indicada será el **asesoramiento a la familia**. Se basará en la información sobre los programas y actuaciones desarrolladas con su hijo o hija. Orientarles en la participación y aplicación en el hogar de las mismas estrategias de autocontrol, para su generalización. Fomentar pautas educativas coherentes y consistentes en la familia, que faciliten un ambiente de calma y de orden que nuestros alumnos y alumnas necesitan. Posibilitar la utilización de la agenda escolar como un documento de colaboración y seguimiento tanto de las tareas escolares como de la convivencia. Son útiles también los "contratos de convivencia", firmadas por la familia y el alum-

nado que se somete al programa, en el que se deje constancia del reparto de responsabilidades y la participación del tutor o tutora personal y el tutor o tutora de clase.

### 4.3. RECURSOS PERSONALES

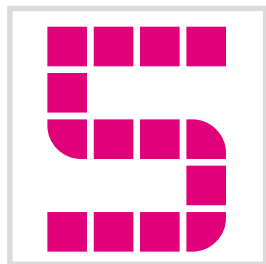
Consideramos como recursos útiles y necesarios para dicho alumnado:

- Tutor o tutora de aula específica o de aula ordinaria.
- Profesorado especialista en Pedagogía Terapéutica, que con el asesoramiento del Departamento de Orientación o el E.O.E., elabora y pone en marcha planes de actuación individualizado que incluyen programas específicos (conductuales como la economía de ficha, autocontrol, autoinstrucciones, resolución de conflictos, habilidades sociales, ...) y en su caso programas de refuerzo o de adaptación curricular en aquellos casos en los que exista un desfase curricular. También, el profesorado de Pedagogía Terapéutica destinado a las unidades de salud mental infanto-juvenil para los casos en que el alumnado requiera asistir a estos dispositivos en los que se efectúa una intervención tanto clínica como educativa.
- Monitor o monitora de educación especial, para realizar funciones de supervisión y vigilancia.
- Educadores o educadoras sociales, como nexo entre alumnado-centro-familia,

promoviendo procesos de comunicación y mediación entre ellos, asesorando y ayudando a las familias en relación a las pautas educativas.

- Equipos de Orientación Educativa de zona y Departamentos de Orientación.
- Equipos de Orientación Educativa Especializada en Trastornos Graves de Conducta. La creación de estos equipos supone un avance en la atención al alumnado con necesidades educativas especiales. Entre sus funciones se contempla la de colaborar de forma subsidiaria y complementaria, tanto en la identificación, evaluación como en la planificación de la atención educativa para con este alumnado.
- Alumnado ayudante y mediador.





## LA FAMILIA



**L**a familia juega un papel muy importante tanto en el origen como en el mantenimiento de los Trastornos del Comportamiento, y será por tanto uno de los elementos básicos a tener en cuenta tanto en la evaluación de estos trastornos, como en su respuesta educativa.

Estas familias necesitan que se comprenda su situación, ya que habitualmente se prejuzga y se presupone que las conductas inadecuadas de su hijo o hija son producto exclusivo del estilo educativo de estos padres y madres.

Es importante señalar que los trastornos de conducta no pueden atribuirse simplemente a pautas de crianza inadecuadas, sobretudo en relación al alumnado que presenta TDAH, cuyo origen depende principalmente de factores neurobiológicos. Las pautas educativas familiares, aún siendo un factor clave, interactuará con otros factores tanto individuales (por ejemplo el temperamento del niño o niña, o sus características cognitivas) y sociales (contexto social desfavorecido, la propia desestructuración familiar, modelo sociales inadecuados...),



siendo dicha interacción y retroalimentación lo que dará lugar a dichos trastornos. El peso de cada uno de estos factores variará en los distintos casos.

Así, por ejemplo, las mismas pautas de crianza pueden generar un mayor o menor problema según incida sobre un niño o niña con un temperamento u otro, o con una forma y capacidad de procesar la información u otra. De igual manera, los niños y niñas y adolescentes con determinado temperamento, generan una situación familiar que a menudo conlleva el refuerzo o la intensificación de las pautas inadecuadas.

Si bien, uno de los factores más relacionados con la aparición de los Trastornos Graves de Conducta según el modelo etiológico de Russell Barkley (2004), son las pautas de crianza inadecuadas como:

- Uso inconsistente e impredecible de las normas.
- Refuerzo positivo, a menudo involuntario, de las conductas inadecuadas o desafiantes, que pueden servir para mantenerlas e incrementarlas en futuras interacciones. Es el caso de las familias que atienden los deseos, demandas o exigencias de los hijos o hijas para evitar un enfrentamiento con ellos, o para que dejen de “montar el espectáculo” en una tienda, restaurante u otro lugar público. El niño y niña o adolescente ha conseguido lo que quería porque ha discutido o tenido una rabieta y éste es obviamente el camino por el que los padres o madres

aceleran la adquisición y mantenimiento de la conducta desviada.

- No reforzar ni atender positivamente las conductas adecuadas, e incluso, criticarlas irónica o sarcásticamente cuando las realiza: “mira, hoy ha recogido el cuarto el señorito”.
- El castigo inconsistente e impredecible de la conducta sea prosocial o antisocial, así como la recompensa intermitente e impredecible. Es lo que se ha denominado “crianza indiscriminada”, en la cual el niño o adolescente es castigado tanto si obedece como si no. Como han hipotetizado Dumas y Wahler, estos métodos crean una gran impredecibilidad social dentro de la familia y especialmente en la relación padres, madres con sus hijos o hijas. Cualquier respuesta del niño o la niña en una situación que consiga reducir la impredecibilidad, incluso si provoca una respuesta desagradable del padre o la madre, será reforzada negativamente y así incrementará su frecuencia. Por lo tanto, puede dar una respuesta desafiante y agresiva a los padres o madres porque esta conducta incrementa la predictibilidad en la relación entre ellos. Parece probable que el adolescente desafiante haya aprendido esta misma estrategia.
- Una pauta constante de interacción agresiva entre padres o madres y sus hijos o hijas, puede convertirse en una

escalada simétrica, es decir, ir aumentando en intensidad progresivamente. Esto ocurre cuando el niño o niña o adolescente ante un estímulo aversivo (que provoca molestias) o agresivo, emite una respuesta más agresiva que termina con dicho estímulo agresivo o aversivo. Es un refuerzo negativo (conducta que consigue eliminar un estímulo negativo o "castigo"). Así por ejemplo, cuando los padres y madres intentan imponer una orden como hacer una labor del hogar o limpiar un dormitorio en el momento en que el adolescente está viendo su programa de televisión favorito o jugando con un videojuego, éste suele considerar aversiva esta orden. Entonces el adolescente puede oponerse, resistirse o escapar de alguna forma de la demanda de los padres y madres mediante discusiones, desafíos, agresiones u otras conductas coercitivas que consiguen retrasar el cumplimiento de la orden. Consigue escapar de la petición

u orden, aunque sólo sea temporalmente, reforzándose negativamente la conducta oposicionista. La próxima vez que le pidan al adolescente hacer algo, la probabilidad de que el adolescente se resista ha aumentado. Cuanto más insista el padre o la madre en repetir la petición, más intensa será la resistencia del adolescente, debido al éxito precedente para escapar o evitar la acción especificada en la orden. Muchos padres o madres pueden finalmente ceder ante este tipo de conducta coercitiva. Se hace necesario no ceder en ninguna orden con un adolescente que está adquiriendo una conducta respondona y resistente. Este es el mecanismo por el que se instauran muchas conductas oposicionista, desafiantes o agresivas. Por aprendizajes de escape/evitación (refuerzo negativo) y se mantiene porque a menudo tiene éxito al conseguir evitar actividades desagradables pedidas por los padres o madres.

A veces, se puede producir una conducta agresiva o coercitiva de los padres o las madres hacia el adolescente desafiante por medio del mismo proceso. En este caso, aquellos pueden haber conseguido ocasionalmente, que el niño, la niña o adolescente desafiante deje de discutir, lloriquear, rechazar o hacer una rabieta y obedezca una orden por haber empleado gritos, aullidos o inclu-



so agresiones físicas al adolescente. Los padres o madres pueden haber descubierto que, aumentando rápidamente la intensidad de su conducta negativa hacia el adolescente, es más fácil que el adolescente se rinda y obedezca, especialmente si el adolescente contraviene inicialmente la orden. De ahí que, en ocasiones posteriores, los padres y las madres puedan aumentar muy rápidamente la intensidad de la conducta negativa hacia su hijo o hija, por la historia de éxitos habidos en acabar con la conducta negativista. Como resultado de todo ello, estos enfrentamientos intensos y emocionalmente cargados, pueden desembocar en ocasiones en agresiones o abusos físicos hacia el menor por parte del padre o la madre, o en violencia de los hijos o hijas hacia padres.

- Falta de supervisión de las conductas de los hijos e hijas, sobre todo las que se desarrollan fuera de casa, que les lleva a veces a desconocer lo que hacen. Así puede ocurrir, que a los padres y madres de los hijos o hijas con problemas de conducta, al resultar agotados, resentidos o impotentes ante dichos problemas eviten relacionarse con ellos o ellas para tener menos enfrentamientos, y acaben inhibiéndose de la educación de sus propios hijos o hijas, pasando menos tiempo con ellos, incluso menos tiempo de ocio y de actividades recreativas. En resumen, los padres y las madres

pueden reducir considerablemente la cantidad de esfuerzo que invierten en supervisar el comportamiento del hijo o la hija para no tener que afrontar esas situaciones.

- También ocurre simplemente que algunos padres o madres no han invertido tiempo en ejercer su papel de padres o madres, posiblemente porque fueron padres o madres a una edad más temprana de lo normal, por su inmadurez social, exceso de trabajo, o por padecer trastornos psicológicos o psiquiátricos. Resumimos las pautas de crianza inadecuadas desencadenante de problema de conducta según el modelo de Rusell Barkley:

#### **PAUTAS DE CRIANZA RELACIONADAS CON LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA (Modelo de Rusell Barkley, 2004):**

- Uso inconsistente e impredecible de las normas.
- Refuerzo positivo de las conductas inadecuadas o desafiantes.
- No reforzar ni atender positivamente las conductas adecuadas.
- Castigos y/o recompensas inconsistente e impredecibles (“crianza indiscriminada”).
- Evitación de actividades molestas mediante conductas agresivas, opositoras o desafiantes.
- Pauta constante de interacción agresiva entre padres o madres e hijo o hija con

enfrentamientos intensos y emocionalmente cargados.

- Falta de supervisión de las conductas de los hijos e hijas.
- Falta de tiempo invertido en la educación de éstos y éstas.

Además de las pautas de crianza, son a veces factores estructurales de la propia familia los que puede influir en la aparición de los trastornos de comportamiento. Es el caso de las familias desestructuradas, con falta de precisión en la definición de los límites en el interior de la familia, o falta de acuerdo acerca de las pautas de crianza en caso de separación de los padres y madres, o entre padres y otras figuras cuidadoras (frecuentemente abuelos y abuelas en nuestro contexto), lo que genera confusiones en la adquisición de valores en el niño o la niña y en el desarrollo moral. También parece existir un mayor número de hijos e hijas con trastornos de conducta en familias monoparentales, especialmente de madres solteras, sobre todo si ésta se encuentra en una situación de sobrecarga y aislamiento. La discordia entre el padre y la madre, o situaciones de estrés que les provocan irritabilidad o métodos indiscriminados de pautas educacionales, así como la

presencia de trastornos psiquiátricos en los padres y madres, son otros de los factores que pueden influir en la aparición de Trastornos de Conducta.

Por tanto, es muy habitual que nos encontremos en los casos más graves, a familias del alumno o alumna desafiante con la mayoría o con varios factores presentes: niños y niñas o adolescentes temperamentales, impulsivos, activos o desatentos, y padres o madres inmaduros, temperamentales o impulsivos en familias con problemas matrimoniales, económicos, de salud o personales, con una educación caracterizada por la inconsistencia, dureza, indiscriminación y coerción a menudo combinada con una escasa supervisión de las actividades del menor o la menor.

Por todo lo anterior, podemos concluir que el asesoramiento a las familias desde la escuela, tanto individualmente como colectivamente a través de instrumentos como la Escuela de Madres y Padres, Jornadas formativas, colaboración con otras instituciones que estén desarrollando programas o actuaciones con familias, se torna esencial, sobre todo para la prevención de los trastornos del comportamiento, y también para dar una respuesta educativa global una vez que han aparecido.

Fundamentándose en las necesidades de las familias con TDAH y en un modelo comprensivo de actuación, Miranda y García (2007) han planteado un programa de intervención que incluye seis módulos diferentes:



OBJETIVOS	CONTENIDOS
<p><b>1. Educación sobre el TDAH</b> Corregir posibles errores de los padres sobre el trastorno y ayudarles a generar expectativas realistas.</p>	<p>Historia y presuntas causas del TDAH. Síntomas nucleares y dificultades asociadas. Resultados en la adolescencia y vida adulta. Información de los derechos educativos y económicos. Recursos en la comunidad y cómo conseguirlos.</p>
<p><b>2. Comprensión del estrés</b> Guiar a los padres y madres para encontrar el equilibrio entre las demandas de los hijos e hijas, la pareja, o los compañeros y sus necesidades.</p>	<p>Definición del estrés y claves para reconocerlo. Efecto del estrés en las funciones de los padres. Tensiones asociadas a la paternidad de niños y niñas con TDAH: formas eficaces e ineficaces de afrontarlas. Habilidades de manejo del tiempo, técnicas de relajación y afrontamiento del estrés.</p>
<p><b>3. Reestructuración cognitiva</b> Ayudar a los padres y a las madres a desarrollar expectativas realistas sobre sus hijos o hijas y sobre sí mismos. Reducir el arousal emocional cuando no se cumplen las expectativas. Disminuir el impacto de los comentarios de otras personas.</p>	<p>Enseñar y demostrar la relación entre pensamientos, emociones y conducta. Identificar errores cognitivos comunes y discutir sus efectos en emociones y conductas. Sustituir cogniciones erróneas por otras más adaptadas.</p>
<p><b>4. Solución de problemas</b> Capacitar a los padres y madres para dar respuestas adaptativas a las situaciones estresantes. Incrementar sus sentimientos de autoeficacia y autocontrol.</p>	<p>Descripción y modelado de fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificación y definición del problema.</li> <li>– Generación de soluciones (brainstorming).</li> <li>– Evaluación de las alternativas.</li> <li>– Implementación de la solución elegida.</li> <li>– Evaluación de los resultados.</li> </ul>
<p><b>5. Habilidades de comunicación</b> Facilitar la obediencia en las interacciones padres, madres, hijo e hija. Aumentar el apoyo entre la pareja. Identificar las necesidades del niño o niña.</p>	<p>Identificar formas disfuncionales de comunicación padres, madres, hijos e hijas, pareja, familia y profesionales de la salud y educación. Descripción y modelado de estrategias efectivas. Comunicación de premisas básicas.</p>
<p><b>6. Estrategias de disciplina</b> Uso apropiado de la disciplina, y apoyar a los padres y madres cuando se sientan superados por el comportamiento del hijo o hija.</p>	<p>Dialogar sobre la importancia de la consistencia en el uso de la disciplina en niños y niñas con TDAH. Técnicas para aumentar conductas positivas (refuerzos, privilegios). Técnicas para disminuir conductas negativas (extinción, aislamiento, tiempo fuera). Técnicas combinadas (economía de fichas y contrato de contingencias).</p>

En algunas ocasiones, será necesaria una intervención más especializada, como la Terapia Familiar, que será llevada a cabo por otras instituciones, con las que deberemos comunicarnos y coordinarnos, pues como hemos visto, especialmente en los casos más graves, el abordaje de los Trastornos Graves de conducta debe hacerse de una manera interdisciplinaria y colaborativa.

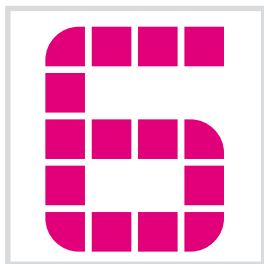
Es también muy importante aunar criterios educativos entre familia y escuela, de forma que exista continuidad entre dichos contextos y no ruptura o contradicción, pues esto contribuirá sin duda a un incremento de los problemas de conducta en los centros escolares.

### 5.1. ALGUNAS PAUTAS EDUCATIVAS PARA LA FAMILIA

- Aceptar a los hijos e hijas tal como son, con sus cualidades y limitaciones, sin generar expectativas poco ajustadas.
- Prestar atención cuando presente conductas adecuadas y reforzarle de forma proporcionada, sin exceso, manifestando nuestro reconocimiento, mediante un abrazo, un elogio, muestras de agrado, evitando por lo general incentivos materiales. Emplear una hoja de registro positiva para anotar sus progresos.
- Centrarse en las conductas y no utilizar características personales cuando nos dirijamos a nuestro hijo o hija, evitando comentarios negativos y explicándoles la conducta deseable que esperamos.
- Incrementar su autoconfianza y autoestima reconociéndole los progresos y el esfuerzo.
- Ayudarles a reconocer e interpretar los sentimientos y comportamientos de los demás y los suyos propios.
- Establecer normas claras, expresadas en términos positivos, es decir, el comportamiento adaptativo deseado, así como consecuencias consensuadas y aceptadas. Mostrarse firme en el cumplimiento de las reglas, evitando las amenazas.
- Emplear un estilo educativo basado en el respeto, el afecto y la no permisividad, evitando la sobreprotección y el abuso de los castigos. Cuando éstos se apliquen deben ser proporcionados y relacionado con la conducta, indicándole o recordándole de forma clara unas pautas de actuación concretas.
- Mantener calma y hablarle en un tono adecuado, sin mostrar inquietud, temor o rechazo. Nuestros hijos e hijas tenderán a imitarnos.
- Mostrarles modelos positivos mediante el propio ejemplo en nuestras actuaciones cotidianas.
- Ayudarles a comprender el problema, lo que les ocurre y a que descubran y generen posibles soluciones.
- Disponer de un ambiente tranquilo (evitando la estimulación excesiva), estructurado, predecible mediante rutinas (horarios, hábitos básicos incluido el de

estudio y tiempo de ocio...) sobre todo para el alumnado que presenta TDAH. Usar la agenda escolar como medio para ayudarle a organizar sus tareas y establecer una comunicación continuada con el tutor o tutora.





## GLOSARIO



**Ánimo:** estado emocional mantenido, experimentado subjetivamente y que puede ser observado por los demás. Por ejemplo, la euforia, la ira, la depresión...

**Asertividad:** La conducta asertiva implica la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas.

**Autoinstrucciones:** Imágenes o verbalizaciones dirigidas a uno mismo (decirse algo a sí mismo) para apoyar, dirigir, refrenar o mantener conductas que se estén llevando a cabo o se deseen ejecutar. Esta técnica acostumbra a utilizarse con personas impulsivas, que presentan TDAH.

**Autorregistro:** Instrumento diseñado para ser rellenado por el propio alumnado. Se rellenan en situaciones de la vida diaria, es decir, en el mismo instante en el que



ocurren. Algunos de los aspectos que se pueden desear registrar en un autorregistro son estados emocionales (contenido de los sentimientos e intensidad), pensamientos, conductas realizadas y estrategias llevadas a cabo.

**Castigo positivo:** El castigo positivo se utiliza para reducir y eliminar conductas. Se realiza cuando administramos consecuencias negativas, con posterioridad a la emisión de una conducta y provocamos una reducción de la probabilidad de que se vuelva a producir la misma. El castigo plantea varios problemas metodológicos y éticos:

a) Puede producir respuestas de ansiedad que se condicionen a la situación o al agente que aplica el castigo.

b) Determinados sujetos, pueden adaptarse al castigo y no producir éste el efecto deseado.

c) Es importante establecer paralelamente respuestas alternativas susceptibles de reforzamiento.

**Castigo negativo:** Retirar un reforzador positivo como contingencia a una conducta no deseada. En este procedimiento es fundamental conocer el potencial de los reforzadores a fin de retirar algo, que realmente resulta apreciado por el sujeto. La retirada del reforzador será tan inmediata como sea posible. El “coste de respuesta” y el “tiem-

po fuera” de reforzamiento son fórmulas del “castigo negativo”.

**Comorbilidad:** La presencia de dos o más enfermedades independientes en un mismo sujeto, o de un antecedente o síndrome psiquiátrico concurrente que se suma al diagnóstico principal.

**Contrato conductual:** Un contrato conductual o contrato de contingencias es un documento escrito que explícita las acciones que el alumno o alumna está de acuerdo en realizar y establece las consecuencias del cumplimiento y del no cumplimiento de tal acuerdo. Tal procedimiento implica el intercambio recíproco de recompensas contingente en relación con conducta específica de los firmantes del contrato. Los contratos son especialmente útiles para personas con limitada capacidad de autorreforzamiento.

En este sentido, en un contrato conductual debe especificarse:

a) La conducta o conductas que se espera que emita cada una de las personas implicadas.

b) Las consecuencias que obtendrán en caso de realizar esas conductas.

c) Las consecuencias que obtendrán en caso de no realizar esas conductas.

**Coste de respuesta:** Es una modalidad de castigo negativo según el cual se le retiran al

sujeto determinados reforzadores condicionados positivos que ha acumulado (fichas, puntos) con la finalidad de eliminar la respuesta no adaptativa.

**Desensibilización sistemática:** Procedimiento dirigido al tratamiento de problemas de ansiedad, concretamente problemas fóbicos. Se aplica junto a alguna técnica de relajación y su objetivo es la eliminación de la ansiedad asociada a los estímulos a los que se tiene fobia. Consiste en la presentación de forma gradual de dichos estímulos (de menos a más ansiedad) junto a la aplicación de la técnica de relajación para conseguir la ruptura de la asociación entre ansiedad y dichos estímulos.

**Detención del pensamiento:** Es un procedimiento desarrollado para la eliminación de patrones perseverantes de pensamientos con consecuencias negativas, como por ejemplo, los que puedan producir ansiedad. Consiste en la detención de dichos pensamientos mediante una expresión verbal o imagen, lo antes posible en cuanto se presentan. Requiere un entrenamiento previo en la identificación de dichos pensamientos negativos.

**Extinción:** El procedimiento de extinción consiste en suprimir el reforzador de una conducta previamente reforzada. Atención, aprobación, reforzadores materiales dejan

de aparecer contingentemente a la conducta que se desea reducir.

La aplicación de la extinción produce usualmente un incremento en la frecuencia e intensidad de la respuesta en los primeros momentos de aplicación («explosión de respuestas»), así como variaciones importantes en su topografía. Produce un posible aumento de comportamientos agresivos o emocionales inherentes al procedimiento y la llamada recuperación espontánea, en donde la respuesta puede reaparecer tras un lapso de tiempo en que la conducta bajo extinción había desaparecido.

**Habilidades Sociales:** Conjunto de habilidades necesarias para una correcta interacción con otras personas en casa, trabajo, escuela, etc. Incluye habilidades de conversación, resolución de problemas, empatía, ayuda a los otros, agradecimiento, etc.

**Hiperactividad:** excesiva actividad motriz y cognitiva, generalmente no productiva.

**Impulsividad:** se refiere a la incapacidad para demorar o autocontrolar las respuestas motoras o verbales. Por ejemplo, dificultad para esperar el turno, la interrupción e interferencia de las actividades de los demás, dar respuestas precipitadas o comentarios impertinentes, dificultades para mantener la conversación...

**Modelado:** Es un aprendizaje que tiene lugar a partir de la observación de la conducta de un modelo y de las consecuencias que tiene dicho comportamiento. Este proceso recibe también el nombre de aprendizaje vicario.

Durante el tratamiento, el modelado puede producirse a partir de conductas ejemplificadas por el terapeuta, orientador u orientadora, profesorado, compañeros y compañeras del grupo en caso de un tratamiento grupal, visionado de vídeos o a partir de modelos de la vida real.

**Negativismo:** Oposición o resistencia, verbal o no verbal, a las sugerencias, órdenes y a los consejos externos.

**Programa de economía de fichas:** Procedimiento usado en caso de trastornos de conducta en niños y niñas y jóvenes. Se utilizan una serie de fichas, pegatinas, puntos, etc. asociados a algún premio que se irán dando o quitando en función de si lleva a cabo la conducta deseada, o no hace aquello que no queremos que haga.

**Refuerzo diferencial:** Estos procedimientos utilizan el refuerzo positivo bien para mantener la conducta a niveles moderados, bien para la emisión de otras conductas diferentes o incompatibles con la que se desea eliminar.

**Refuerzo diferencial de tasas bajas (RDTB):** En este procedimiento se refuerza al sujeto por mantener una tasa de conducta más baja de la observada en línea base. Esta técnica es aplicable cuando lo que se desea es reducir ciertos comportamientos, pero no eliminarlos del todo. Dado que su objetivo es moderar, no eliminar conductas, puede ser útil para el desarrollo del autocontrol en conductas como fumar, consumo de alcohol, comer en exceso, etc.

**Refuerzo diferencial de otras conductas (RDO):** Es un procedimiento en el que el reforzador sigue a cualquier conducta que emite el individuo con la excepción de la conducta inapropiada que queremos eliminar. Por tanto, la conducta que se trata de eliminar se pone bajo extinción, mientras se refuerza cualquier otra conducta alternativa. Esta técnica también aparece con la denominación de entrenamiento de omisión.

**Refuerzo diferencial de conductas incompatibles o alternativas (RDI):** Consiste en reforzar una conducta que es incompatible o no puede hacerse al mismo tiempo que la conducta que se desea eliminar.

**Reestructuración cognitiva:** Técnicas que se encaminan a identificar pensamientos (cogniciones) no adecuados del sujeto que están incidiendo en sus emociones y

conductas inadecuadas, para modificarlos o sustituirlos por otros más adecuados.

**Refuerzo negativo:** Se trata de retirar un reforzador negativo o estímulo aversivo contingentemente a determinada conducta con el fin de aumentar su emisión.

**Refuerzo positivo:** El reforzamiento positivo consiste en reforzar la conducta que se desea conseguir de tal manera que a la aparición de la respuesta tenga lugar de forma contingente una consecuencia agradable para el sujeto.

**Solución de problemas:** Procedimiento de carácter cognitivo y conductual que persigue dos objetivos: a) la generación de múltiples posibilidades de actuación ante la ocurrencia de un problema y b) el incremento de la probabilidad de elección de aquella alternativa más eficaz ante el problema.

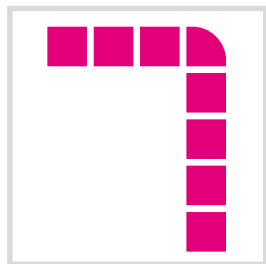
**Técnicas cognitivas:** Conjunto de técnicas terapéuticas que persiguen como objetivos el uso de pensamientos del sujeto para la solución o mejora del problema, ayuda para llevar a cabo determinadas estrategias o para sustituir o reemplazar a otros pensamientos que mantengan al problema, o sean parte del mismo. Ejemplos de técnicas cognitivas serían la reestructuración cognitiva o las autoinstrucciones.

**Técnicas conductuales:** Conjunto de técnicas terapéuticas que persiguen como objetivos la modificación, adquisición o pérdida de comportamientos por parte del individuo.

**Técnicas de relajación:** Técnicas destinadas a ofrecer una habilidad a la persona para hacer frente a situaciones que producen ansiedad, con las que reducirá considerablemente sus efectos. Algunos ejemplos de técnicas de relajación son la respiración controlada y la relajación muscular progresiva.

**Tiempo Fuera:** Es un procedimiento tendiente a disminuir o eliminar una conducta, por el cual privamos al niño o niña de todo tipo de reforzador que podía recibir en su contexto, aislándolo durante un periodo breve de tiempo (de 1 a 5 minutos) cuando ha realizado una conducta que deseamos eliminar.





## ANEXOS

### CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. DSM-IV-TR (APA, 2002)

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

**A.** Existen 1 ó 2:

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

**Desatención:**

- (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

### **Hiperactividad**

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) A menudo habla en exceso
- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

**B.** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

**C.** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

**D.** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

**E.** Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

### **-Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado**

Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

### **-Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención**

Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

### **-Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo**

Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

## 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 6 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 rehusa cumplir sus obligaciones
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 típicamente 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 de 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.



## CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DISOCIAL. DSM-IV-TR (APA, 2002)

**A.** Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos 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 por lo menos 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, arrebatarse bolsos, extorsión, robo 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 (esto es, "tima" a otros)
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos 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 la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
15. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

**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.

**Especificar el tipo en función de la edad de inicio:**

- Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad
- Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

**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
- Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre “leves” y “graves”
- Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

## CUESTIONARIO DE ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA PROBLEMÁTICA EN EL AULA

(Tomado de A.Vallés Arándiga, 2002: *Modificación de la Conducta problemática del Alumno Ed. Marfil*)

### DATOS PERSONALES:

Apellidos y nombre: .....

Edad: ..... Colegio: .....

Curso: ..... Tutor-a: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Observaciones: .....

### 1. Descripción de la conducta

#### 2. Características topográficas

A) Frecuencia (número de veces que ocurre en la unidad de tiempo)

	1'	2'	5'	30'	1h.	2h.
Número de veces						

B) Duración (en unidad de tiempo)

30''	1'	2'	1h.

C) Intensidad:

Casi nada	Algo	Bastante	Mucho

**EXPLORACIÓN FUNCIONAL:****A) Circunstancias previas:****1. ¿En qué situaciones escolares aparece la conducta problemática?**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> En el pasillo    | <input type="radio"/> En el patio    |
| <input type="radio"/> En el aula       | <input type="radio"/> En el gimnasio |
| <input type="radio"/> En la biblioteca | <input type="radio"/> En la entrada  |
| <input type="radio"/> En la fila       | <input type="radio"/> En .....       |

**2. ¿Qué hace el profesor en ese momento?****3. ¿Qué otras cosas está haciendo el alumno?****4. ¿Qué ocurre inmediatamente antes de que el alumno muestre la conducta problemática?**

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Le provoca un compañero | <input type="radio"/> Se aburre   |
| <input type="radio"/> Recibe un empujón       | <input type="radio"/> Lo provocan |
| <input type="radio"/> .....                   |                                   |

**5. ¿Existe algún acontecimiento en particular que pueda ser el desencadenante de la conducta problemática?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> La provocación de un compañero | <input type="radio"/> Pérdida de la atención |
| <input type="radio"/> Dificultad de la tarea escolar | <input type="radio"/> Juegos violentos       |
| <input type="radio"/> Bromas pesadas                 | <input type="radio"/> Burlas                 |
| <input type="radio"/> No se detecta                  | <input type="radio"/> .....                  |

**6. ¿Qué ocurre inmediatamente después?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Responde agrediendo  | <input type="radio"/> Responde con insultos             |
| <input type="radio"/> Realiza la tarea mal | <input type="radio"/> Emborriona o ensucia la tarea     |
| <input type="radio"/> Se sale del aula     | <input type="radio"/> Se va al patio u otra dependencia |
| <input type="radio"/> Grita                | <input type="radio"/> Lloro                             |
| <input type="radio"/> Se calla             | <input type="radio"/> Contesta al profesor              |

**CONSECUENCIAS:****7. ¿Cómo reaccionan las personas que rodean al alumno ante su conducta?****\* El profesor:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> El profesor lo ignora | <input type="radio"/> El profesor le llama la atención |
| <input type="radio"/> Lo aísla (Dónde) ...  | <input type="radio"/> Le sonrío                        |

- Le reprende
- Le hace repetir la acción de un modo correcto
- Le priva de recreo o parte de él
- Lo manda al patio
- No le dirige la palabra el resto de la jornada
- Le dice frecuentemente lo que tiene que hacer.

- Le hace una reflexión
- Se altera emocionalmente
- Llama a los padres
- Lo envía al director
- .....

\* Otros alumnos-as:

Se fijan en él:

A veces	Casi siempre	Siempre

- Lo ignoran
- Responden a la agresión
- Lo rechazan
- Se 'chivan'
- Algún/os alumno/s le anima/n o refuerza/n. (Cuál).....

- Le sonríen
- Se burlan
- Le insultan
- Se alían con él

### 8. ¿Cuáles son las desventajas que el alumno logra con su comportamiento?

- No jugar
- Hacer la tarea mal
- Aburrirse
- Ser rechazado totalmente
- Perder la estima del profesor
- Quedarse sin recreo
- .....

- Estar solo
- Daño físico
- Perder la relación con compañeros
- Tener tarea pendiente
- Deteriorarse su autoestima
- Suspende

### 9. ¿Cuáles son las ventajas que el alumno logra con su comportamiento?

- Se siente a gusto
- No realizar la tarea
- Apropiarse de objetos ajenos
- Imponerse a los demás
- Ninguna
- Obtener un nuevo objeto
- Tener excusa para no estudiar
- .....

- Obtiene atención
- Salir al patio
- Salir al pasillo
- Hacerse notar
- La estima del profesor
- Aumento de su autoestima

**10. ¿Qué consecuencia tiene la conducta-problema en su vida en general?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Se siente feliz                           | <input type="radio"/> Se siente infeliz          |
| <input type="radio"/> Se siente querido o integrado en su grupo | <input type="radio"/> Mejora su «imagen social!» |
| <input type="radio"/> Se siente rechazado                       | <input type="radio"/> Estado predelincuencial    |

**GÉNESIS:****11. ¿Cómo apareció la conducta problemática?**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Espontáneamente   | <input type="radio"/> Paulatinamente |
| <input type="radio"/> Intermitentemente | <input type="radio"/> ...            |

**12. ¿En qué circunstancias?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Al aumentar la exigencia de la tarea escolar            | <input type="radio"/> Al recibir atención            |
| <input type="radio"/> De estrés y ansiedad                                    | <input type="radio"/> Inducido por los compañeros    |
| <input type="radio"/> Déficits nutricionales                                  | <input type="radio"/> Visualizando films inadecuados |
| <input type="radio"/> Al aumentar/reducir el nº alumnos y alumnas en la clase | <input type="radio"/> Se desconoce                   |
| <input type="radio"/> Celos   |  |
| <input type="radio"/> .....   |  |

**13. ¿Parece el alumno imitar modos de acción de otras personas?**

- |                                     |                                       |                               |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Sí            | <input type="radio"/> No              | <input type="radio"/> A veces |
| <input type="radio"/> ¿De quién?... | <input type="radio"/> ¿Qué modos? ... |                               |

**14. ¿Ha habido cambios en el modo de ocurrir la conducta problemática?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Sí               | <input type="radio"/> No               |
| <input type="radio"/> Mayor frecuencia | <input type="radio"/> Menor frecuencia |
| <input type="radio"/> Mayor duración   | <input type="radio"/> Menor duración   |
| <input type="radio"/> Mayor intensidad | <input type="radio"/> Menor intensidad |

**15. ¿Ha habido cambios biológicos, psicológicos o ambientales concomitantes?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Sí                    | <input type="radio"/> No                      |
| <input type="radio"/> Crisis de crecimiento | <input type="radio"/> Enfermedad              |
| <input type="radio"/> Accidentes            | <input type="radio"/> "Modo de ver las cosas" |
| <input type="radio"/> Cambio de amigos      | <input type="radio"/> Cambio de colegio       |
| <input type="radio"/> Cambio de domicilio   | <input type="radio"/> Cambios familiares      |
| <input type="radio"/> .....                 |   |

**INTENTOS DE CONTROL:**

**16. ¿Qué se ha intentado en el Centro Escolar (profesorado, tutor-a, director-a...) para que el alumno-a no se comporte de dicha manera?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Establecer un Plan de Modificación de Conducta | <input type="checkbox"/> Aplicar castigos               |
| <input type="checkbox"/> Aplicar premios a conductas contrarias         | <input type="checkbox"/> Aislarlo                       |
| <input type="checkbox"/> Remitirlo al especialista.                     | <input type="checkbox"/> Fomentar cambio de situaciones |
| <input type="checkbox"/> Darle tarea extra                              | <input type="checkbox"/> Mediar en los conflictos       |
| <input type="checkbox"/> Hablar con los padres y madres                 | <input type="checkbox"/> Mantener entrevistas con       |
| <input type="checkbox"/> .....  |   |

**17. ¿Durante cuánto tiempo?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Un día        | <input type="checkbox"/> Alguna semana |
| <input type="checkbox"/> 2 meses       | <input type="checkbox"/> 1 trimestre   |
| <input type="checkbox"/> 1 mes         | <input type="checkbox"/> 1 semana      |
| <input type="checkbox"/> Todo el curso |  |

**18. ¿Ha dado algunos resultados?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí                                       | <input type="checkbox"/> No                          |
| <input type="checkbox"/> Parcialmente                             | <input type="checkbox"/> Ha disminuido su duración   |
| <input type="checkbox"/> Ha disminuido su frecuencia de aparición | <input type="checkbox"/> Ha disminuido su intensidad |

**19. ¿Se ha intentado alguna otra cosa para cambiar la conducta problemática?**

**20. ¿Se han observado intentos del propio alumno-a para cambiar su conducta?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Se esfuerza por cambiar                                      | <input type="checkbox"/> No se esfuerza por cambiar. |
| <input type="checkbox"/> Se esfuerza cuando se dan las siguientes circunstancia ..... |  |

**21. ¿De qué naturaleza han sido y qué resultados se han obtenido:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Permanecer quieto                     | <input type="checkbox"/> Concentrarse                 |
| <input type="checkbox"/> Estar callado                         | <input type="checkbox"/> Contener la risa             |
| <input type="checkbox"/> Contener la agresión física           | <input type="checkbox"/> Cambiar el tipo de insultos  |
| <input type="checkbox"/> Llamar la atención de otro modo       | <input type="checkbox"/> Autorreforzarse              |
| <input type="checkbox"/> Imitar un nuevo modelo                | <input type="checkbox"/> Autorregistrarse su conducta |
| <input type="checkbox"/> Moderar su hiperactividad             | <input type="checkbox"/> Aumentar su comunicacion     |
| <input type="checkbox"/> Mejorar su rendimiento escolarización |   |

**22. ¿Cómo han reaccionado quienes le rodean ante tales intentos?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Introduciendo nuevas modificaciones en el control | <input type="radio"/> Con satisfacción     |
| <input type="radio"/> No se ha valorado                                 | <input type="radio"/> Reforzando al niño-a |
| <input type="radio"/> .....   |  |

**CONTEXTO COGNITIVO:****23. ¿Qué opiniones y actitudes se sustentan sobre la conducta problemática en particular y sobre el niño o niña en general?**

- Que le influye negativamente en su ambiente escolar
- Que es muy problemática
- Le hace infeliz
- Le dificulta su integración social
- Le predispone a comportamientos de grave alteración
- .....

**24. ¿Qué opiniones ha manifestado el alumno acerca de su propia conducta? ¿ Y a los intentos de control del profesor?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Está muy interesado en cambiar      | <input type="radio"/> No se da cuenta del problema |
| <input type="radio"/> Se da cuenta pero no quiere cambiar | <input type="radio"/> No se deja «controlar»       |
| <input type="radio"/> Se deja «controlar» por el profesor |  |

**DETECCIÓN DE POSIBLES REFORZADORES:****1. ¿Qué hace el alumno o alumna con agrado?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Escribir         | <input type="radio"/> Dibujar            |
| <input type="radio"/> Recortar         | <input type="radio"/> Colorear           |
| <input type="radio"/> Modelar          | <input type="radio"/> Recoger papeles    |
| <input type="radio"/> Cuidar el patio  | <input type="radio"/> Vigilar            |
| <input type="radio"/> Cuidar el jardín | <input type="radio"/> Guardar material   |
| <input type="radio"/> Repartir folios  | <input type="radio"/> Salir a la pizarra |
| <input type="radio"/> Copiar           | <input type="radio"/> .....              |

**2. ¿Cuáles son las consecuencias de estas actividades?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Mayor tranquilidad personal     | <input type="radio"/> La clase menos ruidosa                |
| <input type="radio"/> Menor incidencia de la conducta | <input type="radio"/> Menor nº de situaciones problemáticas |
| <input type="radio"/> Mayor autocontrol problemática  |   |



**3. ¿Qué le gustaría poseer?**

- Útiles de escritura
- Tarjetas
- Golosinas
- La mejor consideración de algún compañero o compañera
- Más tiempo de recreo
- Más tiempo libre
- Cromos
- Juegos de P.C. o videoconsola
- Cómics
- La consideración de algún profesor o profesora

**4. ¿Quién puede satisfacer esos deseos?**

- El propio alumno-a
- El profesor-a
- Los padres
- Sus compañeros-as
- El director-a
- Otros ...

**5. ¿Con quién está a gusto?**

- Con qué alumno-a
- Con todos los compañeros-as
- Solo
- Con pocos compañeros-as

**6. ¿Qué éxitos se han logrado con estos refuerzos? ¿Con qué frecuencia?**

- Se han conseguido éxitos frecuentemente (especificar.)
- No se han conseguido
- Sólo parcialmente

**7. ¿Bajo qué condiciones alcanzan estos refuerzos una conducta deseada?**

- Cuando el alumno-a los valora
- Cuando los canjea por fichas
- Cuando el profesorado no se enfada
- Cuando está contento
- Cuando se le administran contingente
- Cuando se le refuerza de modo fijo

**LISTA DE REFUERZOS****1. Refuerzos primarios:**

- Comida
- Bebida
- Tranquilidad
- Contacto físico
- O.....

**2. Refuerzos secundarios ,sociales.**

- Alabanza.
- Reconocimiento
- Contacto ocular
- Contacto físico ( dar la mano, palmadas,..)
- .....

**3. Refuerzos Materiales Secundarios.**

- Juguetes.
- Cromos
- Pinturas
- .....

**4. Actividades de refuerzo.**

- Deportes
- T.V.
- Cine
- Oír música
- Excursiones
- .....

**5. Refuerzos internos (operantes encubiertos)**

- Fantasías agradables
- Sentimiento de orgullo
- Deber cumplido
- Ser más rápido o mejor
- Parecerse a un ídolo
- .....

## REGISTRO DE LAS CONDICIONES DE APARICIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMA

Datos del alumno-a..... Curso.....Edad.....Colegio..... Definición de la conducta observada..... .....
---

SEMANA DEL	CIRCUNSTANCIAS PREVIAS A LA APARICIÓN	REACCIONES DE LOS COMPAÑEROS-AS	REACCIONES DEL PROFESOR-A	CONSECUENCIAS INMEDIATAS PARA EL ALUMNO-A
LUNES				
MARTES				
MIÉRCOLES				
JUEVES				
VIERNES				

## INFORME DE CONDUCTA EN EL AULA

Datos del alumno-a.....
Curso.....Edad.....Colegio.....
Definición de la conducta observada.....
.....

PROFESORES-AS.

Por favor ,valore el comportamiento diario del alumno-a en el aula en las conductas que se reseñan a continuación. Utilice una columna para cada asignatura y ponga abajo sus iniciales.

El baremo a aplicar es el siguiente: 1-excelente, 2-buena conducta, 3 –conducta normal,4-mala conducta,5-muy mala conducta

Si quiere añadir cualquier comentario puede utilizar el reverso del papel

CONDUCTAS PARA VALORAR	1ª HORA	2ª HORA	3ª HORA	R	4ª HORA	5ª HORA	6ª HORA
REALIZA LAS TAREAS ASIGNADA							
HABLA CON RESPETO AL PROFESOR-A							
REALIZA LAS ACTIVIDADES DE CLASE							
TRATA ADECUADAMENTE A SUS COMPAÑEROS							
OBEDECE A SUS PROFESORES-AS Y MAYORES							
INICIALES DEL PROFESOR-A							

Instrucciones de los informes de conducta

-El alumno-a entregará diariamente una copia del informe de conducta a cada profesor-a , ( o bien cada profesor-a se lo entregará al siguiente), al acabar la clase lo evaluará siguiendo el baremo.

- A la salida del colegio, el alumno-a lo entregará a su padre o madre, los cuáles sumarán los valores asignados , que califican el comportamiento del alumno-a, traduciendo en baremo en

puntos canjeables por privilegios o reforzadores positivos.

- La familia habrá realizado un listado de privilegios canjeables por puntos .
- Al comienzo de la intervención el refuerzo deberá ser inmediato o administrarlo de forma muy cercana a la salida de clase.
- La traducción de puntos y la operación que realiza es la siguiente:
  - 1 = conducta excelente=25 puntos
  - 2= conducta buena =15 puntos
  - 3=conducta normal=5 puntos
  - 4= mala conducta=-15 puntos. Resta
  - 5=muy mala conducta=-25 puntos. Resta
- Después de dos semanas de tratamiento con reforzamiento inmediato, tendremos a realizar la sumatoria semanal y operando para obtener un total de puntos canjeables por los beneficios que se organicen para el alumno o alumna.

## EJEMPLO DE UN PROGRAMA COGNITIVO- CONDUCTUAL

A continuación se presenta cada una de las 12 sesiones, su contenido, los objetivos y el modo de desarrollo en la aplicación del programa cognitivo-conductual.

### **Sesión 1: Presentación e introducción de las técnicas**

Objetivos: Introducción de la organización y la estructura del programa e inicio a las técnicas de tratamiento.

### **Sesión 2: Entrenamiento en solución de problemas sociales y en autoinstrucción**

Objetivo: Potenciar el autocontrol personal, la atención y autoevaluación del comportamiento

### **Sesión 3: Ejemplificación de las técnicas de solución de problemas y autoinstrucción**

Objetivo: Potenciar el autocontrol personal, la atención y autoevaluación del comportamiento

### **Sesión 4: Guía autodirigida en la utilización de estrategias de solución de problemas y autoinstrucción**

Objetivo: Potenciar la demora temporal, la atención, el autocontrol verbal y la autorregulación

### **Sesión 5 Entrenamiento en estrategias sociales: analizar situaciones, buscar alternativas, planificar la solución**

Objetivo: Incrementar la reflexión formulando diversas soluciones hipotéticas a los problemas planteados y analizar sus pros y contras, anticipando las posibles consecuencias.

### **Sesión 6 Solución de problemas en situaciones formales e informales**

Objetivo: Entrenar en resolución de problemas, en previsión y anticipación de consecuencias y en toma de decisiones. Potenciar la demora forzada y el autocontrol y la autorregulación

### **Sesión 7 Aplicación del procedimiento de solución de problemas y autoinstrucción para mejorar el autocontrol**

Objetivo: Incrementar la capacidad de resolver problemas, el autocontrol y la autorregulación

### **Sesión 8 Reconocimiento de las señales de enfado y pérdida de control**

Objetivo: Potenciar los procedimientos adecuados en resolución de problemas sociales, mejora del autocontrol y autorregulación del comportamiento ante señales de enfado

### **Sesión 9 Ejemplificación de la utilización de solución de problemas y en el control del enfado**

Objetivo: Potenciar los procedimientos adecuados en resolución de problemas sociales, mejora del autocontrol y autorregulación del comportamiento ante señales de enfado (II)

### **Sesión 10 Tomar conciencia de la "autoimagen social"**

Objetivo: Incrementar la capacidad de resolución de problemas e identificación de sentimientos, mejora del autocontrol y la autorregulación (I)







# BIBLIOGRAFÍA

- **VILA-ENCÍO, C. Y POLAINO-LORENTE, A. (1999):** *Cómo vivir con un niño hiperactivo. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar.* Madrid. Narcea.
- **BARKLEY, R.A. (1995):** *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales.* Barcelona. Paidós.
- **BAUERMEISTER, J.J. (2002):** *Hiperactivo, impulsivo, distraído, ¿me conoces?. Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales.* Madrid. Albor-Cohs.
- **CABALLO, M.V., Y SIMÓN, L.M.A. (COORDS.) (2005):** *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos generales.* Madrid. Pirámide.
- **CEREZO RAMÍREZ, F. (1998):** *Conductas agresivas en la edad escolar.* Madrid. Pirámide
- **DAVIS, M.; MCKAY, M. Y ESHELMAN, E.R. (2001):** *Técnicas de autocontrol emocional.* Barcelona. Martínez Roca.
- **DEL BARRIO GÁNDARA, V. (2002):** *Evaluación Psicológica en la infancia y adolescencia.* Madrid. UNED.
- **EZPELETA ASCASO, L.(2001):** *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes* Madrid. Síntesis
- **GARRIDO GENOVÉS, V. (2005):** *Los hijos tiranos: el síndrome del emperador.* Barcelona. Ariel.
- **KAZDIN, ALAN E. Y BUELA CASALS, G (1999):** *Conducta Antisocial.* Madrid. Pirámide
- **LABRADOR. F. J., CRUZADO, J. A. Y MUÑOZ, M. (2004):** *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* Madrid. Pirámide
- **LUCIANO, M.C. (ED.) (1997):** *Manual de Psicología Clínica. Infancia y Adolescencia.* Valencia. Promolibro.
- **MACÍA ANTÓN D. (2002):** *Problemas cotidianos de conducta en la infancia: intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar.* Madrid. Pirámide
- **MAGANTO, C., AMADOR, J.A. Y GONZALEZ, R. (2001):** *Evaluación psicológica en la infancia. Estudio de casos.* Madrid. TEA..
- **MENA, B. NICOLAU, R. SALAT, L. TORT, P. ROMERO, B. (2006):** *El Alumno con TDAH. Guía práctica para educadores.* ADANA Fundació. Barcelona
- **MIRANDA, A., PRESENTACIÓN, M.J., GARGALLO, B., SORIANO, M., GIL, M.D. Y JARQUE, S. (1999):** *El niño hiperactivo (TDAH) intervención en el aula, un programa de formación para profesores,* Castellón. Universidad Jaume I.
- **MIRANDA, A., ROSELLÓ, B., SORIANO, M. (1998):** *Estudiantes con deficiencias atencionales.* Valencia. Promolibro.
- **MORENO GARCÍA, I. (1995):** *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia.* Madrid. Pirámide.
- **ORJALES, I. (2000):** *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores,* Madrid. CEPE.
- **ORJALES VILLAR, I. Y POLAINO LORENTE (2002):** *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con TDA-H.* Madrid. CEPE
- **SERVERA BARCELÓ, M. (2002):** *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil.* Madrid. Pirámide.
- **SILVA, F. (DIR.) (1995):** *Evaluación psicológica en niños y adolescentes.* Madrid. Síntesis
- **VALLÉS ARÁNDIGA A (1997):** *Modificación de Conducta Problemática del Alumno, técnicas y programas.* Alcoy. Marfil.
- **VALLEJO, M.A., FERNÁNDEZ-ABASCAL, E.G. Y LABRADOR, F.J. (1990):** *Modificación de conducta: análisis de casos.* Madrid. TEA.



# DIRECCIONES DE INTERÉS

## ANDALUCÍA

### ■ FEDERACIÓN ANDALUZA DE ASOCIACIONES AYUDA HIPERCINÉTICOS Y DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

C/Imagineros Fernández Andes, 13, 2º C. 41008, Sevilla.

fahyda.org@gmail.com.

Teléfono: 659856438

## CÁDIZ

### ■ ASOCIACION DE FAMILIARES DE NIÑOS HIPERACTIVOS AFHIP

C/Tío Juanes-Estancia Barrera, Local 2. 11401, Jerez de la Frontera. (Cádiz)

Aptdo. Correos 1955-11408 Jerez de la Frontera – Cádiz.

afhip@hotmail.com.

Teléfonos 609655546 - 956349474

## CÓRDOBA

### ■ ASOCIACIÓN ACODAH.

Av. La Alameda nº1 esc 2, 3º, 4. 14005, Córdoba.

acodah@gmail.com

<http://personales.ya.com/acodah/>

Teléfono: 625263515

## GRANADA

### ■ ASOCIACIÓN DE MADRES Y PADRES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES HIPERACTIVOS Y CON TRASTORNO DE CONDUCTA AMPACHICO.

c/ Jazmín nº 9. 18151, Ogijares. Granada.

ampachico@gmail.com

[www.ampachico.es](http://www.ampachico.es)

Teléfonos: 637.120.605 - 609.006.237

## HUELVA

### ■ ASOCIACIÓN DE FAMILIAS CON TDAH AIRE LIBRE.

C/San José 19 (Entreplantas) 41002, Huelva.

airelibre@asairelibre.org

Teléfono: 620 310762

## JAÉN

### ■ ASOCIACIÓN AJADAH

<http://www.everyoneweb.es/TDAH/>

## MÁLAGA

### ■ ASOCIACIÓN AMANDA

C/ Cotrina, nº 7. 29009, Málaga.

[www.amanda.org.es](http://www.amanda.org.es)

[amanda.org.es@gmail.com](mailto:amanda.org.es@gmail.com)

Teléfono: 654814545 - 686772968

## SEVILLA

### ■ ASOCIACIÓN ASPATHI

C/Imagineros Fernández Andes, 13, 2º C. 41008, Sevilla.

[aspathi@eresmas.com](mailto:aspathi@eresmas.com)

[www.aspathi.org](http://www.aspathi.org)

Teléfono: 625558153

## PÁGINAS WEB

- <http://www.deficitdeatención.org>
- <http://www.educa.madrid.org>. Videos de Isabel Orjales sobre TDAH
- <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/ceps Sevilla/CEP de Sevilla>. Materiales descargables. Jornadas TDAH
- <http://www.feaps.org>. Biblioteca. Materiales descargables. Algunas herramientas para afrontar conductas difíciles.
- <http://www.revneurol.com/>
- <http://www.cop.es/>
- <http://www.paidopsiquiatria.com/>
- <http://www.intras.es/index.php?id=122>
- <http://www.pnte.cfnararra.es/creena/>
- <http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/1/tdah/scripts/default.asp>
- [http://w3.cnice.mec.es/recursos2/atencion\\_diversidad/index.htm](http://w3.cnice.mec.es/recursos2/atencion_diversidad/index.htm)
- [http://w3.cnice.mec.es/recursos2/convivencia\\_escolar/index.html](http://w3.cnice.mec.es/recursos2/convivencia_escolar/index.html)
- <http://www.espaciologopedico.com/tienda/lista.php?Id=134>
- [http://www.defensordelmenor-and.es/informes\\_y\\_publicaciones/informes\\_especiales/](http://www.defensordelmenor-and.es/informes_y_publicaciones/informes_especiales/)
- [http://www.defensordelmenor.org/documentacion/publicaciones\\_detalle.php?id\\_agrupacion=1&agrupacion=EDUCACIÓN%20Y%20CULTURA](http://www.defensordelmenor.org/documentacion/publicaciones_detalle.php?id_agrupacion=1&agrupacion=EDUCACIÓN%20Y%20CULTURA)
- <http://www.brujulaeducativa.com/>
- <http://www.orientared.com>
- <http://www.deficitdeatencion.org/>

Actuaciones en situaciones de crisis:

- [http://averroes.ced.junta-andalucia.es/~11006620/web/Nueva/archivos/paginas/archivos/EOE\\_E%20C%20a1diz/TGC/Doc%20tecnicos/INTERVENCI%20EN%20SITUACION%20DE%20CRISIS%20CONDUCTUAL.pdf](http://averroes.ced.junta-andalucia.es/~11006620/web/Nueva/archivos/paginas/archivos/EOE_E%20C%20a1diz/TGC/Doc%20tecnicos/INTERVENCI%20EN%20SITUACION%20DE%20CRISIS%20CONDUCTUAL.pdf)
- [http://www.ced.junta-andalucia.es/portal/com/bin/salud/contenidos/PlanDeAutoproteccion/PlanRecursos/1227515938444\\_protocolo-de-actuacion.pdf](http://www.ced.junta-andalucia.es/portal/com/bin/salud/contenidos/PlanDeAutoproteccion/PlanRecursos/1227515938444_protocolo-de-actuacion.pdf)

## MARCO GENERAL:

- **Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación** (LOE). (BOE nº 106, de 4 de mayo de 2006).
- **Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía** (LEA). (BOJA nº 252, de 26 de diciembre de 2007).
- **Ley 9/1999, de 18 de noviembre, de Solidaridad en la Educación**. (BOJA nº 140, de 2 de diciembre de 1999).
- **Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía**. (BOJA nº 45, de 17 de abril de 1999).

## ESCOLARIZACIÓN:

- **Decreto 53/2007, de 20 de febrero**, por el que se regulan los criterios y el procedimiento de admisión del alumnado en los centros docentes públicos y privados concertados, a excepción de los universitarios. (BOJA nº 40, de 23 de febrero de 2007).
- **Orden de 24 de febrero de 2007**, por la que se desarrolla el procedimiento de admisión del alumnado en los centros docentes públicos y privados concertados, a excepción de los universitarios. (BOJA nº 41, de 26 de febrero de 2007).
- **Orden de 27 de febrero de 2009**, por la que se modifica la de 24 de febrero de 2007, por la que se desarrolla el procedimiento de admisión del alumnado en los centros docentes públicos y privados concertados, a excepción de los universitarios. (BOJA nº 40, de 27 de febrero de 2009).
- **Orden de 19 de febrero de 2008**, por la que se modifica la de 24 de febrero de 2007, por la que se desarrolla el procedimiento de admisión del alumnado en los centros docentes públicos y privados concertados, a excepción de los universitarios. (BOJA nº 42, de 29 de febrero de 2008)
- **Orden de 13 de mayo de 2009**, por la que se convoca el procedimiento de admisión del alumnado en las Escuelas Infantiles de titularidad de la Junta de Andalucía y en los centros de convenio que imparten el primer ciclo de Educación Infantil para el curso 2009/2010 (BOJA nº 93, de 18 de mayo de 2009).
- **Orden de 14 de mayo de 2007** por la que se desarrolla el procedimiento de admisión del alumnado en la oferta completa y parcial de los ciclos formativos

de formación profesional sostenidos con fondos públicos en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Andalucía. (BOJA nº 107, de 31 de mayo de 2007)

## ORDENACIÓN DE LAS ENSEÑANZAS:

- **Decreto 428/2008, de 29 de julio**, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la Educación Infantil en Andalucía. (BOJA nº 164, de 19 de agosto de 2008).
- **Decreto 149/2009, de 12 de mayo**, por el que se regulan los centros que imparten el primer ciclo de la Educación Infantil. (BOJA nº 92, de 15 de mayo de 2009).
- **Decreto 230/2007, de 31 de julio**, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la Educación Primaria en Andalucía. (BOJA nº 156, de 8 de agosto de 2007).
- **Decreto 231/2007, de 31 de julio**, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía. (BOJA nº 156, de 8 de agosto de 2007).
- **Decreto 416/2008, de 22 de julio**, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes al Bachillerato en Andalucía. (BOJA nº 149, de 28 de julio de 2008).
- **Decreto 436/2008, de 2 de septiembre**, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas de la Formación Profesional inicial que forma parte del sistema educativo. (BOJA nº 182, de 12 septiembre de 2008).
- **Orden de 10 de agosto de 2007**, por la que se regula el Plan Educativo de Formación Básica para personas adultas. (BOJA nº 173, de 3 de septiembre de 2007).
- **Orden de 10 de agosto de 2007**, por la que se regula la Educación Secundaria Obligatoria para personas adultas. (BOJA nº 172, de 31 de agosto de 2007).
- **Orden de 29 de septiembre de 2008**, por la que se regulan las enseñanzas de Bachillerato para personas adultas. (BOJA nº 208, de 20 de octubre de 2009).
- **Orden de 24 de junio de 2008**, por la que se regulan los Programas de Cualificación Profesional Inicial. (BOJA nº 157, de 7 de agosto de 2008)
- **Decreto 147/2002, de 14 de mayo**, por el que se establece la ordenación educativa a los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales asociadas

a capacidades personales. (BOJA nº 58, de 18 de mayo de 2002).

■ **Orden de 19 de septiembre de 2002**, por la que se regula el periodo de formación para la transición a la vida adulta y laboral, destinado a jóvenes con necesidades educativas especiales. (BOJA nº 125, de 26 de octubre de 2002).

### **CURRÍCULO:**

■ **Orden de 5 de agosto de 2008**, por la que se desarrolla el currículum correspondiente a la Educación Infantil en Andalucía. (BOJA nº 169, de 26 de agosto de 2008).

■ **Orden de 10 de agosto de 2007**, por la que se desarrolla el currículum correspondiente a la Educación Primaria en Andalucía. (BOJA nº 171, de 30 de agosto de 2007).

■ **Orden de 10 de agosto de 2007**, por la que se desarrolla el currículum correspondiente a la Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía. (BOJA nº 171, de 30 de agosto de 2007).

■ **Orden de 5 de agosto de 2008**, por la que se desarrolla el currículum correspondiente al Bachillerato en Andalucía. (BOJA nº 169, de 26 de agosto de 2008).

■ Con respecto al currículum correspondiente a los títulos de Técnico y Técnico Superior de Formación Profesional, consultar cada una de las órdenes que los desarrollan en función de la cualificación profesional deseada según el Catálogo Nacional.

■ **Orden de 19 de septiembre de 2002**, por la que se regula la elaboración del proyecto curricular de los centros específicos de educación especial y de la programación de las aulas de educación especial e los centros ordinarios. (BOJA nº 125, de 26 de octubre de 2002).

### **EVALUACIÓN:**

■ **Orden de 29 de diciembre de 2008**, por la que se establece la ordenación de la evaluación en la Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Andalucía. (BOJA nº 15, de 23 de enero de 2009).

■ **Orden de 10 de agosto de 2007**, por la que se establece la ordenación de la evaluación del proceso de aprendizaje del alumnado de Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía. (BOJA nº 166, de 23 de agosto de 2007).

■ **Orden de 10 de agosto de 2007**, por la que se establece la ordenación de la evaluación del proceso de aprendizaje del alumnado de Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Autónoma de Andalucía. (BOJA nº 166, de 23 de agosto de 2007).

■ **Orden de 15 de diciembre de 2008**, por la que se establece la ordenación de la evaluación del proceso de aprendizaje del alumnado de Bachillerato en la Comunidad Autónoma de Andalucía. (BOJA nº 2, de 5 de enero de 2009).

### **ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD:**

■ **Orden de 25 de julio de 2008**, por la que se regula la atención a la diversidad del alumnado que cursa la educación básica en los centros docentes públicos de Andalucía. (BOJA nº 167, de 22 de agosto de 2008).

### **ORIENTACIÓN:**

■ **Decreto 213/1995, de 12 de septiembre de 1995**, por el que se regulan los Equipos de Orientación Educativa. (BOJA nº 153, de 29 de noviembre de 1995).

■ **Orden de 19 de septiembre de 2002**, por la que se regula la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización. (BOJA nº 125, de 26 de octubre de 2002).

■ **Orden de 23 de julio de 2003**, por la que se regulan determinados aspectos sobre la organización y el funcionamiento de los Equipos de Orientación Educativa. (BOJA nº 155, de 13 de agosto de 2003).

■ **Orden de 27 de julio de 2006**, por la que se regulan determinados aspectos referidos al Plan de Orientación y Acción Tutorial en los Institutos de Enseñanza Secundaria. (BOJA nº 175, de 8 de septiembre de 2006).

■ **Orden de 27 de julio de 2006**, por la que se regulan determinados aspectos referidos a la organización de y funcionamiento del Departamento de Orientación en los Institutos de Enseñanza Secundaria. (BOJA nº 175, de 8 de septiembre de 2006).

■ **Instrucciones de 28 de junio de 2007**, de la Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación por la que se regulan determinados aspectos sobre la organización y el funcionamiento de los Equipos de Orientación Educativa Especializados.

■ **Orden de 14 de julio de 2008**, por la que se modifica la de 16 de noviembre de 2007, por la que se regula la organización de la orientación y la acción Tutorial en los centros públicos que imparten las enseñanzas de Educación Infantil y Primaria. (BOJA nº 157, de 7 de agosto de 2008).

#### ACCESIBILIDAD Y BARRERAS ARQUITECTÓNICAS:

■ **Decreto 293/2009, de 7 de julio**, por el que se aprueba el reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía. (BOJA nº 140, de 21 de julio de 2009).

#### AYUDAS Y SUBVENCIONES EDUCATIVAS:

■ **Resolución de 1 de junio de 2009**, de la Secretaría de Estado de Educación y Formación Profesional, por la que se convocan ayudas para alumnado con necesidad específica de apoyo educativo para el curso académico 2009-2010. (BOE nº 136, de 5 de junio de 2009).

■ **Orden de 27 de abril de 2005**, por la que se regula el programa de gratuidad de los libros de texto dirigido al alumnado que curse enseñanzas obligatorias en los centros docentes sostenidos con fondos públicos. (BOJA nº 92, de 13 de mayo de 2005).

■ **Orden de 8 de enero de 2009**, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones a corporaciones locales, asociaciones profesionales y organizaciones no gubernamentales para el desarrollo de los módulos obligatorios de los Programas de Cualificación Profesional Inicial y se convocan las correspondientes para el curso 2009/2010 (BOJA nº 31, de 16 de febrero de 2009).

■ **Orden de 14 de enero de 2009**, por la que se regulan las medidas de apoyo, aprobación y reconocimiento al profesorado para la realización de proyectos de investigación e innovación educativa y de elaboración de materiales curriculares. (BOJA nº 21, de 2 de febrero de 2009).

■ **Orden de 9 de mayo de 2008**, por la que se establecen las bases reguladoras y se convocan ayudas económicas para financiar actividades extraescolares organizadas por las federaciones y confederaciones de asociaciones de padres y madres del alumnado, con necesidades específicas de apoyo educativo, asociadas

a sus capacidades personales, escolarizado en centros educativos sostenidos con fondos públicos. (BOJA nº 105, de 28 de mayo de 2008).

#### PLAN DE APOYO FAMILIAS:

■ **Decreto 137/2002, de 30 de abril**, de apoyo a las familias andaluzas. (BOJA nº 52, de 4 de mayo de 2002).

■ **Decreto 18/2003, de 4 de febrero**, de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas (BOJA nº 26, de 7 de febrero de 2003).

■ **Decreto 64/2008, de 26 de febrero**, por el que se modifica el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. (BOJA nº 43, de 3 de marzo de 2008).

■ **Decreto 59/2009, de 10 de marzo**, por el que se modifica el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, y el Decreto 18/2003, de 4 de febrero, de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. (BOJA nº 50, de 13 de marzo de 2009).

#### TRANSPORTE ESCOLAR:

■ **Decreto 287/2009, de 30 de junio**, por el que se regula la prestación gratuita del servicio complementario de transporte escolar para alumnado de los centros docentes sostenidos con fondos públicos. (BOJA nº 128, de 3 de julio de 2009).

■ **Orden de 29 de junio de 2009**, por la que se modifica parcialmente la de 9 de febrero de 2004, por la que se regula la concesión de ayudas por desplazamiento para alumnos y alumnas que realizan prácticas formativas correspondientes a la fase de Formación en centros de Trabajo. (BOJA nº 145, de 28 de julio de 2009).

■ **Acuerdo de 1 de julio de 2008**, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la prestación gratuita del servicio de transporte escolar al alumnado de Bachillerato y Formación Profesional Inicial. (BOJA nº 138, de 11 de julio de 2008).

#### RESIDENCIAS ESCOLARES:

■ **Orden de 3 de febrero de 2009**, por la que se convocan las plazas de Residencia Escolar para cursar estudios posteriores a la educación secundaria obligatoria en el curso 2009/2010. (BOJA nº 41, de 2 de marzo de 2009).

■ **Orden de 3 de febrero de 2009**, por la que se convocan plazas de Residencia

Escolar o Escuela Hogar para facilitar la escolarización del alumnado en las enseñanzas obligatorias en el curso 2009/2010. (BOJA nº 41, de 2 de marzo de 2009).

■ **Orden de 9 de abril de 2008**, por la que se efectúa la convocatoria para la concesión de subvenciones instrumentalizadas a través de convenios con escuelas Hogar y Entidades de titularidad privada sin ánimo de lucro, para facilitar la escolarización del alumnado con graves discapacidades. (BOJA nº 87, de 2 de mayo de 2008).

■ **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo. Resolución aprobada por la Asamblea General de la ONU [A/RES/62/170] . En vigor desde el 3 de Mayo de 2008.**

■ **Recomendación Rec (2006)-5 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción de derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015. (15 líneas de acción clave y aspectos transversales). Diario Oficial de las Comunidades Europeas (03/11/2006).**