

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

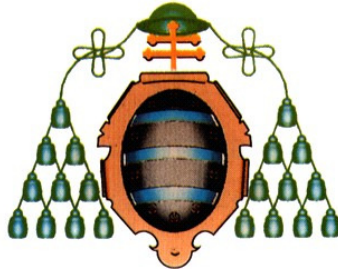
Departamento de Psicología

TESIS DOCTORAL

**Perfil psicosocial y modelo de intervención en adolescentes
con problemas graves del comportamiento**

Autor:

José Manuel Orrego Álvarez



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Departamento de Psicología

TESIS DOCTORAL

**Perfil psicosocial y modelo de intervención en adolescentes
con problemas graves del comportamiento**

José Manuel Orrego Álvarez

2014

Directores:

Dra. Mercedes Paino Piñeiro

Dr. Eduardo Fonseca Pedrero

A mi mujer e hijo

Agradecimientos

Creo que cuando uno se decide a llevar a cabo una labor como ésta, desea en su interior hacerla solo, sin tener que pedir ayuda a nadie, al fin y al cabo una Tesis es un trabajo personal y hasta cierto punto, solitario. Qué impresión tan errada, al poco tiempo de iniciar la aventura ya estaba pidiendo favores a diestro y siniestro. No obstante, me consuela saber que al fin y al cabo, como alguien dijo, somos seres sociales. Por todo ello debo manifestar mis agradecimientos a todas aquellas personas que me apoyaron en esta singladura tan azarosa y que me han llevado, pese a mi propio pronóstico, al término del camino. Tampoco podría hacer justicia de la autoría real del presente documento sino citara, por lo menos, a las personas que aunque no fueron conscientes de su ayuda o implicación me ofrecieron su paciencia y cariño. Aunque tengo el sentimiento de que aquellos que me han prestado su colaboración deberían tener otro reconocimiento más excelso, quiero prestar un agradecimiento especial a mis directores de Tesis: Doña Mercedes Paino Piñeiro y Don Eduardo Fonseca Pedrero de los que huelga a estas alturas toda alabanza y lisonja, a la Fundación Vinjoy que al fin y al cabo la forman y es, el colectivo de compañeros del cual tengo la suerte y honor de formar parte, al Equipo de Alteraciones del Comportamiento de la Consejería de Educación que de forma filantrópica me proporcionó toda el apoyo que necesité, a mis familiares más cercanos que con más desconcierto que interés me soportaron durante mucho tiempo y especialmente a mi hijo Gabriel al que siento haberle sacrificado muchas tardes soleadas y que me permitió, gracias a su presencia, poder disfrutar unos años más de este trabajo que tantos sentimientos contradictorios despertó en mí, pero que ahora amo.

PERFIL PSICOSOCIAL Y MODELO DE INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES CON PROBLEMAS GRAVES DEL COMPORTAMIENTO

Resumen

La presente Tesis persigue dos objetivos generales. En primer lugar, analizar el perfil psicosocial y los rasgos psicopatológicos, emocionales y escolares de un grupo de alumnos del Principado de Asturias, que participan en la experiencia socioeducativa Trampolín y que son considerados por las autoridades educativas regionales como los casos más graves en cuanto a problemas de comportamiento. En segundo lugar, examinar la intervención realizada con ellos en un centro especializado que, bien de forma total, o combinada con el centro educativo correspondiente, atiende a las necesidades específicas de este grupo de alumnos. Para tratar de cumplir estos objetivos, se atiende al estudio de los casos más graves ($n=43$) de población con problemas graves de conducta de entre 13 y 16 años tratados por los Servicios Educativos del Principado de Asturias desde 2006 hasta 2012 a través de la propuesta educativa pionera denominada Trampolín. El Grupo Control lo formaron 42 alumnos de la ESO con edades comprendidas entre los 12 y 16 años. Se administraron cuestionarios multidimensionales tanto para los alumnos como para familiares y orientadores, el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes y el *Youth Self Report*. Los resultados indican que: a) es posible identificar y describir un perfil multidimensional característico de este tipo de alumnos; b) los menores participantes en la experiencia socioeducativa Trampolín, presentan mayores puntuaciones medias en una serie de rasgos psicopatológicos de la personalidad así como problemas comportamentales en comparación con el Grupo Control; c) es posible la realización de una descripción exhaustiva

de las respuestas utilizadas en los centros educativos respecto de las faltas graves de disciplina de los alumnos que participan en la experiencia Trampolín; d) después de la intervención socioeducativa Trampolín y de analizar diversos indicadores los alumnos con graves trastornos del comportamiento se logra una mejora en diversas variables de tipo educativo así como de tipo social y familiar. En conclusión los resultados del estudio indican que es posible identificar un perfil de alumno con graves problemas de comportamiento respecto de una serie de rasgos psicosociales, psicopatológicos, emocionales y escolares, y que además, la intervención socioeducativa realizada con los mismos constituye una opción metodológica adecuada para aplicar a este colectivo de menores. Se espera por tanto, tratar de dilucidar una realidad que permita inferir ciertas conclusiones útiles, que sirvan como referencia e inspiración tanto a los Equipos Directivos como a los orientadores, docentes o personas interesadas en el tema de los trastornos del comportamiento.

Palabras clave: trastornos del comportamiento, comportamientos disruptivos, problemas de conducta, programas de intervención, conductas disruptivas, Educación secundaria, ESO.

PSYCHOSOCIAL PROFILE AND INTERVENTION MODEL IN TEENAGERS WITH SEVERE BEHAVIOURAL PROBLEMS

Abstract

This Doctoral Thesis has two general objectives. Firstly, analyze the psychosocial profile and psychopathological, emotional and school features of a group of students from Asturias, who are involved in *Trampolín*¹ socio-experience and who are considered by the regional educational authorities as the most serious cases regarding behavioral problems. Secondly, study the intervention made with them in a specialized center, either separately or in combination with the corresponding educational center, which serves the specific needs of this group of students. In order to try to meet these objectives, the study addresses the most serious cases (n = 43) of people with serious behavioral problems aged between 13 and 16 years treated by Educational Services of Asturias from 2006 to 2012 through the pioneering programme called Trampolín. The Control Group consisted of 42 ESO students aged between 12 and 16 years. Multidimensional questionnaires based on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory of Adolescent and Youth Self Report, were administered to both group of students, school advisors and families. The results indicate that: a) it is possible to identify and describe a multidimensional characteristic profile in such students; b) underage participants in the socio-educational experience *Trampolin* present higher average scores on a number of psychopathological personality traits and behavioral problems compared with the Control Group; c) it is possible to perform an exhaustive description of the replies used in

¹ Which is Springboard in English.

schools about serious discipline mistakes of students participating in the *Trampolín* experience; d) after the Trampolín educational intervention and analyzing several indicators of students with severe behavior disorders, improvement is achieved in several variables including educational as well as social and family types. In conclusion, the results indicate that it is possible to identify a profile of students with severe behavior problems in relation to psychosocial, psychopathological, emotional and school characteristics, and further, the educational intervention on the same students means a methodological approach which is suitable to apply to this group of children. Thus, we try to obtain some useful conclusions that may serve as reference and inspiration for Management Teams, counsellors, teachers or any person interested in the topic of behavioural disorders.

Keywords: behavioural disorders, disruptive behaviour, behaviour problems, intervention programs, disruptive conducts, secondary education.

Nota:

Las referencias al género citadas en este texto, no pretenden despertar sentimientos excluyentes ni sexistas. Para mejorar la legibilidad y claridad del documento, cuando se hace referencia al género masculino se deberá entender como genérico.

Las fotografías de los menores que aparecen en el documento, han sido realizadas de tal forma que salvaguardan la identidad e integridad moral de las personas en base a la legislación actual.

Índice de contenidos

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

| | |
|---|----------|
| CAPÍTULO I Introducción..... | 9 |
| 1.1 Alteraciones graves del comportamiento en la enseñanza secundaria | 14 |
| 1.1.1 Delimitación del concepto de alteraciones graves del comportamiento | 18 |
| 1.1.2 Clasificación de las alteraciones graves del comportamiento | 29 |
| 1.1.3 Explicaciones etiológicas de los problemas de conducta..... | 54 |
| 1.1.4 Prevalencia de las alteraciones graves del comportamiento | 91 |
| 1.1.5 Costes económicos, legales y/o sociales | 99 |
| 1.1.6 Modelos de intervención para los problemas de comportamiento..... | 108 |
| 1.2 Alteraciones del comportamiento en el contexto asturiano | 161 |
| 1.2.1 Respuesta institucional a nivel autonómico | 165 |
| 1.3 Modelo de intervención en el contexto asturiano: el Programa Trampolín | 180 |
| 1.3.1 Objetivos de Trampolín..... | 181 |
| 1.3.2 Contexto social del Programa Trampolín..... | 184 |
| 1.3.3 Destinatarios, criterios de admisión de los participantes de Trampolín..... | 186 |
| 1.3.4 Modelo de intervención..... | 189 |
| 1.3.5 Fases de la intervención | 236 |
| 1.3.6 Intervención en el ámbito extraescolar..... | 239 |
| 1.3.7 Contenidos y metodología didáctica | 242 |

FUNDAMENTACIÓN EMPÍRICA

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO II Objetivos e Hipótesis | 253 |
| 2.1 Objetivos | 255 |
| 2.2 Hipótesis..... | 257 |
| CAPÍTULO III Método..... | 259 |
| 3.1 Participantes | 261 |
| 3.2 Instrumentos de medida | 262 |
| 3.3 Procedimiento..... | 268 |
| 3.4 Análisis de datos..... | 271 |
| CAPÍTULO IV Resultados | 275 |
| 4.1 Descripción del Grupo de Trampolín..... | 277 |
| 4.2 Comparación de rasgos psicopatológicos entre el Grupo de Estudio Trampolín y el Grupo Control | 292 |
| 4.3 Comparación de síntomas emocionales y comportamentales entre el Grupo de Estudio Trampolín y el Grupo Control | 296 |
| 4.4 Respuestas educativas en los centros escolares..... | 298 |
| 4.5 Intervención socioeducativa y cambios en indicadores educativos | 305 |
| 4.6 Intervención socioeducativa y cambios en indicadores socio-familiares..... | 310 |
| CAPÍTULO V Discusión y Conclusiones..... | 321 |
| 5.1 Discusión y conclusiones específicas..... | 323 |

| | | |
|--|--|------------|
| 5.1.1 | Descripción del Grupo de Estudio Trampolín..... | 323 |
| 5.1.2 | Comparación de rasgos psicopatológicos entre el Grupo de Estudio Trampolín y el Grupo Control | 340 |
| 5.1.3 | Comparación de síntomas emocionales y comportamentales entre el Grupo de Estudio Trampolín y el Grupo Control | 348 |
| 5.1.4 | Respuestas educativas en los centros escolares..... | 353 |
| 5.1.5 | Intervención socioeducativa y cambios en indicadores educativos | 361 |
| 5.1.6 | Intervención socioeducativa y cambios en indicadores socio-familiares..... | 370 |
| 5.2 | Limitaciones de la investigación y líneas de investigación futuras | 378 |
| 5.2.1 | Limitaciones de la investigación | 378 |
| 5.2.2 | Líneas de investigación futuras | 381 |
| 5.3 | Conclusiones generales | 383 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | | 387 |
| INDICE DE TABLAS..... | | 447 |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | | 451 |
| ANEXOS | | 455 |
| ANEXO I. | Cuestionario para alumnos. Evaluación inicial multidimensional..... | 457 |
| ANEXO II. | Cuestionario para alumnos. Evaluación final multidimensional | 463 |
| ANEXO III. | Cuestionario para familias. Evaluación inicial multidimensional. | 469 |
| ANEXO IV. | Cuestionario para familias. Evaluación final multidimensional..... | 475 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| ANEXO V. | Cuestionario para orientadores. Evaluación inicial multidimensional..... | 483 |
| ANEXO VI. | Cuestionario para orientadores. Evaluación final multidimensional. | 491 |
| ANEXO VII. | Cuestionario sociodemográfico para profesionales de Trampolín. Evaluación final multidimensional | 497 |
| ANEXO VIII. | Contrato de contingencias o contrato conductual | 507 |
| ANEXO IX. | Youth Self Report (YSR)..... | 511 |

Listado de abreviaturas

| | |
|-------|---|
| ACI's | Adaptaciones Curriculares Individualizadas |
| APA | Asociación Americana de Psiquiatría |
| CI | Cociente Intelectual |
| CIE | Clasificación Internacional de Enfermedades |
| CPR | Centro del Profesorado y Recursos de Oviedo |
| DSM | <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> |
| EAC | Equipo de Alteraciones del Comportamiento |
| EBO | Enseñanza Básica Obligatoria |
| ECRI | <i>The European Commission against Racism and Intolerance</i> |
| IES | Instituto de Educación Secundaria |
| INCE | Instituto Nacional de Calidad Educativa |
| INE | Instituto Nacional de Estadística |
| ISRS | Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina |
| LOGSE | Ley Orgánica General del Sistema Educativo |
| MAO-A | Encima Monoamino Oxidasa A |
| MAO-B | Encima Monoamino Oxidasa B |
| MECD | Ministerio de Educación, Cultura y Deporte |
| MTF | Metilfenilato |
| NEE | Necesidades Educativas Especiales |
| OCDE | Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |

| | |
|--------|---|
| PASS | Planificación, Atención, Secuencial y Simultáneo |
| PCBs | Bifenilos Policlorados |
| PCIT | <i>Parent-child interaction therapy</i> |
| PEI | Programa Educativo Individualizado |
| PISA | <i>Programme for Indicators of Student Achievement</i> |
| PROA | Programa de Refuerzo, Orientación y Apoyo |
| RM | Retraso Mental |
| RML | Retraso Mental Leve |
| RRI | Reglamento de Régimen Interior |
| SS.SS. | Servicios Sociales |
| TA | Trastorno Antisocial |
| TAP | Trastorno Antisocial de la Personalidad |
| TB | Trastorno Bipolar |
| TC | Trastorno del Comportamiento/conducta |
| TD | Trastorno Disocial |
| TDAH | Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad |
| TND | Trastorno Negativista Desafiante |
| TOD | Trastorno Oposicionista-desafiante |
| UCA | Unidades de Currículum Adaptado |
| UNICEF | <i>United Nations International Children's Emergency Fund</i> |
| YSR | <i>Youth Self-Report</i> |

FUNDAMENTACIÓN

TEÓRICA

CAPÍTULO I

Introducción

- 1.1 Alteraciones graves del comportamiento en la enseñanza secundaria**
 - 1.1.1 Delimitación del concepto de alteraciones graves del comportamiento**
 - 1.1.2 Clasificación de las alteraciones graves del comportamiento**
 - 1.1.3 Explicaciones etiológicas de los problemas de conducta**
 - 1.1.4 Prevalencia de las alteraciones graves del comportamiento**
 - 1.1.5 Costes económicos, legales y/o sociales**
 - 1.1.6 Modelos de intervención para los problemas de comportamiento**
- 1.2 Alteraciones del comportamiento en el contexto asturiano**
 - 1.2.1 Respuesta institucional a nivel autonómico**
- 1.3 Modelo de intervención en el contexto asturiano: el Programa Trampolín**
 - 1.3.1 Objetivos de Trampolín**
 - 1.3.2 Contexto social del Programa Trampolín**
 - 1.3.3 Destinatarios, criterios de admisión de los participantes de Trampolín**
 - 1.3.4 Modelo de intervención**
 - 1.3.5 Fases de la intervención**
 - 1.3.6 Intervención en el ámbito extraescolar**
 - 1.3.7 Contenidos y metodología didáctica**

Las estadísticas educativas ofrecidas por diversas instituciones nacionales o supranacionales como el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Instituto Nacional de Calidad Educativa (INCE) o la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) con su conocido informe PISA (*Programme for Indicators of Student Achievement*), muestran resultados sobre absentismo, fracaso escolar, delincuencia juvenil, nivel de competencia curricular, entre otros indicadores. Estos datos, advierten sobre un incremento espectacular de los problemas educativos en España durante los últimos años (2010). También son numerosos los autores que han abordado el tema de la falta de motivación y disciplina (Alonso-Tapia, 2005; Gustems-Carnicer y Calderón-Garrido, 2006; Onetti, 2011), la crisis de autoridad (Alonso-Tapia, 2005; Andueza-Fernández, 2012; Bernal-Martínez de Soria y Gualandi, 2009; Lobato-Morchón, 2003) o cómo los profesores perciben la educación referida a la dificultad que representa impartir una clase con normalidad y llevar a cabo los procesos de enseñanza-aprendizaje de forma satisfactoria (Ginott, 1995; Gotzens, Castelló, Genovard y Badía, 2003), por citar alguna referencia dentro del contexto español. Estos hechos, unidos al malestar de algunas familias preocupadas por el tema, producen una sensación de impotencia y vulnerabilidad de todo el colectivo implicado en la educación de los jóvenes.

La sociedad, por lo general, ha sustituido realidades inmateriales como el esfuerzo, el altruismo y el sacrificio por alternativas exclusivamente materiales relacionadas con el ocio, el consumo y la diversión (Rigol-Roig, 2003). Esta carencia o falta de principios éticos, también afecta a los menores y hace referencia a la expresión “crisis de valores” con un matiz claramente peyorativo y alejado del significado de cambio o transición que posee el término

crisis, con una interpretación mucho más positiva. Aunque no se pretende analizar las causas que derivaron en los actuales problemas sociales y morales, muchos profesionales y expertos en la materia vislumbran algunas razones: universalidad mal implantada de la enseñanza (en el paso de un modelo de excelencia a un modelo popular) (Asensi-Díaz, 2007), movimientos migratorios (Rodríguez Izquierdo, 2005), hábitos materialistas, falta de objetivos, estilos educativos más laxos, modelos culturales a imitar dudosos o carentes de contenido ético, falta de autoridad de los maestros, estilos educativos parentales no adecuados (Prats et al., 2005), etc.

Durante el desarrollo de cualquier persona en edad escolar, debe adecuar su conducta y ritmo de aprendizaje a las exigencias del sistema escolar; de esta manera, logra interactuar socialmente de una forma correcta, tanto con los adultos de fuera del sistema familiar, como con su grupo de pares. Este proceso es indispensable para la formación de una correcta autoestima (Gutiérrez-Saldaña, Camacho-Calderón y Martínez-Martínez, 2007), y además actúa como elemento protector de la salud mental del menor. Por lo general, el desarrollo de dichas personas es relativamente armónico, con momentos de inestabilidad propios de la edad, adaptándose bien a las exigencias de su medio ambiente, y siendo su conducta generalmente predecible además de ajustada a unas reglas, cánones o normas preestablecidas (Mengíbar, 2010).

No obstante, con relativa frecuencia, se dan casos de estudiantes en edad escolar que no presentan un desarrollo armónico. Esto determina y origina unos patrones cognitivos y conductuales diferentes, y esos menores suelen ser tildados de niños problemáticos o más técnicamente de menores con trastornos graves del comportamiento. Según la Organización

Mundial de la Salud (OMS, 2001) los trastornos mentales y conductuales son padecidos por un 25% de la población al menos una vez en la vida. Además se piensa que entre el 6-16% de los varones y entre el 2-9% de las mujeres, presentan algún trastornos de la conducta (Tcheremissine y Lieving, 2006). Los resultados de autores como Navarro-Pardo y Sales (2012, p. 381) sobre prevalencia en el contexto español, son coherentes con otras investigaciones que indican que “los trastornos mentales más diagnosticados -en la infancia y adolescencia- son los conductuales, 34,7%”.

Por todos los motivos anteriores, durante los últimos años, las respuestas dadas por los profesionales educativos, han surgido tanto desde el profesorado como desde las administraciones educativas. Estas iniciativas, ya sean a nivel individual, o planificadas en forma de programas o experiencias más o menos organizadas, son el primer paso para afrontar los problemas de conducta de los menores en edad de escolarización obligatoria.

Con seguridad se puede afirmar que siempre ha existido preocupación por los problemas de conducta en el contexto escolar. No obstante el verdadero interés seguramente se hace más palpable, en el caso español, como consecuencia de la obligatoriedad de la enseñanza hasta los dieciséis años, promulgada en la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE, 1990). La finalidad terminal y propedéutica de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) choca con los intereses – o desintereses – de ciertos alumnos que no quieren participar de esa obligación y/o derecho. También, desde hace bastante tiempo, se ha procurado indagar sobre las causas del incremento de las alteraciones de conducta en los escolares y cómo se puede intervenir con ellos. Diversos expertos en el tema (Díaz-Aguado, 2005; Garrido-Genovés, 2005; Torrego et al., 2006; Vazquez-Fernández, Jarabo-Marquina y

Araujo-López, 2004) han realizado análisis pormenorizados de estos problemas, además de haber propuesto medidas de intervención específicas para el tratamiento de los conflictos en el contexto español.

Este colectivo genera importantes costes sociales; no se puede olvidar que los problemas más frecuentes que se encuentran los profesionales de la salud mental infantil, son los problemas de conducta (Baker, 2013). Más aún, la tercera parte de los pacientes adolescentes que asisten a centros de salud por problemas psiquiátricos tienen que ver con algún tipo de trastornos de conducta (Perisse et al., 2006). Sus acciones, o más en concreto, las consecuencias de las mismas, generan no sólo sufrimiento, impotencia y agotamiento (de las familias, seres cercanos y profesorado), sino también un gasto difícilmente cuantificable de recursos originados en la comunidad en forma de compensaciones para posibles damnificados, gastos judiciales, educativos, clínicos y, sobre todo, la pérdida de la oportunidad para formar a una persona que puede aportar grandes beneficios a nuestra sociedad (Foster et al., 2002). Un análisis pormenorizado de este tipo de casuística y las intervenciones especializadas puede contribuir de algún modo a reducir estas contrariedades evitables.

1.1 Alteraciones graves del comportamiento en la enseñanza secundaria

La intención de este apartado no se limita a la exposición y/o formulación del problema sino que, además, intenta ofrecer una aclaración conceptual sobre qué se consideran alteraciones graves del comportamiento, y cómo son entendidas desde las perspectivas

clínica, social y educativa. Otro aspecto que pretende mostrar, es la dificultad que existe a la hora de definir un concepto complejo de interpretar, ya que no existe un único criterio para describir la realidad.

Para abordar el estudio de los diferentes tipos de alteraciones de la conducta, se parte del análisis de las conductas disruptivas de los alumnos entre 12 y 16 años que van a cursar o cursan la ESO. El motivo de centrarse en esta delimitación cronológica, es la confluencia de factores de diversa índole, que pueden desde agravar patologías psicológicas latentes, hasta desencadenar otras nuevas como la esquizofrenia (Cannon, 2005; Harrop y Trower, 2003) u otros trastornos psicóticos (Meng et al., 2009). Un estudio llevado a cabo por Fonseca-Pedrero, Paino, Santarén-Rosell y Lemos-Giráldez (2013) con 1443 adolescentes estimó que el 13,1% de la muestra podría presentar un patrón desadaptativo de la personalidad del Cluster A (trastornos paranoides, esquizoídes o esquizotípicos). También es habitual el incremento de conductas desajustadas o violentas derivadas generalmente de la crisis de la adolescencia (Jeammet, 2002), siendo muy frecuentes los problemas emocionales y/o comportamentales (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2011). Los resultados muestran que al menos un 20% de los adolescentes presentan problemas relevantes para su adaptación a la vida social, familiar y escolar (Saldaña, 2001) o del 15,1% para problemas específicamente conductuales y emocionales (Achenbach, Rescorla y Ivanova, 2012). Un dato significativo es que la tercera parte de las derivaciones clínicas de niños y adolescentes se deben a problemas de conducta (Perisse et al., 2006).

Tampoco hay que olvidar que una posible causa de aparición de trastornos del comportamiento, es el aumento de la exigencia en el entorno escolar; como la que origina el

cambio de etapa de Primaria a Secundaria (Wicks-Nelson y Israel, 2004). Otro aspecto revelador es la obligatoriedad de la enseñanza, el imperativo legal de cursar enseñanzas hasta los 16 años, ofrece sin lugar a dudas una oportunidad a determinado colectivo de alumnos que en otras épocas no podían acceder a los servicios educativos, como afirma Esteve (2003, p. 63) *“hoy perviven en nuestros centros de secundaria, junto a alumnos de excelente nivel, miles de niños que antes expulsábamos”*. Si bien es cierto que este hecho, logra reducir la desigualdad social, evitando el rechazo de aquellos alumnos que antiguamente eran descartados por pedagogías excluyentes, también es cierto que coarta la libertad del adolescente para decidir su propia trayectoria vital, generando una heterogeneidad de actitudes y motivaciones hacia el universo escolar.

Los centros educativos son potencialmente un foco de conflicto. Si además en ellos se imparten niveles educativos que engloban la ESO, los problemas se pueden acentuar (Casamayor et al., 2002), como por ejemplo, la falta de disciplina, que supone todo un reto para los profesionales de la educación. Por este motivo cuando se habla de conductas disruptivas, se hace en relación a los comportamientos que causan problemas de disciplina en el ambiente escolar (Torrego y Moreno, 1999). El control de esta disciplina en centros con alumnos en edad adolescente, consume recursos que se dirigen principalmente al tratamiento de aquellos individuos que manifiestan comportamientos transgresores, con independencia de que además, se desarrollen otras medidas preventivas.

También hay que tener presente que el objeto de interés que nos atañe, son los trastornos de conducta, sus manifestaciones, etiología, tratamiento y todos aquellos aspectos que afectan a la esfera educativa de los alumnos adolescentes de entre 12 a 16 años. La

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) define la adolescencia como la etapa que va entre los 10 y 19 años, considerando además como adolescencia temprana la que va desde los 10 a 14 años, y la tardía de 15 a 19 años; no obstante, estas edades son relativas desde el punto de vista etnográfico, siendo determinante el grupo social al que pertenezca el joven, además de otras variables (UNICEF, 2011). Contemplando las anteriores delimitaciones cronológicas que establecen las Naciones Unidas, el periodo situado entre los 12 y los 16 años se considera como más crítico, por situarse en el ecuador de la adolescencia. Además, para optimizar la focalización del tema, se obvian las manifestaciones conductuales no deseables desencadenadas por situaciones coyunturales estresantes (separación de padres, muerte de un ser querido, nacimiento de un hermano...) o también evolutivas, en referencia a procesos normales de maduración, propios de la adolescencia. Aunque está confirmado el aumento de las conductas antisociales mientras se produce la ocurrencia de eventos traumáticos o estresantes (Conger et al., 1994), investigaciones realizadas por Elliot (1994) y Rutter y Giller (1983) confirmaron que no existía una clara relación entre los estresores familiares y ulteriores manifestaciones violentas; para estos autores, la pérdida de una de las figuras parentales, por ejemplo, no condiciona significativamente el desarrollo de conductas antisociales a posteriori.

Otro aspecto a resaltar, es que los trastornos de conducta hacen relación a las conductas sintomáticas relacionadas con cualquier trastorno mental, que requieren además de una valoración o diagnóstico clínico, mientras que, de forma rigurosa, los problemas de conducta se refieren a las faltas de disciplina o disfunciones en los procesos educativos, sin relación con alguna patología (Reyzábal-Rodríguez, 2006). No obstante es habitual en la

literatura hacer referencia a conceptos como alteraciones graves del comportamiento, problemas de conducta, trastornos de la conducta, conductas disruptivas... Estas denominaciones deben ser entendidas como estados o manifestaciones relacionadas con alteraciones de orden clínico o psicopatológico.

1.1.1 Delimitación del concepto de alteraciones graves del comportamiento

Todos los seres humanos, durante su desarrollo ontogenético pasan por una etapa de búsqueda de su propia identidad y de configuración del propio yo. De forma unánime los expertos coinciden en que esta etapa, conocida como adolescencia, es especialmente relevante para la formación futura de la personalidad y para el afianzamiento de las conductas aceptadas por la sociedad como positivas. Incluso ciertas conductas perturbadoras pueden llegar a tener una función evolutiva (Díaz-Sibaja, 2005). Pero también puede ser una etapa de riesgo que puede llevar a la consolidación y desarrollo de trastornos mentales y patrones conductuales graves (Bonnot, 2009; Botbol, Barrére y Speranza, 2004). Estas son las conductas que más preocupan a la población en general y a los responsables educativos en particular (psicólogos, pedagogos, educadores, maestros y cómo no, a los padres).

Por tanto, no se puede hablar de la existencia de un trastorno adolescente por antonomasia: los trastornos del comportamiento que suscitan más inquietud, perduran en el tiempo y son independientes de las variables evolutivas. Su origen reside en otra fuente diferente. No obstante, las secuencias típicas del desarrollo de la conducta social y emocional de cualquier persona pueden servir para evaluar la posibilidad de aparición de algún problema conductual futuro (Wicks-Nelson y Israel, 2004). Por otro lado, tampoco se puede

hacer referencia a un trastorno del comportamiento debido a situaciones particulares de crisis personal o coyuntural, como la pérdida de un familiar, las rupturas matrimoniales, la incorporación de un nuevo miembro a la unidad familiar o cambios de domicilio.

Otro aspecto que conviene señalar es la distinción entre trastornos externalizantes e internalizantes propuestos por Achenbach (1985), donde los primeros hacen alusión a manifestaciones que comprometen las correctas interacciones sociales (agresividad, amenaza, desafío...) y tienden a ser observables, mientras que los últimos afectan menos a los demás y sí a la propia persona (depresión, fobia, autoestima...) y tienden a no ser tan fácilmente observables (Reyzábal-Rodríguez, 2006).

Aparte de las definiciones sobre los problemas de conducta, habituales en los manuales diagnósticos, existen otras que inciden sobre algún aspecto concreto considerado relevante, como puede ser la trasgresión de normas morales o la aparición de comportamientos no deseados (Achenbach y Edelbrock, 1983). Otras en cambio, se centran en cómo los valores o motivaciones personales de ciertos alumnos no encajan con el formato de la escuela o con los intereses o conocimientos que allí se imparten, originando un problema escolar y/o social (Fernández, 2001).

Existe una relatividad en cuanto a qué consideramos alteraciones del comportamiento. En ocasiones, se suelen asociar las conductas disruptivas con las conductas antisociales, otras veces se resta dramatismo al tema y se consideran esos mismos comportamientos como inherentes a la edad o a la juventud. La propia cultura del observador condiciona la percepción que se tiene del problema: un estudio llevado a cabo por Weisz y

colaboradores (1995) demuestra cómo la nacionalidad del profesorado influye en la percepción de la gravedad de los problemas de conducta de sus alumnos. Al final se puede comprobar que, ni existe una definición solidamente aceptada, ni hay un consenso suficientemente delimitado en torno al concepto de alteraciones del comportamiento. Tampoco se barruntan acuerdos a la hora de nombrar el problema; en numerosos títulos de textos se encuentran alusiones a estas complicaciones de los menores, con denominaciones como por ejemplo: trastornos del comportamiento (Ballesteros-Alcalde, 2004), comportamientos disruptivos (Sánchez-González y Román-Sánchez, 1993), problemas conductuales (Wahler y Cerezo, 2005), alteraciones de la conducta (Puerta, 2004), niños difíciles (Fiorenza, 2003), inadaptados sociales (Vega-Fuente, 2002), conflictivos (Bringas-Molleda, Herrero-Díez, Cuesta-Izquierdo y Rodríguez-Díaz, 2006), etc. Luego dependiendo del ámbito y del profesional que lo considere, se admiten diferentes acepciones. Sintetizando los puntos en común expuestos en este apartado, un problema de comportamiento tendría que ver con aquellas manifestaciones no deseadas del comportamiento, que se oponen a las normas establecidas y se prolongan más allá de los periodos de crisis madurativas, deteriorando la convivencia social, educativa y familiar donde se desenvuelven los menores.

Es complejo delimitar con claridad el concepto de trastorno de la conducta porque abarca un abanico de síntomas muy amplio (Ballesteros-Alcalde, 2004). Además, las diferencias socioculturales dificultan la legitimidad de un diagnóstico claro (Bursztejn, 2007). El principal problema radica en la cantidad de variables que entran en juego tanto en el inicio como en la manifestación y desarrollo de las conductas. Cuando se hace alusión a personas con alteraciones de conducta o a alumnos con graves alteraciones de conducta no hay una

clara unificación de criterios. Desde la óptica psiquiátrica o psicológica se incide en la faceta individual de la conducta y se suele utilizar el término comportamientos antisociales, mientras que desde el punto de vista sociológico, se da énfasis a las variables contextuales que rodean la vida del menor; sin embargo, desde la pedagogía escolar, los trastornos de conducta son vistos por diversos autores como un problema de convivencia o de disciplina (Kyriacou, 2005; Ortega, Minguez y Saura, 2003; Torrego y Moreno, 2003).

Para acercarse a una interpretación sobre qué se entiende por alteraciones de conducta, bajo el prisma de los anteriores autores, un criterio que puede estar consensuado es el de plantear el problema como un fenómeno caracterizado por una serie de conductas que se manifiestan principalmente por un alto nivel de violencia, comportamientos antisociales y desafío a las normas y a la autoridad, entre otras. También se pueden exponer algunas manifestaciones de los alumnos afectados con alteraciones de conducta más características en el entorno escolar:

- Problemas de disciplina y de convivencia, tanto con su familia como con profesores o compañeros.
- Comportamientos disruptivos en el aula o en las actividades extraescolares.
- Desafío a las normas y a la autoridad.
- Vandalismo, daños materiales y falta de respeto por todo lo que no sea propio.
- Manifestaciones de violencia tipo *bullying*, agresiones, extorsiones, intimidaciones e insultos.

- Acoso sexual.
- Absentismo escolar.
- Fraude educativo o prácticas escolares ilegales: se hace referencia a todas las actividades encaminadas a falsear notas, copiar en los exámenes, falsificar partes o firmas, plagiar trabajos, etc.

El análisis de los problemas de conducta puede abordarse desde disciplinas u ópticas diferentes. No obstante este hecho, hace más compleja la definición y también la intervención dado el hermetismo y compartimentalismo que hay entre los diferentes ámbitos.

Las perspectivas que existen en la actualidad sobre la definición de alteraciones graves del comportamiento son tan variadas como campos profesionales existen. A pesar de ello, tres son los posibles ámbitos, que pueden englobar al resto de especialidades que tratan el tema, a saber: las perspectivas clínica, social y educativa. Cada una tiene un modo general de entender los problemas de conducta y cada una es tan legítima como las otras. En la Tabla 1.1, se resumen los elementos más característicos de las tres perspectivas.

Tabla 1.1. Elementos básicos de la intervención con menores con alteraciones graves del comportamiento desde las perspectivas clínica, social y educativa.

| | CLÍNICA | SOCIAL | EDUCATIVA |
|--|--|---|--|
| Persona objeto de intervención | Persona con diagnóstico psiquiátrico | Aquellos que no se adaptan a las normas sociales y/o leyes imperantes | Son los que no se ajustan a las normas del centro, con disfunciones en los procesos de enseñanza-aprendizaje |
| Perfil del profesional que trata el problema | Psiquiatra, psicólogo o terapeuta | Asistente/trabajador social o educador | Maestro, profesor u orientador |
| Momento e intervalo de intervención | Durante la consulta. Se trata durante todo el padecimiento | Tiempo de socialización no relacionado con el ámbito escolar. La intervención se realiza hasta la mayoría de edad | En el ámbito escolar. Las medidas educativas son aplicadas durante el periodo de escolarización obligatoria (hasta los 16 años en el Estado Español) |
| Lugar de intervención | Consulta, ambulatorio, centro de salud u hospital | Centros sociales o inmersión en el propio ambiente del menor | Centro educativo: escuela, colegio o IES (Instituto de Enseñanza Secundaria) |
| Tipo de intervención | Farmacológico y/o terapias sin medicación | Programas y atención individualizada: Programas Educativos Individualizados (PEI's) o de reinserción social | Programas especiales y metodologías didácticas individualizadas: Adaptaciones Curriculares Individualizadas (ACI's) |

Fuente: síntesis de los autores tratados en el apartado 1.1.1. Concepto de alteraciones graves del comportamiento.

De esta forma, entendemos que el menor con alteraciones graves del comportamiento puede definirse desde el ámbito clínico como aquel que presenta patologías o desajustes clasificables en los manuales diagnósticos como DSM-5 (APA, 2013) o CIE-10 (OMS, 1992). Desde el ámbito social serían aquellos individuos, que exteriorizan actitudes que no guardan coherencia con las normas establecidas. Diversos autores (Garrido-Genovés, 1987; Kauffman, 1993; Quay, 1979; Valverde, 1988), por citar algunos, comparten ésta línea de pensamiento. Si abordamos el problema desde el ámbito escolar se podría hablar de un cierto tipo de alumnos cuyo comportamiento no es coherente con las reglas de convivencia del centro (Martínez-Otero, 2005), siendo en muchos casos producto de disfunciones en los procesos de enseñanza-aprendizaje (Escudero-Muñoz, 2005).

Atendiendo a las tres perspectivas (clínica, social y educativa), se puede concluir que los trastornos de conducta se consideran como la manifestación de actitudes que no se ajustan a cánones sociales ni escolares y que se asocian a trastornos emocionales y de la personalidad, incluidas o clasificadas en las categorías diagnósticas utilizadas en el ámbito de la psiquiatría.

Un error muy frecuente a la hora de categorizar o definir las alteraciones graves de conducta, es usar prejuicios propios y juzgar desde la propia perspectiva creyéndola como única (Cardozze, 2007). Desterrar el criterio subjetivo es quizá el mayor escollo que se encuentra a la hora de conceptualizar el término alteraciones graves de conducta; la mayoría de las evaluaciones efectuadas sin rigor científico, son cuanto menos claramente discutibles e imprecisas. Además existe una intención expiatoria inconsciente sobre la propia profesionalidad; al hacer culpable al alumno o a la familia, aunque sea de forma soterrada,

inconsciente o implícita, estamos exculpando a la institución escolar y de paso haciéndola víctima. Esta falta de reconocimiento de la responsabilidad puede llevar a la tentación de pensar que la escuela no puede hacer gran cosa por el menor (Blanco-García y Ramos-Pardo, 2009) y además, que los problemas de conducta son algo clínico o patológico que queda fuera del ámbito de la actuación docente.

En todo caso, y con vistas a una delimitación funcional y pragmática de lo que en los anteriores contextos se entiende por alteraciones del comportamiento, cabe precisar que el criterio que rige dicha tipificación, y la necesidad de recibir atenciones específicas, es que exista una alteración significativamente grave del comportamiento, lo que así se considera a efectos prácticos cuando un alumno manifiesta conductas que los adultos, de su medio ambiente, consideran excesivas.

La tendencia actual al tratar de categorizar o delimitar los términos definatorios de los problemas de conducta es a no simplificar ni banalizar la realidad. Precipitar constructos teóricos puede servir como herramienta útil a la hora de conceptualizar la práctica educativa, pero con ellos se corre el riesgo de cometer una categorización o etiquetado, con el consiguiente riesgo de producir consecuencias impredecibles tanto a nivel legislativo, judicial o terapéutico (Trull, 2005). Ya el DSM-IV (APA, 2000), cuando hacía referencia a diversas alteraciones, como por ejemplo el trastorno disocial, evitaba la asunción de términos como psicópata o sociópata con claro matiz negativo o peyorativo. El actual DSM en su quinta versión (APA, 2013) se aleja todavía más de esa concreción utilizando el título *Desórdenes de Conducta (Conduct Disorder)* para incluir implícitamente aquella acepción dentro de dicha categoría nosológica. Conscientes de la necesidad de utilizar términos que designen la

realidad, lo más deseable es describir éstas, por las manifestaciones de la persona y no por el estereotipo al que hace referencia su clasificación o diagnóstico clínico.

Teniendo en cuenta las opiniones de los autores hasta ahora vistos, y una vez aclarados algunos conceptos relativos a la conducta, se pueden vislumbrar algunas pautas a tener en cuenta, a la hora de referirnos o definir los problemas de conducta:

1. Evitar el uso abusivo de las categorías diagnósticas y explicitar más las manifestaciones del menor. Referirnos más a lo que hace y no a quien creemos que es.
2. No utilizar única y exclusivamente nuestra propia experiencia de vida, para realizar comparaciones entre uno mismo y la persona tratada, seguramente las situaciones ambientales son muy diferentes por lo que debemos evitar el reduccionismo.
3. Definir el concepto de alteraciones de conducta teniendo siempre en cuenta, el contexto social, cultural, legislativo, político, escolar... que rodea al menor, para tener claro cuándo una persona está trasgrediendo las normas impuestas, y cuándo la presión social sobrepasa la capacidad de la persona para adaptarse a ellas.

Desde los primeros síntomas en la guardería o etapa preescolar: peleas, desobediencia, incumplimiento de normas... hasta llegar a las conductas delictivas de la etapa adulta, el menor puede ir manifestando una serie de conductas problemáticas a lo largo de su desarrollo. Algunos menores con trastornos de la conducta, en concreto con trastornos de tipo disocial e insensibilidad emocional en sus formas más graves, pueden amplificar sus manifestaciones hasta llegar a la psicopatía (Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011). De todas esas etapas es, en la adolescencia, donde el repertorio de las conductas antisociales se

multiplica: vandalismo, violencia con agresión física o verbal, robos, mentiras, fugas del hogar, absentismo, amenazas y consumo de drogas, son un ejemplo de las más frecuentes. Por ello las políticas sociales y educativas hacen especial hincapié en este periodo evolutivo de la adolescencia. A causa de estas medidas, muchos jóvenes en edad escolar amparados bajo el paraguas de la autoridad educativa, (hay que recordar que desde la entrada en vigor de la LOGSE en 1990, el estado está obligado a dar una respuesta educativa a todos los menores hasta los 16 años), deambulan de un centro a otro, de un orientador a otro, hasta que cumplen la edad de escolarización obligatoria, después se incrementa la dificultad de precisar su futuro, dependiendo de los factores de protección que rodeen la vida del menor (la familia, el grupo de iguales, el contexto socio-económico, etc.).

A modo de compendio o síntesis, se puede concluir con una serie de aspectos significativos sobre las alteraciones graves del comportamiento, las afirmaciones finales son:

- Dificultad a la hora de definir qué entendemos por alteraciones de conducta, debida tanto a la confusión terminológica como a planteamientos etnocéntricos. Este hecho obstaculiza la concreción de la población denominada “con problemas de conducta”.
- Variabilidad de la población con alteraciones del comportamiento a nivel mundial. La población afectada está aumentando, existe una tendencia significativa al crecimiento del número de casos y las previsiones son pesimistas para los próximos años.

- Aumento de la frecuencia de alteraciones de conducta en los menores españoles.
- Existencia de factores de riesgo de tipo social, económico y cultural que afectan directamente a la población infantil más vulnerable². Este colectivo está afectado tanto por factores ambientales de riesgo como por predisposiciones genéticas a padecer alteraciones de la conducta. Por tanto, las variables endógenas no son las únicas que favorecen la aparición de los casos, sino la combinación de las características internas más los factores ambientales, exógenos, que rodean al menor.
- Los trastornos suelen dar comienzo a edades tempranas, por lo que esta población puede ser diagnosticada de forma precoz.
- Cuando surgen trastornos de conducta infantiles existe un alto riesgo de aparición de futuros comportamientos disociales o conductas delictivas en las etapas adultas. La población con trastornos de comportamiento sigue una línea ascendente en cuanto a gravedad en su comportamiento. Esta escalada o evolución comportamental puede llevar a la aparición de un colectivo, potencialmente susceptible de delinquir en un futuro.

² Por vulnerable se entiende a aquellos adolescentes con riesgo de padecer trastornos del comportamiento

- Existencia de una demanda de medidas sociales correctoras urgentes, dirigidas sobre todo a la etapa adolescente. Estas actuaciones deberían ir enfocadas tanto al restablecimiento de un entorno social apropiado (ayudas económicas y formativas), como a medidas de tipo terapéutico con el propio menor. Las políticas orientadas a la mejora de los afectados con problemas de conducta, deben encaminarse hacia la interacción entre los diferentes profesionales, entidades y organismos para lograr la convergencia de acciones paliativas.

1.1.2 Clasificación de las alteraciones graves del comportamiento

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) en el DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), clasifica ciertos trastornos como propios del neurodesarrollo y generalmente de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Estos serían el retraso mental denominado Trastorno del Desarrollo Intelectual y los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. Otro grupo lo constituyen los pertenecientes a comportamientos disruptivos, dificultades en el control de impulsos y trastornos de conducta. A este último grupo pertenecerían el Desorden Oposicionista-Desafiante y el Desorden de Conducta (en la versión anterior al DSM-5: Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial de la Personalidad respectivamente). Los anteriores trastornos suelen ser considerados, como los más frecuentes en las primeras etapas de la vida (infancia, niñez y adolescencia), sobre todo los originados por déficit de atención y comportamiento perturbador (Angulo-Domínguez et al., 2008). Por otro lado la Organización Mundial de la Salud, en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Revisión (CIE-10,

OMS, 1992) utiliza otra forma de clasificación. En lo referente a los trastornos de la conducta realiza una división en tres categorías en función de la relación o nexo entre conducta disocial y TDAH o bien a alteraciones de los estados emociones y afectivos (ansiedad, depresión u otros problemas emocionales). Tendríamos por tanto la siguiente organización de los trastornos:

1. Hipercinético Disocial.
2. Disocial con las siguientes variantes: limitado al contexto familiar, presente en niños no socializados, concurrente con niños socializados, desafiantes y opositoristas, sin especificación y otros trastornos disociales.
3. Trastorno disocial y de las emociones mixtos, con los subgrupos: depresivo, de las emociones mixto, sin especificación y otros trastornos disociales.

Además de las categorías mencionadas, algunos menores pueden presentar otros problemas de conducta ligados a diferentes trastornos psiquiátricos o neurológicos recogidos en la CIE-10 como: retraso mental, psicosis, Trastornos del estado de ánimo, Trastornos por abuso de sustancias, Trastornos de ansiedad, u otros. Se puede observar que la CIE-10 recoge mayor diversidad clínica que otras clasificaciones, e incide en la alta comorbilidad entre trastornos, aportando diferentes compartimentos para su valoración diferencial. No obstante aunque los criterios diagnósticos de la CIE-10 y los del DSM-5 son diferentes, ambas definen en líneas generales el mismo tipo de trastorno.

Lo que parece no dejar dudas a algunos autores, es que los Trastornos de la Conducta son entidades heterogéneas, cuyos síntomas se solapan con otros diagnósticos. De tal modo que, la diferenciación entre un Trastorno puro y otro comórbido es en ocasiones un tema complejo de dirimir. Los Trastornos de la Conducta son conjuntos de signos y no de síntomas, por lo tanto informan poco sobre las causas profundas de la alteración (Gérardin, Cohen, Mazet y Flament, 2002).

Coincidiendo con la prevalencia de estos trastornos, tanto a nivel global como en el contexto asturiano, se considera necesario incidir en los desórdenes que afectan con mayor frecuencia al comportamiento de los menores. Como la mayoría de los trabajos que ahondan sobre estas cuestiones se rigen por las diferentes versiones del DSM (Caballo y Simón, 2001), y con el objeto de reducir el abanico taxonómico para facilitar la comprensión del problema, se utiliza la catalogación del DSM-IV-TR. A pesar de que el reciente DSM-5³ haya incluido algunas variaciones, el anterior DSM comparte de momento, más similitudes con las clasificaciones clásicas utilizadas en la literatura actual, de ahí que se haya considerado como más conveniente utilizar, hasta que las nuevas publicaciones no se adapten al nuevo texto, la anterior catalogación que a partir de ahora se tratará en el texto con la siguiente denominación:

³ El actual DSM-5 (APA, 2013) utiliza el título Trastornos del neurodesarrollo para incluir tanto el TDAH como el Retraso Mental denominado como Trastorno del Desarrollo intelectual, En otro epígrafe emplea como entrada -Los Trastornos Disruptivos, de Conducta y de Control de Impulsos- para referirse al Desorden Oposicionista Desafiante y al Desorden de Conducta entre otros trastornos.

- Trastorno con Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).
- Trastorno Negativista Desafiante (TND).
- Trastorno Disocial (TD).

Además de los anteriores trastornos, el Retraso Mental (RM), habitualmente en su forma leve, suele presentarse de forma aislada y también asociada con alguno de los ya mencionados (Martínez-Gómez, Puerta y Pineda, 2002). Es conveniente aclarar que tanto el DSM-IV-TR (APA, 2002) como el DSM-5 (APA, 2013) consideran al RM o Trastorno del Desarrollo Intelectual como una categoría diferente a los trastornos de conducta y también a los trastornos por déficit de atención con hiperactividad, aunque el más actual de los DSM incluya al TDAH dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo.

Pese a las anteriores puntualizaciones que evidencian que el RM es una entidad diagnóstica diferente del resto de los trastornos, es una alteración que puede influir en la aparición de problemas conductuales tanto en el contexto social como en el educativo. Por ello el Trastorno del Desarrollo Intelectual o Retraso Mental Leve (RML), término utilizado durante estos últimos años, se menciona recurrentemente en los próximos apartados como si fuera un trastorno más del comportamiento perturbador, a pesar de que no se incluya en el mismo grupo de categorías diagnósticas y que no se introduzca en ciertas tablas de contraste o comparación.

Normalmente los alumnos con problemas de conducta, independientemente del trastorno específico que posean, manifiestan unos patrones de comportamiento que en todos

los casos resultan altamente disruptivos, sobre todo en el ámbito escolar. Estas manifestaciones conductuales de los alumnos con trastornos graves de conducta, así como las consecuencias que se derivan de ellas, se pueden resumir en la Tabla 1.2, propuesta por Torrego y Moreno (2003).

Tabla 1.2.

Manifestaciones conductuales de los alumnos con alteraciones graves del comportamiento y consecuencias.

COMPORTAMIENTO DISRUPTIVO Y/O ANTISOCIAL DE LOS ALUMNOS.

- Disrupción en las aulas.
- Indisciplina (falta de respeto, malas contestaciones e insultos).
- Violencia psicológica (conductas intimidatorias; si son permanentes, bullying).
- Vandalismo (daños materiales).
- Violencia física (agresiones, extorsión, portar armas, también se incluye en este apartado la violencia física contra uno mismo).
- Acoso sexual.
- Absentismo de larga duración y deserción escolar.
- Fraude-corrupción (copiar, efectuar plagio, tráfico de influencias, etc.).

CONSECUENCIAS DIRECTAS DE LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN LOS CENTROS ESCOLARES.

- Delitos (delincuencia o predelincuencia) cometidos en el contexto del centro escolar.
- Problemas de seguridad. Delitos realizados por menores ajenos al centro, procedentes del entorno más próximo (bandas).
- Conciencia individual o colectiva de inseguridad en el centro; clima de inseguridad.

Fuente: adaptación de Torrego y Moreno (2003).

En algunos casos los trastornos del comportamiento pueden derivar en patrones de la conducta específicamente agresivos. Es habitual encontrar a este tipo de menores sumidos en procesos disciplinarios o judiciales de menor o mayor gravedad. Para Andreu, Peña, y Penado (2013) estos jóvenes conflictivos se diferencian en los motivos y forma en que activan esas conductas. Por un lado, los agresores reactivos interpretan de forma incorrecta ciertas relaciones atribuyéndoles un significado de amenaza u hostilidad, la intencionalidad de estos adolescentes es dañar a la víctima sin buscar objetivo alguno. Estas conductas son predictoras de graves problemas de comportamiento. Otro perfil lo constituyen los menores proactivos cuya activación se produce de forma más premeditada y/o planificada sin que medien estímulos que el adolescente interprete como negativos. El proactivo busca el beneficio y logro personal desplegando para ello un patrón de conductas frías e instrumentales. Estas conductas se relacionan más con comportamientos antisociales, disociales, delictivos o psicopáticos. Los anteriores autores proponen un resumen de las características generales asociadas a ambos patrones de comportamiento que se resumen en la Tabla 1.3.

Tabla 1.3.

Características generales de los menores agresivos asociadas a patrones de agresión reactiva y proactiva.

| AGRESORES REACTIVOS |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Reacción agresiva a una amenaza o provocación percibida- Reacción mediatizada por: una activación emocional intensa, altos niveles de hostilidad y sesgos en el procesamiento de la información social- Intenso deseo de dañar a la víctima sin que persiga ningún objetivo o meta secundaria.- Conducta agresiva con fuerte afectación emocional negativa (ira, hostilidad y enfado)- Agresión no planificada ni premeditada- Historia previa de victimización infantil- Relacionado con la impulsividad, falta de control emocional y escasa capacidad de demora en la gratificación |
| AGRESORES PROACTIVOS. |
| <ul style="list-style-type: none">- Buscan la obtención de un objetivo, meta o beneficio personal- Conducta fría, instrumental, planificada y/o premeditada- Elevado sentimiento de autoeficacia- Conducta agresiva con un objetivo sin que medie ninguna provocación real o imaginada- Extrema frialdad afectiva y falta de empatía emocional- Creencias sobre la eficacia, justificación y resultados positivos del uso de la agresión- Mayor tendencia a la improvisación- Carencia de planificación de la conducta en general- Infravaloración de las consecuencias de sus actos- Exposición a modelos agresivos en la infancia- Relación con comportamientos antisociales y/o delictivos |

Fuente: adaptación de (Andreu, Peña y Penado, 2013).

▪ **Trastorno de déficit de atención con hiperactividad**

Como expone la APA, el TDAH es un síndrome que afecta a la conducta, de forma que las personas manifiestan un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad unido a impulsividad. Este conjunto de comportamientos se dan en cualquier situación de la vida, ya sea laboral, social o escolar (APA, 2002). Hace varias décadas se argumentó que la principal deficiencia de los menores con TDAH no era el excesivo grado de actividad (manifestación más visible) sino la falta de autorregulación en forma de incapacidad para mantener la atención e impulsividad (Menéndez-Benavente, 2001).

La CIE-10 denomina al TDAH Trastorno Hiperkinético, además para su diagnóstico, deben darse algunos síntomas que caracterizan al Trastorno (falta de atención, hiperactividad e impulsividad), en concreto y como mínimo seis de inatención, tres de hiperactividad y al menos uno de impulsividad (OMS, 1992). En cambio el DSM-IV-TR especifica subtipos de trastorno para el caso de que existan síntomas de un dominio nada más (Rodríguez-Sacristán, 2000). El DSM-5 continúa con la subdivisión del TDAH estableciendo tres grupos en función de la dominancia de los rasgos característicos (predominancia de la inatención, de la hiperactividad e impulsividad o predominancia combinada) y al igual que la CIE-10 deben cumplirse un número mínimo de síntomas mantenidos durante un periodo de tiempo concreto (seis para la inatención y seis para la hiperactividad e impulsividad) (APA, 2013).

Algunos rasgos singulares de este trastorno, se identifican por un abanico de conductas caracterizadas por: tener dificultad para terminar las tareas o aversión y rechazo hacia todo aquello que exija un esfuerzo mental o de concentración, tendencia a cometer numerosos errores por descuido tanto en las tareas laborales como en las escolares, les resulta

muy difícil mantener la atención en actividades lúdicas, académicas o laborales y olvido de cita y obligaciones. Además son personas que parecen tener la mente en otro lugar, saltando de una actividad a otra sin concluir la primera. Es también frecuente que se produzcan situaciones de interrupción de conversaciones en momentos inadecuados, de intromisión en asuntos de los demás, incumplimiento de normas, hacer gracias fuera de lugar, apropiación de objetos de otros, etc. Los menores en edad escolar tienen dificultades para permanecer sentados, se levantan frecuentemente, se mueven en sus asientos o se sientan en el borde para salir con el primer estímulo distractor, mueven los pies o piernas excesivamente, a menudo se levantan del pupitre, también de la mesa durante las comidas o incluso viendo la televisión. La impulsividad se manifiesta por: la impaciencia, la dificultad en aplazar las respuestas, la precipitación de las mismas y la dificultad para respetar el turno, entre otras conductas (APA, 2013).

Además existen otra serie de características asociadas al síndrome de hiperactividad, que varían en función del estadio evolutivo de la persona, se pueden incluir las siguientes manifestaciones: baja tolerancia a la frustración, arrebatos de ira incontrolada, testarudez, despotismo y autoritarismo, rechazo por parte de sus compañeros y baja autoestima. Otros indicadores de interés estudiados (Miranda-Casas, Presentación-Herrero, Colomer-Diago y Roselló-Miranda, 2011) son el bajo autoconcepto e insatisfacción con la vida que presentan los menores con TDAH, hasta tal punto pueden llegar a ser significativos, que para esta autora sería importante incluir los anteriores factores como posibles identificadores del trastorno. El bajo rendimiento escolar asociado a trastornos del aprendizaje también es muy común, estimaciones conservadoras indican que entre el 25% y el 40% de los TDAH padecen

esta anomalía comórbida (Tannock y Brown, 2010). Otros inconvenientes que pueden darse en el futuro son, entre otros: su baja capacidad para conservar un empleo estable, riesgo de embarazos no deseados, dificultades en las relaciones sociales (amistades íntimas o pareja), escaso rendimiento laboral (Soutullo y Díez, 2007). En sus formas más graves el trastorno es muy perturbador afectando a la dinámica familiar y escolar y a su adaptación social. Una proporción alta de personas afectadas por este síndrome sufren también trastornos de conducta como el TND o el TD, también pueden ser comórbidos con el alcoholismo, el abuso de sustancias y los trastornos afectivos (Sharp, McQuillin y Gurling, 2009).

Los estudios de Orjales (2007) confirman que las personas con TDAH tienen dificultades en el control de tres procesos básicos: la inhibición de las respuestas inmediatas ante un determinado estímulo, la interrupción de la respuesta activa ante una orden o ante el feedback de sus propios errores y, a proteger ese tiempo de latencia y el periodo de autorregulación de diferentes fuentes de interferencia.

Respecto a la comorbilidad es interesante subrayar que se asocia a otros trastornos habituales del comportamiento. De la población adolescente afectada con TDAH un porcentaje entre el 59% y el 65% presenta también TND, y entre el 22% al 43% padece TD (Robin, 2010). El impacto que la sintomatología del trastorno tiene sobre la conducta puede derivar no sólo en el desarrollo del TND y el TD sino en otros trastornos asociados como depresión, ansiedad, adicción a las drogas entre otros (Orjales, 2004).

- **Trastorno negativista-desafiante**

El TND se puede encontrar designado como Trastorno oposicionista-desafiante (TOD) y más actualmente en el DSM-5 como Trastorno Oposicionista Desafiante. Los dos primeros acrónimos se usan indistintamente, por encontrarse sus respectivas acepciones igual de extendidas en la lengua hispánica.

La CIE-10 y el DSM-5 comparten los mismos criterios diagnósticos pero se diferencian en las condiciones que se tienen que dar para emitir una valoración. El DSM-5 lo incluye dentro del apartado: Trastornos de Conducta, control de Impulsos y disrupción, mientras que la CIE-10 lo considera un subtipo más leve del trastorno disocial, denominándolo Trastorno Disocial Negativista Desafiante (APA, 2013; OMS, 1992).

Atendiendo al DMS-V (APA, 2013), los rasgos más característicos del TND son: un patrón de conductas, mantenidas durante el tiempo (al menos seis meses), que se manifiesta con pataletas, mentiras, desobediencia hacia las normas de los adultos, enfados, contestaciones inapropiadas, resentimientos, culpabilización a los demás de los propios fallos, negación al cumplimiento de las demandas o instrucciones de los adultos, rencor, desafío, ira, realizar deliberadamente actos que molestan a los demás, terquedad, imposibilidad de ceder o negociar sobre cualquier asunto, renuncia a comprometerse, comprobación de los límites establecidos, etc. La hostilidad, por parte de este tipo de personas, deteriora la convivencia en todas o en alguna situación social donde deciden manifestar dichas conductas. Es frecuente que los afectados con TND evidencien los síntomas sobre todo en el ambiente familiar (donde conocen perfectamente a los actores implicados). Por ello, los afectados son difíciles de identificar fuera de su entorno próximo.

En algún caso pueden extender ese mismo comportamiento a la escuela o a otros ámbitos sociales (APA, 2013).

El perfil característico de un individuo con TND, sería el de un adolescente que exhibe los anteriores comportamientos, con una frecuencia superior y más grave, que otros individuos con el mismo nivel de desarrollo (hay que recordar que a veces, ciertas conductas negativistas y desafiantes, se corresponden a procesos normales de maduración). Para Pedreira-Massa (2011) el TND despliega un abanico de comportamientos altamente disruptivos resumidos en: oposición hacia las figuras que ostentan autoridad, dificultad para regular las emociones (labilidad emocional), baja tolerancia a la frustración, uso de vocabulario soez, baja autoestima o bien lo contrario (narcisismo) y alta irritabilidad entre otras. Un rasgo de la personalidad que comparten los alumnos con TND es el de no considerarse ni desafiantes ni negativistas, justificando sus actos como respuestas lógicas a situaciones de gran exigencia o de injusticia. Además, los niños y jóvenes con TND tienen un desajuste entre lo que perciben que tienen que hacer para satisfacer sus necesidades, y lo que los padres, profesores, y otras figuras de autoridad demandan de ellos.

Los menores con TND se suelen identificar a edades muy tempranas, incluso a los dos o tres años siendo la familia el primer colectivo social afectado por el comportamiento. La disrupción familiar puede llegar a ser tan seria, que en ocasiones llega a crear verdaderos problemas de convivencia familiar. Este hecho hace que, según las investigaciones del Equipo de Angulo (Angulo et al., 2010), los padres tiendan a percibir las manifestaciones de sus hijos con TND como más graves que otros profesiones o colectivos implicados.

Es interesante indicar que el TND y los trastornos de conducta en general, suelen compartir antecedentes sociales y ambientales similares (Boden, Fergusson y Horwood, 2010), aunque también hay autores que apoyan la hipótesis de la compartimentalidad entre el TND y otros trastornos de conducta como el TDAH o el TD, incidiendo en la idea de que son entidades independientes (Petty et al., 2009).

El trastorno con frecuencia, suele ir acompañado de otras psicopatologías, un estudio llevado a cabo con adolescentes sobre la comorbilidad del TND con el TDAH muestra que entre del 40% al 60% de los menores con TDAH desarrollarán en algún momento de sus vidas un TND y por el contrario, del 69% al 80% de los individuos con TND presentan algún síntoma de TDAH (Rigau-Ratera, García-Nonell y Artigas-Pallarés, 2006). La asociación con otros trastornos y/o características individuales, como personalidades temperamental-emocionales, son habituales, pudiendo llegar a ser precursoras para el desarrollo de un TND (Stringaris, Maughan y Goodman, 2010). La relación con otros trastornos está determinada en mayor o en menor medida por el género, presentado los niños más comorbilidad con el TDAH y las niñas con trastornos de sintomatología interiorizada como la depresión, la ansiedad y las quejas somáticas (Trepal y Ezpeleta, 2011). Existen estudios que vinculan los comportamientos antisociales y psicopáticos en edades adultas con trastornos de conducta o TND en la infancia, estas investigaciones realizadas a través de estudios sobre las anomalías funcionales cerebrales concluyó que, existía un alto riesgo de desarrollar dichas conductas, de lo que se deriva la importancia de tratar de forma precoz los trastornos para evitar su cronificación (Finger et al., 2012). Confirmando la anterior idea, las investigaciones de (Mandy et al., 2013) detectaron que los rasgos de TND a los 7 años predecían el TD a los 10

años, siempre y cuando las capacidades socioemocionales de los menores fueran pobres, este hecho puede ser significativo para predecir posibles conductas agresivas o antisociales en un futuro.

- **Trastorno disocial**

Tanto la OMS como la APA coinciden en describir el Trastorno de Conducta o en su denominación del DSM-IV-TR como Trastorno disocial (TD) como un problema de inicio precoz (infancia o adolescencia) que puede llegar a desembocar en un Trastorno Antisocial (TA) en la edad adulta. Aunque comparte algunas manifestaciones del trastorno negativista-desafiante, el TD tiene sus propias peculiaridades.

La CIE-10 considera el TD como una categoría única, incluyendo diferentes subtipos en función de la gravedad, ámbito donde se manifiestan los comportamientos y relación con los demás. Además la Clasificación de la OMS incide en diferenciar aquellos comportamientos considerados como típicos de la edad de los propiamente Disociales. No obstante, obviando estos matices, la definición de Trastorno Disocial es prácticamente igual que la del DSM-5 incorporando ambos manuales diagnósticos el concepto de gravedad y gradación (leve, moderada y grave). El DSM-5 también incluye el momento de aparición del trastorno estableciendo tres grupos (niñez, adolescencia e inicio no especificado) (APA, 2013; OMS, 1992).

Atendiendo al DSM-5, los rasgos más característicos de los menores con TD son: falta o carencia de empatía, violación de los derechos de los demás, trasgresión de normas sociales, actos de crueldad contra personas o animales, robos, fraudes, actos delictivos, etc.

Generalmente los afectados por TD manifiestan comportamientos reiterados de rechazo a las normas establecidas, derechos de los otros y respeto a los demás. Además pueden adoptar formas concretas de comportamiento como: la violencia física, las amenazas, el vandalismo, los daños a la propiedad, robos, fraudes e indisciplina escolar. Otras características de la personalidad de los menores con trastorno disocial es su imprudencia, irritabilidad, baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, y episodios de impulsividad emocional. (APA, 2013).

Los menores con TD según la CIE-10, suele manifestarse con más evidencia cuando se establece cierta relación (ya sea con adultos o compañeros), por lo que los síntomas del TD no acostumbran a revelarse cuando se establecen los primeros contactos, como puede ser el caso de una entrevista clínica (OMS, 1992). No obstante, para percatarse de la existencia de estos menores, algunos autores observan algunas características singulares de su personalidad. Tres rasgos psicosociales, que afectan directamente a la convivencia armoniosa en sociedad, podrían ser indicadores de este tipo de trastorno según Garrido-Genovés (2005):

1. Son personas con mínimas habilidades sociales.
2. Personas con un pobre desarrollo moral.
3. Menores egocéntricos que además tienen otras distorsiones cognitivas (culpar a los demás, atribuir sin razón actitudes hostiles en los otros, restar importancia a los actos antisociales y referirse a terceros con etiquetas vejatorias o deshumanizadoras).

Actualmente el DSM-5 (APA, 2013) identifica formas diferentes de Trastornos de conducta, y en concreto para el TD hace la distinción en función del momento de inicio, gravedad y características. Este último grupo se refieren a:

- Falta de remordimiento o culpa.
- Falta de empatía o insensibilidad.
- Despreocupación por el rendimiento (escolar o laboral).
- Superficialidad o deficiencias afectivas.

Normalmente para facilitar la identificación, cuando se habla del TD se hace referencia a aquellos comportamientos de cierta gravedad manifestados durante la infancia, que pueden perjudicar el desarrollo del niño, además de caracterizarse por su agresividad y destructividad (Hill, 2005). No obstante el TD puede presentarse asociado a un nivel intelectual inferior, un bajo rendimiento escolar, trastornos del aprendizaje, trastornos de la ansiedad y trastornos del estado de ánimo. Además, los menores afectados con ésta categoría diagnóstica, parecen carecer de empatía no preocupándose el impacto que pueden ocasionar en sus víctimas potenciales, por ello resulta evidente que la presencia de esta característica en la personalidad del menor actúa como inhibidor o desencadenante de los comportamientos violentos (Gómez-Botero, Arango-Tobón, Molina y Barceló, 2010). Hay que indicar que a veces, sí demuestran la capacidad de poder ubicarse en la mente del otro, pero son incapaces de anticipar las consecuencias nefastas de sus actos en los demás (Dolan y Fullam, 2004).

▪ **Retraso Mental Leve**

Los problemas intelectuales asociados al RML o actualmente denominado por el DSM-5 como Trastorno del Desarrollo Intelectual son previos al desarrollo madurativo y a la adquisición de habilidades mediante el aprendizaje. Por ello el trastorno como tal se considera de inicio en la niñez o adolescencia, pudiendo relacionarse con otras afecciones psiquiátricas y afectar por tanto a la esfera del comportamiento. La comorbilidad del RML, con otros trastornos mentales es cuatro veces mayor que la de la población general, siendo frecuente una etiología compartida, es decir común a un trastorno mental y a un retraso mental asociado (APA, 2013). Este hecho ha sido confirmado por los estudios de Szymanski y King (1999) que ratifica la hipótesis de que, los trastornos mentales se producen más comúnmente en personas con RM que en la población general.

A la hora de clasificar el RML, apenas existen diferencias entre la CIE-10 y el DSM para la primera, el Cociente Intelectual (CI) de las personas afectadas se sitúa entre el 50 al 69 mientras que los valores para el DSM-IV-TR eran del 50-55 al 70, compartiendo tres criterios definitorios (APA, 2002):

- Tener un nivel intelectual significativamente menor a la media (inferior del 69-70 según el criterio).
- Poseer una limitación en la capacidad de adquirir habilidades básicas para el funcionamiento y la supervivencia en al menos dos áreas de las siguientes: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la

comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

- Inicio anterior a los 18 años.

El actual DSM-5 no se desvía significativamente de la anterior versión en sus planteamientos generales, no obstante existe una diferenciación en el establecimiento de los límites clasificatorios para diagnosticar el grado de afectación. El DSM-5 incide más en las capacidades o características cualitativas que en las cuantitativas a la hora de catalogar los niveles de desarrollo intelectual (APA, 2013).

Los dos manuales diagnósticos consideran al RML como un déficit de las funciones cerebrales superiores de una intensidad tal como para obstaculizar significativamente el funcionamiento normal de una persona (APA, 2013; OMS, 1992).

El RML, en su forma más leve es considerado como trastorno educable en un 85% de los casos, por lo tanto es posible la adquisición de conocimientos, pudiendo llegar a niveles cercanos al sexto curso de educación primaria (aproximadamente). Durante los primeros años del desarrollo existen dificultades para diferenciar a los niños que padecen retraso mental de otros niños, en edades posteriores es cuando las diferencias se hacen más notorias. Autores como Saus-Cantero (2009) sostienen, que uno de los principales problemas que inciden en la calidad de vida de las personas con RML son los problemas relacionados con la conducta. Según éste investigador la intervención multidisciplinar, el apoyo conductual positivo, la autodeterminación y la planificación centrada en la persona son

medidas dirigidas al cambio del estilo de vida del afectado con retraso mental, y no a la eliminación de los problemas de conducta.

▪ **Corolario sobre los trastornos de comportamiento analizados**

Los autores examinados hasta éste apartado, han centrado parte o la totalidad de sus estudios en aquellos aspectos relativos a los problemas más habituales del comportamiento, y en concreto en alguno de los trastornos o dificultades antes visto. La elección de dichos trastornos coincide con la realidad de los casos asturianos, que como constata el EAC de la Consejería de Educación del Principado de Asturias, trata las Necesidades Educativas Especiales (NEE) de tipo conductual incluidas por lo general, en una de estas categorías diagnósticas: TDAH, TND, TD y RML.

Se puede asegurar que la mayoría de las investigaciones realizadas sobre el tema vistas hasta ahora, coinciden en que los menores diagnosticados de NEE por trastornos graves de la conducta, padecen alguna de las categorías anteriormente citadas. Además, un grupo numeroso de estos afectados comparten varios trastornos al mismo tiempo.

También es frecuente, encontrar alumnos con TND asociados a TD, o bien a menores con TDAH junto con TND. Esta asociación de trastornos, que además se relaciona de forma biunívoca, es habitual y hace aun más difícil el diagnóstico y la intervención. Las características personales de hiperactividad e impulsividad pueden conducir al desarrollo de los anteriores trastornos, además algunas alteraciones de conducta, sobre todo el TDAH tienden a evolucionar de forma crónica siendo su etiología poligenética aunque de base neurológica (Orjales, 2004).

Por lo general cuando la persistencia e intensidad del trastorno es alta incrementa el riesgo de padecer otras alteraciones de la conducta. En el siguiente esquema Figura 1.1 se sintetizan las relaciones o comorbilidades entre los trastornos del comportamiento más usuales que se pueden encontrar tanto en la práctica clínica como en la socio-educativa.

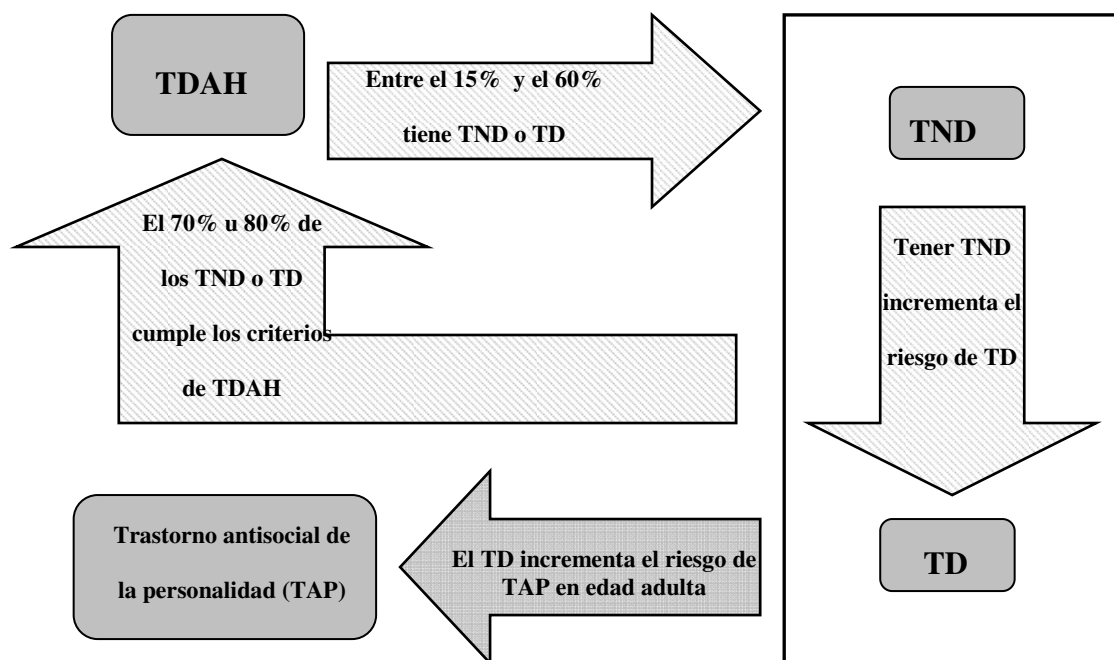


Figura 1.1. Relaciones entre los trastornos del comportamiento más habituales.
Fuente: adaptación gráfica del apartado: Epidemiología en (Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011, p. 422)

A partir de la experiencia educativa realizada en diferentes comunidades autónomas y a través de sus respectivas Consejerías de Educación, se han publicado diversas guías especializadas en trastornos del comportamiento: Consejería de Educación del Principado de Asturias en (Camarero et al., 2011), Consejería de Educación de la Junta de Andalucía en (Angulo-Domínguez et al., 2008) y la Consejería de Educación de Aragón en (García-

Romera et al., 2011). Sintetizando éstas publicaciones se pueden extraer las peculiares características que identifican a los alumnos con trastornos graves de la conducta, algunas de estas características serían:

- Un patrón de conducta que no se ajusta a los cánones, siendo persistente y reiterado.
- Las alteraciones conductuales se producen tanto en el ambiente familiar como en el escolar y también en el social. Las manifestaciones se producen en todos los contextos y no exclusivamente en situación específicas.
- Los alumnos suelen tener un bajo rendimiento escolar, un desfase curricular más o menos significativo, además de alta conflictividad escolar, social y familiar.
- El género masculino presenta mayor prevalencia. Aunque existe una base biológica que establece diferencias en los niveles hormonales (testosterona) y en las estructurales cerebrales de los hombres y mujeres, otros factores intervienen poderosamente en la diferenciación del género: las expectativas culturales, los estereotipos, las diferencias educativas y los patrones de socialización (individualismo masculino frente a la dependencia femenina) favorecen que determinados trastornos como por ejemplo el TND sean más frecuentes en el género masculino.
- Presenta una sintomatología clínica subyacente: baja tolerancia a la frustración, baja autoestima, inestabilidad y labilidad emocional.

- En numerosas ocasiones suele asociarse entre sí y con otros trastornos: ansiedad, del aprendizaje, del estado de ánimo, etc.
- Suele cursar de forma precoz.
- Con frecuencia tienden a evolucionar de forma crónica.
- Suelen aparecer más casos en medios familiares y sociales desfavorecidos, donde las pautas educativas de los padres son incorrectas, y en los cuales es habitual encontrar: comportamientos delictivos de algún miembro o situaciones de violencia y maltrato.
- El diagnóstico precoz y el tratamiento mejoran el pronóstico y el curso clínico.

En la Tabla 1.4 se estructuran las características más relevantes de los trastornos de conducta anteriormente tratados.

Tabla 1.4. Características de los trastornos analizados más habituales, que afectan al comportamiento.

| | TDAH | TND | TD | RML |
|---|---|---|---|---|
| Trastornos del comportamiento asociados | <ul style="list-style-type: none"> - TND - TD - Trastornos del aprendizaje - Trastornos del estado de ánimo - Trastorno de ansiedad - Trastornos de la comunicación | <ul style="list-style-type: none"> - TDAH - TD - Trastornos del aprendizaje - Trastornos del estado de ánimo | <ul style="list-style-type: none"> - TDAH - Trastornos relacionados con el consumo de drogas - Trastornos del aprendizaje - Trastorno del estado de ánimo - Trastornos de la ansiedad - Trastornos de la comunicación | <ul style="list-style-type: none"> - TDAH - TD - TND - Autismo - Trastornos del aprendizaje - Trastornos afectivos - Trastornos de la ansiedad - Trastornos de la comunicación |
| Características clínicas | <ul style="list-style-type: none"> - Hiperactividad - Impulsividad - Déficit de atención | <ul style="list-style-type: none"> - Oposicionismo - Desobediencia - Rechazo de las normas - Intolerancia a la frustración - Contestaciones inapropiadas - Culpar a otros | <ul style="list-style-type: none"> - Agresividad - Insensibilidad - Falta de empatía - Intolerancia a la frustración - Ausencia de arrepentimiento - Falta de autoestima - Imprudencia temeraria | <ul style="list-style-type: none"> - Dificultades de adaptación - Dificultades de relación - Dificultades de comunicación - Falta de empatía - Agresividad - Falta de autoestima - Intolerancia a la frustración |

| | TDAH | TND | TD | RML |
|---|---|---|---|---|
| Áreas de socialización afectadas | <ul style="list-style-type: none"> - Adaptación social - Dinámica familiar - Dinámica escolar - Dinámica laboral | <ul style="list-style-type: none"> - Adaptación social - Dinámica familiar - Dinámica escolar - Dinámica laboral | <ul style="list-style-type: none"> - Adaptación social - Dinámica familiar - Dinámica escolar - Dinámica laboral | <ul style="list-style-type: none"> - Adaptación social - Dinámica familiar - Dinámica escolar - Dinámica laboral |
| Manifestación típica de comportamientos | <ul style="list-style-type: none"> - Autoritarismo - Baja autoestima - Baja tolerancia a la frustración - Alta Impulsividad - Testarudez - Bajo rendimiento escolar | <ul style="list-style-type: none"> - Terquedad - Baja autoestima - Baja tolerancia a la frustración - Resistencia a las órdenes - Hostilidad hacia los adultos - Labilidad emocional - Reactividad elevada - Dificultad para tranquilizarse - Uso de palabras soeces | <ul style="list-style-type: none"> - Violar derechos ajenos - Baja autoestima - Baja tolerancia a la frustración - Transgredir normas sociales - Crueldad contra personas - Crueldad contra animales - Cometer robos - Cometer actos delictivos - Cometer actos vandálicos | <ul style="list-style-type: none"> - Baja comprensión - Baja autoestima - Baja tolerancia a la frustración - Testarudez - Dificultad para comunicarse - Dificultad para relacionarse - Bajo rendimiento escolar - Alta ansiedad - Alta Agresividad |
| Comorbilidad y respecto al TND al TD. | <ul style="list-style-type: none"> - 40% de comorbilidad para el Trastorno negativista-desafiante y 14% para el Trastorno disocial | <ul style="list-style-type: none"> - 40% de comorbilidad para el TDAH, aunque existe relación no se tienen datos para el TD | <ul style="list-style-type: none"> - 14% de comorbilidad para el TDAH, aunque existe relación no se tienen datos para el TND | <ul style="list-style-type: none"> - La comorbilidad del RML para con el resto de trastornos mentales es cuatro veces superior respecto de la población general |

| | TDAH | TND | TD | RML |
|------------|--|---|--|---|
| | - Aunque tiene carácter crónico, sus síntomas o manifestaciones pueden mitigarse. Ello depende de la aparición de otros trastornos asociados, la implicación de los adultos, y la detección precoz. En muchos casos pueden rebajarse los síntomas asociados, aunque la tendencia es a evolucionar de forma persistente | - En algunos casos remite con la edad, pero en numerosos casos el TND tiende a ser la antesala para el desarrollo de un futuro TD | - Si la aparición se produce en edades tempranas el pronóstico es peor que si aparece en la adolescencia - El pronóstico es reservado, los efectos tienden a remitir y/o controlarse a partir de edades maduras - Si el TD persiste después de los 18 años se denomina trastorno antisocial (TA) | - Aunque persiste durante el resto de la vida. Se puede, en la mayoría de los casos, mejorar su adaptación al medio social mediante una intervención multidisciplinar. Se trabaja el apoyo conductual positivo, la autodeterminación y la planificación centrada en la persona como herramientas básicas para facilitar su integración e independencia |
| Pronóstico | | | | |

Fuente: síntesis y conclusiones del autor a partir de las fuentes citadas en los anteriores apartados sobre los trastornos del comportamiento más habituales. TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), TND (Trastorno Negativista Desafiante), TD (Trastorno Disocial) y RML (Retraso Mental Leve).

1.1.3 Explicaciones etiológicas de los problemas de conducta

En el siguiente apartado se describen diferentes enfoques explicativos sobre la etiología de los trastornos de la conducta, pero antes de intentar abordar cuáles son las causas de dichos problemas, se debe tener en cuenta que prácticamente todos los investigadores admiten que existe una multiplicidad de factores implicados en la elaboración de nuestra personalidad, estos factores, ya sean biológicos, culturales, ambientales, producto de traumas o situaciones significativas, etc. son los causantes de nuestra forma de ser y de actuar. Para el caso de los problemas graves de conducta el mecanismo es similar, siendo la explicación genética y ambiental la más extendida y defendida por una constelación de investigadores (Berkout, Young y Gross, 2011; Burke, Loeber y Birmaher, 2002; Bursztejn, 2007; Cerdá, Sagdeo, Johnson y Galea, 2010; Gelhorn et al., 2006; Justicia et al., 2006; Little, Akin-Little y Mocniak, 2004; Millon y Everly, 1994; Viding y Larsson, 2007).

Desde esta forma de entender la etiología de estos problemas, y sintetizando las opiniones de los anteriores autores, se puede afirmar que por biológico se entiende: la predisposición genética a manifestar o poseer unos rasgos psicológicos característicos (ya sean patológicos o no) y por ambiente: al entorno social y cultural, modelador de la personalidad y catalizador de las manifestaciones comportamentales de las personas, (actuando este factor como freno o como detonante).

Por todo lo anterior, los enfoques ecológico y biologicista son considerados por la mayoría de los expertos como los paradigmas que mejor pueden explicar las causas de los problemas de conducta (Cerdá, Sagdeo, Johnson y Galea, 2010; Reichborn-Kjennerud, 2008;

Seroczynski, Bergeman y Coccaro, 1999; Van-den-Bree, Svikis y Pickens, 1998; Viding y Larsson, 2007) entre otros. Siguiendo con este planteamiento y aglutinando las conclusiones generalizadas sobre el tema, se puede asegurar que: *“los rasgos de la personalidad son el resultado de factores complejos y de múltiples interacciones de elementos genéticos, neuropsicológicos y neuroquímicos, con manifestaciones conductuales e influencias sociales”* (Luengo-Martín, Sobral, Romero y Gómez-Fraguela, 2002, p. 21) . Para Lemos-Giraldez (2003) los episodios vividos como traumas afectivos pueden dejar improntas neurobiológicas residuales, estas marcas erosionan los factores de protección del menor de tal manera que un mínimo estresor puede llegar convertirse en la causa de activación de los mecanismos que conducen al trastorno. Por lo tanto el entorno o contexto donde se desarrolla una persona a lo largo de la vida interacciona con los procesos biológicos de crecimiento, contribuyendo al aumento de la vulnerabilidad o al reforzamiento de los factores de protección.

No obstante, pese a la evidencia de las anteriores conclusiones, podemos entender el problema desde cualquier modelo teórico o desde todos ellos al mismo tiempo (no se excluyen mutuamente). Si bien es cierto que existen investigadores radicales que se mantienen inflexibles a la hora de admitir la influencia de otros, la tendencia actual coincide con una postura más moderada que se aproxima al eclecticismo paradigmático. Aunque pueden existir otros paradigmas explicativos de los problemas de conducta, a la luz de los diferentes expertos consultados y de la propia experiencia llevada a cabo en el Principado de Asturias, los modelos que mejor se adaptan para comprender la etiología de los problemas de conducta son:

- El paradigma biologicista.
- El paradigma conductista.
- El paradigma ecológico, cultural o historicosocial.
- El paradigma cognitivista.
- Otros paradigmas basados en teorías psicoanalíticas, etológicas, de socialización grupal y de vulnerabilidad.

Otro aspecto que no se puede obviar, es el momento histórico por el que está pasando Europa y con más intensidad España. El desfavorable clima económico no ayuda precisamente a reforzar las estructuras sociales y/o familiares consideradas tradicionalmente como factor de protección de primer orden. Esta situación hace que todos los problemas se recrudezcan, incluido también el ámbito educativo. Para Ferran Barri existen además otros factores que agravan o potencian las conductas disruptivas o los problemas de comportamiento (Barri, 1996, p. 31), son los siguientes:

- La laxitud social y familiar en consentir ciertas actitudes de dudosa moral.
- El proceso de aceptación y normalización de las anteriores actitudes, considerándolas como “normales”.
- La sobreprotección de los padres para con los hijos.

- La falta de tiempo para las interrelaciones paterno-filiales.
- La imposibilidad de que los padres pueden “filtrar” determinados contenidos de toda la avalancha de estímulos e información que llega a los menores.
- Los fenómenos asociados a nuevas problemáticas sociales, como las bandas o el pandillismo.
- La infravaloración de la figura del docente.
- La falta de una legislación más eficaz.
- La escasez de recursos humanos, formativos, materiales y económicos.
- La ausencia de cohesión de los equipos docentes.
- La disminución de la “calidad” de los puestos de trabajo de los especialistas.
- La falta de un pacto educativo entre los partidos políticos.
- La insuficiente valoración del sistema educativo.

▪ **Factores etiológicos según el paradigma biologicista**

Antes de ahondar en este paradigma, es necesario hacer una aclaración previa: aunque en ocasiones los términos biológico y genético se utilizan indistintamente, cuando se hace alusión al concepto genético, se hace referencia a ese capital cromosómico cualitativo y cuantitativo que toda persona hereda, y que lógicamente influye en el desarrollo biológico del

ser humano. En cambio, lo biológico incluye todo lo relacionado con la naturaleza de los seres vivos y aquí entraría tanto lo genético como aquellos factores prenatales, perinatales y postnatales que pueden influir en el desarrollo, sin que necesariamente entren en juego aspectos genéticos. Por este motivo es preferible hablar de paradigma biologicista como ámbito globalizador de todo aquello relacionado con la naturaleza humana, incluidos los aspectos genéticos. Esta matización terminológica nos lleva a que a partir de ahora, no se haga distinción entre genética y biología, aunque el lector debe darse cuenta de que existe una diferencia conceptual.

Los expertos que utilizan este enfoque para intentar ofrecer una explicación plausible a los problemas de comportamiento son numerosos, gran parte de ellos están relacionados con el ámbito clínico, aunque no faltan los garantes de otras disciplinas: pedagógica, sociológica, filosófica o incluso etológica, abanderada esta última por Konrad Lorenz que partiendo de la experiencia con animales demostraba el origen genético de la agresividad humana (Lorenz, 2005).

Con renovado interés por los últimos avances en este campo⁴, el paradigma biologicista aborda todos aquellos aspectos físicos a nivel neurológico, fisiológico, cromosómico y anatómico que intervienen y determinan la conducta. Las indagaciones actuales giran entorno a varias líneas de investigación: alteración de los niveles de serotonina

⁴ El *Proyecto Genoma Humano* cuya pretensión es cartografiar el mapa genético humano, es quizá el más ambicioso intento por comprender nuestra naturaleza. Las consecuencias del Proyecto a nivel científico, social y ético son difíciles de prever.

(Dalley y Roiser, 2012; Seeger et al., 2004; Sher, Goldman, Ozaki y Rosenthal, 1999), afectaciones del lóbulo prefrontal (Bauer y Hesselbrock, 2001; Seidman, Valera y Makris, 2005; Teichner y Golden, 2000), anomalías en el funcionamiento neuronal (Fairchild et al., 2009; Killeen, Russell y Sergeant, 2013; Noreika, Falter y Rubia, 2013), influencias genéticas (Faraone y Doyle, 2013; Swanson et al., 2001), niveles elevados de testosterona asociados a niveles bajos de serotonina (Kathleen et al., 2006; Quadros, Takahashi y Miczek, 2010; Sapolsky, 1997) o efectos producidos por el consumo de drogas o incluso a la contaminación (Carpenter y Nevin, 2010; Kaminer, 1999; Wasserman, Liu, Pine y Graziano, 2001) son sólo, algunas líneas de exploración actuales de la psicobiología.

Todas las investigaciones relacionadas con los aspectos anatómico-cerebrales (bioquímicos y fisiológicos) de los procesos de activación, evidencian que la conducta antisocial tiene una base biológica. Incluso sutiles diferencias a nivel neurobiológico determinan el tipo de conducta agresiva, una investigación llevada a cabo por (Mathias et al., 2007) diferencia la conducta agresiva entre impulsivas y premeditadas, dicotomía originada como consecuencia de unas características de base biológica determinadas.

Numerosos estudios sobre la genética conductual (Blazei, Iacono y Krueger, 2006; Bradley y Golden, 2001; Mick y Faraone, 2008; Plomin, DeFries y McClearn, 1984; Reichborn-Kjennerud, 2008; Seeger et al., 2004; Sharp, McQuillin y Gurling, 2009; Sher, Goldman, Ozaki y Rosenthal, 1999; Spencer, Biederman y Mick, 2007) por citar algunos, demuestran que la mayoría de los rasgos de la personalidad tienen una base genética. La importancia de la herencia en la determinación de ciertas conductas que son frecuentes en menores disociales como la impulsividad y la búsqueda de sensaciones se sitúa según

Zuckerman (1994) y Eysench (1993) en cifras superiores al 50%, otros autores estiman que las influencias genéticas llegan al 60% e incluso al 90% para trastornos como el TDAH (Waldman y Gizer, 2006). Ya hace tiempo que, como señalaba Plomin y Arranz (1998), han sido identificados diversos genes implicados en algún aspecto de la personalidad (ansiedad, depresión, TDAH, búsqueda de novedades y sensaciones,...). Algunas investigaciones actuales continúan con la labor de correlacionar genes concretos con determinados fenotipos psiquiátricos (Cerdá, Sagdeo, Johnson y Galea, 2010; Moffitt, 2005; Reichborn-Kjennerud, 2008).

Las técnicas de neuroimagen utilizadas para examinar los patrones de funcionamiento cerebral, asociadas con la conducta antisocial, han sido estudiadas por diversos investigadores (Dalwani et al., 2011; Finger et al., 2012; Huebner et al., 2008; Hyde, Shaw y Hariri, 2013; Leskauskas, 2012) y sirven para enunciar teorías explicativas sobre los problemas graves del comportamiento y las conductas delictivas basadas en fallos del sistema nervioso, concretamente del zona prefrontal del cerebro. Estas investigaciones relacionan determinadas anomalías estructurales y de funcionamiento cerebral con manifestaciones de rasgos psicopáticos y antisociales la importancia de estos estudios radica no sólo en la comprensión del problema sino en la detección de predictores que puedan evitar la fijación de patologías futuras. Según la teoría neuropsicológica y dependiendo de la localización de la lesión o área afectada, investigadores como Teichner y Golden (2000) han propuesto cuatro subgrupos dentro de la población afectada: área subcortical, hemisferio temporal-parietal del hemisferio dominante, hemisferio temporal-parietal del hemisferio no dominante y región

prefrontal. Sobre la base de la anterior división se distribuyen diferentes tipos de manifestaciones conductuales, todas ellas relacionadas con problemas graves de la conducta.

Otros estudios (Kathleen et al., 2006; Sapolsky, 1997), relacionan dichas conductas con el funcionamiento del sistema neuroendocrino y la bioquímica cerebral. La observación de los índices de delitos en cuanto a sexo y edad (mayor incidencia en varones incrementándose en el periodo de la adolescencia), sugiere que la causa de las conductas antisociales está relacionada con niveles altos de testosterona (Archer, 2006; Book, Starzyk y Quinsey, 2001; Sapolsky, 1997), siguiendo esta línea de investigación se han realizado estudios que han verificado que, las tasas elevadas de testosterona, se relacionan con personas que responden fácilmente a la provocación manifestando conductas agresivas y comportamientos psicopáticos (Yildirim y Derksen, 2012). También los niveles bajos de la encima monoaminoxidasa B (MAO-B) fueron relacionados desde hace tiempo por Zuckerman (1999) con personas propensas a la psicopatía, comportamientos de riesgo, carreras delictivas y consumos de drogas siendo los varones más proclives en relación con las mujeres en todos los tramos de edad.

El modelo de la psicopatología de la desinhibición (Newman, 1987), se explica como la incapacidad de modificar las respuestas a través del castigo de alguien que ha sido reforzado positivamente. Las personas desinhibidas e impulsivas como los psicópatas, reincidirían en su conducta reforzada, aún cuando reciban contingencias aversivas. Esta conducta se ha relacionado con actividades bajas en diversos parámetros bioquímicos, en concreto con la encima monoamino oxidasa A (MAO-A).

Otros trabajos interesantes (Askenazy et al., 2000; LeMarquand, Hoaken, Benkelfat y Pihl, 2008; Quadros, Takahashi y Miczek, 2010) fueron llevados a cabo con menores que presentaban comportamientos impulsivos, hostiles, antisociales y violentos las conclusiones coincidieron en que la serotonina tiene la capacidad de inhibir las reacciones emocionales y comportamentales violentas, por lo tanto aquellas personas con problemas conductuales presenta un funcionamiento anómalo de éste neurotransmisor. Además, aunque pueda parecer una contradicción, tanto el exceso como el defecto de serotonina pueden originar trastornos del comportamiento. Con lo que el correcto funcionamiento de las funciones cognitivas puede verse alterado por el desajuste en los niveles de este compuesto neuroquímico.

Estudios como el de Nigg y Breslau (2007) y Wasserman y su equipo (Wasserman, Liu, Pine y Graziano, 2001) tratan de la influencia de aspectos prenatales, no genéticos, como problemas relacionados con consumos de sustancias o exposiciones a tóxicos durante el embarazo, estos factores están relacionados estadísticamente con posteriores trastornos conductuales. La exposición a tóxicos como el plomo antes del nacimiento es una posible causa de futuros trastornos de conducta y proclividad a la violencia (Nriagu, 2011). También está constatada la relación entre el consumo de alcohol en madres gestantes y futuros problemas de conducta en sus hijos (Larkby, Goldschmidt, Hanusa y Day, 2011). De igual forma ha quedado demostrada la relación entre el consumo de tabaco durante la etapa prenatal y la aparición temprana de problemas de conducta en los niños (Nigg y Breslau, 2007; Wakschlag, Pickett, Kasza y Loeber, 2006) o la relación entre consumo de marihuana en madres y el efecto sobre los problemas de conducta del niño a los diez años (mayor hiperactividad, impulsividad, falta de atención y aumento de la delincuencia) (Goldschmidt,

Day y Richardson, 2000). También existen otros factores perinatales (partos traumáticos) y postnatales (aquellas lesiones craneales que impliquen daño neurológico) que influyen de igual forma en el futuro desarrollo de los problemas de comportamiento.

Aunque está demostrada la relación entre determinadas sustancias neurotóxicas consumidas tempranamente y los problemas del comportamiento posterior, la cantidad y heterogeneidad de compuestos hace que las investigaciones no abarquen todo el abanico existente. No obstante sí hay estudios sobre determinados contaminantes medioambientales (plomo, mercurio, humo de tabaco, níquel, metanol, manganeso, compuestos clorados, arsénico, etc.). Como se ha visto, algunos metales como el plomo, pueden producir enfermedades como el saturnismo o plumbosis, el mercurio por su parte ocasiona hidrargirismo. Las dos patologías causan serios daños en el cerebro y están implicadas en el desarrollo de otros trastornos de tipo neuronal que afectan a los patrones del comportamiento como la agresividad o el TDAH. Un análisis de 33 estudios realizados entre 1972 y 2010 sobre los efectos de este metal en la conducta de los menores con TDAH concluyó que, el plomo potenciaba los síntomas del trastorno sobre todo la impulsividad y los problemas de conducta (Goodlad, Marcus y Fulton, 2013). Otros investigadores como Carpenter y Nevin (2010) no sólo investigaron sobre los efectos del plomo y el mercurio sino que ampliaron su estudio a neurotóxicos como los bifenilos policlorados (PCBs), el humo y el arsénico, la conclusión fue que todos ellos podían producir intoxicaciones graves en el sistema nervioso incrementando la frecuencia de las conductas antisociales.

También se conoce que el consumo de determinadas drogas (cannabis, cocaína, opióides, nicotina, alcohol) modifica los patrones conductuales y desinhibe el control de la

impulsividad. Un estudio longitudinal realizado con adolescentes consumidores confirmó que, por lo general los efectos de las drogas perjudica significativamente la capacidad de adquisición de pensamiento crítico, dificulta el aprendizaje de estrategias cognitivas necesarias para la transición a la vida adulta, la afectividad, el ámbito interpersonal e intrapersonal y las habilidades cognitivas relacionadas con la toma de decisiones y autogestión (Scheier y Botvin, 1995).

Los desequilibrios en las dietas, la carencia de algunas vitaminas o la desnutrición es causante de alteraciones en la conducta. Las investigaciones realizadas con niños que sufrían desnutrición moderada-severa durante el primer año de vida demostró que los escolares previamente desnutridos sufrían muchos años después, déficits de atención, habilidades sociales reducidas, peor apariencia física e inestabilidad emocional, comparados con el grupo control, el mismo estudio fue realizado de forma similar unos años después con otro grupo de menores, con análogos resultados (Galler y Ramsey, 1989; Galler, Ramsey, Solimano y Lowell, 1983).

Factores de riesgo asociados al desarrollo de conductas violentas o delictivas son explicados por déficits neurológicos y neuropsicológicos relacionados con procesos mentales como la toma de decisiones y el análisis de la información (Morgan y Lilienfeld, 2000). Siguiendo esta línea de investigación diversos estudios longitudinales realizados con menores demostraron que cuando se daba un incorrecto funcionamiento neuropsicológico y además el entorno familiar no era estimulante, las personas tenían muchas más probabilidades de ser violentas y además podían llegar a ser causa, cuando fueran adultos, del 70,2% de los delitos violentos cometidos (Raine, 1993).

Atendiendo a las explicaciones clínicas de los anteriores autores, en la Tabla 1.5 se detallan las causas biológicas, implicadas en la aparición de las alteraciones del comportamiento. Se hace la distinción entre el origen endógeno y exógeno que determinan la aparición de los trastornos. Hay que matizar que con frecuencia los factores exógenos pueden ser los causantes endógenos relacionados con la aparición de los trastornos del comportamiento, por lo que en ocasiones, no es fácil discernir entre causa y efecto.

Tabla 1.5.
Causas biológicas endógenas y exógenas de las alteraciones graves de la conducta

| CAUSAS ENDÓGENAS | CAUSAS EXÓGENAS |
|---|---|
| - Alteraciones en el lóbulo prefrontal | - Traumatismos sobre todo en el lóbulo frontal |
| - Bajos niveles de serotonina junto con altos niveles de testosterona | - Malnutrición: desequilibrios nutricionales (zinc y del cobre) |
| - Niveles altos de serotonina | - Intoxicaciones por plomo u otras sustancias |
| - Efectos de los andrógenos | - Efectos causados por diversas drogas |
| - Nivel bajo de colesterol | - Factores perinatales |

Fuente: síntesis del autor a partir de las fuentes citadas en el presente apartado. Se citan algunas causas biológicas endógenas y exógenas de los trastornos graves del comportamiento.

▪ **Factores etiológicos según el paradigma conductista**

Es una forma radical de la teoría del *milieu*⁵ que bebe de las corrientes aristotélicas y pone el acento en el ambiente como factor exclusivo del modelado del comportamiento y de

⁵ Entorno o ambiente del francés *milieu*. Término usado por los conductistas para referirse a cómo el ambiente moldea la personalidad.

la personalidad. El entorno social donde se desarrollan los menores, provee de infinidad de estímulos productores tanto de actitudes de rechazo como de atracción. Es archiconocido el texto de Watson que comienza de esta forma: *“Dadme una docena de niños...y os garantizo que puedo tomar cualquiera al azar y formarlo para que sea el tipo de especialista que yo quiera...”* (Watson, 1930, p. 104), que es sintetizado por Schunk de la siguiente manera: *“Dadme hombres y haré de ellos genios o criminales”* (Schunk, 1998, p. 41), en alusión a que la exposición controlada a unos determinados estímulos es determinante en el desarrollo de la conducta de las personas. El mismo Watson se basó en Pavlov y utiliza el condicionamiento como piedra angular del conductismo, siendo sus postulados los siguientes:

- Se aprende mediante la asociación de estímulos con respuestas.
- El aprendizaje se produce en función del entorno.
- El aprendizaje no es perpetuo, necesita ser reforzado.
- El aprendizaje es mecánico, repetitivo y memorístico y además responde a estímulos.

Esta postura se caracteriza por su concepción asociacionista o dicho de otra manera se construye el conocimiento al relacionar los antecedentes de una situación dada con sus consecuentes (estímulos-respuestas) (Leiva, 2005).

El uso del paradigma conductista para la explicación de los problemas del comportamiento, surge con teorías como la del condicionamiento operante. Los

planteamientos generales de la teoría clásica Skinneriana, se basaban en que cualquier conducta tiende a repetirse si es acompañada de algo positivo, y al contrario, las conductas desaparecen si son seguidas de algo negativo. Si lo que queremos es asegurar el cumplimiento de una norma o establecer una conducta apropiada se deben utilizar refuerzos. El concepto de refuerzo hace referencia a la obtención de una recompensa o consecuencia cuando se ejecuta una conducta. Ahora bien esos refuerzos pueden ser tanto negativos como positivos. El funcionamiento parece simple, los refuerzos negativos hacen que las conductas desaparezcan y los positivos que continúen (Pérez, 1990).

Según el conductismo clásico, los individuos desarrollan patrones de conducta atendiendo a la asociación de ciertos estímulos tanto positivos como negativos (Morris y Todd, 1999). Esas modificaciones de conducta se dan en todas las etapas madurativas del ser humano, y son causa tanto de aprendizajes positivos como de conductas causantes de infinidad de problemas: drogadicciones, timidez, fobias, neurosis, etc. No obstante, es en los menores donde la personalidad, aún no formada, es más susceptible de verse influenciada por conflictos de atracción o evitación. Las conductas adquiridas en las primeras etapas de la vida son más difíciles de modificar con posterioridad, este es el motivo, por lo que los mecanismos del conductismo “se anclan” más eficientemente en los jóvenes. Por esta causa es necesario identificar las conductas que manifiestan los menores, para ver qué recompensas premian ese acto concreto, potenciándolo o eliminándolo según el caso.

Muchos defensores del conductismo han acabado adoptando posiciones exclusivamente ambientalistas, la causa se debe a que el conductismo, cuyo planteamiento es

tanto mecanicista como ambientalista, sitúa el motor de la conducta fuera del organismo, luego presuponen que el aprendizaje es originado por el ambiente (Pozo, 1997).

Las técnicas de conductismo clásico son utilizadas en el ámbito clínico con algunos tratamientos como fobias o drogadicción (Ploog, 2012). También en mayor o menor medida son utilizadas en el ámbito educativo durante determinados momentos o situaciones. Un aspecto interesante del planteamiento conductista es el importante papel de las variables contextuales. Dependiendo del entorno, la relación estímulo-reforzador puede ser suficiente para generar un condicionamiento o ninguno en absoluto (Fantino y Stolarz-Fantino, 2012). Este hecho tiene una importancia trascendental en la escuela, donde los refuerzos han de ser aplicados en función de la situación (por poner un ejemplo, los refuerzos públicos dentro del aula o fuera de él, en privado).

Algunos estudios han detectado diferencias significativas entre hombres y mujeres a la hora de asimilar aprendizajes condicionados, éstas se atribuyen a los efectos de organización de las hormonas gonadales durante el desarrollo temprano del cerebro además de cambios y modulaciones producidos en la pubertad (Dalla y Shors, 2009).

- **Factores etiológicos según los paradigmas ecológico, cultural o histórico social**

Aunque la influencia de los conductistas perdió algo de fuerza a partir de la década de los 50 y 60 del siglo XX (Yela, 1980), se mantuvieron unas corrientes que seguían dando importancia al poder modelador del entorno, pero esta vez desde el plano cultural, aspecto que resulta determinante para el desarrollo de las capacidades intelectuales. Base conceptual de ciencias humanas como la sociología y la antropología, estos modelos o corrientes tratan

sobre cómo la mente es un producto de la cultura que, partiendo del “*tabula rasa*” de Locke, llega a adquirir los saberes como si de una esponja se tratara. Los defensores del paradigma histórico social ven al individuo como una suerte de factores interrelacionados que marcan o determinan la personalidad de éste. La propia individualidad no es la única variable que determina la forma de ser de una persona, sino la inmersión en un ambiente social, histórico y cultural. El trastorno de conducta es visto desde esta perspectiva como una desviación de la maduración normal, determinado por la interacción de la persona, la conducta y el medio ambiente (Robinson, 1985).

Un trabajo recopilatorio sobre las investigaciones publicadas entre los años 2000 y 2011 relativas a los trastornos de conducta y a sus diferencias en función del contexto y del sexo (Berkout, Young y Gross, 2011), concluyó que: los análisis convergían en la afirmación de que las variables contextuales, tales como la crianza negativa y el medio ambiente empobrecido, son factores de riesgo tanto para hombres como para mujeres, no obstante sí se detectó una diferencia entre géneros para las variables temperamentales y la dirección de los efectos del trastorno (internalización-externalización). El poder modelador de la familia, como primer grupo socializador es incontestable a la luz de un sin fin de trabajos. Uno de ellos, realizado por Ary, T. Duncan, S. Duncan y Hops (1999) observó a familias con alto nivel de conflictividad interna, las paupérrimas interrelaciones entre padres e hijos se relacionó con desviaciones de las pautas normales de comportamiento manifestada por los menores dos años después del seguimiento. Otros estudios han demostrado que los hijos que no disponen de una correcta relación con sus padres, tienen más riesgo de que incurran en actividades no convencionales con el grupo, que en el caso de los hombres se materializa en

robos y agresiones y en el de las mujeres en consumos de drogas (Claes et al., 2005; Dishion, Poulin y Burraston, 2001; Moreira, Sánchez y Mirón, 2010; Pires y Jenkins, 2007). En esta dirección investigaciones similares resaltan la importancia del vínculo positivo entre padre-hijo para un correcto ajuste psicosocial del niño (Rohner y Veneziano, 2001; Welsh, Buchanan, Flouri y Lewis, 2004). Los problemas familiares constituyen un factor predictor de los trastornos graves de la conducta (Blazei, Iacono y Krueger, 2006). El abandono y rechazo de los padres, la incoherencia en las prácticas educativas, la falta de comunicación y calidez, la excesiva disciplina, los abusos físicos o sexuales, la institucionalización en los primeros años de vida, la falta de supervisión, el grupo de iguales delincuentes y psicopatologías familiares u otras situaciones de riesgo son predictores o factores que influyen en la aparición de los trastornos de la conducta según postulan Coleman y Hendry (2003), Estévez, Murgui, Moreno, y Musitu (2007) Noroño-Morales, Segundo, Cadalso-Sorroche, y Fernández-Benítez (2002), Sobral, Romero, Luengo, y Marzoa (2000). Sin embargo existe cierta disparidad de criterios entre investigadores respecto de las variables familiares implicadas en la aparición de conductas violentas o antisociales. Para unos, indicadores como el tamaño de la familia o la precariedad económica son condicionantes (Rutter y Guiller, 1988) mientras que para otros (Antolín, Oliva y Arranz-Freijo, 2009) no son considerados como factores determinantes en la aparición de las conductas desajustadas. Muchos expertos creen que en la familia se crean los pilares para el desarrollo completo del ser humano (Salazar-Rojas, 2004) y que su inadecuado funcionamiento es una de las bases para el desarrollo de la delincuencia (Juby y Farrington, 2001), para el equipo dirigido por Marino Pérez el origen de los comportamientos antisociales puede deberse a múltiples causas entre las que destacan: los problemas paterno-filiales, el abuso físico o sexual y la negligencia

durante la infancia (Pérez-Alvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez y Amigo, 2003), otro factor importante lo constituyen el grupo de iguales, con el cual el menor interactúa pudiendo ser agentes modeladores y/o reforzadores de los comportamientos, retroalimentándose unos miembros a otros, por lo que según González Menéndez, Fernández Hermida y Secades hay un alto riesgo de desarrollar un patrón permanente de conducta antisocial (2004). No obstante, la mayoría de autores opinan que la realidad es mucho más compleja y no sólo la institución familiar y el contexto social son los únicos elementos que determinan la personalidad. Estos investigadores sugieren que la familia influye significativamente en el desarrollo del TD sin embargo el ejercicio de la paternidad negativa no siempre está relacionado con el desarrollo de esa patología (Waller, Gardner y Hyde, 2013). Hay otros factores de riesgo que no se pueden menospreciar: el factor económico y las características individuales (patologías y conflictos psicológicos). Por ello detrás de un adolescente conflictivo no tiene por qué haber una familia disfuncional, aunque sin duda es un factor tanto protector como de riesgo a la hora de formar a la persona (Castellano-Barca, 2002).

Tampoco se puede desdeñar el papel de la escuela en los problemas de conducta de los menores, esta institución se ha ido separando de forma progresiva del hogar y se ha convertido en uno de los principales focos de alienación de niños y adolescentes (Bronfenbrenner, 1985). De la misma forma, el grupo de iguales afecta a la conducta, ha quedado demostrada la relación entre una buena relación afectiva con el grupo y una menor probabilidad de violencia, sobre todo en varones (Moreira, Sánchez y Mirón, 2010).

Existe por tanto, una complejidad de factores que influyen en la formación de un trastorno, desde los efectos amplificadores de ciertas características personales y sus posibles comorbilidades, a las características del medio ambiente y los factores sociales. Ciñéndose sólo al aspecto contextual, cada historia personal incluye una suerte de avatares que dificultan el análisis psicológico: las adversidades de la vida (acontecimientos traumáticos), las interrelaciones entre pares marginales, la precariedad económica, y el desfase académico entre otras (Cerdá, Sagdeo, Johnson y Galea, 2010). Estos datos demuestran que para realizar un estudio del trastorno, hay que acometer la tarea de una forma holística y contemplar todas las posibilidades. Las últimas investigaciones llevadas a cabo con gemelos separados al nacer concluyeron que determinados comportamientos están más influidos desde el punto de vista biológico que otros, no obstante los genes no determinan la forma de actuar, sino que potencian la probabilidad de que algo ocurra (Segal, 2012), por lo tanto es la propia persona la que crea su propio ambiente y sus oportunidades. En una línea similar Garrido-Genovés (2005, p. 346) sostiene que *“ningún estudioso de la genética conductual ha hecho nunca la afirmación de que los genes son responsables de la mayor parte de la actividad delictiva del ser humano”*, no obstante este mismo autor afirma que la contribución genética no es un asunto trivial.

Como defienden algunos expertos, todo individuo se ve influido por la clase social a la que está adscrito, la historia personal, las oportunidades brindadas, la época histórica que le ha tocado vivir, etc. Estas variables forman parte del aprendizaje de ese ser, y por extensión de su personalidad. Este contexto cultural global afecta a la forma en la que los individuos se relacionan entre sí dentro de los diferentes subsistemas (ciudad, barrio, calle, familia,

escuela...). Siguiendo estas ideas Bronfembrenner (1987) postula que el efecto del macrosistema (estilo de vida, creencias y actitudes) condicionan la forma en que los individuos se comportan dentro de los microsistemas. Así las relaciones familiares están condicionadas por las situaciones de violencia o inestabilidad que se vive en el barrio y en su contexto más próximo, el vecindario. En las zonas más marginales de las ciudades, se encuentran condiciones de carencia material como falta de mantenimiento, escasos servicios, lugares de ocio y recreo. Estas características pueden originar un ambiente de descuido, propiciando los consumos y la violencia (Abrahamson, 1996). Una investigación llevada a cabo en zonas urbanas depauperadas demostró que la delincuencia y la violencia podían ser reducidas potenciando la red de recursos sociales (Peterson, Krivo y Harris, 2000).

En la mayoría de los casos, la interacción de la persona, la conducta y el medio ambiente van produciendo una maduración normal de la psique, cuando las relaciones entre el menor y el contexto se deterioran, se produce un desorden o desequilibrio y el modelado abstracto de los valores culturales se desvía del proceso normal de crecimiento (Robinson, 1985). Siguiendo similares postulados Rosenthal (1970) afirmaba que la relación entre los trastornos psicológicos y el contexto se podía deber a que diferentes ambientes generaban en algunos casos estados de ansiedad, amenaza o estrés, ocasionando éstos respuestas biológicas o activaciones psicofisiológicas que eran diferentes en cada persona en función de su grado de vulnerabilidad. Al respecto Lemos-Giraldez (2003) afirma que las oportunidades que ofrece el contexto ambiental pueden aumentar o disminuir la frecuencia y probabilidad de aparición de un patrón disfuncional concreto de conducta, no obstante el hecho de haber experimentado episodios traumáticos o haber vivido la infancia en un ambiente

desestructurado no es causa necesaria de una conducta antisocial, sino que cuando ya existe esa conducta permite que esos trastornos se expresen y contribuyan a su materialización.

Si bien es cierto que las anteriores reacciones al ambiente vienen determinadas genéticamente también pueden ser adquiridas en estadios tempranos del desarrollo. Por tanto el ambiente, los factores culturales y la predisposición personal son requisitos determinantes en la formación de la personalidad. En este sentido Rojas-Marcos (2005) dice que, aunque el ser humano es bondadoso por naturaleza aprende a comportarse de forma violenta. En una reflexión sobre el aprendizaje y el contexto, Rojas-Marcos utiliza la metáfora de la semilla que parafraseándola dice algo parecido a: -sembrada en los primeros años de la vida, se cultiva y desarrolla durante la infancia comenzando a dar sus frutos más dañinos en la adolescencia- (Interpretación del autor). Este mismo autor no desdeña los aspectos individuales de cada personalidad, de forma que podemos encontrar personas más propensas a la violencia, ya sean narcisistas con gran sensibilidad a la humillación, impulsivos con dificultad para controlar sus propios impulsos, paranóides con temor a que les hagan daño y antisociales sin respeto ni creencias en las reglas. En esta misma línea, investigadores como Straus, Sugarman, y Giles-Sims (1997) decían que los niños que son maltratados físicamente son más propensos a mostrar comportamientos antisociales y a reproducir esos mismos castigos en el futuro. No obstante, también se pueden encontrar personas que pese haber vivido experiencias traumáticas no desarrollan patología alguna, por contar con una disposición biológica poco vulnerable.

Para el paradigma histórico social, la influencia del contexto cultural es esencial para el desarrollo de la persona, la cual se retroalimenta de ese ambiente de una forma activa como

una organización o un todo que está en continuo proceso de desarrollo. De ahí que la persona deba ser estudiada y comprendida en su contexto interpersonal y social. De nuevo los planteamientos ecológicos toman relevancia para manifestar la potencia modeladora del ambiente. En el modelo de Aneshensel y Sucoff (1996), se sintetiza la red de interrelaciones entre los diferentes factores que intervienen en la salud mental y por tanto en el comportamiento de los menores, ver Figura 1.2:

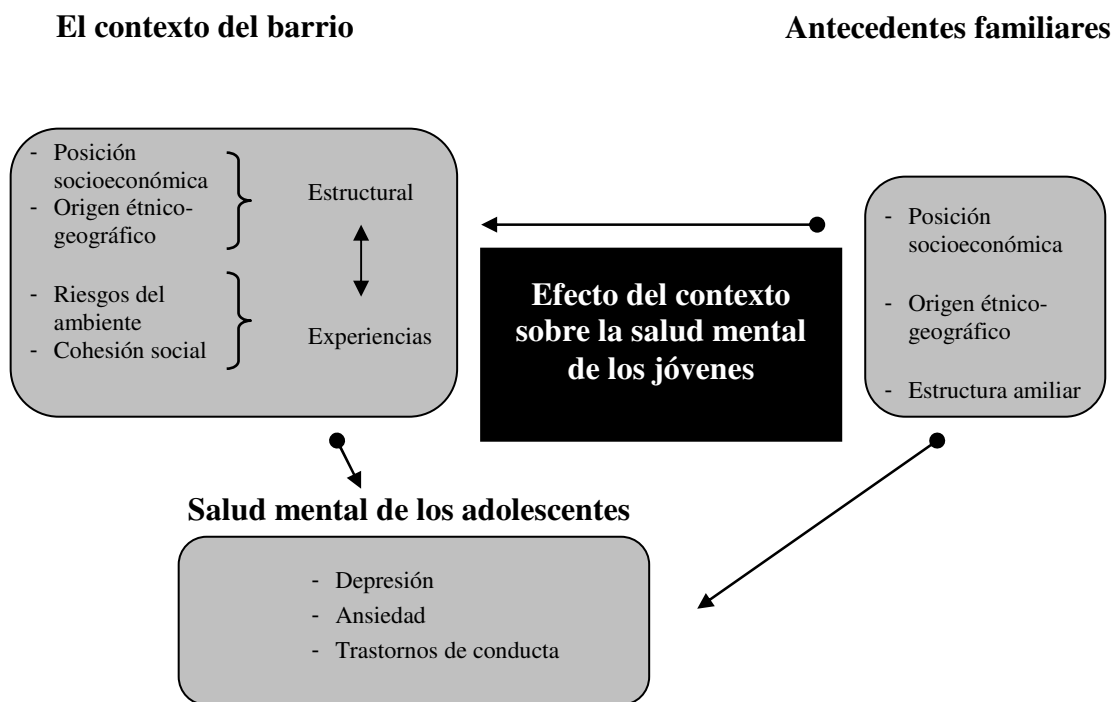


Figura 1.2. Interrelaciones entre los factores que influyen en la salud y el comportamiento de los menores. Fuente: elaborado a partir del texto adaptado de Aneshensel y Sucoff (1996).

- **Factores etiológicos según el paradigma cognitivista**

El paradigma cognitivista, evolutivamente posterior a las teorías conductistas y tendencia dominante en la investigación del aprendizaje, intenta superar al anterior dando una nueva perspectiva analítica y focalizando la atención en lo que sucede en la mente humana cuando aprende. Para ello recurre a la explicación del procesamiento de la información y a la comparación de la mente con un ordenador (Rodríguez-Palmero, Moreira, Caballero y Greca, 2010). Los elementos clave de la psicología cognitiva son la atención, la memoria, la percepción, la inteligencia, el lenguaje y el pensamiento, entre otros. Estos elementos presentes en el ser humano son los que capacitan para ese procesamiento de la información, mecanismo mediante el cual las personas son capaces de codificar, categorizar, filtrar y organizar la información gracias a una serie de estructuras o esquemas mentales que el individuo tiene integrado en su psique, y que le sirven para interpretar la realidad (Ganten, Deichmann y Spahl, 2004; Schunk, 1998).

El cognitivismo introduce nuevos conceptos, uno de ellos es la teoría del aprendizaje significativo, su finalidad es abordar todos aquellos factores y condiciones para garantizar la adquisición, asimilación y retención de los contenidos (Rodríguez-Palmero, Moreira, Caballero y Greca, 2010). Aunque es una teoría habitualmente propia del ámbito escolar, también resulta válida para otros contextos de la vida del menor, por ello este aprendizaje podría ser, según Fonseca y Ninón (2011) el proceso instruccional para que el menor haga la conexión en su mente del nuevo material con aquél que está en su estructura cognitiva, todo ello con el fin de lograr la comprensión del mismo y adquirir, así, significado para él.

Desde el punto de vista docente o pedagógico, la influencia del planteamiento cognitivista en las teorías de la modificación de la conducta se centra en el procesamiento de la información del niño. El educador mediante la aportación de experiencias didácticas significativas debe dejar que el alumno construya y procese de forma activa sus propios esquemas cognitivos. Para ello también se ha de proveer a la persona de las competencias cognitivas básicas mediante nuevos aprendizajes y estrategias. En definitiva, lo que se pretende es proporcionar al individuo las herramientas para que pueda interpretar la realidad de forma correcta, sin distorsiones y de forma autónoma, para que pueda llegar a aprender a aprender y a pensar.

Interpretando el trabajo de Ertmer y Newby (1993) y partiendo de los conceptos anteriormente tratados, se podría inferir la siguiente conclusión (extrayéndola del ámbito escolar a la realidad cotidiana del menor): los cambios en el comportamiento y las diferentes formas de actuar de las personas responden a la influencia de sus esquemas cognitivos, o dicho de otra manera a su particular visión de la realidad. A su vez esta singular óptica que caracteriza a cada persona, recibe influencias de una serie de antecedentes, actitudes y motivaciones individuales, que en última instancia dependen de las percepciones cognitivas.

Los partidarios de este paradigma creen que los aprendizajes son fenómenos mentales que se producen mediante la comprensión, la reflexión, el pensamiento y el discernimiento construyendo o elaborando nuevos conocimientos a partir de la base de enseñanzas anteriores. Para los cognitivistas las personas tienen diferentes estructuras o esquemas que se almacenan en la mente. Estos esquemas permiten obtener una visión o representación del mundo particular. Además no son fijos sino que varían en función de las

aportaciones que va dando la experiencia, es decir, los esquemas mentales cambian a la vez que cambia la forma en la que cada ser interpreta la realidad (Hernández-Requena, 2008).

El párrafo anterior nos aproxima al concepto de *constructivismo*, este nuevo prisma continúa en la línea del cognitivismo pero puntualiza que la persona construye sus conocimientos partiendo de las experiencias, a su vez esa integración, asimilación y reacomodación de conocimientos modifica las estructuras presentes en su psique. Cuando alguien aprende algo, dentro de él se produce una transformación un surgimiento de nuevas estructuras que le permiten enfrentarse a situaciones iguales o similares a la realidad (Ertmer y Newby, 1993). El constructivismo social es una variante del constructivismo, que pone el acento en las interacciones sociales como estructuradoras de los significados. La fuente de los conocimientos no es la mente humana sino el entramado social inmerso en una cultura y en un tiempo histórico determinado. Por decirlo de otra manera, los comportamientos que una persona manifiesta, son el reflejo de lo que le pasó en sus interacciones sociales. Los seres humanos no sólo construyen una interpretación de su propia experiencia sino que construyen las propias condiciones en las que participan, el ámbito de la experiencia no sólo restringe las acciones sino que cambia en función de las acciones. Individuo y contexto no son dos cosas distintas sino que forman parte de un sistema que evoluciona conjuntamente (Cubero-Pérez, 2005).

- **Factores etiológicos según otros paradigmas**

Las teorías psicoanalíticas abanderadas por Freud y los constructos básicos de sus postulados: sujeto, inconsciente, pulsión, deseo, transferencia, Complejo de Edipo,

identificación, ley, función paterna..., proporcionan otra opción a la hora de explicar el porqué de los comportamientos (Elgarte, 2009). Esta concepción junto con otras, perdieron peso frente a otras teorías que primaban el entorno o el contexto social como factor decisivo a la hora de aprender y de ser. No obstante, la adscripción a uno u otro paradigma va dejando paso a una nueva opción: el *eclecticismo paradigmático*. Este enfoque es asumido por infinidad de autores que se decantan, no por una razón sino por un conjunto de razones para explicar la etiología de las alteraciones graves de la conducta.

Diversas teorías han puesto en tela de juicio el origen de los comportamientos disociales y violentos, y aunque algunos filósofos e investigadores expertos en la materia continúan debatiendo sobre la doble naturaleza humana (cruel o bondadosa). La realidad a la luz de los últimos estudios, revela que las causas de los problemas de conducta son múltiples debiéndose tanto a factores biológicos, como fisiológicos, conductuales, sociales, económicos y políticos (Ollendick, 1996).

Un grupo importante de investigadores lo constituyen aquellos que abogan por el argumento de la interacción entre herencia y ambiente, Bronfenbrenner argumentaba que en el transcurso de la vida la persona se va desarrollando a través de procesos psicobiológicos complejos que derivan de las características tanto personales como ambientales (Bronfenbrenner y Ceci, 1994). Numerosos estudios actuales se dirigen precisamente hacia los mecanismos de esas interrelaciones biológico-contextuales, el ser humano no se limita a interactuar con el ambiente sino que lo asimila a su propio funcionamiento y lo interpreta incorporándolo a sus propios intereses (Yela, 1996), esta forma activa, consciente y personal de interrelación es lo que hace que los genes y el ambiente sean factores decisivos de la

aparición del trastorno. Autores como Blazei, Iacono, y Krueger (2006), Bobadilla y Taylor (2012), Bradley y Golden (2001), Cohen (2010), Gelhorn et al. (2006), Gilger (2001), Goos, Ezzatian, y Schachar (2007), Kieling, Goncalves, Tannock, y Castellanos (2008), Moffitt (2005), Nigg, Nikolas, y Burt (2010), Pardini y Fite (2010), Reichborn-Kjennerud (2008) y Shastry (2004) son una pequeña muestra de la pléyade de expertos que se suman a este supuesto. Para complicar un poco la realidad, en algunos casos las variables contextuales desaparecen cuando los niveles de determinadas variables de la personalidad son bajos, estas variables parecen amplificar los efectos de los factores contextuales, resultando perniciosos en algunos casos, determinados ambientes familiares, grupales, escolares y socioeconómicos (Sobral, Romero, Luengo y Marzoa, 2000). Aunque esta nueva amalgama conceptual es difícilmente describible por su amplitud, veremos también otros puntos de vista que, aunque podrían inscribirse en algún paradigma antes visto, el autor prefiere tratarlos aparte dado su originalidad.

Una postura singular es tomada por la psicóloga Judith Harris (1999), en contra de las corrientes ortodoxas que dan importancia al contexto y sobre todo al contexto familiar, niega que la influencia de los padres sea determinante para el desarrollo de determinadas conductas. La autora intenta explicar cómo el papel modelador de la familia se diluye cuando estímulos mucho más significativos bombardean al menor en otros contextos. Su Teoría de la Socialización Grupal, afirma que los niños parten de una serie de predisposiciones dadas por los genes para desarrollar conductas. No obstante, no es la crianza en el seno familiar la que logra el proceso socializador en los menores, sino que son ellos mismos los que llegan a alcanzarlo. Harris propone que la socialización de los menores (en cuanto al aprendizaje de

normas y reglas sociales), está determinada por su interacción con su grupo de iguales (Harris, 1999). De forma retrospectiva otros autores han andamiado esta teoría, (Plomin y Daniels, 1987) después de realizar un minucioso estudio aplicado a menores adoptados y poblaciones de gemelos, llegaron a la conclusión de que por lo general el medio ambiente compartido, contribuye de forma poco significativa al parecido fenotípico (rasgos físicos y conductuales) de los menores que conviven en el mismo hogar.

Hoy en día la línea de investigación sobre el desarrollo de la conducta tiene más en cuenta los efectos sinérgicos entre herencia y ambiente. Estas interacciones se relacionan con lo que algunos autores llaman “vulnerabilidad” (Wachs y Gruen, 1982) concepto que intenta explicar como las personas con diferentes genotipos no responden de la misma forma ante el mismo ambiente. En Oldham , Skodol, y Bender (2007) se describen los estudios llevados a cabo por Mednick, Gabrielli, y Hutchings (1984) y Cloninger, Sigvardsson, Bohman, y Von-Knorring (1982) sobre la interacción entre herencia y ambiente, éstos fueron concluyentes respecto a la significativa contribución del factor genético de las personas. Para ello investigaron la trayectoria de hijos de padres delincuentes educados por padres normalizados. Los resultados obtenidos evidenciaron que había más riesgo de que esos niños acabaran delinquir que en el caso opuesto (hijos de padres no delincuentes criados en ambientes marginales), en el que la mayoría de los menores no perpetraran actos delictivos aunque sus progenitores biológicos o adoptivos los consumaran. Además cuando se daba el caso de que el factor genético y ambiental coincidía (entendidas las opciones menos virtuosas), los porcentajes de problemas conductuales se multiplicaban.

Sean cualesquiera las causas de la mayoría de los trastornos de la conducta, prácticamente todas las opiniones convergen en aceptar que existen una serie de factores asociados que pueden tanto potenciar como inhibir la aparición de los problemas graves del comportamiento, son los factores de riesgo y protección. Por su importancia en el desarrollo de los trastornos, ocupan un lugar preferente en la génesis de los comportamientos disruptivos y son además la piedra angular de los procesos de intervención. Aunque como ha quedado constatado en este párrafo, los factores de riesgo o protección no son condición sine qua non para la formación de un trastorno, si pueden llegar a ser potentes barreras o catalizadores de las diversas patologías relacionadas con la conducta, por ello se ha decidido incluirlos en el presente apartado.

Siguiendo con el anterior planteamiento, en la Tabla 1.6, se extraen algunos posibles factores influyentes a un lado u otro de la dicotomía causal de los desórdenes del comportamiento. También se describe brevemente una muestra de investigaciones que han permitido sintetizar los elementos de la tabla: el informe (Beinart, 2002) sobre factores de riesgo y protección que utilizó una muestra de 14.445 menores de entre once y dieciséis años del Reino Unido con conductas antisociales, el trabajo de Cerezo (2001) relativo a los factores determinantes en el desarrollo de conductas violentas o antisociales, la investigación de Rae-Grant, Thomas, Offord, y Boyle (1989) sobre factores de riesgo llevada a cabo con 3.294 niños canadienses de entre cuatro y dieciséis años que presentaban algún problema de conducta, el estudio sobre los factores protectores asociados con la salud mental de Aguilar-Vafaie, Roshani, Hassanabadi, Masoudian, y Afruz (2011) realizado con 140 adolescentes israelitas que vivían en hogares de acogida, el trabajo de Fergusson, Vitaro, Wanner, y

Brendgen (2007) sobre los factores que podían desviar a comportamientos delictivos en una muestra de 265 adolescentes, la investigación sobre los estilos parentales de crianza de Raya, Pino, Ruiz y Herruzo (2013) sobre una muestra de 33 niños de entre 3 y 14 años con problemas de conducta, la revisión sobre las investigaciones neuropsicológicas y psicofisiológicas de Portnoy, Chen y Raine (2013) para identificar los factores de protección de las personas en alto riesgo de conducta antisocial, el análisis exhaustivo sobre la literatura criminológica realizado por Walter, Bowen y Brown (2013) sobre el papel de los factores de riesgo y de protección relacionados con el mantenimiento de las conductas violentas, la relación observada por los equipos encabezados por Ter-Bogt (2006) y Kelly (2011) entre la percepción de sobrepeso en adolescentes y la manifestación de síntomas psicosociales negativos y problemas de comportamiento y por último el estudio sobre el afrontamiento de traumas y su relación con creencias o vivencias espirituales de Kim (2008) sobre una muestra de 384 menores maltratados de edades entre seis y doce años.

Tabla 1.6.
Síntesis sobre los factores de riesgo y protección más determinantes a la hora de potenciar o inhibir los trastornos del comportamiento

| BIOLÓGICOS / PERSONALES (COGNITIVO-AFECTIVOS) | |
|---|--|
| FACTORES DE RIESGO | FACTORES DE PROTECCIÓN |
| - Niveles hormonales anormalmente altos | - Maduración física normal (correspondiente con su edad) |
| - Obesidad (autoimagen negativa) | - Creencias religiosas |
| - Sexo (mayor incidencia en varones) | - Alto cociente intelectual |
| - Antecedentes familiares | - Buena asertividad |
| - Personalidad propensa a la violencia | - Correcta capacidad de atención |
| - Impulsividad | - Evitación del daño |
| - Baja empatía | - Estructuras en la memoria relativas a que el |
| - Tendencia a la depresión | |

| | |
|---|--|
| - Poca reflexividad | mundo no es un lugar hostil |
| - Búsqueda de novedades | - Niveles bajos de afectividad depresiva y enfado |
| - Experiencias tempranas de privación y aislamiento social | - Baja variabilidad e intensidad de las respuestas emocionales |
| - Déficit en los sistemas cerebrales noradrenérgicos y serotoninérgicos | - Procesamiento automático que evite las atribuciones agresivas u hostiles |

FAMILIARES

| FACTORES DE RIESGO | FACTORES DE PROTECCIÓN |
|--|--|
| - Abandono familiar | - Vínculos estrechos con familiares, amigos y profesores |
| - Hogar de acogida (Institucionalización) | - Establecimiento de valores sanos por parte de los padres, los profesores y los líderes de la comunidad |
| - Familias disfuncionales | - Oportunidades de implicación del núcleo familiar en la comunidad |
| - Maltrato intrafamiliar | - Habilidades sociales y de aprendizaje que faciliten la participación |
| - Falta de supervisión y disciplina de los padres | - Reconocimiento y alabanza de la buena conducta |
| - Poco tiempo compartido con la familia | - Intercambios comunicativos frecuentes |
| - Antecedentes de problemas de conducta de la familia | - Estilo de crianza democrático |
| - Padres que participan de la mala conducta de sus hijos o la toleran | - Relación de los padres armoniosa |
| - Adversidades socio-familiares (malas condiciones económicas y de residencia) | - Empleo estable de los padres |
| - Patrones de crianza anómalos (padres permisivos o demasiado autoritarios) | |
| - Modelos de interacción familiar desajustados (falta de diálogo) | |

| ESCOLARES | |
|---|---|
| FACTORES DE RIESGO | FACTORES DE PROTECCIÓN |
| - Políticas educativas que no sancionan adecuadamente las conductas violentas | - Implicación y motivación de los educadores |
| - Ausencia de transmisión de valores | - Educador como modelo ejemplar y coherente |
| - Falta de atención a la diversidad cultural | - Escuela transmisora de valores |
| - Contenidos excesivamente academicistas | - Reglamentos de régimen interno coherentes y justos |
| - Pobre formación del profesorado: carencia de metodologías adecuadas para el control de la clase | - Atención a la diversidad |
| - Ausencia de la figura del maestro como modelo | - Enseñanzas significativas |
| - Falta de reconocimiento social respecto a la labor del docente | - Estilos educativos participativos |
| - Rendimiento académico escaso | - Enseñanzas dirigidas a la práctica |
| - Comienzo del bajo rendimiento escolar en la enseñanza primaria | - Buena formación del profesorado |
| - Comportamiento agresivo, con posibles casos de bullying | - Organización y funcionamiento eficiente de los Centros |
| - La presencia de alumnos disruptivos (repetidores, intolerantes,...) | - Ser buen estudiante (correcto rendimiento académico) |
| - Falta de compromiso para con la educación | - Llevarse bien con los compañeros |
| - Desorganización en el centro | - Participar activamente en las actividades escolares |
| | - Implicación de la familia en la dinámica escolar y seguimiento del alumno |
| | - Asistencia regular a las clases (bajo absentismo) |

| SOCIALES: CONTEXTO Y GRUPO DE IGUALES | |
|---|--|
| FACTORES DE RIESGO | FACTORES DE PROTECCIÓN |
| - Desorganización y desatención en la comunidad | - Ambientes exentos de drogas |
| - Influencia de la comunidad (barrio desfavorecido, ambientes marginales...) | - Bajos niveles de urbanicidad |
| - Alienación y falta de compromiso social | - Barrios con buen nivel social y cultural |
| - Adopción temprana de conductas problemáticas | - Estabilidad laboral escasa movilidad geográfica |
| - Roles asociados a cada individuo en el grupo (por ejemplo, el mantenimiento de roles dentro del grupo puede llevar a manifestar conductas antisociales para mantener el status en el grupo) | - Aceptación de las diferencias y culturas ajenas |
| - Exposición repetida a violencia en los medios de comunicación y juegos (habituaación e incluso apología de la violencia como manifestación artística) | - Grupo de iguales y/o amistades sin problemas conductuales |
| - Relaciones y apego inseguros | - Actitud de rechazo y de no tolerancia hacia las conductas problemáticas |
| - Pobre competencia social, como habilidades de solución de problemas negativos | - Apego al barrio y estabilidad en el domicilio (traslados de localidad poco frecuentes) |
| | - Ausencia de drogas en el entorno próximo |
| | - Aceptación social |

Fuente: extraído de los trabajos de: (Aguilar-Vafaie et al., 2011; Beinart, 2002; Cerezo, 2001; Fergusson, Vitaro, Wanner y Brendgen, 2007; E. Fonseca-Pedrero, Paino y Fraguas, 2013; Kelly et al., 2011; Kim, 2008; Portnoy, Chen y Raine, 2013; Price y Lento, 2001; Rae-Grant, Thomas, Offord y Boyle, 1989; Ter-Bogt et al., 2006; Walker, Bowen y Brown, 2013). Nota: los factores citados ya sean de riesgo o protección tienen su correspondiente antagónico al otro lado de la tabla, para simplificar la información se ha preferido omitir uno de los dos datos.

La idea subyacente que los anteriores autores proponen, es que los factores de riesgo o protección cabalgan entre lo contextual y las características biológicas propias de cada persona. Es decir, a la hora de explicar ciertos trastornos psicológicos o manifestaciones violentas como los comportamientos antisociales, hay que tener en cuenta la estrecha

interrelación entre el ambiente y los aspectos genéticos (Moffitt, 2005). Una investigación llevada a cabo por Eley, Lau, Hudson y Rapee (2005) demostró que aunque hubiera una predisposición genética hacia los problemas de conducta, un correcto entorno familiar moderaba los efectos del riesgo genético. Por el contrario una gestión inadecuada de las interrelaciones familiares como las manifestaciones emocionales explosivas, la agresividad o las prácticas de disciplina severas e inconsistentes, puede corroer la dinámica familiar y desembocar en una espiral encaminada a perpetuar y afianzar las conductas disruptivas de los menores. Investigadores de la conducta como Lemos-Giraldez afirman que el contexto es un factor modulador de los trastornos, para el anterior autor las observaciones clínicas refuerzan la hipótesis de que *“ambientes específicos mantienen, aumentan o disminuyen la psicopatología; pero una vez que se han expresado determinados comportamientos, diagnósticos o patrones de síntomas”* (Lemos-Giraldez, 2003, p. 23). A la luz de esta información es plausible que la evolución de los trastornos psicológicos específicos esté condicionada por procesos de reforzamiento o de oportunidad, por lo que la repetición de patrones concretos de conducta o de síntomas puede llevar a una futura consolidación de los mismos.

- **Corolario sobre los factores de los problemas de conducta específicos**

Una vez vistos los anteriores paradigmas, se sintetizan las etiologías de las alteraciones graves del comportamiento más usuales que fueron tratados en puntos anteriores (TDAH, TND, TD y RML). Se recuerda que el análisis de las causas de la aparición es complejo y varía en función de la naturaleza del problema, no obstante de forma sucinta se

bosqueja el origen atendiendo a los estudios vistos y a las corrientes teóricas que los fundamentan:

- **Causas del TDAH:** su etiología ha sido motivo de controversia, algunos estudios se decantan por anomalías en el funcionamiento de determinados neurotransmisores (Sell, 2003), también se relaciona en numerosos casos, con el componente hereditario genético (Ditmar, 2006; Henríquez, Zamorano, Rothhammer y Aboitiz, 2010) y en otras situaciones se comprobó que algunas personas con TDAH tenían un déficit del neurotransmisor dopamina (regulador motor y organizador del pensamiento), de igual forma se han registrado asimetrías en el desarrollo de los hemisferios cerebrales con áreas del cerebelo afectadas. No obstante el origen del TDAH debe buscarse en un modelo que contemple la interacción entre lo genético y lo ambiental, (Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Marco-Taberner y Roselló-Miranda, 2007). Por tanto, aunque la herencia es determinante para el desarrollo del trastorno, también lo son determinados factores contextuales y educativos como por ejemplo los estilos de disciplina o las expresiones afectivas. Los expertos afirman que aunque sea necesaria esa base genética, no necesariamente tiene por qué aparecer el trastorno, deben darse otros factores asociados como factores sociales, clínicos, familiares, etc. En determinadas situaciones pueden existir historias de maltrato o abandono durante la infancia, incluso en algunas circunstancias se producen intoxicaciones (por diversos contaminantes), infecciones (como la encefalitis) y exposición a fármacos durante el desarrollo intrauterino.
- **Causas del TD de la personalidad:** el perfil de adolescente con TD no debe confundirse con el de las personas inmersas en contextos sociales penosos (guerras o

ambientes altamente marginales), estas situaciones extremas, pueden explicar ciertas reacciones o conductas manifestadas como resultado de la supervivencia o presión psicológica. Sólo cuando los comportamientos sean sintomáticos de una disfunción o patología propia de la psique y estas reacciones se ajusten a las especificaciones de los manuales diagnósticos como el DSM-5 o el CIE-10 podremos hablar de Trastorno de Conducta Disocial. No obstante una explicación del origen del TD podría encontrarse en la exposición a patrones de crianza anómalos, el abandono y rechazo por parte de los padres, prácticas educativas incoherentes (laxitud y/o extrema dureza), abusos físicos o sexuales, personalidad infantil difícil, exagerada libertad y/o falta de supervisión, institucionalización durante los primeros años, exposición a la violencia en general y en particular en la familia, cambios frecuentes de cuidadores y pertenencia a un grupo de iguales marginales. Existe por tanto un componente ambiental muy importante, aunque también influye el factor genético. Es frecuente que el TD se manifieste en menores cuyos padres biológicos tienen dependencia al alcohol, esquizofrenias, TDAH o trastornos disociales. También se ha comprobado que el TD es más usual en zonas urbanas.

- **Causas del TND:** la etiología de TND es compleja y su desarrollo se basa en una multiplicidad de factores inherentes al menor que combinan, tanto factores biológicos, psicológicos como sociales. (Steiner y Remsing, 2007). Una investigación sobre las causas del trastorno identifica tres procesos erróneos en la formación de la psique del niño o adolescente: regulación de las dificultades emocionales, sesgos en el procesamiento de la información y prácticas de crianza específicas anómalas (Fraire y

Ollendick, 2013). Otra peculiaridad es la coincidencia de prácticas familiares educativas duras, incoherentes o negligentes o bien inmersión en ambientes con frecuentes cambios en la figura tuteladora (cuidadores, parientes, trabajadores sociales...). Aunque las causas no son conocidas con una certeza absoluta, se piensa que el origen del trastorno puede hallarse en la dificultad de los niños, durante su primera infancia de separarse de la figura de apego y así lograr el desarrollo autónomo. Esas conductas anómalas que el niño manifestaría no serían resueltas adecuadamente en esos primeros años. Otra causa plausible sería un aprendizaje incorrecto por el abuso de refuerzos negativos, esta circunstancia aumentaría la frecuencia e intensidad de los comportamientos negativos y de oposición por parte del niño que logra de esta manera captar la atención de las personas que ejercen la autoridad (padres o educadores).

- **Causas del RML:** la etiología del Retraso Mental (RM) puede ser tanto biológica como psicosocial o bien la combinación de ambas. La herencia, el embarazo, los problemas perinatales, las alteraciones tempranas en el desarrollo embrionario o las enfermedades médicas adquiridas durante la infancia o niñez son origen de las causas biológicas (Armatas, 2009). Por otro lado la fuente ambiental como causante del RML incluiría factores como la privación de crianza, la falta de estimulación social, lingüística o de cualquier otro orden, por citar alguno de los orígenes (Heras, 1993).

En la Tabla 1.7, se muestra de forma esquemática desde qué paradigmas se explican las causas que originan los trastornos de conducta, y también se exponen, a tenor de las últimas investigaciones, cuáles resultan más influyentes y esclarecedores.

Tabla 1.7.
Paradigmas desde los que se explican las causas de los trastornos graves del comportamiento.

| | TDAH | TD | TND | RML |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Paradigmas que pueden ser explicativos | Biologicista | Biologicista | Biologicista | |
| | Conductista | Conductista | Conductista | Biologicista |
| | Ecológico | Cognitivista | Cognitivista | Ecológico |
| | | Ecológico | Ecológico | Ecológico |
| Paradigmas explicativos, más influyentes | Biologicista | Biologicista | Biologicista | Biologicista |
| | | Conductista | Conductista | |
| | | Cognitivista | Cognitivista | |

Fuente: síntesis y conclusiones del autor a partir de las fuentes citadas en el apartado referido a los paradigmas explicativos de los trastornos graves del comportamiento. Abreviaturas: TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), TND (Trastorno Negativista Desafiante), TD (Trastorno Disocial) y RML (Retraso Mental Leve).

1.1.4 Prevalencia de las alteraciones graves del comportamiento

Es difícil estimar la población mundial afectada con este tipo de alteraciones por varios motivos. La primera dificultad se encuentra en la concreción del problema. Como ha quedado tratado en anteriores apartados, existe cierta heterogeneidad a la hora de definir qué se entiende por alteración de conducta, dado que los diferentes paradigmas tienen una forma de entender una misma realidad. Otra dificultad, según Hernández y Olmo (2004) se deriva de la complejidad cultural existente, y de la particular visión etnocéntrica que hace que no se comprendan o incluso se rechacen aquellas culturas y formas de comportamiento que son ajenas, no existe un patrón universal de comportamiento correcto y éste interacciona con el

contexto social, económico, político, religioso y cultural donde se manifiesta (Hernández-Sánchez y Olmo-Pintado, 2004).

Si tenemos en cuenta, como aseguran la mayoría de los expertos vistos anteriormente, que la salud mental y por extensión que los problemas de comportamiento están relacionados con factores biológicos, ambientales, sociales, económicos o con la combinación de todos ellos, debemos inferir que existe un porcentaje de población muy vulnerable a padecer estos trastornos. Este hecho se evidencia si tenemos en cuenta que el riesgo de adquirir enfermedades mentales se asocia a indicadores de pobreza, insuficiente educación, bajos ingresos y condiciones ambientales insalubres o desfavorecedoras (Londoño et al., 2010). El estado de vulnerabilidad de este sector de población se explica obviamente, por sus experiencias vitales: falta de seguridad, desesperanza, riesgo de violencia, problemas de salud, etc. No es de extrañar que en estos colectivos los problemas conductuales afloran con más frecuencia. Un informe de la OMS estimó que en 2005, uno de cada ocho menores sufría un trastorno mental, aumentando a uno de cada cinco cuando los niños se encontraban en situación de desventaja social. Siguiendo con éste mismo estudio, los datos indican que los trastornos mentales están presentes en el 10% de la población en algún momento de su vida y uno de cada cinco menores padecerá algún problema de desarrollo emocional o de conducta a lo largo de la adolescencia (Hosman, Jane-Llopis y Saxena, 2005).

Dado que los adolescentes constituyen el 21% sobre el total de la población mundial (OMS, 2001), y que en este colectivo es donde más se manifiestan los problemas de conducta, se considera por tanto como un sector de riesgo que reclama con urgencia acciones sociales y económicas. Un estudio realizado en el año 2004 en el hospital infantil Miguel

Servet de Zaragoza sobre las patologías más frecuentes entre adolescentes de entre 13 y 16 años concluyó que las patologías más prevalentes en los varones eran el TDAH 53,5%; asociado a trastorno de conducta 52,6%, y fracaso escolar 29,8%. Entre las mujeres los datos fueron: trastorno de conducta (incluida la conducta alimentaria) 24,8%, cuadros confusionales y síncope 17,8%, crisis de ansiedad y fracaso escolar 15,5% (Pascual, Romero, Grau y Magaña, 2007). Estos resultados corroboran otros estudios previos como los de Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000) que confirman la hegemonía del trastorno de conducta como problema psicológico más frecuente en los menores además de diferencias significativas entre género a nivel cuantitativo.

En las jornadas sobre Educación Familiar de la Universidad de Navarra celebradas en 2003, se evidenció la aceleración de los trastornos del comportamiento en los adolescentes. Polaino (2003) concretó la prevalencia de estos problemas asegurando que entre el 20% y el 30% de los niños escolarizados necesita una especial atención psiquiátrica y psicológica para tratar sus problemas de comportamiento. Estas cifras que coinciden con otros estudios epidemiológicos (Belfer, 2008; Kieling et al., 2011; Sabrià-Pau, 2004) demuestran que existe un problema social serio en el contexto juvenil, adolescente o en la ESO y que los problemas en numerosos casos no siempre son canalizados de una forma adecuada por falta de recursos. Algunos datos sobre la prevalencia de los trastornos de conducta, indican que en los últimos años ha habido un aumento global de entre un 4% y un 7% (Javaloyes y Redondo-Romero, 2005)

Otra investigación, llevada de igual forma en un centro médico de atención primaria, confirmó la reiteración de los trastornos y también su relación con la edad de aparición. Los

588 menores estudiados, fueron clasificados por tramos de edad. Las conclusiones fueron que: a) de 0 a 5 años los trastornos más habituales son los de conducta, comunicación, control de impulsos y desarrollo; b) entre 6 y 11 años los trastornos de conducta seguidos por el TDAH; c) entre 12 y 15 años los trastornos de conducta y ansiedad; y d) de 16 a 18 años los trastornos de conducta. Se puede apreciar como de forma invariable, los trastornos de conducta se detectan en todos los intervalos de edad. También se percibió la mayor incidencia de trastornos en chicos, siendo éstos de tipo externalizante, frente a las chicas de naturaleza internalizante, para todos los grupos de edad (Navarro-Pardo, Meléndez y Sales, 2012).

Aunque no se puede valorar si todos los jóvenes que delinquen o manifiestan conductas antisociales están afectados con algún tipo de trastorno del comportamiento, se constata desde diversos ámbitos, como el educativo o el judicial, la existencia de una estrecha relación entre ambos factores, además se percibe un aumento significativo de casos, sobre todo en diversas Comunidades Autónomas entre las que destaca Andalucía por ser ésta gran receptora de colectivos de inmigración juvenil (Chamizo, 2007). Las manifestaciones delictivas típicas, de los menores disociales, las constituyen actos de violencia hacia familiares, agresiones hacia otras personas, mobiliario urbano, actos vandálicos, etc. Por todo lo anterior, si consideramos que existe una correlación entre los casos de menores con problemas de conducta y las conductas delictivas y además que, ciertas personalidades pueden ser predictoras de futuras conductas antisociales (siempre que se den las circunstancias y ambientes desencadenantes), podemos afirmar que gran número de

individuos delincuentes con tendencias psicopáticas, han mostrado problemas de conducta a edades tempranas (Frick et al., 2003; Hinshaw, 1994; Lynam, 1996).

Una de las conclusiones del estudio llevado a cabo por el Equipo dirigido por Carli (2014) en una muestra de 12.395 adolescentes de 11 países europeos, fue que la prevalencia de los comportamientos de riesgo aumenta con la edad siendo más frecuentes éstas en varones. Además, según datos del INE (2012b), se constata una tendencia general hacia el aumento de los problemas de conducta, asociados a la delincuencia juvenil en España desde el año 2007 (ver Figura 1.3).

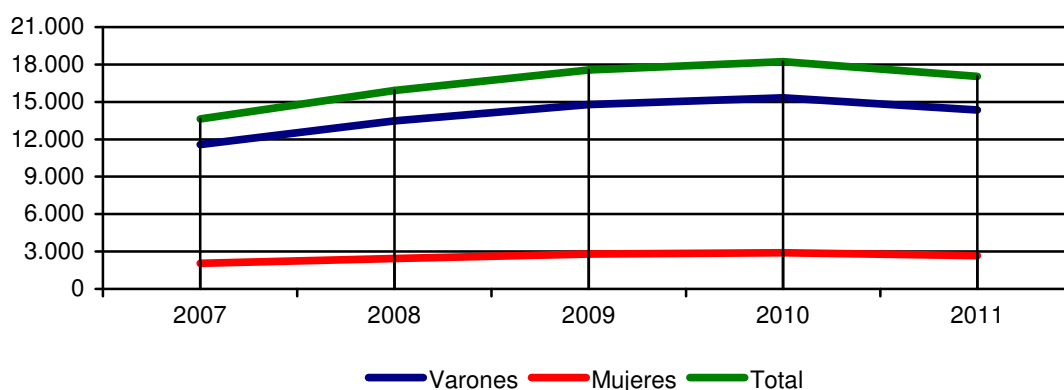


Figura 1.3. Número total de infracciones penales cometidas por menores en España (2007-2011). Fuente: datos estadísticos sobre la evolución del número de la infracciones cometidas por los menores, durante el periodo 2007-2011 (INE, 2012b).

No sólo podemos comprobar cómo se incrementan las conductas generadoras de problemas legales sino que además podemos apreciar la diferencia entre las infracciones cometidas por sexo, los varones un 85,1% mientras que las mujeres cometen un 14,9%. También es importante señalar que el número de infracciones cometidas aumenta con la edad. Los menores de 17 años (32,5%) cometieron más del doble que los de 14 años (15%).

Citando los datos del INE: “*En los años recientes se ha incrementado el número de menores condenados (entre 14 y 17 años) y las infracciones cometidas en esas edades. Dos tercios son delitos y los más frecuentes robos*” (INE, 2011, p. 1).

Concretando la cuestión de la prevalencia para los cuatro trastornos (TDAH, TND, TD y RML), reseñados en anteriores apartados y que afectan de manera excepcional a la esfera del comportamiento, y más en concreto a las conductas disruptivas, los datos para cada uno de ellos se detallan a continuación:

- TDAH: su prevalencia según el DSM-IV oscilaba en una orquilla del 3% al 7% concretándose en el DSM-5, en el 5% respecto de la población infantil y del 2,5% en adultos (APA, 2013), sin embargo otros estudios sitúan los valores entre un 4% y un 12% de la población (Brown et al., 2001). El TDAH es una alteración del neurodesarrollo relativamente frecuente en la edad infantil, siendo nutrido el número de estudios que coinciden con las estimaciones de la APA en cuanto al número de personas que padecen este trastorno. También es pertinente constatar que el TDAH es más frecuente en varones, en ocasiones llegan a las consultas de los especialistas 10 chicos por cada chica (Moraga, 2008), sin embargo otros estudios estiman la incidencia en hombres en una proporción de 4:1 (Blázquez et al., 2005). No obstante de lo que no queda duda, es del mayor número de episodios en la población masculina.
- TND: la prevalencia del TND se sitúa, según el DSM-5, entre el 1% y el 11% respecto de la población de entre 6 a 12 años (APA, 2013), esta variación se debe

principalmente al tipo de evaluación y a la naturaleza de la muestra. El DSM-5 también establece una prevalencia mayor para el género masculino de 1,4:1 para edades anteriores a la adolescencia, aunque estos datos tienden a igualarse con la edad (APA, 2013). Un estudio realizado por (Emberley y Pelegrina, 2011) sobre la incidencia del TND entre alumnos de 12 a 16 años estimó una prevalencia del 3,8% siendo la relación entre niños y niñas de 4:1 confirmando los datos de la APA. De forma tácita (aunque puede haber alguna variación en las cifras), la mayoría de las publicaciones utilizan porcentajes cercanos al 4 ó 5% para hombres y del 2 ó 3% para mujeres. No obstante como es usual que el TND se presente de forma comórbida con el TD existen investigaciones como las llevadas a cabo por Koch y Gross que sitúan la tasa de prevalencia entre el 2% y el 16% para la combinación de ambos trastornos (2002).

- TD: es un problema que se presenta con frecuencia a los profesionales de la salud y constituye un trastorno, dentro del abanico psicopatológico, diagnosticado habitualmente en el ámbito clínico tanto en niños como en adolescentes (Baker, 2006). La prevalencia del TD se sitúa, según el DSM-5 entorno a valores entre el 2% y el 10% de la población escolar. También se estima que la frecuencia del TD entre géneros es aproximadamente cuatro veces mayor en el hombre que en la mujer, esta diferencia no es representativa en la infancia, aunque se va acentuando durante la adolescencia (APA, 2013).
- RML: es más frecuente en varones que en mujeres, siendo la proporción de 1,5:1. La estimación de la tasa de prevalencia es de aproximadamente del 1% de la

población, no obstante los resultados pueden variar según las definiciones de RM, los métodos utilizados en la evaluación y la población objeto de estudio (APA, 2002). Por ejemplo unos estudios llevados a cabo por González-Alvarado y colaboradores elevaron la prevalencia a valores entre el 1% y el 3% de la población (2008). En el mismo sentido pero cambiando de temática, otro estudio realizado con adolescentes infractores institucionalizados que presentaban TD, reveló que el 72,7% de los mismos presentaban un funcionamiento intelectual deficiente (Martínez-Gómez, Puerta y Pineda, 2002).

Para clarificar mejor la información, los datos anteriormente vistos relativos a los porcentajes de los trastornos respecto de la población general en edad de escolarización obligatoria, se sintetizan en la Tabla 1.8, también se hace referencia en la misma, a las diferencias entre sexos.

Tabla 1.8.
Prevalencia del TDAH, TND, TD y RML en la población menor de edad

| | POBLACIÓN GENERAL | SEGÚN SEXO |
|------|--|--|
| TDAH | Del 3% al 7% de la población en edad escolar | Más frecuente en varones en una proporción de 4:1 |
| TND | Del 2% al 16% de los menores en edad escolar | Más frecuente en varones en una proporción de 4:1 |
| TD | En torno al 10% de los niños en edad escolar | Más frecuente en varones. No existe acuerdo unánime en la proporción situándola en valores entre 2:1 y 4:1 |
| RML | Entorno al 1% de la población escolar * | Más frecuente en varones en una proporción de 1,5:1 |

Fuente : (APA, 2013) y (APA, 2002)*.

1.1.5 Costes económicos, legales y/o sociales

La mayoría de los expertos afirman que las alteraciones graves de conducta en el colectivo juvenil representan un serio problema para nuestra sociedad, este hecho está alcanzado un protagonismo relevante en nuestros días y está agudizándose como consecuencia de la crisis económica que estamos padeciendo: “*Menor crecimiento económico y mayor desempleo se traducen en mayores niveles de delitos...*” (Borraz, 2007, p. 43). Son cada vez más frecuentes las noticias relacionadas con actos vandálicos, agresiones, delitos, incluso asesinatos cometidos por adolescentes en centros educativos o en otros contextos. Estos hechos generan gran inquietud social, las autoridades educativas y sociales son conscientes de que se está gestando un preocupante problema a medio y largo plazo, y ante él no hay una respuesta totalmente adecuada en forma de programas, especializaciones o profesionales apropiados para hacer frente a esas dificultades (Lecannelier, Hoffmann, Fernanda y Lorena, 2008). Los trastornos de conducta en sus formas leves se corrigen de forma natural pero cuando son de inicio temprano, persistentes y severos ocasionan un alto coste no sólo para el individuo, sino para su familia y la sociedad (Harrington y Maskey, 2008). La relación entre la existencia temprana de indicadores relacionados con los trastornos de la conducta y futuras conductas delictivas o antisociales, fue demostrada por multitud de investigaciones como las llevadas a cabo por Farrington (2003) y Loeber, Green y Lahey (2003), esta predictibilidad también fue confirmada por McCord y Ensminger (1995) que comprobó como la mitad de los niños considerados por sus profesores como agresivos a la edad de 6 años, fueron arrestados antes de haber cumplido los 33 años por haber cometido crímenes violentos.

En la actualidad la mayoría de los expertos no creen que las peculiaridades personales tengan que predisponer forzosamente hacia la delincuencia, pero lo que sí ha quedado confirmado a la luz de las estadísticas penales, es que de forma reiterada los delincuentes, sobre todo los violentos, manifiestan unas características comunes en cuanto a disfunciones hormonales y neurológicas, así como problemas de conducta relacionados con la hiperactividad, impulsividad, habilidades sociales, adicciones, y otros problemas psicológicos (Howell, 2003; Quinsey, Skilling, Lalumière y Craig, 2004). A la vista de las anteriores conclusiones, huelga comentario sobre la imposibilidad de erradicar la delincuencia a partir del análisis de la personalidad. Las infinitas imbricaciones entre factores personales y ambientales impiden librarse del fatal resultado con facilidad.

Las cifras macroeconómicas que generan los problemas de conducta, dejan entrever la magnitud del problema tanto en lo referente al gasto en servicios y costos económicos del impedimento, como del potencial perdido para la propia persona y para la sociedad (Belfer, 2008). Del total de enfermedades que cursan en el mundo aproximadamente un 12% lo constituyen los trastornos mentales y se espera, que en el 2020 esta cifra aumente a un 15%. Durante el 2003 el gasto en sanidad en EE.UU. se estimó en 148 billones de dólares (lo que equivale al 2,5% de su producto interior bruto). Otro aspecto que hay que tener en cuenta son los costes indirectos que producen éste tipo de enfermedades. La OMS (2003) afirma que en los países desarrollados los costes indirectos son de dos a seis veces superiores a los directos. En la mayoría de los estados, tengan la red social que tengan, los gastos recaen en un alto porcentaje en las familias, eso sin contar una serie de inconvenientes como: la carga emocional de cuidar a miembros con graves trastornos psicológicos, la pérdida de

oportunidades futuras para la mejora personal, la disminución de la calidad de vida, la estigmatización y la merma de atención a otros miembros del grupo. Estas dificultades se agravan en función de la vulnerabilidad del grupo en cuanto a sus recursos económicos, personales, etc. (OMS, 2003).

Otro estudio realizado por la OMS sobre los gastos sociales y económicos producidos por los trastornos de conducta y comportamiento denuncia su desmesurado coste. Estos gastos incluyen tratamientos, compensaciones al sistema judicial y penal, servicios sociales, inversión escolar extra y costes emocionales y económicos para las víctimas y las familias. Los economistas han calculado que, los gastos anuales promedio de un niño diagnosticado de trastorno grave del comportamiento, ascienden a 19.115 €⁶ (OMS, 2004). Algunos estudios clínicos sobre la prevalencia de los trastornos del comportamiento sitúan las cifras entre el 4% y el 18%, aunque la mayoría de los estudios limitan este rango entre el 5% y 8% (Rodríguez-Hernández, 2008). Con el objeto de calcular el coste total de los alumnos con problemas de conducta, si utilizamos la mejor de las anteriores previsiones (el 5%), y trasladamos este porcentaje a la realidad asturiana para el colectivo de entre 6 y 12 años, el resultado podría aproximarse al expuesto en la Figura 1.4.

⁶ La cantidad, que aparece en el documento de la OMS. referenciado en el mismo párrafo, contabiliza originalmente la cifra en 25.806 dólares americanos, el cambio a euros se ha realizado según la cotización del Banco Central Europeo en el mismo año del estudio (2004), a 1,35 dólares por euro.

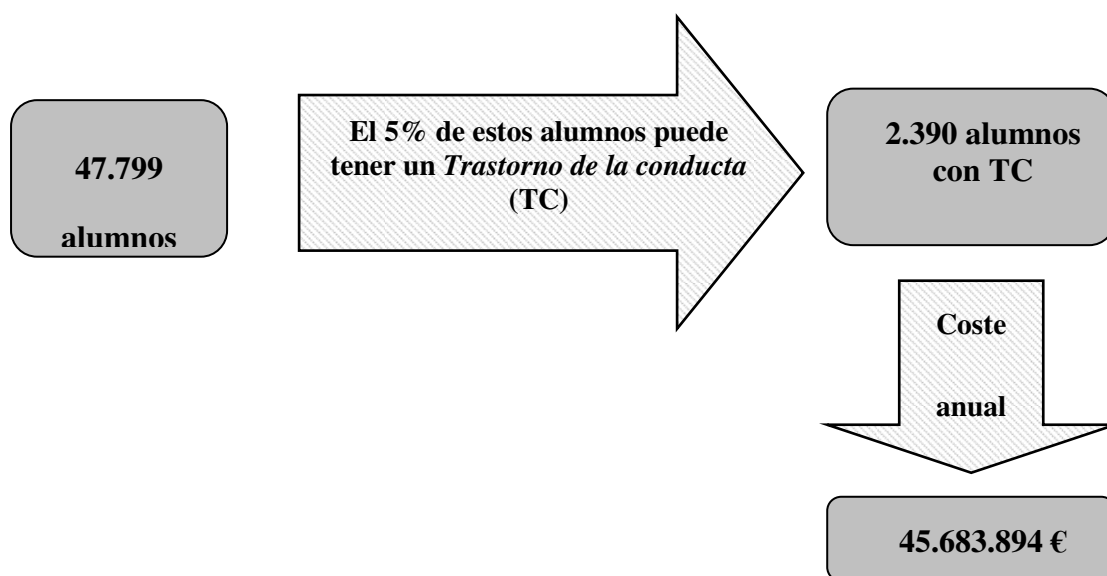


Figura 1.4. Estimación del coste anual de los menores de entre 6 y 12 años afectados con alteraciones de la conducta en el Principado de Asturias. Fuente: (MECD, 2012; OMS, 2004; Rodríguez-Hernández, 2008).

Como se ha mencionado anteriormente, los costes recaen tanto en las diferentes administraciones estatales como en la propia familia, es difícil precisar qué porcentaje corresponde a cada grupo implicado, sobre todo en lo concerniente al gasto familiar, la multiplicidad de variables implicadas dificulta cualquier investigación al respecto. No obstante desde el punto de vista educativo, si se tiene en cuenta que el gasto medio por alumno de Educación Secundaria Obligatoria en 2008 fue de 7.054 € o lo que es lo mismo un 29,5% del PIB por habitante (MECD, 2011), y a tenor de los datos vistos, el coste de un alumno con graves problemas de conducta rondaría fácilmente los 20.000 €, confirmando las estimaciones realizadas a lo largo del presente apartado.

Siguiendo con la misma tipología de datos, el 20% de aquellos alumnos que abandonan la escuela sin graduar se produce a la edad de 14 años, siendo la moda los 15 años (44%), la tasa de menores que no consiguen obtener el título de la ESO y no retoman en los cuatro años consecutivos algún tipo de formación es del 44% (García-Gracia, Casal, Merino y Sánchez-Gelabert, 2013).

Diversas investigaciones han demostrado que los trastornos de conducta no sólo causan coste al menor y al entorno próximo con el que interactúa (familia, profesores y víctimas de sus transgresiones), sino también a todo el conjunto de la sociedad en general, a través de una extraordinaria cuantía de fondos públicos (Grove, Evans, Pastor y Mack, 2008). Un estudio llevado a cabo en Australia con niños con problemas de conducta, confirmó que las cargas económicas fueron tres veces superiores a las de un niño sin problemas de comportamiento (Delfabbro y Barber, 2004). Como se puede comprobar en otros estudios, el incremento del coste de atención de un menor con problemas de conducta triplica el coste de un alumno sin trastorno, la cuantía del gasto suele ser coincidente con los datos de numerosas publicaciones, incluso en ocasiones éstas se quedan cortas. Por ejemplo una investigación realizada en EE.UU. con un colectivo de menores con TDAH, estimó que el gasto medio anual por alumno se aproximaba a triplicar la cuantía de un alumno sin trastorno (Swensen et al., 2003).

No hay que olvidar que los costes indirectos resultan a largo plazo más importantes que los directos, algunos de estos problemas asociados a los trastornos de comportamiento son: el impacto negativo de la mortalidad prematura, los embarazos no deseados, la pérdida de empleo, la reducción de la productividad (Hosman, Jane-Llopis y Saxena, 2005), o bien

los derivados del consumo de drogas tanto legales como ilegales, con todo lo que conlleva (comportamientos incívicos, agresividad, abusos sexuales, problemas familiares, absentismo escolar, falta de rendimiento académico, etc.) (Bernal y González-Tascón, 2009). Tampoco se puede olvidar que muchos adolescentes con trastornos de la conducta tienen problemas con las drogas, en concreto el 60% de los afectados con Trastorno Disocial abusan o tienen dependencia del alcohol o de otras drogas no legales (Kaminer, 1999). Un estudio llevado a cabo en Dinamarca con padres de niños con TDAH concluyó que 10 años después de su nacimiento, los padres tenían un 75% de probabilidades de haber disuelto su relación conyugal, unas expectativas laborales peores, un nivel socioeconómico más bajo y una peor salud mental (Kvist, Nielsen y Simonsen, 2013). Por otra parte (Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Meliá y Roselló-Miranda, 2008) analizó los altos niveles de tensión y de sentimiento de incompetencia que padecían los padres con niños afectados con TDAH. Otro estudio parecido fue llevado por (Presentación-Herrero et al., 2006) sobre el impacto familiar que implica educar a un hijo con TDAH, los resultados mostraron la percepción negativa de los padres en cuanto a las relaciones con sus hijos y la dificultad de establecer una convivencia armoniosa. Como evidencian los datos, este tipo de menores genera un enorme malestar en todas las esferas sociofamiliares, no obstante uno de los ámbitos más directamente afectado desde el punto de vista económico y organizativo, es el de los profesionales de las instituciones que los atienden (colegios, institutos o centros de acogida), su conducta obliga a los responsables a desviar mucho esfuerzo para subsanar los problemas que generan. Con reiteración se plantean intervenciones adaptadas a esas necesidades con el consiguiente consumo de recursos y de oportunidades educativas perdidas para el resto de compañeros.

Son numerosos los equipos educativos que tienen como eje de sus propuestas, el control y la disciplina (Solé-Blanch, 2005).

La estrecha relación entre los problemas de conducta y la delincuencia, ha quedado probada en incontables investigaciones, una de ellas realizada entre menores que habían cometido delitos o infracciones violentas, reveló que el 80% de los mismos padecía un trastorno disocial de la personalidad (Steiner y Stone, 1999). Además, las conductas agresivas y la delincuencia son frecuentes en menores de 12 a 17 años y éstas tienden a acentuarse a medida que el adolescente va cumpliendo años (Antolín-Suárez, 2011). Otros estudios coinciden con la anterior afirmación; después de haber utilizado la prueba *Youth Self-Report* (YSR) con 2.822 adolescentes españoles de 11 a 18 años y comparado los resultados con los de otros países, se observó una tendencia significativa al aumento de los problemas de conducta con la edad (Lemos-Giráldez, Vallejo-Seco y Sandoval-Mena, 2006). En la misma línea de investigación, otro estudio prospectivo de menores con TDAH concluyó que el riesgo de convertirse en un delincuente adulto está asociado con los problemas de conducta en la infancia o conductas antisociales graves en la adolescencia (Satterfield y Schell, 1997). Los rasgos de insensibilidad y las características conductuales propias de los TD o TND pueden ser un criterio diagnóstico para ayudar a definir con mayor precisión a los menores en riesgo de delincuencia grave y persistente (Pardini y Fite, 2010). Los estudios genéticos y neurocognitivos sugieren que los niños con rasgos de insensibilidad no emocionales son genéticamente más vulnerables a la conducta antisocial (Viding y Larsson, 2007) y en definitiva a la delincuencia.

Los países con cierto nivel de bienestar social cuentan con una red de protección que asegura en menor o mayor medida ciertos privilegios a los ciudadanos, en estos contextos y en ciertas ocasiones, los culpables por alguna falta o delito, que presumiblemente tengan algún atisbo de rehabilitación, se les ofrecen alternativas a las medidas punitivas impuestas (cárcel en la mayoría de los casos). Estas opciones se relacionan con terapias rehabilitadoras (Moore, Zusman y Root, 1984). Suponiendo que estas medidas obtengan los resultados deseables, resultarían a largo plazo rentables. No obstante y por desgracia escasean iniciativas de este tipo, siendo además posible que no se ajusten a la totalidad de los perfiles de delincuente, con lo que a la postre en estos supuestos, el coste social se incrementaría.

La legislación española en lo que respecta a la imposición de sanciones por comisión de faltas o delitos, es fundamentalmente rehabilitadora, esta filosofía es compartida por la mayor parte de la opinión pública que aunque en ocasiones puntuales demanda mayor rigor punitivo, por lo general es flexible e incluso contradictoria (fluctúa fácilmente entre la beligerancia y la benevolencia) (Fernández-Molina y Tarancón, 2010). Más difícil de valorar son los daños causados por aquellos menores con trastornos mentales que cuestionan hasta que punto sus conductas son fruto de la falta de diligencia personal o bien de la negligencia de los responsables de su guarda o supervisión (Farnós, Fernández-Crende y Seuba, 2004). Atendiendo a este creciente aumento de faltas o delitos, los esfuerzos se dirigen hacia la reducción de las circunstancias que influyen en los incrementos de la violencia juvenil. Pese a que los poderes públicos establecen medidas para atajar el problema, los especialistas reclaman al unísono una optimización de las intervenciones, y una coordinación más eficaz entre los diferentes estamentos implicados.

Los menores con alteraciones graves de la conducta se sumergen en una espiral de violencia que comienza por la acumulación de amonestaciones y expulsiones de sus centros hasta la comisión de hechos delictivos como robos, faltas y agresiones. Las organizaciones intergubernamentales sugieren que para la reducción de estos costes sociales, resulta imprescindible que las autoridades presten mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental materializando sus propuestas en políticas eficaces, cambios en la legislación, optimización en la toma de decisiones y una eficiente asignación de recursos (OMS, 2004).

Con frecuencia, se aplican medidas e intervenciones cuando los daños ya se han producido o cuando la situación es difícil de enmendar. Los diagnósticos se basan, en la mayoría de las ocasiones, en la entrevista clínica y en la recogida de información de los profesionales educativos. Por ello las intervenciones tienen una efectividad muy limitada ya que se realiza una prevención terciaria, a pesar de que lo verdaderamente efectivo, sea la prevención primaria (Javaloyes y Redondo-Romero, 2005).

Los datos ponen de manifiesto que el fenómeno está despertando un amplio debate económico, político, educativo y jurídico, bien por la búsqueda de nuevas soluciones socio-educativas o bien por la adopción de medidas penales que afectan a los menores. Los niños con problemas emocionales y/o de conducta son más propensos a necesitar en el futuro una educación especial y a utilizar los diversos mecanismos de ayuda estatal, ya sea social o sanitaria (servicios sociales locales o de salud mental), (Pastor, Reuben y Duran, 2012). Esta dificultad de controlar y educar la conducta, hace que muchas familias acudan como último recurso a las Instituciones del Estado, como los Servicios Sociales, el Sistema Educativo o incluso a figuras como el Defensor del Pueblo.

1.1.6 Modelos de intervención para los problemas de comportamiento

De forma general e intuitiva, cuando alguien no especializado se aventura a intervenir en la modificación de un comportamiento indisciplinado, parte del supuesto de que el menor con mala conducta se ajusta al siguiente estereotipo: es tozudo, manipulador, coercitivo, maleducado, desafiante y quiere llamar la atención. Según este presupuesto el planteamiento educativo va dirigido a mostrarle quién manda y cuál es la conducta correcta. Evidentemente los resultados no son los esperables porque el problema no es el desconocimiento de quien manda ni cuál es el buen o mal comportamiento (Rigau-Ratera, García-Nonell y Artigas-Pallarés, 2006).

Afortunadamente, los técnicos o expertos no suelen emplear esos métodos populares para tratar a los menores con trastornos de conducta, en vez de ello utilizan una amplia diversidad de modelos de intervención. En este apartado se incluyen algunos de los más interesantes bien por su eficacia, profusión u originalidad. No obstante las terapias más eficaces, según un estudio clásico publicado por Garret (1985) una vez analizados 111 programas de intervención y más de 13.000 menores, fueron los tratamientos de tipo conductual siendo las técnicas más utilizadas las del aprendizaje por contingencias, las técnicas grupales y las técnicas cognitivo-conductuales considerándose otras casi anecdóticas como la musicoterapia, las técnicas psicodinámicas, u otras.

Generalmente las intervenciones predominantes para tratar a los menores con graves alteraciones del comportamiento utilizan las técnicas denominadas del tipo cognitivo y conductual, complementándose algunas veces con algún tipo de tratamiento farmacológico.

Las primeras suelen ser efectuadas por terapeutas o profesiones de la salud mental y las segundas por educadores especializados o incluso en algunos casos por familiares con el adecuado entrenamiento (Rodríguez-Hernández, Santamaría y Figueroa, 2010). Siguiendo con la anterior idea, una solución ampliamente aceptada es la de combinar ambas, denominándose a las mismas como terapia cognitivo-conductual.

Para tener una perspectiva de los tratamientos actuales hay que tener en cuenta las diferentes aportaciones de cada modelo teórico. A continuación se hace una revisión de los modelos de intervención que más impacto han tenido en los últimos tiempos. Hoy en día estas propuestas teóricas inspiran a las metodologías terapéuticas más utilizadas en los ámbitos educativo y clínico. Se debe puntualizar que la mayoría de los autores asumen la pertinencia, en algunos casos, de complementar las diferentes terapias sean de la naturaleza que sean, con tratamientos farmacológicos, adaptándose en cada caso al tipo de trastorno en cuestión.

No obstante para realizar una intervención adecuada siempre hay que partir de una valoración de la conducta, identificando si ésta se enmarca dentro de alguna categoría patológica o simplemente es fruto de los procesos madurativos normales, para ello habrá que tomar conciencia de tres parámetros básicos que indicarán la existencia o no del problema: la persistencia, la frecuencia y la intensidad de la conducta (Rigau-Ratera, García-Nonell y Artigas-Pallarés, 2006).

A continuación se exponen los siguientes modelos de intervención:

- Biologicistas.

- Conductistas.
- Cognitivo-conductuales.
- Humanistas.
- Multisistémicos.
- Eclécticos.
- Preventivos.

▪ **Modelo biologicista**

El modelo biologicista postula, respecto a los problemas de comportamiento, que la conducta tiene unas bases fisiológicas, neurológicas y químicas. La forma más radical de entender el modelo biológico, defiende el conocido como determinismo biológico, (Álvarez-Peláez, 1997). Aunque no se pretende entrar en disquisiciones epistemológicas tan extremas, es innegable que las técnicas médicas modernas están ayudando tanto en el tratamiento de las patologías como en su diagnóstico, por ello son muchos los especialistas que aunque no se decanten por el modelo biológico sí se apoyan en algún aspecto clínico para complementar la eficacia de su intervención.

El modelo biologicista constituye una herramienta que en muchos casos, es insustituible. Atendiendo a los trastornos más habituales que nos ocupan, y a los que vamos

haciendo referencia a lo largo de este trabajo (TDAH, TD, TND y RML) este modelo puede realizar las siguientes aportaciones:

- Utilización de alta tecnología para el diagnóstico clínico (test, escáner, electroencefalogramas...) y su posterior clasificación, en cualquiera de las categorías diagnósticas DSM-5, CIE-10, etc.
- Uso de fármacos para evitar, mitigar o erradicar patologías concretas.
- Investigación de las causas, evolución y características de la enfermedad para aplicar la prevención o el tratamiento.

Los modelos biológicos tienen como figura paradigmática por excelencia al médico. Pero el médico en ocasiones llevado por un estilo monopolista o autónomo y también por el poder de ser un experto de la evaluación, puede llegar a eclipsar la labor del resto de profesiones de otros ámbitos (Villa-Moral, 2008). Los colectivos ajenos al entorno clínico, con competencias educativas sobre el menor, atribuyen con frecuencia a los facultativos de la medicina, una serie de características que se pueden resumir en:

- El médico es un profesional super-especializado cuya atención es fragmentada (diversas disciplinas muy estancas entre sí).
- Sus prácticas clínicas son eminentemente curativas (menor importancia de los aspectos humanos de los problemas).
- Se centra en la enfermedad del paciente y no en el ambiente que rodea al menor.

Algunos inconvenientes de los modelos biologicistas, descritos por detractores del ámbito exclusivamente clínico, manifiestan que aunque exista una sólida evidencia de que los factores genéticos y bioquímicos están presentes en los trastornos del comportamiento, la biología por sí sola no puede explicar la aparición y desarrollo de muchas patologías psiquiátricas, su validez para explicar los trastornos mentales como simples desequilibrios bioquímicos está en entredicho, además la influencia de la industria farmacéutica sobre la categorización de lo que puede o no, considerarse enfermedad mental es cuanto menos, para algunos autores, inquietante. (De-Vicente, Berdullas y Castilla, 2012). Siguiendo con estos postulados, numerosos profesionales de la salud se ven forzados a un sistema que tiene como objetivo excitar o inhibir comportamientos a través de los tratamientos farmacológicos sin llegar a las causas de esos trastornos (Pérez-Álvarez, 2003).

Según Stagnaro (2007) el abordaje de las enfermedades mentales se apoya en la actualidad en tres supuestos básicos que son:

- Suponer que todos los trastornos o síndromes mentales son identificables y categorizables teóricamente a través de algún tipo de descripción sistematizada (como por ejemplo el DSM o el CIE).
- Tratar, una vez categorizado ese trastorno, de establecer una progresiva correlación biunívoca entre el síndrome en cuestión y su fisiopatología cerebral.
- Establecer una correlación entre la anterior fisiopatología y su tratamiento farmacológico, combinándolo con una psicoterapia basada en las teorías del aprendizaje (en este sentido las corrientes cognitivo-comportamentales han

gozado de mayor simpatía frente al psicoanálisis; ya que éste no logra el nivel de verificación experimental que el primero).

▪ **Modelo conductista**

En la práctica educativa las técnicas conductistas, aunque sean tildadas de reduccionistas por su aparente simplicidad, explican y modifican muchas manifestaciones del comportamiento (la conducta humana es explicada por el vínculo asociativo entre estímulos y respuestas), esta razón aclara por qué este modelo está tan presente en tantas intervenciones educativas.

Algunas de las técnicas clásicas conductistas en las que se basa la psicoterapia conductual o también llamada la terapia de conducta son utilizadas con el objetivo de provocar un cambio o modificación de la conducta en las personas con problemas de comportamiento, estos métodos terapéuticos se basan en principios y leyes del aprendizaje como el condicionamiento clásico, el operante o instrumental y el aprendizaje observacional o vicario. Son habituales: el reforzamiento positivo, el reforzamiento encubierto, la desensibilización sistemática, el moldeamiento, el tiempo fuera, la sobrecorrección, el reforzamiento diferencial de otras conductas, el coste de respuesta o economía de fichas, el castigo físico o verbal y la extinción.

Según Rigau-Ratera, García-Nonell, y Artigas-Pallarés (2006) el modelo conductista parte de la idea de que la conducta incorrecta es la consecuencia de una inadecuada práctica parental, el menor ha aprendido que determinadas conductas (como la postura opositora)

son eficaces para manipular a sus padres o a los adultos con el objetivo de que se rindan a sus deseos. Por este motivo la intervención conductista se dirige tanto al contexto familiar como al escolar y también al propio protagonista.

Barkley, ya hace varias décadas, basándose en métodos de base conductista diseño un modelo de intervención que cosechó muy buenos resultados. En él no sólo se utilizaban premios (ya sea en forma de economía de puntos, alabanzas, objetos materiales, etc.) y castigos (no obtención de premios, retirada de privilegios, tiempo fuera, etc.) sino que planteaba un programa con una metodología más amplia para lograr la modelación de la conducta. El fin último de Barkley era la mejora del comportamiento del niño, las relaciones sociales y la adaptación general en casa, para ello partía de unas premisas básicas que desarrollaba con detalle en la propia intervención, esos principios marco eran los siguientes (Barkley, 2013):

- Para extinguir una conducta no deseada se debe sustituir por otra, es decir no se debe prohibir sin más sino hay que dar, al menos, una alternativa correcta.
- Debe reforzarse la conducta deseada al mismo tiempo que es castigada la incorrecta (hay muchas formas de castigar la respuesta no deseada, ignorar es también una forma de castigo).
- El refuerzo debe de ser adecuado a la edad del niño, comenzando por los premios de naturaleza material para llegar a los premios de tipo social como puede ser el reconocimiento verbal.

- El refuerzo o el castigo tiene que ser lo más inmediato posible, si ello no fuera posible (por ejemplo en el caso de los premios de fin de semana), se puede recordar una vez conseguido.

La metodología utilizada para modificar la conducta de los menores se sirve, como pieza clave, de la colaboración familiar, además se apoya en los siguientes procedimientos:

- La elaboración de una lista de conductas a mejorar.
- El diseño de un menú de premios y castigos.
- La realización de un sistema de fichas.

El programa de Barkley pretende que el menor adquiriera un conjunto de conductas positivas para lograr el éxito tanto académico como en sus relaciones sociales (reducción de la terquedad, negativismo, oposicionismo y aumento de las conductas colaborativas). La idea de Barkley es que las conductas deseadas tienden a incrementarse si éstas eran reforzadas positivamente y a la inversa tienden a extinguirse si son ignoradas o castigadas. Este método no sólo se limita a la intervención con el menor sino que se extiende también a su entorno próximo, más en concreto con las familias. Para ello se utilizan unas pautas muy sistemáticas y estructuradas, el método se aplica para los trastornos de la conducta pero sobre todo para el tratamiento del TND, En España el método de Barkley fue adaptado por Orjales y colaboradores en menores de entre 6 a 12 años, utilizando técnicas como las siguientes:

- Entrenamiento autoinstruccional.
- Entrenamiento autoinstruccional.
- Autorregistro.
- Autoevaluación de la situación inicial, de las sesiones y de los progresos conseguidos.
- Entrenamiento atribucional.
- Autorrefuerzo positivo individual y colectivo.
- Economía de fichas.
- Refuerzo social.
- Entrenamiento en solución de problemas cognitivos y académicos.
- Entrenamiento en discriminación de sentimientos.
- Entrenamiento en interpretación y solución de problemas sociales.
- Entrenamiento en relajación.
- Técnica de la Tortuga.
- Protagonista de la semana.
- Coterapeutas.

- Programa de generalización de las estrategias aprendidas al aula.

El diseño de este procedimiento constituye un manual completo y pormenorizado de intervención conductual diseñado específicamente para su aplicación en el marco escolar. Se trabaja un amplio repertorio de aspectos de la personalidad del niño que van desde aquellos relacionados con las interacciones con los demás, a los vinculados con el propio funcionamiento autorregulador (Orjales y Polaino, 2001). Es importante recordar que el empeoramiento o la disminución de la sintomatología de ciertos trastornos del comportamiento, como por ejemplo en el caso del TDAH, se debe a la influencia que la educación tiene en el desarrollo de la capacidad de autocontrol (Orjales, 2000), de ahí que: precisamente esa capacidad esté siempre omnipresente en la mira de estos métodos, como objetivo a trabajar y mejorar. Además tanto el método de Barkley como la adaptación al contexto español de Orjales, utilizan también aspectos de la terapia cognitiva, luego no se puede afirmar que sea un método exclusivamente conductista, aunque gran peso de su fundamentación teórica recaiga en este último modelo de intervención.

- **Modelo cognitivo-conductual**

Este modelo nace de la fusión de las teorías de la psicología cognitiva y de la psicología conductista. Las dos tendencias aunque aparentemente irreconciliables se complementan formando un cuerpo de actuación conocido como terapias cognitivo-conductuales. Para los seguidores de esta corriente terapéutica, la conducta de las personas se produce como resultado de un aprendizaje, pero éste no se debe tanto a las consecuencias de un estímulo sino a la construcción o formación de relaciones dentro de la psique de cada

persona a partir de sus propios esquemas cognitivos. Un factor clave del modelo cognitivo-conductual son los procesos cognoscitivos por los cuales las personas perciben la realidad, el conocimiento de sí mismo, las atribuciones, las habilidades para la resolución de problemas y en resumen a cómo se enfrenta a sus propias vivencias.

Para algunos autores como Frick (2000), Rodríguez-Hernández, Santamaría, y Figueroa (2010) que han evaluado diversas actuaciones terapéuticas llevadas a cabo con niños y adolescentes con problemas de conducta, los tratamientos más eficaces llevados hasta la fecha se basan en menor o en mayor medida en aspectos cognitivo-conductuales. Por este motivo las intervenciones cognitivo-conductuales son unos de los tratamientos de primera elección para el tratamiento de numerosos trastornos mentales, sobre todo con menores con déficit de atención e hiperactividad. Sin embargo para investigadores de esta terapia (Fullana, Fernández, Bulbena y Toro, 2012) el conocimiento de la misma y su presencia en la práctica clínica todavía resulta escaso. El nutrido contingente de autores que han optado por este método hace difícil la elección de una muestra representativa, no obstante por citar a una reducida fracción de investigadores que han utilizado esta opción terapéutica, y que además han marcado un hito en las terapias de conducta se podría mencionar a: Kirby y Grimley (1992), cuyo trabajo se basa en el entrenamiento combinado de: habilidades cognitivas, solución de problemas y entrenamiento de la atención, Kendall, Padawer, y Zupan (1980) que idearon un método cuyo objetivo es enseñar al niño a controlar sus impulsos mediante procedimientos autoinstruccionales y modelado de conducta a través de: el entrenamiento en tareas de solución de problemas, modelado, autoevaluación y utilización de contingencias (refuerzos materiales, coste de respuesta, refuerzos sociales y autorrefuerzo), Mather y

Goldstein (2001) que utilizando estrategias cognitivo-conductuales han logrado mejorar los comportamientos en el aula mediante unas directrices que articulan todo un programa de intervención como: reconocer el tipo de problema, definir el camino para cambiar ese comportamiento e identificar los reforzadores adecuados, Gargallo, Miranda, y Presentación (1999) cuya contribución es la propuesta de un método de formación del profesorado, que de forma combinada con las familias, logra mejorar sus procedimientos terapéuticos, a través del: entrenamiento en técnicas de modificación de conducta para reducir las respuestas inadecuadas, la utilización de autoinstrucciones, las indicaciones relativas a la disposición física del aula y las técnicas del tipo cognitivo-conductual de autoevaluación reforzada.

Son cuantiosos los programas de reeducación que utilizan la terapia cognitivo-conductual en su praxis cotidiana, todos ellos tienen en común el mismo objetivo terapéutico-educativo, orientar a los menores para que desarrollen una conducta social correcta. Para ello es frecuente utilizar métodos que les enseñen a solucionar sus problemas interpersonales utilizando técnicas o procedimientos como: el *rol playing*, el reforzamiento, los juegos, las actividades académicas, las historias, etc. También es habitual emplear las intervenciones con padres para entrenar el manejo del estrés, la eliminación de la agresividad en las relaciones familiares, los límites de permisividad y las responsabilidades, entre otras cuestiones. Para Pérez-Alvarez, M. y colaboradores, los programas del tipo cognitivo-conductual y cognitivo que inciden en el cambio de pensamiento, de valoración de la realidad social y de nuevas habilidades para la vida, suelen ser más eficaces que el resto (Pérez-Alvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez y Amigo, 2003).

Como ya se ha indicado las terapias cognitivo-conductuales combinan los planteamientos cognitivos y las técnicas de tipo conductista vistas en el apartado anterior. Algunos de los procedimientos de intervención puramente cognitivo o cognitivo-conductual que son usados en programas de modificación de conducta en nuestro país son los siguientes (García-Romera et al., 2011):

- Autoinstrucciones: durante bastante tiempo este tipo de intervenciones fueron muy populares, la técnica consiste en utilizar las autoinstrucciones para que aquellos menores impulsivos interrumpen la cadena de pensamientos incorrectos que se forman antes, durante y después del enfrentamiento a un problema o situación difícil, mediante la sustitución de esa cadena de pensamientos por autoinstrucciones. El objetivo es producir un cambio en la conducta del niño. Este entrenamiento autoinstruccional es utilizado habitualmente dentro de las terapias cognitivo-conductuales (Orjales, 2007).
- Detención del pensamiento: la finalidad es que el menor destierre de la mente aquellos pensamientos de tipo obsesivo que pueden actuar como desencadenantes de una conducta agresiva. La técnica consiste en enseñar al menor a dirigir su atención sobre aquellos pensamientos negativos durante varios segundos y a apartar ese pensamiento mediante una palabra o gesto previamente consensuado.
- Resolución de problemas: la finalidad es que los menores aprendan a construir diferentes soluciones ante un problema y también a valorar las consecuencias de

esas soluciones, se pretende que el niño busque la secuencia de acciones pertinentes para lograr el objetivo.

- Autocontrol: los menores con problemas de conducta reaccionan ante una situación conflictiva de una forma agresiva, el propósito de esta técnica es que el niño gobierne sus conductas con plena autonomía mediante el control de las respuestas y expresiones emocionales negativas. Son frecuentes la utilización de técnicas como la relajación y el control respiratorio para trabajar esta faceta.
- Reestructuración cognitiva: es una técnica que intenta modificar los esquemas de pensamiento erróneos del menor. Para lograr el propósito, se invita al niño a que identifique aquellos pensamientos negativos que influyen en su conducta, una vez reconocidos debe sustituirlos por otros más apropiados.
- Autorregulación: cuando el menor ya ha mejorado en su conducta y realiza tareas de forma correcta se sirve de técnicas como la autoobservación, los autorregistros y los autorrefuerzos para tener conciencia de sus propios problemas y ser además capaz de regular su conducta. El dominio de este autocontrol le permitirá ganar en autonomía y además, podrá servir de ayuda para consolidar otros comportamientos aprendidos.

La terapia cognitiva se utiliza conjuntamente con la conductual para modificar una serie de aspectos que conciernen a la concepción errónea y distorsionada de los pensamientos o dicho de otra forma, del modo como las personas procesan los datos sobre sí mismas y

sobre los demás como consecuencia de la influencia de sus creencias y su organización cognitiva (Beck y Freeman, 2005). Las creencias incorrectas pueden referirse a uno mismo (los propios individuos se ven tratados de forma injusta por los demás), a una concepción errónea de los otros (los demás son injustos y no juegan limpio), a la creencia nuclear (los padres son injustos y no me creen), a la creencia condicional (si mis padres me riñen es porque no me creen y son injustos), a la creencia instrumental (debo exigir justicia aunque ello desemboque en conflicto), a la percepción de las amenazas (se dan en las situaciones en las que el menor es culpado o regañado y a cómo percibe estas situaciones), a las estrategias de enfrentamiento (se refiere a la forma de abordar las discusiones y argumentaciones), a la gestión del afecto, o al control de la ira.

La idea de fondo es que los anteriores esquemas de pensamiento son los responsables de las respuestas conductuales, la integración de los estímulos ambientales y la formación de las respuestas adaptativas dependen en gran medida de sistemas independientes pero interrelacionados, como la memoria, la cognición, el afecto, la motivación, el control, o la acción entre otros.

Gran parte de los expertos que utilizan las terapias cognitivo-conductuales coinciden en utilizar básicamente cuatro líneas de actuación, que pueden ser sintetizadas en los siguientes apartados:

- **La terapia familiar:** pretende realizar cambios en el conjunto de interrelaciones personales que se producen dentro del contexto familiar logrando sobre todo la mejora

de la capacidad de comunicación y ofreciendo una ayuda a los padres para afrontar la educación de sus hijos.

- **La psicoterapia individual:** para la mejora de las capacidades de la persona en cuanto a resolución de problemas, habilidades de comunicación control de la frustración e impulsividad.
- **La terapia con el grupo de iguales:** dirigida principalmente al desarrollo de habilidades sociales e interpersonales.
- **La terapia farmacológica:** puede servir de apoyo siempre que la persona presente otros síntomas o patologías asociados al problema de conducta.

Estos modelos basados en estrategias de modificación de los comportamientos de los alumnos se caracterizan por intentar un cambio en los patrones de conducta de los menores o lo que los expertos califican como reestructuración cognitiva: los trastornos del comportamiento son el resultado de aprendizajes incorrectos, por lo tanto debe producirse un cambio hacia un modelo más prosocial. El objetivo final es que los menores reconozcan que a veces sus pensamientos conducen a conductas antisociales y rectificando esos pensamientos pueden llegar a reducir las posibilidades de reincidir en esos comportamientos (Baker y Scarth, 2002).

▪ **Modelos humanistas**

Existe dificultad a la hora de definir los modelos humanistas porque la tendencia de esta rama de la psicología tiende a evolucionar hacia una diversificación progresiva, de manera que el estado actual se caracterizaría por una ausencia de referentes teóricos definidos a pesar de disponer de un cierto corpus teórico. No obstante el modelo humanista se delimita por sus principios básicos como una teoría esencialista, naturalista u organicista, pudiendo catalogarse sus métodos como propios de las ciencias naturales (Villegas, 1986). La psicoterapia humanista como rama aplicada de la psicología humanista, está influida por múltiples corrientes que van desde el constructivismo, al existencialismo y lo transpersonal (Schneider y Leitner, 2003). No obstante según Gómez-Campo (2006, p. 44) *“parece haber una cierta tendencia a considerar que la psicología humanista es más una serie de técnicas para exaltar los sentimientos y las emociones, o bien para trabajar con dinámicas de grupos, que un sólido paradigma dentro del pensamiento psicológico”*.

La psicología humanista, engloba a todos aquellos investigadores que centran sus propuestas metodológicas bajo el marco conceptual del humanismo, influyendo éste en la visión que se tiene sobre el ser humano, la patología y la propia intervención psicológica. Estos autores comparten ciertos postulados comunes que son según Martorell y Prieto (2008):

- Se basan en la persona humana, sus experiencias interiores y el significado que tienen para ella.

- Tiene muy en cuenta las diferentes características personales que son inherentes a cada persona, como por ejemplo la creatividad, la toma de decisiones, y la autorrealización.
- En cuanto a la selección de los problemas a investigar, se mantienen un criterio de significación intrínseca, referida a la subjetividad.
- Valor de la dignidad humana y de su propia potencialidad, para los humanistas la persona se construye tal y como se va descubriendo a sí mismo, junto con las interacciones con el resto de grupos humanos con los que convive.

Siguiendo esta línea postular, la influencia humanista en el contexto de la disciplina escolar se materializa en la idea de considerar al alumno como poseedor de derechos, merecedor de respeto y consideración, en la misma medida que cualquier adulto o profesor. También por avivar el interés por la mejora de la comunicación entre todos los miembros del ámbito socio-familiar que rodea al menor y no sólo entre el profesor-alumno. Otra singularidad, es la de utilizar la comunicación con meticulosa deferencia, evitando atentar contra la dignidad personal del menor, y preservando su frágil autoestima. Este modelo pretende ser conductor y estimulador del autoconocimiento y reflexión del alumno.

Una de las contribuciones más interesantes sobre este enfoque es la de Rotter (1966). Para Rotter las acciones y por extensión sus consecuencias, son originadas bien por el *locus* de control externo (cuando las personas perciben que son las fuerzas externas las que controlan la situación), o por el *locus* de control interno (cuando se percibe el refuerzo positivo o negativo como efecto de las propias acciones). Este último *locus* de control es el

más deseable para que los alumnos valoren positivamente el esfuerzo y la habilidad personal. Sólo los que se consideran capaces de dirigir su comportamiento llegan al desarrollo del autocontrol. Siguiendo esta conceptualización del problema algunos menores deben cambiar su modo de interpretar la realidad, logrando el convencimiento de que ni el azar, ni el destino, ni el poder de los otros es el que dictamina las consecuencias de su devenir, sino la propia conducta manifestada.

Otra aportación parte de autores como Ginott (1995), en su obra: *El maestro y el niño*, describe la enorme responsabilidad que representa darse cuenta de que la figura del maestro, es decisiva tanto para el modelamiento individual del alumno como para el clima general del aula. La habilidad o falta de destreza del profesor es la causa de los comportamientos de los alumnos. Por tanto el maestro es, en gran medida, responsable de las situaciones que se dan en el aula. La actuación docente puede hacer mejorar la disciplina escolar cuando el alumno percibe que el maestro manifiesta actitudes receptivas, comprensivas, cálidas y sensibles. Para Bisquerra (2002) los docentes con experiencia saben interpretar una serie de señales en los alumnos, mediante las cuales adaptan su ritmo de clase a las situaciones cambiantes del aula, estas habilidades requieren entrenamiento, reflexión y una actitud autocrítica que con el tiempo lleguen a reajustar, mejorando la práctica educativa.

Una de las propuestas que más calado han tenido dentro de la corriente humanista es la de Carl Rogers, Su planteamiento terapéutico (terapia no directiva), considera al menor poseedor de los medios para procurarse a sí mismo autocomprensión, mejora de su propio concepto y actitudes, además del perfeccionamiento de las conductas autodirigidas. Todos estos recursos pueden ser engendrados con la única condición de crear un ambiente psicológico idóneo, a través

de la confianza en la persona y el rechazo del papel directivo del terapeuta. Por lo tanto el ser humano nace con un potencial que si no es desviado por una educación adversa o perniciosa, puede llegar a la formación de una persona con grandes valores humanos (Rogers, 1957).

El enfoque humanista es del tipo indirecto, los educadores permiten que sean los propios menores los que aprendan animando, incentivando y motivando todas las iniciativas y experiencias que decidan emprender. Los jóvenes adolescentes son personas con una fuerte necesidad de crecer y mejorar, con intereses, afectos y valores. El fin del enfoque humanista no es dirigir autoritariamente personalidades sino formar respetando los derechos de la persona. Los rasgos principales de las intervenciones humanistas son:

- El profesional o el educador debe estar implicado e interesado en el alumno como persona.
- Apertura a nuevas formas de intervención y/o educación que permitan al menor tener iniciativa en los procesos de crecimiento interior.
- Tener empatía con el adolescente y lograr comprender su realidad (situación y sentimientos).
- Evitar el autoritarismo y el egocentrismo.

Otra propuesta humanista que resulta singular dentro del contexto español, es el llamado humanismo-estratégico, corriente abanderada por autores como Timoneda (1999), se podría definir como un método de diagnóstico e intervención diseñado para la intervención en todo tipo de conductas o comportamientos (conductas antisociales, fracaso escolar,

afecciones psicosomáticas, anorexia, bulimia, etc.). El modelo se fundamenta en una serie de teorías como: el procesamiento de las emociones, las teorías cognitivas, la teoría de los comportamientos enmascarados y la teoría del procesamiento de la información a través de los procesos cognitivos de: planificación, atención, secuencial y simultáneo (PASS) planteada por Das, Naglieri, y Kirby (1994). Esta propuesta intenta interpretar la situación del menor a través de la comprensión de sus creencias, valores, prejuicios, normas y demás variables influyentes, con el fin de formular hipótesis sobre cómo percibe la realidad. A partir de este diagnóstico, es posible guiar a la persona para que realice las modificaciones oportunas y lograr de esta manera los objetivos definidos utilizando las potencialidades de cada persona y modificando las creencias que alimentan los comportamientos enmascarados.

Aunque ningún profesional duda de las bondades del humanismo, algunas voces críticas piensan que los enfoques humanistas están impregnados de demasiada subjetividad. Para estos, la psicología humanista no puede definirse como un modelo o paradigma como tal, pero sí sus múltiples prácticas y técnicas psicológicas aplicadas, todas ellas con sus correspondientes fundamentos teóricos, incluidas las tendencias de origen oriental que se pierden en los albores del tiempo, así según Villegas (1986, p. 23) *“se puede afirmar, paradójicamente, que no es que la Psicología Humanista posea muchas técnicas, sino que es la Psicología Humanista la que es poseída por ellas”*.

- **Modelo multisistémico**

Como ha quedado patente a lo largo de los anteriores capítulos, la opinión de la mayoría de los autores confluye en que las terapias farmacológicas no son efectivas al 100%,

debiendo combinarse éstas con otros tratamientos complementarios (De-Vicente, Berdullas y Castilla, 2012; Díaz-Atienza, 2006; Eddy, 2006; Harrington y Maskey, 2008; Pérez-Álvarez, 2003; Rigau-Ratera, García-Nonell y Artigas-Pallarés, 2006; Stagnaro, 2007; Steiner y Remsing, 2007; Villa-Moral, 2008), por citar algunos. Además de esta opinión generalizada, un grupo importante de expertos coincide en considerar los métodos de intervención multisistémicos como uno de los tratamientos más efectivos para el tratamiento de los problemas de conducta, (Antolín-Suárez, 2011; Glisson et al., 2010; Henggeler et al., 1996; Peña-Olvera, 2003; Perisse et al., 2006; Scott, 2012; Schoenwald, Sheidow, Letourneau y Liao, 2003; Swenson et al., 2010) son una muestra de partidarios de este modelo.

Siguiendo los postulados básicos de Bronfenbrenner, la terapia multisistémica parte de la premisa de que el menor y su aprendizaje son el resultado de las influencias entre los diferentes contextos en el que se desenvuelve el niño o adolescente. Por esta razón este modelo pretende desvelar no sólo los problemas inherentes al menor sino todo el entramado familiar, escolar y social que rodea su vida (Bronfenbrenner, 1985).

El enfoque multisistémico se enmarca dentro de las corrientes ecológicas (grupo de teorías que dan importancia al ambiente como catalizador de las manifestaciones conductuales). Es una herramienta terapéutica que integra diversas disciplinas: la biología, la psicología y la pedagogía. Se apoya en la teoría socio-ecológica de Bronfenbrenner (1979) el cual interpreta a las personas y al ambiente que los rodea, como un sistema interconectado en el cual se produce un complejo entramado de influencias multidireccionales en continuo cambio. La conducta estaría determinada por la interacción

entre cada individuo y los diferentes sistemas en los que está inmerso (sistemas individuales, familiares, escolares y grupo de iguales).

Las intervenciones tienen como objetivo provocar el cambio en los factores que contribuyen a la producción del problema, no sólo en el sistema familiar y personal de la persona sino en el resto de sistemas: familia-colegio, familia-iguales y menor-iguales. La terapia se sustenta en una serie de pasos flexibles (la implementación no es rígida, se conduce en función de la priorización de las necesidades detectadas) que se pueden resumir en:

- Recogida de información sobre los factores protectores y de riesgo de los diferentes sistemas que influyen de forma determinante en la aparición de los problemas de conducta.
- Una vez sistematizada la información se elaboran las hipótesis y se diseñan las intervenciones evaluando constantemente los resultados obtenidos para reformular nuevamente las hipótesis (proceso en constante revisión y reajuste).
- Pacto entre la familia y el terapeuta: debe haber un compromiso de colaboración que es conseguido gracias a la transmisión de confianza por parte del profesional, a la potenciación de los aspectos positivos y a la capacidad para mostrar la solución de los problemas y contagiar esperanza y optimismo.
- Si partimos de que las conductas parentales negligentes pueden ser las desencadenantes de ciertos trastornos conductuales, (sobre todo de manifestaciones antisociales de los hijos), se pretende potenciar una serie de competencias que servirán para ejercer la disciplina, la guía y el apoyo educativo,

la función parental no debe limitarse sólo a la satisfacción de las necesidades básicas sino que tiene que servir para preparar al menor para ser miembro de la sociedad. La intervención debe dirigirse al incremento de aquellas conductas responsables de los padres a través de refuerzos positivos como el elogio.

- Potenciar la responsabilidad de los menores a través del cumplimiento de las normas de la familia y de la sociedad (asistir a clase, ayudar en las tareas del hogar y no perjudicar a otros). Para lograr este objetivo, se utiliza tanto la disciplina como el refuerzo positivo. La comprensión de las normas, su elaboración conjunta, el empleo de disciplinas constructivas o de coste de respuesta, el uso proporcionado entre la conducta cometida y el castigo y el uso de los refuerzos significativos son elementos imprescindibles para el correcto funcionamiento de la terapia.
- Intervenciones dirigidas al presente y a problemas bien definidos, el terapeuta comienza a intervenir en lo factores próximos actuales de la conducta problema, si no se produjeran los resultados esperados se considerarían otros factores menos directos. Para lograr este objetivo es necesaria la implicación de toda la familia.
- Atención focalizada a conductas que se dan en y entre los sistemas, una vez evaluadas las transacciones que se producen entre las personas y los problemas que se originan, se implantan actuaciones dirigidas a la resolución de las mismas.
- Las intervenciones se ajustan al desarrollo social y cognitivo de los menores, en los preadolescentes es más conveniente incidir en el desarrollo de estrategias para

que los padres apliquen de forma más efectiva la disciplina, en edades más avanzadas es más conveniente desarrollar las competencias sociales y las habilidades dirigidas a una salida profesional.

- El trabajo terapéutico se diseñará para lograr objetivos específicos; es preferible que la familia vaya experimentando pequeñas satisfacciones personales al ver cumplidas las metas fijadas, estos refuerzos servirán para aumentar la sensación de control y la motivación.
- Las actuaciones se evaluarán de forma continua, utilizando múltiples fuentes fiables y metodologías apropiadas.
- Las intervenciones han de generalizarse para lograr que los cambios producidos se perpetúen en el tiempo, si partimos de la premisa de que cuando dotamos a la familia de las herramientas adecuadas estos podrán actuar de una forma más competente, la intervención debe dirigirse a garantizar que la familia encuentre recursos y apoyos necesarios para que después sea ella la que desarrolle esas capacidades.

El modelo multisistémico utiliza terapias aplicadas dentro del entorno familiar, la red de pares, la escuela y la comunidad. Los trabajos de McCart, Henggeler, y Hales (2011) evidencian tanto la eficacia, como la efectividad de esta terapia aplicada en los contextos antes vistos y abordando los diferentes factores de riesgo detectados en cada uno de ellos. Como se puede comprobar la familia y los padres son un elemento clave de la terapia

multisistémica, expertos como Ruíz-Díaz (2010) consideran que: junto con el apoyo farmacológico dirigido al menor, hay que facilitar a los padres tanto recursos psicológicos como técnicos para que éstos logren desenvolverse de forma correcta en las interacciones con sus hijos. Con todos estos medios se pretende alcanzar entre otras metas, la comprensión de los problemas de conducta por parte de los padres y el refuerzo de todas aquellas acciones deseadas. La finalidad última es que los menores logren generalizar los comportamientos correctos en todos los contextos sociales.

Un nutrido número de estudios empíricos sobre la eficacia de la terapia multisistémica y la reducción de las conductas antisociales han demostrado la idoneidad del método. A tal efecto cabe destacar las investigaciones de Borduin (1999) sobre el éxito y capacidad de estas terapias para la reducción de la violencia en adolescentes, Bourdín logra recabar los anteriores resultados abordando dos frentes diferentes, por un lado los entornos conflictivos del menor: disciplina parental, relaciones afectivas de la familia, asociación entre pares y rendimiento escolar, y por otro, el uso flexible de estrategias de intervención personalizadas y diseñadas expresamente para desarrollarse en esos entornos naturales. Siguiendo similares sendas procedimentales se puede citar los trabajos de Antolín-Suárez (2011), Henggeler, Cunningham, Pickrel, Schoenwald, y Brondino (1996) que a partir de los ensayos clínicos controlados con adolescentes violentos, evaluaron los métodos multisistémicos, siendo considerados éstos como muy adecuados para los programas de salud pública de los Estados Unidos en relación a la prevención de la violencia juvenil. Otro estudio similar al anterior, propuesto por Butler, Baruch, Hickey, y Fonagy (2011) en el Reino Unido, valoró la pertinencia de las terapias multisistémicas al servicio de los

organismos sociales estatales, ratificando la opinión de que este método constituye la mejor opción para facilitar la organización adecuada y rentable de los servicios legales que trabajan con menores y familias.

El método multisistémico no se limita al tratamiento de conductas antisociales o violentas, sino a otro problema de primer orden para la salud pública: el consumo de sustancias por parte de los adolescentes. (Sheidow, Houston y Peter, 2013) probó la eficacia de la terapia multisistémica a partir del análisis de veinte estudios sobre resultados de la misma, las conclusiones llevaron a la adopción por parte de numerosas entidades gubernamentales del método multisistémico para tratar el problema del consumo. La evidencia ha posicionado a la terapia multisistémica como uno de los tratamientos más ampliamente extendidos en cuanto a la corrección de los comportamientos antisociales y el uso de sustancias en adolescentes.

Aunque este tipo de terapias no tiene muchos detractores, los mismos autores vistos en este mismo apartado, convergen de forma implícita en destacar algunas características que pueden dificultar la aplicación de estas técnicas: necesidad de ser aplicadas por personal altamente cualificado y con gran experiencia, demora en el logro de resultados (los objetivos se logran a medio o más bien a largo plazo). No obstante las bondades del modelo multisistémico también son defendidas por estos mismos autores, entre ellas destacan las siguientes:

- Reducción del número de delitos con el consiguiente ahorro en otros sistemas sociales (salud mental y justicia).

- Tiene gran versatilidad a la hora de ser implementado en diferentes contextos culturales y sociales.
- Produce perceptibles mejoras en las relaciones familiares y en el funcionamiento general del hogar: comunicación, supervisión parental, cohesión interna, etc.
- La terapia multisistémica resulta más eficaz que otros tratamientos aplicados con menores en situación de riesgo social y delincuentes crónicos.

▪ **Modelo ecléctico**

Más que un enfoque, constituye una actitud aperturista hacia nuevas soluciones. Con el eclecticismo se reconocen las aportaciones de las diferentes teorías para obtener de cada una de ellas los aspectos más interesantes y adaptarlos a los casos concretos. El gran *buffete* que constituyen los métodos de intervención es aprovechado por algunos especialistas para preparar sus “intervenciones a medida”, la principal característica de los partidarios de los métodos eclécticos es la de: no desechar ninguna técnica terapéutica o educativa. Algunos partidarios de esta “corriente” como Calderón (2005), Harrington y Maskey (2008), Perisse, Gerardin, Cohen, Flament, y Mazet (2006) y Steiner et al. (1997), recomiendan con obstinación que los tratamientos no sean solamente precoces, sino también multimodales.

La verdadera potencialidad de este tipo de enfoque es la libertad, entendida como la liberación de las ataduras ideológicas, pero el peor defecto lo encontramos en la falta de coherencia interna de la intervención. Efectivamente se corre un alto riesgo de caer en prácticas sin una línea teórica uniforme, e incluso se pueden estar aplicando técnicas

sencillamente “incompatibles”, como dice Kertesz (2005, p. 118) “*En la actualidad no es posible integrar a todas las corrientes psicológicas y psicoterapéuticas de un modo unificado, porque sus ideologías y fundamentaciones son muy disímiles. No ha llegado aún el momento de un eclecticismo teórico*”. No obstante, como afirma Garfield (2001) a partir de varios estudios sobre las prácticas psicoterapéuticas, los profesionales utilizan con asiduidad cualquier procedimiento o técnica considerada por ellos como adecuada, por tanto el eclecticismo así entendido, es la orientación terapéutica más popular en el ámbito clínico.

El enfoque multimodal o ecléctico es aplicado en numerosos trastornos del comportamiento, los tratamientos casi siempre utilizan terapias farmacológicas combinadas con otras técnicas o métodos terapéuticos. (Murphy, 2005) aplica un método ecléctico para tratar a los menores con TDAH en el que combina tanto la medicación como la psicoterapia individual, el entrenamiento en habilidades de autocontrol y de conductas compensatorias, la potenciación de herramientas personales de ayuda para las relaciones sociales, la mejora del ambiente escolar, las adaptaciones del entorno social, la orientación familiar, el apoyo grupal, el acompañamiento activo,... Esta amalgama de técnicas o prácticas terapéuticas coincide en esencia con la de otros autores como Dulcan et al. (1997) que pone énfasis en tres pilares fundamentales: apoyo y educación de los padres, escuelas apropiadas a las peculiaridades del menor y tratamientos farmacológicos. Expertos como Fernández-Redondo, Del-Caño, Palazuelo, y Marugán (2011) han cosechado resultados favorables tratando a los menores con TDAH mediante métodos combinados (abordando los tratamientos desde las perspectivas farmacológica, psicológica, educativa y familiar).

El copioso número de autores que se ha unido a este método no sólo trata los problemas de conducta mediante la fusión de paradigmas, sino que también utiliza este procedimiento para desvelar su etiología. Trabajos como los de Mercadillo, J., y Barrios (2007) se basan en la integración de los modelos biológicos y cognitivos para explicar los trastornos antisociales y la psicopatía.

- **Modelo preventivo**

Antes de abordar este modelo, hay que realizar una aclaración: cualquier intervención tratada en los anteriores capítulos, puede ser utilizada de forma preventiva, por lo tanto no se debería hablar de modelo preventivo sino de “utilización de cualquier modelo de forma preventiva”. No obstante, obviando esta disquisición, el hecho de tomar una serie de medidas diseñadas y planificadas organizadamente para impedir que se produzca un futuro problema de comportamiento es tan importante, que sea cual sea el planteamiento teórico utilizado para llevar a cabo este fin a través de la praxis terapéutica, la literatura especializada le adjudica, por su trascendencia, una posición dentro del abanico taxonómico de los paradigmas o modelos vistos. Sin lugar a dudas, el aquí denominado modelo preventivo, con todas las matizaciones antes señaladas, tiene justificado éste estatus solamente por el hecho de estar pensado y proyectado para anticiparse al problema de una forma científica y organizada, evitando con ello la aparición de un trastorno tan desolador, desde el punto de vista social y humano, como es el trastorno grave del comportamiento. Por este motivo se cree conveniente incluir la prevención, como una categoría más dentro de los modelos.

El planteamiento de la prevención primaria es la de llevarse a cabo de forma indiscriminada antes de que los trastornos del comportamiento emerjan. A pesar de que autores como Hosman, Jane-Llopis, y Saxena (2005) den una importancia decisiva a la prevención y a la implicación política de las autoridades, este tipo de prevención según ellos no es la más extendida. En la mayoría de los casos, la falta de recursos impide la universalización de las medidas preventivas, por ello la opinión generalizada converge en la necesidad de acotar la población a tratar, aplicando programas o medidas específicas que trabajen la prevención primaria. Del punto anterior se desprende que las medidas deben ir precedidas de una identificación de los factores de riesgo, con el objeto de aumentar su eficiencia, además tendrían que incidir como rasgo común, en crear un entorno social adecuado que minimice el riesgo de aparición de los problemas. Un ejemplo de prevención primaria es propuesto por Armas (2007) el cual sugiere una batería de actuaciones profilácticas dirigidas sobre todo a la familia y a la institución escolar para lograr un clima que evite la germinación de los trastornos conductuales.

De la misma manera el conocimiento de las causas de las conductas problemáticas es condición necesaria para la aplicación de la prevención secundaria, Frick (2006) pone de manifiesto este paso como requisito fundamental para la comprensión y prevención de las conductas delictivas y violentas en los jóvenes. Dicho de otra forma, sería la corrección del problema a partir de la detección, diagnóstico precoz o *screening*. Las características que permiten predecir la aparición de los trastornos de la personalidad, incluido los comportamientos antisociales, fueron ordenadas y sintetizadas por Geiger y Crick (2001) en

siete dimensiones o grupos de peculiaridades a partir de los síntomas típicos de los trastornos citados:

1. Visión hostil y paranoide del mundo.
2. Emoción intensa, inestable o inadecuada o afectividad restringida y aplanada.
3. Impulsividad o rigidez.
4. Relaciones demasiado íntimas o relaciones distantes y evitativas.
5. Sentimiento negativo de sí mismo o bien falta de autoconciencia frente a percepción de uno mismo exagerada.
6. Peculiaridad en los procesos del pensamiento y de conducta.
7. Despreocupación por las normas sociales o por las necesidades de los demás.

En la misma línea de investigación Price y Lento (2001) proponen una organización de los marcadores de vulnerabilidad de los trastornos de la conducta infantil, referidos a cuatro dimensiones o niveles: cognitivo, afectivo, social y biológico (Tabla 1.9). Para estos autores los indicadores endógenos mostrados, pueden servir como predictores en ausencia de síntomas específicos del trastorno y por lo tanto servir como señal para el uso de intervenciones de tipo preventivo.

Tabla 1.9.
Marcadores de vulnerabilidad de los trastornos de conducta infantil.

| COGNITIVO | AFECTIVO | SOCIAL | BIOLÓGICO |
|---|--|---|---|
| Estructuras en la memoria relativas a que el mundo es un lugar hostil. Procesamiento automático que incluye atribuciones agresivas y hostiles | Niveles altos de afectividad depresiva y enfado. Elevada variabilidad e intensidad de las respuestas emocionales | Relaciones y apego inseguros. Pobre competencia social, como habilidades de solución de problemas negativas. Rechazo social | Neurológicos. Déficit en los sistemas cerebrales noradrenérgicos y serotoninérgicos |

Fuente:(Price y Lento, 2001).

Otros autores, de los muchos que tratan el tema de la prevención en nuestro entorno próximo (González-Menéndez, Fernández-Hermida y Secades, 2004; Gutiérrez et al., 2008; Rodríguez-Hernández, 2008; Sabrià-Pau, 2004) consideran que los problemas de conducta aparecen en etapas muy tempranas de la vida, agravándose éstos con el paso del tiempo hasta llegar a la edad adulta donde con demasiada frecuencia se convierten en violaciones graves de la ley y de los derechos de los demás. Para los anteriores expertos, este predecible itinerario puede ser interrumpido si se aplican a tiempo las medidas correctoras pertinentes. No obstante para que esto ocurra, los profesionales han de tener los medios necesarios para poder detectar esas anomalías (pruebas objetivas, protocolos de localización de factores de riesgo o incluso formación para reconocer conductas poco convencionales). Por lo tanto la prevención constituye la única arma posible para evitar que un trastorno de conducta diagnosticado precozmente, no llegue a concretarse con el tiempo en actos antisociales graves (Little, Akin-Little y Mocniak, 2004). Existe también una opinión generalizada sobre la relación entre la identificación de los factores de riesgo y el desarrollo de intervenciones

tempranas más eficaces. Siguiendo esta línea Colomer-Diago, Miranda-Casas, Herdoiza-Arroyo, y Presentación-Herrero (2012) confirman esta hipótesis para el caso concreto de la detección de ciertas características o factores estresantes, vinculados con el riesgo de recrudecimiento de las manifestaciones del TDAH.

Las investigaciones dirigidas por Merikangas et al. (2010) sobre la prevalencia de los trastornos mentales ponen de relieve que muchas patologías psiquiátricas aparecen en la infancia; según este mismo autor, uno de cada cuatro o cinco jóvenes en los EE.UU. es poseedor de los criterios definitorios de trastorno mental. Además la probabilidad de que estos trastornos broten de adulto es tan alta que justifica la necesidad de políticas preventivas y de intervenciones tempranas. Por desgracia, es frecuente comprobar que cuando las manifestaciones del trastorno se hacen palpables es cuando se toman las medidas correctoras oportunas. Desafortunadamente los profesionales o terapeutas creen, que este tipo de prevención terciaria constituye la forma de actuar más extendida, ya sea por la alarma social que despierta o por la falta de previsión de las autoridades.

Como se ha visto en anteriores capítulos la adolescencia es un periodo de emergencia de patologías latentes. No son pocos los especialistas en conducta que advierten del interés de la prevención para mitigar futuros problemas ahorrando de esta manera un elevado coste social. Según Eddy (2006) los trastornos de conducta en los niños se consideran el problema de salud mental más costoso en los EE.UU. además representan casi la mitad de las intervenciones clínicas. Compartiendo estos postulados Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, y Muñiz (2011) ponen de relieve, para el caso español, la necesidad

de establecer programas de prevención y detección temprana diseñados específicamente para este sector de riesgo.

También la investigación de Boden, Fergusson, y Horwood (2010) demuestra cómo determinadas actuaciones llevadas a cabo con niños que presentan trastornos de conducta iniciados de forma precoz, pueden de hecho reducir la incidencia de los mismos. Para algunos autores estas intervenciones mientras antes se realicen mayor eficacia tendrán, Maldonado-Durán y Lartigue (2008) afirman que la prevención temprana durante la etapa perinatal mejora la relación paternofilial, el estado emocional de los padres y además procura efectos benéficos para el desarrollo conductual y emocional del niño a corto y largo plazo.

Hay un consenso universal en considerar a la prevención primaria como el método paliativo más eficaz para la reducción de los trastornos del comportamiento. Pero este procedimiento requiere de una identificación más o menos precisa de los factores de riesgo para poder delimitar la actuación a los colectivos de riesgo. Por ello la concreción de indicadores fiables es una prioridad para la aplicación de políticas preventivas. Un estudio dirigido por Carroll, Baglioni, Houghton, y Bramston (1999) en Australia a 886 alumnos de primaria de entre diez y doce años identificó a los menores expuestos a riesgo de tener problemas en cursos posteriores. Para ello utilizó los siguientes indicadores conductuales y situacionales expuestos en la Tabla 1.10 que resultaron de gran fiabilidad y utilidad para la detección de casos relacionados con las alteraciones graves del comportamiento.

Tabla 1.10.

Indicadores conductuales y situacionales de riesgo que pueden estar relacionados con la aparición de alteraciones de conducta.

| INDICADORES CONDUCTUALES | INDICADORES SITUACIONALES |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| - Absentismo | - Expulsión temporal del centro |
| - Alteración del orden de la clase | - Expulsión permanente del centro |
| - Autolesión | - Aula de aislamiento |
| - Comportamiento antisocial | - Reclusión |
| - Violencia | - Asistencia social |
| - Rechazo del apoyo del profesor | - Sin vivienda |
| - Rechazo del apoyo de los padres | - Situación social desventajosa |
| - Robo | - Crisis familiar |
| - Actos vandálicos | - Familias temporales |
| - Incendios provocados | - Padres desempleados |
| - Consumo de drogas | - Malos tratos |
| - Falta de motivación | - Estatus socioeconómico desventajoso |

Fuente: resumen de los indicadores conductuales y situacionales. (Carroll, Baglioni, Houghton y Bramston, 1999).

Siguiendo estos mismos planteamientos, otro informe, esta vez elaborado por Beinart (2002), identificó cinco factores de protección y diecisiete factores de riesgo vinculados con los problemas conductuales y/o la delincuencia juvenil en Inglaterra. Un aspecto interesante de la investigación dirigida por Beinart, es que los factores de protección lograban que incluso los niños que crecían en entornos marginales y desestructurados tuvieran una trayectoria normalizada. Estos factores se recogen en la Tabla 1.11 que se expone a continuación:

Tabla 1.11.

Factores de protección y riesgo relacionados con los problemas de conducta y/o delincuencia.

| FACTORES DE PROTECCIÓN | FACTORES DE RIESGO |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Vínculos estrechos con parientes, amigos y profesores - Esquema de valores “sanos” por parte de padres, profesores o líderes de la comunidad - Oportunidades de implicación en la estructura familiar, centros de enseñanza y comunidad - Tenencia de habilidades sociales y de aprendizaje que faciliten la participación - Reforzamiento (reconocimiento y alabanza) de la buena conducta | Familia |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de disciplina y supervisión - Conflictos familiares - Antecedentes de problemas conductuales en el núcleo familiar - Padres que participan o toleran la mala conducta de su hijo - Condiciones económicas y de residencia pobres |
| | Escuela |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Bajo rendimiento académico desde la enseñanza primaria - Comportamiento agresivo con posibles episodios de bullying - Bajo compromiso educativo y/o alto absentismo - Centros educativos desorganizados |
| | Comunidad |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Desorganización y desatención comunitaria - Presencia de drogas - Barrios desfavorecidos - Traslados frecuentes y falta de apego al barrio |
| | Grupo de iguales |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de compromiso social y alienación - Actitudes de tolerancia para las conductas problemáticas - Adopción precoz de conductas problemáticas - Amistades con conductas problemáticas |

Fuente: adaptación de (Beinart, 2002).

Estos indicadores permiten la detección previa de los menores en riesgo de presentar problemas de conducta. Los investigadores coinciden en que, una vez detectadas las personas de riesgo, sería conveniente la aplicación de intervenciones personalizadas de forma

coordinada, sobre todo desde el ámbito educativo. Los estudios realizados por Johnson et al. (2013) aluden a la conveniencia de tratar los problemas graves de conducta desde la institución escolar. Teniendo en cuenta los anteriores aspectos, el deseo de todos los interesados es prevenir o corregir en la medida de lo posible, tanto los problemas personales del menor como las situaciones anómalas que rodean su entorno a través de ayudas económicas a situaciones precarias, búsqueda de empleo a los cabeza de familia, enseñanza de patrones de crianza apropiados, o acciones de mediación entre el centro y las familias. Siendo desarrolladas todas estas acciones desde las diferentes instituciones: educación, sanidad, servicios sociales o ayuntamientos.

Observando las anteriores investigaciones resulta llamativa la existencia de menores que, aunque viven en circunstancias ambientales propicias para el desarrollo de conductas negativas, nunca llegan a desarrollarlas. ¿Por qué hay menores que atendiendo a sus contextos ambientales desfavorecidos, deberían haberse convertido en delincuentes y no lo han hecho? Estas reflexiones nos llevan al concepto de resiliencia que para Garrido-Genovés (2005, p. 352) puede resumirse como: *“la capacidad para superar las adversidades para no llegar a ser algo considerado negativo”*. Este mismo autor nos descubre que hay personas que desarrollan capacidades de resistencia y de protección muy altas, siendo estos factores los que permiten la elección de vidas libres de violencia y delincuencia. La combinación entre herencia y determinadas experiencias de protección del ambiente son las que permiten a algunos menores blindarse contra determinadas experiencias del ambiente nocivas. A continuación, fundamentando estos argumentos se expone la síntesis elaborada por Lösel y

Bender (2003) y Reppucci, Fried, y Schmidt (2002), que logró recabar los factores individuales y ambientales que más determinan la capacidad de resiliencia Tabla 1.12.

Tabla 1.12.

Factores de protección de la persona y del ambiente que influyen en la capacidad de resiliencia.

| FACTORES DE PROTECCIÓN DE LA PERSONA | FACTORES DE PROTECCIÓN DEL AMBIENTE |
|--|---|
| - Buena salud | - Padres con relación de apego |
| - Inteligencia social (empático, reflexivo y tratable) | - Padres con habilidades de crianza |
| - Autocontrol | - Padres que supervisan |
| - Capacidad de solución de problemas | - Familias que disponen de apoyo social |
| - Perseverante | - Adultos como modelos positivos |
| - Con criterios morales sólidos | - Escuela eficaz |
| - Inteligente (ámbito escolar) | - Amigos prosociales |
| - Emociones positivas: alegría, amor optimismo,... | - Nivel socioeconómico no marginal |
| - Optimismo | |

Fuente: síntesis de las investigaciones de (Lösel y Bender, 2003; Reppucci, Fried y Schmidt, 2002).

Continuando con el enfoque del modelo preventivo, y una vez revisados los conceptos de resiliencia junto con los factores de protección, se puede afirmar que un ambiente familiar adecuado es de gran relevancia a la hora de adoptar patrones de comportamiento disruptivos o antisociales. Contrariamente a las teorías de la socialización

grupales de Judith Harris (1999)⁷, la familia constituye según otros investigadores como David Lykken (2000), un seguro para que los hijos desarrollen patrones de conducta normalizados, para este autor la probabilidad de que los menores generalicen comportamientos antisociales se puede alterar influyendo sobre el modo en que los padres se relacionan, atienden y educan a sus hijos.

Atendiendo a los casos detectados por el Equipo de Alteraciones del Comportamiento, de la Consejería de Educación del Principado de Asturias, una causa muy usual de alteración de conducta se produce como manifestación de patrones de crianza anómalos, actitudes ineficaces de los padres y dificultades con otras figuras de autoridad y compañeros. Algunas experiencias (escuela de padres, orientaciones puntuales a las familias, seguimientos de los estilos educativos paternos,...) dirigidas al entorno de estas personas, con vivencias negativas familiares y sociales, pueden mitigar y detener la escalada hacia conductas oposicionistas y desafiantes graves. Para Hawes y Dadds (2005) una correcta dinámica familiar puede mitigar el desencadenamiento de trastornos del comportamiento, por tanto el objetivo preventivo es proveer a las familias de habilidades más efectivas de crianza, comunicación, resolución de conflictos y control de la ira. Estas nuevas adquisiciones familiares son fundamentales para crear un clima propicio que logre disminuir los patrones de conducta negativos de los menores.

⁷ Véase el punto: *Causas según otros paradigmas en 1.1.3. Etiología de los problemas de conducta.*

Es necesario hacer hincapié en la prevención del consumo de sustancias. Hace tiempo expertos como Scheier y Botvin (1995) ya advirtieron de los riesgos del uso precoz de las drogas, como factor decisivo a la hora de impedir la adquisición de ciertas habilidades relacionadas con el pensamiento crítico o el aprendizaje de estrategias cognitivas. Estas capacidades son consideradas como imprescindibles para alcanzar un grado de madurez normal, por lo cual el consumo de sustancias afectará al desarrollo cognitivo de áreas relacionadas con el ámbito interpersonal e intrapersonal, perjudicando la socialización y la imagen de uno mismo.

También es conveniente recordar que no sólo la familia influye en el devenir de los trastornos del comportamiento, también la escuela puede hacer su contribución. Los sistemas escolares que evitan, en la medida de lo posible, los conflictos y además fomentan la disciplina escolar, son considerados como se ha visto en este apartado un factor de protección. Autores como Gotzens, Castelló, Genovard, y Badía (2003) creen que la figura del docente es clave no sólo para planificar los contenidos y actividades de aprendizaje, sino también para crear un clima de convivencia que rijan el comportamiento del grupo clase. Pero esas actuaciones no deben llevarse a cabo de forma aislada, debe haber una coherencia e implicación de los diferentes profesionales que forman el colectivo escolar. Para Boggino (2007, p. 37) los problemas de conducta originados en los centros deben ser articulados, pensados y resueltos en la propia institución siendo imprescindible que las acciones llevadas a cabo por los diferentes responsables guarden una coherencia o afinidad, el mismo autor dice *“si cada docente pinta con un color diferente, los alumnos terminan rayados”*.

La prevención o los modelos preventivos, pretenden lograr la creación de las condiciones instruccionales, ambientales, sociales y escolares óptimas para el logro de los procesos educativos y el desarrollo normalizado. Como se ha mencionado anteriormente los modelos de intervención más practicados se dirigen a evitar las conductas no deseadas, pero cuando éstas ya se han producido. No obstante hay numerosas investigaciones sobre el tema de la prevención y sobre los indicadores relacionados con los futuros problemas de conducta.

Para concluir este apartado es conveniente recordar que la prevención no garantiza con total seguridad la ausencia de problemas de conducta. Para Rodríguez-Hernández, Santamaría, y Figueroa (2010) no existe la prevención total, hay factores causales que escapan al control de los profesionales por lo que es imposible prevenir todos los trastornos del comportamiento. Para este autor, hay dos medidas que se deben y pueden tomar: por un lado, la atención precoz cuando se perciben los primeros síntomas y por otro la inclusión del sistema familiar y escolar en el tratamiento.

- **Corolario sobre los modelos de intervención**

En la Tabla 1.13 se muestra una síntesis conceptual de los diferentes modelos de intervención. Por otro lado hay que matizar que los nuevos enfoques multidisciplinares o eclécticos (aquellos que se enriquecen adoptando las medidas más apropiadas de cada perspectiva) son los más extendidos encarnando, para autores como Harrington y Maskey (2008), Murphy (2005), Rodríguez-Hernández (2008) y Saus-Cantero (2009), el paradigma de una correcta intervención. Pese a todo, como aseguran Verdejo, Herrero-Navarro, Caravaca, y Escobar-Solano (2008) la mejor actuación o más adecuada desde el punto de

vista de la búsqueda de soluciones y la resolución de los problemas, tiene que adaptarse a cada caso y circunstancia concreta. No existe por tanto una fórmula o procedimiento universal. Las actuaciones específicas y particulares no se dirigen únicamente a la persona en su individualidad sino que también tienen en consideración el contexto o contextos en los que se desarrolla, debiéndose programar actuaciones o intervenciones ajustadas al conjunto de ámbitos que imbuyen la realidad vivencial del menor.

Tabla 1.13.

Resumen de los diferentes modelos de intervención con menores con alteraciones graves de conducta.

| ENFOQUE | ACTUACIONES | CRÍTICAS | VIRTUDES |
|--------------|--|--|---|
| BIOLOGICISTA | <ul style="list-style-type: none"> - Utilización de tecnología para el diagnóstico - Uso de fármacos - Estudio de la patología - Investigación de las causas - Investigación y seguimiento d la evolución | <ul style="list-style-type: none"> - No puede explicar la aparición y desarrollo de muchas patologías psiquiátricas - Da demasiada importancia al factor congénito | <ul style="list-style-type: none"> - Llega de forma eficaz a mucha población - Fácil de aplicar - Libera de culpa al terapeuta o al educador (la responsabilidad es intrínseca al menor) |
| CONDUCTISTA | <ul style="list-style-type: none"> - Provocar un cambio o modificación de conducta mediante técnicas: reforzamiento positivo, reforzamiento encubierto, desensibilización sistemática, moldeamiento, tiempo fuera, sobrecorrección, reforzamiento diferencial de otras conductas, castigo físico o verbal y extinción | <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad de generalizar las conductas cuando se retiran los refuerzos - Desprecia los aspectos congénitos a favor de lo aprendido - En casos extremos, reduce al ser humano a las funciones de una máquina | <ul style="list-style-type: none"> - Es fácil de implementar - Las técnicas son muy conocidas - Es rápida (los resultados se ven casi inmediatamente) |

| ENFOQUE | ACTUACIONES | CRÍTICAS | VIRTUDES |
|----------------------|---|---|---|
| COGNITIVO-CONDUCTUAL | <ul style="list-style-type: none"> - Inciden sobre la terapia familiar - Trabajan la psicoterapia individual - Utilizan la terapia con el grupo de iguales | <ul style="list-style-type: none"> - A largo plazo no siempre logra remitir las manifestaciones conductuales negativas - Da demasiada importancia a las causas y a los tratamientos ambientales | <ul style="list-style-type: none"> - Muy pragmática - Muy centrada en el presente, en el problema y su resolución, obviando los antecedentes - Favorece la cooperación entre el terapeuta y el menor |
| HUMANISTA | <ul style="list-style-type: none"> - Estudia a las personas en su entorno natural - Potencia la comunicación entre todos los miembros del ámbito socio-familiar y no sólo entre el profesor-alumno - Las actuaciones se dirigen al autoconocimiento y reflexión del alumno | <ul style="list-style-type: none"> - Se le tilda de cierta ingenuidad, los casos de alumnos problemáticos deben ser tratados con autoridad y decisión - A veces los alumnos no interpretan las demandas de los educadores, pudiendo ser percibidas como ambiguas, las directrices deben ser concisas y claras | <ul style="list-style-type: none"> - Es antiautoritario - Poco intrusivo (se sitúa en una posición muy distante del conductismo) - Valora y respeta a los menores implicados (los clientes) |

| ENFOQUE | ACTUACIONES | CRÍTICAS | VIRTUDES |
|----------------|---|---|---|
| MULTISISTÉMICO | <ul style="list-style-type: none"> - Incide sobre la mejora de las prácticas educativas y disciplinarias de los padres - Se ocupa de las relaciones del menor (evitar la asociación con iguales conflictivos y potenciar la relación con iguales prosociales) - Mejora del tiempo de ocio (prácticas prosociales) - Se interesa por mejorar los aspectos escolares, influyendo en el rendimiento escolar - Trabaja la motivación - Mejora de la red de apoyo social | <ul style="list-style-type: none"> - Los procesos para que los cambios se perpetúen y generalicen, son lentos - Exige un alto grado de compromiso por parte de todos los implicados | <ul style="list-style-type: none"> - Logra crear una mejora de las relaciones familiares - Reduce la incidencia de delitos - Evita el gasto social de posibles acciones delictivas - Es adaptable a la mayoría de contextos socioculturales - Es muy efectiva en menores con tendencias disociales |
| ECLÉCTICO | <ul style="list-style-type: none"> - Recoge de todos los enfoques, los aspectos más útiles para cada situación concreta | <ul style="list-style-type: none"> - Poca coherencia interna - No hay una línea de intervención uniforme | <ul style="list-style-type: none"> - No está sujeto a ningún planteamiento teórico - Se permite la libertad de escoger la técnica o idea que más se ajuste a la realidad |

| ENFOQUE | ACTUACIONES | CRÍTICAS | VIRTUDES |
|------------|---|--|--|
| PREVENTIVO | <ul style="list-style-type: none"> - Aborda los problemas antes de que ocurran - Actuaciones dirigidas a la detección de los factores de riesgos y a su evitación - Creación de condiciones instruccionales óptimas - Intenta lograr las mejores condiciones familiares y escolares para favorecer el proceso educativo - Pretende crear un entorno social apropiado | <ul style="list-style-type: none"> - Gran inversión inicial - Sensación de derroche de recursos, se logre o no el objetivo - Es difícil de financiar porque los problemas aun no se han materializado - Es necesario la realización de un screening para detectar los posibles casos | <ul style="list-style-type: none"> - Es el método más “aséptico” ya que los trastornos no se llegan a producir - Reduce el número de casos con alteraciones graves de la conducta - Evita sufrimientos innecesarios |

Fuente: síntesis del autor a partir de las fuentes citadas en el anterior apartado 1.1.6. Modelos de intervención utilizados con los problemas de comportamiento.

La diversidad de terapias o tratamientos en base a los paradigmas antes vistos, se ajustan a cada trastorno siendo habitual intervenir siguiendo unas mismas pautas o modelos, de tal forma que, para las cuatro alteraciones sobre las cuales se hace más hincapié en esta investigación (TDAH, TND, TD y RML), los procedimientos de intervención más usuales son:

- TDAH: algunos estudios clínicos ratifican que los tratamientos neurofarmacológicos obtienen resultados positivos en más de un 75% de los casos. Estos tratamientos persiguen mejorar los impulsos nerviosos en

determinados circuitos frontoestriados (los que se conectan con todas las zonas corticales, aportando información sensitiva necesaria en todo momento para la toma de decisiones), que mediados por la dopamina o por la noradrenalina, tienen un funcionamiento anómalo (Díaz-Atienza, 2006). No obstante aunque son numerosas las investigaciones que apuestan con especial énfasis por los tratamientos farmacológicos (González, Cardó y Servera, 2006; Peña y Velasquez, 2005) no son pocas las terapias que se inclinan por tratamientos de tipo cognitivo-conductual o multimodal (Calderón, 2005; Vidal-Estrada et al., 2012). Por tanto, las actuaciones con personas afectadas de TDAH no sólo se centran en el ámbito clínico-farmacológico, sino que son complementadas con intervenciones psicológicas y pedagógicas, normalmente cognitivas conductuales. El tratamiento psico-pedagógico de los menores con TDAH comienza por el entrenamiento en habilidades sociales (asertividad, pensamientos y creencias, comunicación verbal y no verbal, hacer y rechazar peticiones, resolución de conflictos, manejar la ira, ansiedad...), medidas sociales protectoras y el refuerzo del aprendizaje escolar; ya sea con ACI's o con clases de apoyo o refuerzo educativo. Esta metodología requiere según (Gutiérrez et al., 2008) de la sensibilización y formación de equipos multidisciplinares, formados tanto por personal sanitario como por profesores y familia. Una investigación llevada a cabo por (Siegenthaler-Hierro, Presentación-Herrero, Colomer-Diago y Miranda-Casas, 2013) sobre la eficacia de los programas de intervención con menores con TDAH reveló la idoneidad del uso de terapias de entrenamiento con padres, aplicadas de forma aislada o combinada con intervenciones en la escuela o con otros niños de su entorno. Es

pertinente indicar que los anteriores tratamientos, en especial los farmacológicos, buscan sobre todo el control de los impulsos que llevan a la persona con TDAH a deambular sin control en cualquier dirección, especialmente hacia objetos que le despierten interés en ese momento. Cuando nosotros nos distraemos podemos detenernos a pensar sobre -¿qué estoy haciendo?-, sin embargo en una persona con TDAH su pensamiento está más ligado a lo inmediato a algo parecido a -esto me gusta, pues lo quiero...-. Los principales fármacos utilizados en el TDAH en España son los que actúan en las vías dopaminérgicas como el metilfenidato y la atomoxetina (Gangoso, Martínez y Montañés, 2009). Los principios psicoestimulantes utilizados en el TDAH tienen un efecto paradójico puesto que disminuye la hiperactividad y permite focalizar y mantener la atención sin crear tolerancia. Al contrario de lo que cabría pensar estas sustancias en vez de incrementar la actividad del menor, la rebaja y controla, logrando que éste mantenga unos niveles de atención mayores (Castells et al., 2004). En la Tabla 1.14 se indican las terapias utilizadas con el TDAH según su grado de eficacia.

Tabla 1.14.
Clasificación de los tratamientos del TDAH según su eficacia.

| TRATAMIENTOS | TIPO 1 Eficaz | TIPO 2 Probable | TIPO 3 Experimental |
|---|------------------|--------------------|------------------------|
| Terapia combinada | ✘ | | |
| Terapia cognitivo-conductual | | ✘ | |
| Psicoestimulantes | | ✘ | |
| Programas orientados para padres y profesores | | | ✘ |

Fuente: (Pérez-Alvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez y Amigo, 2003)

En esta última década los tratamientos convergen en la necesidad de abordar el trastorno a través de intervenciones más comprensivas. Por ejemplo, Miranda-Casas y Soriano-Ferrer (2010) han realizado un estudio sobre las diferentes actuaciones terapéuticas concluyendo que la tendencia actual se orienta hacia modelos multidimensionales donde se combinan aquellos procedimientos que han demostrado su eficacia de forma aislada. Un aspecto a tener en cuenta cuando se trabaja con jóvenes o adolescentes con TDAH, es la dificultad de aplicar tratamientos o elaborar pronósticos, cuando éstos van ligados al consumo de sustancias. Las investigaciones sobre este aspecto relacionan el consumo de drogas, sobre todo el cannabis, con la gravedad y aumento de las alteraciones conductuales en el tratamiento de los adolescentes con TDAH (Ochoa-Mangado et al., 2010). Los profesionales clínicos advierten sistemáticamente de la necesidad

de extremar el seguimiento y cuidado para evitar los consumos continuados de cualquier droga.

- TDN: los tratamientos aplicados a los menores con TND son muy variados, por citar algunos: se pueden encontrar investigaciones como la de (Karver y Caporino, 2010) que se inclinan hacia intervenciones del tipo cognitivo-conductual, otros utilizan terapias como la dialéctica comportamental, respaldada por (Marco, García-Palacios y Botella, 2013) y dirigida a la mejora de la impulsividad, regulación afectiva y estado de ánimo, más terapias que han demostrado ser eficaces para los menores con TND, es la *parent-child interaction therapy* (PCIT) que integra la terapia de juego tradicional y los métodos clásicos operantes defendida por Ferro, Vives y Ascanio (2010). A tenor de la heterogeneidad de tratamientos vistos, se puede barruntar la idoneidad de intervenciones multimodales, con la participación de enfoques psicoterapéuticos individuales, socioterapia, trabajo con familias, y también farmacológico como sostienen investigadores como Steiner y Remsing (2007). Si recordamos las diferencias porcentuales marcadas por el género, también se debe tener presente que esta diferencia, confiere unas peculiaridades concretas en cuanto a la presentación del cuadro clínico, por lo que algunos expertos sugieren tratamientos diferenciados para los TND en función de este aspecto, tanto para la identificación, como para un correcto y eficaz proceso terapéutico (Trepát y Ezpeleta, 2011). Como se indicó anteriormente, tampoco se puede olvidar que como complemento a las intervenciones anteriores, se usa el apoyo farmacológico. Algunas investigaciones

han comprobado la idoneidad de antipsicóticos atípicos como la *Olanzapina*, utilizado para el tratamiento de la esquizofrenia o algún otro trastorno de agresividad patológica (Shawn y Shawn, 2003), otras en cambio observaron mejoras significativas después del tratamiento con *Risperidona* (Ercan et al., 2003). Sea como fuere, los especialistas clínicos coinciden en que la terapia farmacológica no es la única vía para la resolución del problema, aunque sí puede mitigar síntomas o trastornos presentes en la persona afectada que dificultan la intervención psicopedagógica.

- TD: Perisse, Gerardín, Cohen, Flament y Mazet sostienen que la eficacia farmacológica en el tratamiento de los Trastorno del Comportamiento (TC) no es total, por lo que los tratamientos efectivos requieren de un enfoque multimodal e individualizado a las condiciones ambientales de cada persona. Esta terapia requiere por tanto de una cuidadosa evaluación psicopatológica del menor y de su contexto para poder abordar cada caso de una forma particular (2006). La terapia multisistémica es uno de los tratamientos más utilizados en el TD y pretende identificar los problemas de los menores y su familia dentro del entorno natural donde se encuentran, persiguiendo el objetivo de orientar y dotar a los padres de herramientas y habilidades para lograr resolver problemas familiares, estableciendo un estilo educativo correcto. Para lograr este ambicioso objetivo la terapia multisistémica utiliza diferentes estrategias como la intervención directa con el menor y/o con las familias pero sin desdeñar otros procedimientos de actuación, incluidas las terapias farmacológicas. Para algunos autores como

Francisco Peña (2003), ningún tratamiento individual ha servido para la reducción de los síntomas disociales a largo plazo, por lo tanto los tratamientos deben dirigirse a la realidad global del menor, involucrando a todo el ambiente que lo rodea: personal, familiar y contextual o ecológico. Este tipo de terapias exigen una alta participación de los padres y un seguimiento del proceso por parte de equipos interdisciplinarios (pedagogos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.). No obstante, para investigadores como (Pozueco, 2010) los tratamientos aplicados a personas que manifiestan estos perfiles antisociales son poco efectivos, incluso hay ocasiones en las que sirviéndose de los mismos, los menores pueden llegar a desarrollar estrategias para manipular y engañar a los demás. Por ello el pronóstico del TD es controvertido, algunos investigadores como Hare (2003) advierten de que ciertas conductas relacionadas con los trastornos disociales no desaparecen nunca, aunque a partir de los cuarenta años tienden a remitir, como afirma el anterior autor probablemente porque estas personas desarrollan la capacidad de satisfacer sus necesidades de manera menos antisocial. En la misma línea, y refiriéndose al mismo colectivo Garrido-Genovés (2001) declara que aunque efectivamente sea difícil modificar la forma de ser y actuar de estos jóvenes, los tratamientos precoces sí pueden evitar que de mayores se conviertan en personas peligrosas para la sociedad.

- RML: la intervención con el RM se aborda desde varios frentes, uno de ellos son las terapias encaminadas a la adquisición de habilidades sociales y emocionales, cuyo objetivo final es el logro de su independencia, otros son los aprendizajes

escolares adaptados, dirigidos al desarrollo de las capacidades del alumno con problemas de aprendizaje (referidos tanto a los problemas de lectura, escritura y ritmo de adquisición de los contenidos), y por último al tratamiento de los trastornos comórbidos, ya sea mediante la administración de fármacos u otros tratamientos psicopedagógicos (APA, 2002). El abordaje farmacológico del RM, como antes se hacía alusión, incide en la mejora de los síntomas conductuales y neurológicos que suelen dificultar la adaptación escolar, familiar y laboral. Se tratan aquellos trastornos asociados como por ejemplo el autismo y el TDAH o también aquellos síndromes genéticos que cursan de forma asociada con el retraso, y que están vinculados con expresiones conductuales desajustadas (Artigas-Pallarés, 2006).

1.2 Alteraciones del comportamiento en el contexto asturiano

Teniendo presente las puntualizaciones de apartados anteriores⁸, se puede afirmar que las alteraciones de conducta son tratadas desde diferentes ópticas y esas divergencias se justifican, como se deriva de las perspectivas antes mencionadas, según la comunidad científica a la que el investigador se adhiera.

También hay que señalar que existe una dificultad alta a la hora de diagnosticar a los menores; algunos trastornos de conducta pueden ser expresión de otros trastornos

⁸ Véase en concreto el punto 1.1.1. *Delimitación del concepto de alteraciones graves del comportamiento.*

psiquiátricos como la esquizofrenia (Mardomingo-Sanz, 2004), en ocasiones las conductas de la persona pasan desapercibidas, y por tanto son ignoradas por las autoridades educativas; en otras situaciones hay indiferencia o incluso oposición familiar para que las alteraciones sean tratadas (sobre todo entre diversas etnias, como por ejemplo la gitana); y otras veces son las propias características de la persona las que constituyen el escollo (dificultad en el diagnóstico por confluencia de variables ambientales, trastornos múltiples asociados, rechazo de ayuda, etc.).

Por todo lo anterior resulta muy difícil cuantificar exactamente la población afectada con problemas de conducta de una forma global. Para simplificar la realidad, se centra el estudio en los casos de alteraciones del comportamiento de los alumnos que cursan la ESO en el contexto asturiano. Si se tiene en cuenta la prevalencia de los trastornos del comportamiento en la población adolescente, que según algunos estudios se estima en el 22,6% (21% para chicas y 24,2% para chicos) (Alda et al., 2009) o valores del 19,1% (Merikangas et al., 2010), y si extrapolamos esos resultados a la población asturiana que cursa la secundaria, que según las estadísticas del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD) es de 33.529 alumnos (población media de alumnos matriculados entre los cursos 2002 a 2012), se podría presumir que la población susceptible de algún problema de conducta superaría holgadamente los seis mil alumnos.

Una investigación sobre la prevalencia de los problemas conductuales y emocionales en adolescentes asturianos de entre 11 y 18 años (Lemos-Giraldez, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992), evidenció que una vez realizada la comparación transcultural entre estos

jóvenes asturianos y sus homólogos europeos o americanos, los primeros presentaban puntuaciones más altas en conductas problema.

En términos generales los responsables educativos del Principado de Asturias, suelen encontrarse un número relativamente reducido de categorías diagnósticas relativas a las alteraciones graves de la conducta. Este hecho ha quedado constatado atendiendo a los datos de la Consejería del Educación que se muestran en la Figura 1.5 y que coinciden con los casos tratados por el Equipo de Alteraciones del Comportamiento (EAC, 2013).

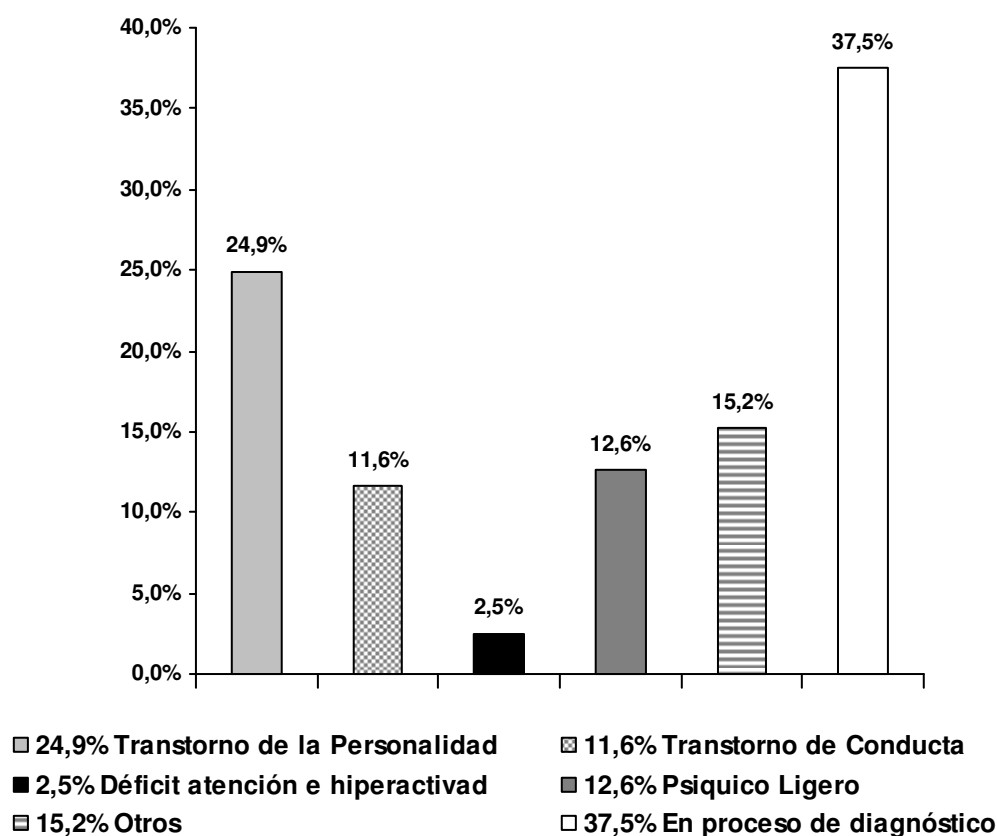


Figura 1.5. Trastornos diagnosticados por EAC durante los cursos 2002-2012. Fuente: datos de la Consejería de Educación del Principado de Asturias 2013.

La anterior clasificación utilizada por este EAC se refiere a varias categorías diagnósticas empleadas, a efectos prácticos por este Equipo, para organizar los diferentes casos relacionados con los problemas de conducta. La barra denominada trastorno de la personalidad 24,9%, hace referencia a un conjunto de desórdenes de la personalidad definidos de forma genérica. Estos pueden ser de diversa naturaleza, por citar algunos: trastorno esquizoide, trastorno paranoide, TD, trastorno antisocial, trastorno histriónico, trastorno narcisista, trastorno obsesivo-compulsivo, TND, etc. Otro 15,2%, alude al conjunto de problemas de conducta derivados de causas de diferente naturaleza, como por ejemplo: trastornos visuales, auditivos, motóricos, etc. Normalmente, los trastornos de la personalidad de los alumnos tratados por el citado Equipo son generalmente del tipo TDN y TD. Además según se percibe a partir de los datos del EAC, estos casos junto con los trastornos del comportamiento inducidos por un TDAH 2,5% o RML 12,6%, son los que más esfuerzo, tiempo y gasto en recursos humanos consumen, en la Comunidad Asturiana.

No hay razón para pensar que las anteriores cifras, dentro del contexto asturiano, difieran en exceso de las estimaciones realizadas por otros profesionales fuera del Principado de Asturias. Como se pudo comprobar en otros capítulos⁹ los resultados guardan coherencia con otras investigaciones sobre el grado de prevalencia. No obstante, si tenemos en cuenta los porcentajes del DSM respecto de las alteraciones tratadas, y las trasladamos a la realidad asturiana para el mismo rango de edad los datos para los diferentes trastornos serían los mostrados en la Tabla 1.15.

Tabla 1.15.

Estimación de la prevalencia para los cuatro trastornos, en la población escolar Asturiana de entre 6 a 12 años.

| | TDAH | TND | TD | RML |
|-------------|-------|-------|-------|-----|
| Prevalencia | 5% | 6%* | 6%** | 1% |
| Escolares | 2.390 | 2.868 | 2.868 | 478 |

Fuente: (APA, 2013) *Se usa la media de los valores mínimo y máximo 1% y 11%. **Se usa la media de los valores mínimo y máximo 2% y 10%. Los cálculos son realizados a partir de los 47.799 escolares asturianos existentes durante el curso 2011-2012 (MECD, 2012).

1.2.1 Respuesta institucional a nivel autonómico

En la actualidad desde el ámbito educativo asturiano, como desde otras comunidades donde existen problemas de este género, se producen grandes dificultades para dar una respuesta adaptada a las características de estos alumnos. Estas situaciones provocan graves conflictos a la hora de tomar decisiones a los Equipos Directivos y a la Inspección Educativa. Algunos de los problemas más habituales en el contexto escolar asturiano que han sido detectados por los servicios educativos son:

- Abandono escolar a edades prematuras.
- Situaciones de marginalidad con graves consecuencias personales, familiares, escolares y sociales.

⁹ Ver apartado 1.1.4. Prevalencia de las alteraciones graves del comportamiento.

- Conductas disruptivas que alteran la dinámica escolar, y en general el correcto funcionamiento de los centros.
- Problemas legales en centros y familias referidos a situaciones en las que la legislación, obliga a cumplir ciertas condiciones que son rechazadas por el menor. Estas situaciones pueden generar conflictos tan graves que llegan a constituir en casos extremos, faltas que son derivadas a la competencia judicial.
- Consumos de alcohol y/o drogas de otra índole.
- Situaciones de abusos o acoso escolar a compañeros.
- Faltas graves al personal de los centros educativos.

La Administración Regional, ha puesto en marcha medidas para solucionar los problemas del alumnado con alteraciones de la conducta. Si bien se ha contribuido a su solución, el problema aún no ha sido resuelto en su totalidad. Algunos ejemplos de acciones llevadas a cabo en los últimos años incluyen tanto ayudas de tipo curricular, como otras más específicas del problema en cuestión. No obstante todas están orientadas a que el menor supere tanto sus problemas comportamentales como los objetivos de la ESO. Las medidas enfocadas al plano académico son:

- El apoyo en grupo ordinario de la ESO: esta medida consiste en realizar un apoyo transitorio, individual o en pequeño grupo, para reforzar los aprendizajes básicos.

Es realizado generalmente dentro del aula ordinaria y en las materias instrumentales.

- El agrupamiento por ámbitos del primer y segundo curso de la ESO: es la agrupación de las materias por ámbitos de forma que un mismo profesor imparta más de una materia del mismo ámbito. Se respetan los objetivos, contenidos y criterios de evaluación de todas las materias que lo integran. La finalidad es favorecer el proceso educativo del alumno.
- El agrupamiento flexible: permite al profesorado de la ESO reagrupar al alumnado para la realización de diferentes actividades de aprendizaje. La finalidad que persigue es facilitar el desarrollo simultáneo de diferentes actividades ajustadas a los distintos ritmos de aprendizaje de los menores.
- Plan específico para el alumnado que no promociona de curso en la ESO: es un conjunto de actuaciones dirigidas a la superación de las dificultades detectadas en cursos anteriores.
- Programa de Refuerzo, Orientación y Apoyo (PROA), en centros de la ESO: es una acción encaminada a la mejora de los resultados educativos de determinados alumnos, promoviendo la mejora en la organización y funcionamiento de los centros.
- Apoyo especializado en la ESO: mediante grupos reducidos dentro o fuera del aula ordinaria, se refuerzan y potencian los aprendizajes instrumentales.

- Adaptación curricular de tipo significativo en la ESO: es la eliminación de contenidos esenciales y/o objetivos generales de la etapa considerados como básicos, así como sus respectivos criterios de evaluación. Su finalidad es dar respuesta a las necesidades de ciertos alumnos que no pueden adaptarse al currículum ordinario
- Flexibilización del periodo de escolarización para los alumnos con NEE: es la prolongación un curso más, de la escolarización del alumnado considerado de necesidades educativas en la enseñanza secundaria. El objetivo es favorecer la obtención del Título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria.

Aunque las anteriores medidas no son exclusivas de los alumnos que presentan problemas conductuales, la mayoría de los mismos se beneficia de ellas (hay que recordar que gran parte, tiene dificultades para superar la ESO). Otras medidas tomadas por la Administración Educativa del Principado conciernen de forma exclusiva a las alteraciones graves del comportamiento, éstas fueron específicamente desplegadas para solventar estos inconvenientes, siendo algunas de ellas:

- La creación en el año 2001 del Equipo Específico de las Alteraciones del Comportamiento del Principado de Asturias para tratar el problema de los menores altamente disruptivos en el Principado. Este aspecto se explicará con más detalle en este mismo apartado.

- El Programa Trampolín para alumnos con trastornos graves de la conducta en la ESO: se trata de un Programa creado en 2006, para alumnos con trastornos graves de conducta, que combina la escolarización en el centro ordinario con la escolarización en este Programa. Es una medida educativa y específica que se aplica cuando se han agotado todas las intervenciones previas de atención a la diversidad propuestas por la Administración Educativa, y además éstas se han mostrado ineficaces para lograr la adaptación escolar del alumno.
- La elaboración del Decreto 249/2007, de 26 septiembre de 2007, por el que se regulan los derechos y deberes del alumnado y normas de convivencia en los centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos del Principado de Asturias.
- La publicación periódica de: recomendaciones, artículos, notas y materiales que hacen referencia a la temática de la convivencia en los centros educativos de Asturias. Todos ellos ubicados en la página web oficial de la Consejería de Educación: (<http://www.educastur.es/>).
- La creación de una guía de supervisión de las relaciones de convivencia y disciplina en los centros (Alonso-Megido y Alonso-Ponga, 2008).
- La publicación en 2011 de un material diseñado para dar respuesta educativa a las alteraciones del comportamiento observadas en el contexto educativo actual. El trabajo consta de seis libros y un disco compacto que clarifica y propone formas de actuar frente a este tipo de problemas (Camarero et al., 2011).

Una de las medidas más enérgicas tomadas en el ámbito regional, fue la constitución del EAC. Este Grupo interdisciplinar lo forman un conjunto de profesionales, cuyas especialidades pertenecen principalmente al ámbito de la psicología y la pedagogía. Se puso en marcha durante el curso académico 2001/2002, y su finalidad ha sido y es, atender de forma específica y adecuada a todos aquellos alumnos que presentan graves alteraciones del comportamiento en Asturias. La presencia de este colectivo de alumnos con problemas en las áreas social, familiar y sobre todo escolar, fue el desencadenante que llevó a la formación del EAC. Este Equipo ha atendido de forma general a todos los menores que han demandado ayuda a través del sistema educativo, siendo esta petición realizada por los Equipos Directivos, Departamentos de Orientación o Inspección Educativa a través de la Consejería de Educación. El trabajo del EAC con estos alumnos puede diferenciarse en dos modalidades de intervención:

1. Intervenciones transversales: ocupándose puntualmente de aquellos menores que en algún momento necesitan o necesitaron ayuda a través del diagnóstico o valoración de la situación y la atención directa.
2. Intervenciones longitudinales: realizando el tratamiento y seguimiento activo por parte del EAC de aquellos casos más graves, que en la mayoría de los casos se extiende durante varios cursos y concluye cuando finaliza la edad de escolarización.

Por proceder a través de estas dos modalidades, sobre todo en los casos en los que se producen intervenciones esporádicas u ocasionales, resulta difícil cuantificar las actuaciones

realizadas por el EAC, no obstante aquellos alumnos considerados más graves a causa de sus problemáticas ambientales o sus patologías psiquiátricas o por ambos motivos, fueron tratados y documentados con especial énfasis. Estos casos más duros a los que se hace referencia se contabilizaron en un número de 277, todos ellos tratados durante los cursos 2002 a 2012 y correspondientes a las tres áreas o zonas en las que se divide geográficamente el Principado de Asturias: oriental, central y occidental (ver Figura 1.6).

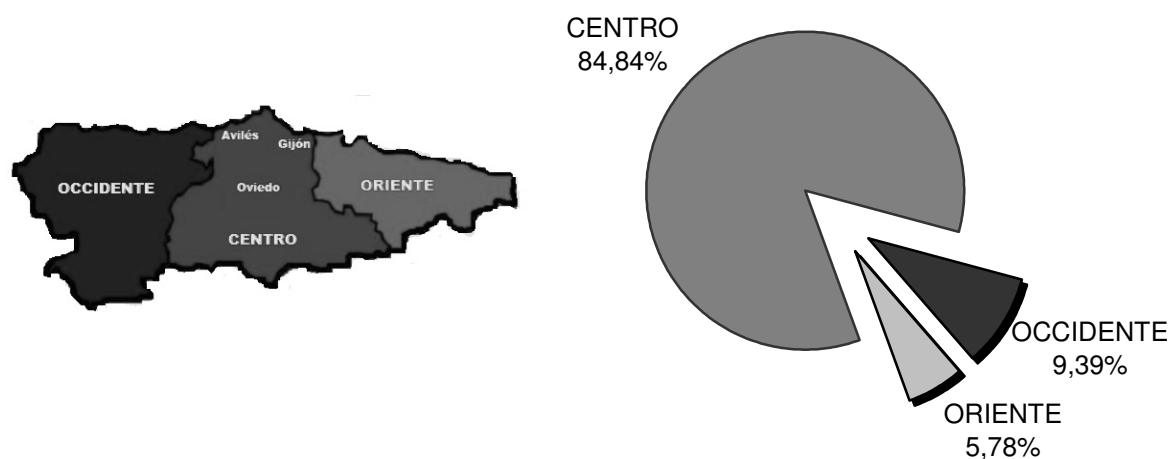


Figura 1.6. Porcentaje de casos más graves de conducta tratados por el EAC en las tres principales zonas de Asturias durante los cursos 2002-2012. Fuente: EAC de la Consejería de Educación del Principado de Asturias 2012.

Como se puede comprobar en la Figura anterior, el porcentaje de casos tratados se concentra en la zona de mayor densidad de población (correspondiente a la parte central asturiana) en la siguiente Figura 1.7, se detalla esta misma área que es donde se aglutina la mayor parte de las actuaciones del EAC.

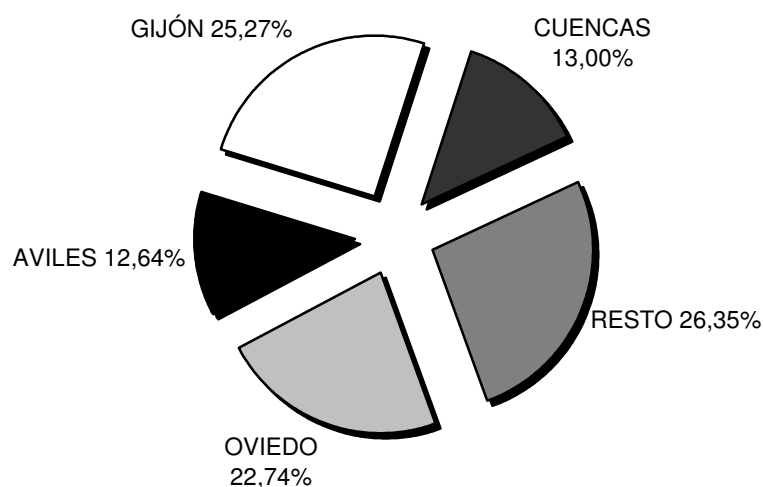


Figura 1.7. Detalle de los casos tratados por el EAC en la zona centro del Principado de Asturias durante los cursos 2002-2012. Fuente: EAC de la Consejería de Educación del Principado de Asturias 2012.

Los anteriores porcentajes se corresponden con los casos tratados por el EAC en la zona Centro de Asturias. El tamaño de los sectores coincide con las zonas de mayor densidad de población. El polígono Oviedo, Gijón, Avilés y Cuencas constituye la zona con más casos tratados 82,84%, esta concentración de intervenciones confirma los estudios que vinculan la urbanicidad como factor de riesgo relacionado con la proliferación de problemas que afectan a la esfera del comportamiento (esquizofrenia, consumos de drogas, problemas psicóticos, alteraciones cognitivas, etc.) como confirman las investigaciones de Fonseca-Pedrero et al. (2011), Fonseca-Pedrero, Paino, y Fraguas (2013), Obiols, Barragán, Vivens, y Navarro (2008) y Ramos-Atance (2007), entre otros.

En la Figura 1.8 se muestra la población total de las tres principales ciudades asturianas y de sus aglomeraciones periféricas, la Cuenca asturiana y las zonas dispersas

tanto del oriente como de occidente agrupadas en la barra “resto”. Los valores reflejados que acompañan al nombre de los núcleos de población se refieren al porcentaje de habitantes de entre 7 a 16 años (rango de población con la que trabajó el EAC y Trampolín durante el periodo 2002/2012).

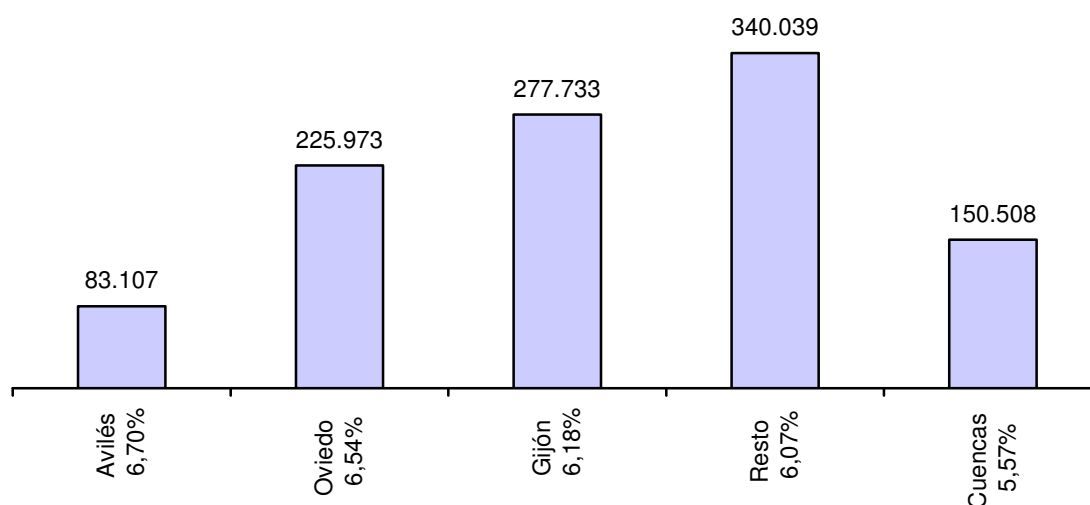


Figura 1.8. Demografía de las áreas o núcleos de población asturiana y porcentaje de menores que habitan en cada una de ellas con edades comprendidas entre los 7 a 16 años. Fuente: INE (2012a), EAC de la Consejería de Educación del Principado de Asturias 2012.

En la Figura se puede observar como el porcentaje de población de entre 7 a 16 años es sensiblemente menor en las Cuencas, mientras que Avilés y Oviedo albergan las tasas más altas de este rango de edad seguidas muy de cerca por Gijón. También es apreciable la despoblación de la zona oriental y occidental de Asturias en comparación con la zona centro. Complementando la información anterior, la Figura 1.9 muestra el número de casos por cada mil habitantes de entre 7 a 16 años, atendido por el EAC en cada una de las zonas antes mencionadas. Hay que advertir que los datos son aproximados ya que la estimación de la

población se ha realizado en 2012 mientras que la trayectoria del Equipo de Alteraciones de la Conducta comienza en 2002, no obstante y a tenor de la evolución demográfica asturiana este inconveniente no interfiere significativamente en la valoración que se desea mostrar.

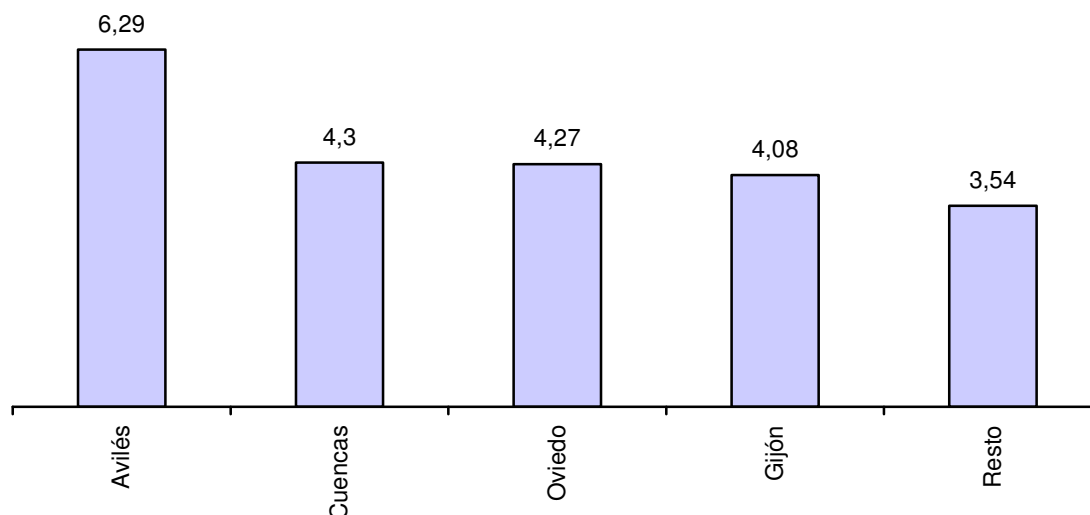


Figura 1.9. Número de casos tratados por el EAC por cada mil habitantes, de entre 7 a 12 años, en las diferentes áreas demográficas asturianas. Fuente: INE (2012a), EAC de la Consejería de Educación del Principado de Asturias 2012.

La información mostrada corrobora, como se ha visto anteriormente, la urbanicidad como factor de riesgo asociado a la aparición de problemas graves de conducta. En la zona centro se condensan las intervenciones, en comparación con el resto de localidades asturianas que se corresponden con áreas rurales o de baja densidad de población pertenecientes tanto al oriente como al occidente del Principado de Asturias. Los principales núcleos de población comparten valores similares a excepción de Avilés que sobresale significativamente en número de casos.

Con anterioridad se ha mencionado que la edad de los menores atendidos en el momento de producirse la primera intervención del EAC, durante el periodo 2002 a 2012, osciló por norma general entre los 7 a 16 años. Hay que recordar que cumplidos los 16 años el sistema educativo no tiene obligación de continuar con la escolarización obligatoria, por lo que a partir de esta edad la Administración Educativa del Principado, pese a que continúa con su compromiso de ofertar sus servicios educativos, en lo referente a las alteraciones graves de la conducta confía a otras instancias la responsabilidad de tratarlas (principalmente a los Ayuntamientos, a la Consejería de Sanidad o a la de Bienestar Social y Vivienda). El número de alumnos y el porcentaje de los mismos en los que estuvieron matriculados los alumnos durante la actuación inicial del Equipo, son mostrados a continuación en la Figura 1.10.

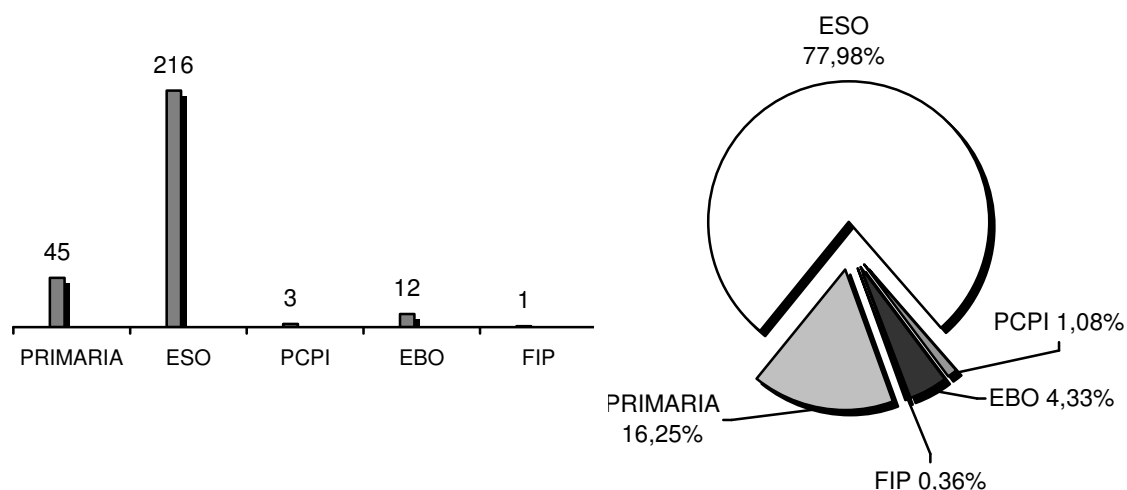


Figura 1.10. Casos atendidos por el EAC según el curso de referencia durante el periodo 2002-2012. Fuente: datos del EAC de la Consejería de Educación del Principado de Asturias. Número y porcentaje de casos en los que se hallaban escolarizados los alumnos de entre 7 a 16 años con alteraciones muy graves de la conducta, en el momento de producirse la primera intervención del EAC durante el periodo 2002/2012. ESO (Enseñanza Educativa Obligatoria), PCPI (Programas de Capacitación Profesional Inicial), EBO (Enseñanza Básica Obligatoria), FIP (Formación e Inserción Profesional).

En la Figura 1.10 se puede comprobar que en el periodo de la Enseñanza Secundaria es donde se producen más casos, seguidos de Primaria y la (EBO). Por aglutinarse el grueso de las actuaciones del EAC en las Etapas de Primaria y Secundaria se detallan en la Figura 1.11 los cursos en los que se encontraban los menores en el momento de ser asistidos por los profesionales del Equipo de la Consejería.

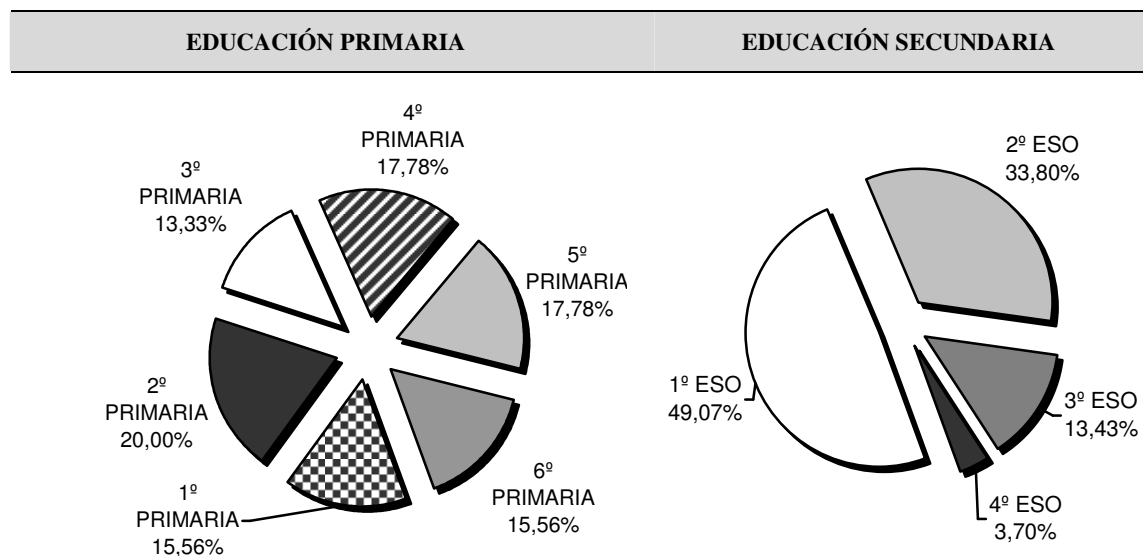


Figura 1.11. Cursos en los que se encontraban los alumnos con graves alteraciones de la conducta en el momento de la intervención del EAC durante el periodo 2002-2012. Fuente: EAC de la Consejería de Educación del Principado de Asturias 2012.

Como se puede confirmar con la información aportada, los alumnos con graves problemas de comportamiento comienzan a exhibir sus conductas de forma precoz, estos comportamientos comienzan a ser extremadamente molestos en los primeros años de la Educación Primaria cuando los alumnos cuentan con 7 u 8 años, los porcentajes se mantienen aproximadamente estables durante toda la Etapa pero es cuando llegan a la ESO cuando se produce un salto tanto cualitativo como cuantitativo en la gravedad y número de alteraciones de las conductas, coincidiendo con el periodo de afloramiento de la adolescencia (con 12 ó 13 años durante los cursos de Primero y Segundo de la ESO).

Los trastornos más habituales atendidos por el EAC fueron los trastornos de la personalidad que incluyen: el trastorno paranoíde, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite de la personalidad, histriónico, narcisista, fóbico o evitativo, de personalidad dependiente y obsesivo-compulsivo. Otro modelo frecuente al que se enfrenta el EAC son los trastornos de conducta referidos a aquellos problemas emocionales y comportamentales que se producen en los menores e involucran con frecuencia a comportamientos impulsivos, desafiantes, consumos y/o actividades delictivas. También es habitual encontrar retrasos mentales ligeros o siguiendo la nomenclatura del DSM-5 Trastornos del Desarrollo Intelectual leves. El TDAH aunque figura porcentualmente con unos valores bajos, normalmente se presenta de forma comórbida a otros trastornos relacionados. En la Figura 1.12 se muestran, de forma porcentual, los trastornos tratados por el EAC durante el periodo 2002/2012, éstos se corresponden con los casos más graves atendidos con especial intensidad, no estando incluidos aquellos que necesitaron de intervenciones puntuales o esporádicas propias de situaciones transitorias o de menor trascendencia. También hay que añadir que la concurrencia o comorbilidad entre los trastornos no es inusual, un 4,2% de los menores aludidos en la siguiente figura presentan asociados otros trastornos.

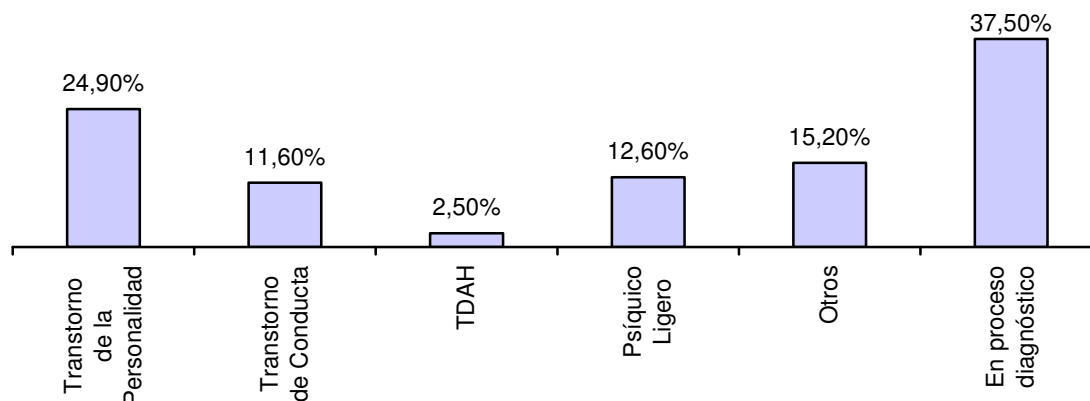


Figura 1.12. Trastornos más comunes atendidos por el EAC durante el periodo 2002-2012
Fuente: EAC de la Consejería de Educación del Principado de Asturias 2012.

La Figura 1.13 muestra la diferencia entre el número de varones y mujeres de entre 7 a 16 años que fueron asistidos por el EAC. Los datos presentados se corresponden con el consenso abrumador sobre cómo el sexo masculino es un factor de riesgo en cuanto a la aparición de trastornos graves de la conducta, autores como Blázquez et al. (2005), Dalla y Shors (2009), Emberley y Pelegrina (2011), Eme (2007), Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, y Muñiz (2011), Goos, Ezzatian, y Schachar (2007), Mandy, Skuse, Steer, Pourcain, y Bonamy R (2013), Moreira, Sánchez, y Mirón (2010) y Trepát y Ezpeleta (2011), por nombrar algunos, coinciden con esta afirmación. Además este hecho responde, sintetizando esos estudios, a la confluencia de múltiples factores: diferencias biológicas¹⁰,

¹⁰ Véase apartado 1.1.3. *Explicaciones etiológicas de los problemas de conducta.*

diferencias en los estilos educativos (como la inhibición o incitación a manifestar conductas consideradas como del otro sexo como llorar o pegar), y/o a estereotipos culturales.

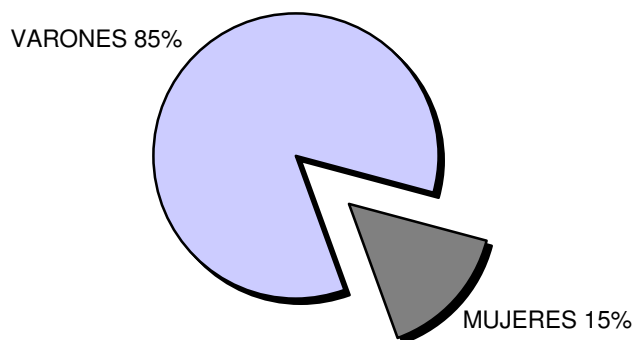


Figura 1.13 Diferencias porcentuales entre géneros, de los alumnos con graves alteraciones de conducta tratados por el EAC durante el periodo 2002/2012. Fuente: EAC de la Consejería de Educación del Principado de Asturias 2012.

1.3 Modelo de intervención en el contexto asturiano: el Programa Trampolín

En el siguiente apartado se describe el funcionamiento del Programa Trampolín, iniciativa dirigida al tratamiento de alumnos adolescentes con graves problemas de la conducta en el contexto asturiano. El conocimiento de los planteamientos metodológicos, las secuencias de intervención y la fundamentación teórica de Trampolín resultan necesarios para comprender la naturaleza del Programa. Además se argumenta o justifica cómo las acciones, se sustentan en unas teorías concretas que van desde el campo del conductismo a las teorías

multisistémicas, sin olvidar –por supuesto- otras. Todo este cuerpo teórico hace que el Programa Trampolín sea una propuesta de intervención socioeducativa avanzada abierta y dinámica, que destaca por utilizar o rescatar, tanto los métodos pedagógicos tradicionales, como las nuevas corrientes educativas. A continuación se detalla brevemente la estructura y funcionamiento del Programa.

1.3.1 Objetivos de Trampolín

Para comprender las intenciones o propósitos de Trampolín se deben tener presentes los fines que se persiguen, para ello se detallan en la Tabla 1.16 los objetivos del Programa. Para alcanzarlos, se articulan medidas, acciones u objetivos operativos que se desarrollan y concretan a su vez en objetivos específicos.

Los responsables del Programa inciden en la importancia de recordar que, aunque de forma general el deseo último es la normalización total del menor, se deben delinear metas sensatas y realistas. Hay que tener muy presente el tipo y gravedad de la alteraciones del comportamiento que presentan los menores para definir unos objetivos factibles. Si bien es cierto que en la mayoría de las ocasiones se producen mejoras comportamentales tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, hay ocasiones en la que algunos de estos alumnos no llegan a lograr el nivel del estándar socialmente aceptado. Pese a este inconveniente, hay que proceder a evaluar al alumno de forma ideográfica, evitando la asunción de criterios normalizados difícilmente plausibles.

Tabla 1.16.
Objetivos del Programa Trampolín

| OBJETIVOS GENERALES | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | OBJETIVOS OPERATIVOS |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Reducir la incidencia de factores de riesgo asociados con alteraciones del comportamiento | <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar programas específicos que permitan la coordinación y colaboración de los distintos agentes educativos y sociales implicados | <ul style="list-style-type: none"> - Coordinar las actuaciones que se realizan desde los distintos servicios implicados (Consejería de Educación, Servicios Sociales, Sanidad, Ayuntamiento, etc.) - Promover la colaboración con otras instituciones sociales y sanitarias que completen la acción educativa en entornos alternativos al marco escolar ordinario - Facilitar el acceso a los recursos de la red social que puedan aportar mejoras a la situación del chico, asociaciones de tiempo libre, centros de día... |
| <ul style="list-style-type: none"> - Procurar que los agentes primarios de cambio (padres y profesores) adquieran conocimientos y estrategias necesarias para afrontar eficazmente su intervención de modo que se favorezca la integración del alumno en el medio escolar, familiar y social | <ul style="list-style-type: none"> - Apoyar a la familia en la reestructuración del sistema familiar para que sea más positivo para el desarrollo de sus miembros - Mejorar de la convivencia en los centros escolares en casos de alumnos con alteraciones graves del comportamiento | <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar a padres/profesores contenidos e instrumentos básicos sobre el manejo conductual. - Adoptar medidas de intervención consensuadas con el equipo docente - Reducir los aspectos disruptores del proceso de enseñanza/aprendizaje del alumno y de su grupo/clase - Posibilitar y organizar vías de comunicación fluida familia-centro - Coordinar el trabajo familia-instituto-Fundación Vinjoy en cuanto a objetivos de mejora conductual y de habilidades sociales, facilitando la relación entre los dos ámbitos educativos - Mejorar la dinámica familiar incrementando las habilidades del subsistema parental - Reforzar/guiar/apoyar el papel de la familia en la integración escolar del alumno |

| OBJETIVOS GENERALES | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | OBJETIVOS OPERATIVOS |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la adaptación del alumno con graves trastornos del comportamiento a un sistema formativo reglado evitando el abandono escolar | <ul style="list-style-type: none"> - Posibilitar el avance de la escolarización ordinaria del alumno adoptando medidas de atención específicas - Prevenir el abandono escolar del alumno con elevado absentismo a través del desarrollo de programas de intervención adaptados al alumno con graves alteraciones del comportamiento | <ul style="list-style-type: none"> - Apoyar a los alumnos en la adquisición experiencias de éxito para la socialización y el aprendizaje - Establecer un marco educativo flexible que posibilite la integración del alumno con alteraciones del comportamiento en función del conocimiento de sus características, intereses, motivaciones y necesidades - Inducir al alumno a asumir responsabilidades en su inserción y en unos objetivos mínimos asumibles - Facilitar una formación básica y profesional específica que permita la inserción social y laboral - Preparar al alumno para una reintegración en la formación reglada o bien en el mercado laboral |
| <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar las condiciones educativas de aquellos alumnos “desahuciados del sistema educativo” que sufren frecuentes sanciones graves debido a su reincidencia - Evitar las manifestaciones de conductas negativas | <ul style="list-style-type: none"> - Dar una respuesta educativa a los alumnos expulsados de larga duración - Prevenir la manifestación de actitudes generadoras de conflictos - Evitar la reincidencia | <ul style="list-style-type: none"> - Establecer un marco educativo adaptado a las particularidades de cada alumno que permita tanto la adquisición de nuevos conocimientos como de actitudes prosociales - Facilitar la formación académica para su reinserción en su centro de referencia - Facilitar una formación actitudinal para el regreso a su centro de referencia - Facilitar el clima de convivencia entre la familia-centro, alumno-centro, alumno-docentes y viceversa |

Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

1.3.2 Contexto social del Programa Trampolín

En la práctica diaria, el EAC del Principado de Asturias detecta numerosos casos de alteraciones graves de la conducta entre los escolares asturianos, además planifica las acciones específicas para cada alumno ajustando estrategias, planificando y seleccionando los medios y recursos necesarios para lograr sus objetivos.

Algunas de estas acciones van encaminadas a promover espacios alternativos a la escuela tradicional, en los cuales el alumno se vea menos influido por el estrés de estar sometido a un sistema rígido y muy reglamentado. Por esta razón se consideró necesario demandar un proyecto de intervención avanzada para alumnos de entre 13 y 16 años con dictamen de escolarización de Alumnos de NEE por presentar trastornos de la personalidad, emocionales y/o conducta, diagnosticados por el EAC y/o por los Servicios de Salud Mental del Principado. El Proyecto en un principio se desarrolló de forma experimental, consolidándose posteriormente gracias tanto a los ajustes y adaptaciones realizados como a los resultados conseguidos.

Dadas las características de estos alumnos, la necesidad de adaptar un programa específico, los aspectos organizativos de los IES, la procedencia de los alumnos (oriundos en su mayoría de la zona central de Asturias: Oviedo, Gijón, Avilés y Cuencas) y los resultados de anteriores intervenciones cuyos resultados no habían sido del todo satisfactorios. El EAC no creyó oportuno concentrarlos en ningún Instituto en particular o en aulas de apoyo o refuerzo creando grupos homogéneos o “guetos” de menores que no resultaban deseables en el aula ordinaria, a tal respecto la Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia ya

denunció en su Cuarto Informe sobre España el inapropiado uso de este tipo de medidas y pese a ello, su amplia profusión (ECRI, 2011), a la vista de estos datos y de la propia experiencia el EAC utilizó, de forma experimental, un recurso que se ajustaba a las nuevas necesidades que demandaba este colectivo, y que había sido propuesto por la Fundación Vinjoy¹¹ en forma de experiencia de intervención socioeducativa avanzada.

La concertación por la Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias de dos unidades¹² para este fin, hizo posible que los alumnos que presentaban problemas de conducta en sus centros de origen, pudieran continuar manteniendo contacto curricular y

¹¹ La Fundación Vinjoy es una entidad asturiana ubicada en la capital del Principado. Con más de un siglo de compromiso social es actualmente una de las instituciones pioneras en el desarrollo de modelos de intervención socioeducativa avanzada de España. Las tres líneas que vertebran la actividad actual, y que agrupan a nueve Centros e Institutos en los que se articula son: la intervención integral con la sordera, la intervención en discapacidad intelectual y la intervención socioeducativa en trastornos del comportamiento. En este apartado se enmarca el Programa Trampolín que comienza su andadura en el año 2006. Por otro lado, el compromiso social justifica la existencia de la Fundación, motivo por el cual la actividad de esta Entidad ha estado siempre vinculada a los colectivos y situaciones que precisaban y precisan de acción social solidaria.

La Fundación ha sido en anteriores épocas: asilo de huérfanos, colegio de sordos y centro de recursos de intervención integral de la sordera. En la actualidad, está iniciando nuevos y ambiciosos proyectos como la ampliación de su actividad a la intervención socioeducativa avanzada con colectivos en grave conflicto social y personal (conducta y trastornos de comportamiento).

¹² Las *unidades* se refieren a la concertación de *dos aulas*, con un máximo de seis alumnos cada una. En sucesivos apartados se explicará por qué se optó por esta estructura organizativa.

social con su instituto a través del Programa Trampolín que se impartía y se imparte en la Fundación Vinjoy.

Desde el curso 2006/2007 Trampolín ofrece una educación adaptada a las características personales de los alumnos y su curso de referencia, además de una formación complementaria orientada a la mejora del desarrollo personal y emocional. Este espacio diferente a la escuela persigue el fin de mejorar las pautas de comportamiento, evitar el abandono del sistema educativo, y habituar e integrar a los alumnos al sistema escolar ordinario de una forma gradual. Como ya se ha visto, el colectivo de usuarios que participa en la experiencia de Trampolín está constituido normalmente por los casos más severos con los que se encuentra el EAC, no obstante parafraseando el quiásmo: - estos alumnos son todos los que están pero no son todos los que hay...-, en el sentido de que la iniciativa de Trampolín, no llega a cubrir las necesidades de todos los alumnos que necesitan atención de este tipo en el contexto asturiano.

1.3.3 Destinatarios, criterios de admisión de los participantes de Trampolín

Los destinatarios del Programa Trampolín comparten con frecuencia, unas características comunes que cuando confluyen, precipitan su derivación al recurso de Trampolín, estos puntos de convergencia son:

- Tener graves problemáticas familiares y sociales además de una alta desadaptación al medio escolar.
- Presentan un desfase escolar significativo y generalizado en la mayoría de las áreas.

- Estar en grave riesgo de abandono del sistema educativo.
- Muchos de ellos están diagnosticados con alguna patología psiquiátrica por los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias.

Los criterios de admisión requeridos por la Consejería de Educación a través del EAC para poder participar en el Programa Trampolín son, con carácter general los siguientes:

- Estar cursando la ESO y tener entre 13 y 16 años.
- No haber respondido con éxito a otras medidas de atención a la diversidad previas a este recurso específico extraordinario.
- Disponer de Dictamen de NEE asociadas a alteraciones graves del comportamiento¹³.
- Estar valorados por el EAC y disponer de una propuesta firme recomendando la idoneidad de la respuesta.

¹³ Excepcionalmente se pueden acoger al Programa a ciertos alumnos que por algún motivo justificado aún no tengan dictamen de NEE. Estos alumnos deben estar en situación de alto riesgo social, de abandono escolar y además debe haber indicios suficientes de que el alumno tenga un trastorno grave de la conducta, pero por la causa que sea todavía no tienen informe aunque éste se encuentre en proceso de elaboración. En todo caso la competencia de incluir en el Programa a un alumno, es de la Consejería de Educación del Principado de Asturias a través del EAC.

- Mostrar voluntariedad de participar en el Programa (no existe obligatoriedad, por lo tanto es el propio alumno y sus familias los que escogen esta opción).

Por otro lado, el número máximo de alumnos por grupo es de 12, repartidos en dos unidades que se constituyen en función de las peculiaridades de los menores. Otra división de los participantes, aunque ésta no está relacionada con su nivel académico o peculiar personalidad, la constituyen aquellos que asisten de forma permanente a Trampolín o los que combinan su asistencia con el centro de referencia¹⁴. Los grupos por tanto pertenecerían a dos modalidades:

- Combinada.
- A tiempo total en Trampolín.

Sea cual sea la modalidad en la que los participantes se acojan, su estatus es modificable (los alumnos no se adhieren a categorías estáticas de modalidad combinada o no, sino que éstas pueden ser revisadas en función de la evolución del menor).

¹⁴ El *centro de referencia* es aquel en el que está matriculado oficialmente el alumno y por tanto guarda una relación de dependencia administrativa y educativa (calificaciones, expedientes y documentación oficial). Dicho Centro admite que determinado alumno participe en el Programa Trampolín bajo unas condiciones preestablecidas con la Consejería de Educación.

En cuanto al proceso de admisión, los alumnos que cumplan las condiciones anteriormente descritas deberán incorporarse previo informe psicopedagógico realizado por el EAC, a partir de la propuesta razonada del equipo de orientación del centro de referencia al que pertenezca el alumno. Este informe, una vez firmado por el tutor y jefatura de estudios de cada Centro, debe dirigirse al Área de Orientación Educativa y NEE incluyendo los motivos por los que se considera que la medida de Trampolín es la más adecuada. También debe reflejar el desfase curricular que presenta el alumno en las distintas áreas, y cuantas observaciones sobre su inadaptación escolar se consideren pertinentes.

1.3.4 Modelo de intervención

Siguiendo la línea del nutrido grupo de investigadores que defienden los métodos multimodales (Calderón (2005), Murphy (2005), Perisse, Gerardin, Cohen, Flament, y Mazet (2006) y Steiner et al. (1997)), Trampolín propone un modelo de intervención basado en la aplicación de múltiples paradigmas o modelos. Por tanto se podría hablar de un modelo ecléctico de metodología didáctica, en el sentido de aplicar modos de intervención de diferentes corrientes psicológicas y/o pedagógicas. Se parte de la adaptación curricular de cada alumno, atendiendo a sus características personales e historial escolar (plan individual), para continuar por adaptar un programa a la medida de cada persona que incluya no sólo al ámbito académico sino también al comportamental. Los métodos utilizados para el tratamiento de los problemas graves de conducta son abundantes, autores como Kazdin (1988) sostiene que hay contabilizados más de 230 modelos de intervención diferentes, por lo que la variedad, al menos en teoría, que tienen los especialistas en problemas graves de conducta de Vinjoy, permite la elección de unos u otros en función de múltiples criterios

como: la fundamentación teórica, las características del menor, el grado de eficacia del modelo, etc.

Los profesionales de Trampolín consideran que la modalidad de intervención ecléctica llevada a cabo en el Programa, favorece el logro de los objetivos básicos establecidos: potenciando el desarrollo de las capacidades elementales y garantizando la continuidad del proceso formativo. No obstante los responsables de Trampolín, reconocen que no ahondan en un método concreto, ni se definen con ningún planteamiento teórico determinado, ni tampoco son especialistas en todos ellos al mismo tiempo. Precisamente porque aceptan esas limitaciones e indefiniciones metodológicas sostienen que el Programa es creativo y flexible. Aunque insisten reiteradamente en la imposibilidad de conocer y dominar todos los supuestos teóricos, son conscientes de que esa indeterminación, lejos de ser un inconveniente, les permite adaptarse mejor a la realidad cambiante de los alumnos. Por ello confían en: el manejo (aunque discreto y frugal de una amplia gama de técnicas y/o modelos teóricos), su propia experiencia personal y también en unos principios vertebrados que definen y confieren al Programa y a toda la Fundación, una identidad propia. Estos ejes o principios básicos fundamentan un modelo particular denominado Modelo de Intervención Socioeducativo Avanzado o Modelo Vinjoy que se concreta en la Tabla 1.17.

Tabla 1.17.

Modelo de Intervención Socioeducativo Avanzado o Modelo Vinjoy. Ejes definitorios, características y articulación.

| CARACTERÍSTICAS: FORMA DE ARTICULARSE: | |
|--|--|
| DIGNIDAD | <ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento radical del otro - Participación - Partir de lo positivo - Derecho a responder, apoyo mutuo y responsabilidad compartida - Acompañamiento |
| PROCESO EDUCATIVO | <ul style="list-style-type: none"> - Modelo de discrepancia - Modelo Comunitario/Participativo - Modelo de Educación - Inmersión en la realidad - Realidad educativa - La Animación Sociocultural como paradigma metodológico - Intervención grupal estructurada - Evaluación como constante y generadora de energía |
| ALTA EXIGENCIA | <ul style="list-style-type: none"> - Calidad y calidez - Excelencia - Compromiso, voluntad y responsabilidad |
| COMPROMISO | <ul style="list-style-type: none"> - Compromiso personal - Compromiso comunitario - Transformación de la realidad |
| CREATIVIDAD | <ul style="list-style-type: none"> - Autoestima y confianza en lo que se es - Entusiasmo, iniciativa y voluntad - Valentía, riesgo y audacia - Pensamiento divergente o lateral: originalidad, fluidez y flexibilidad - Pensamiento convergente, elaboración y síntesis - Constancia, esfuerzo y determinación |

CARACTERÍSTICAS: FORMA DE ARTICULARSE:

| | |
|---------|---|
| ALEGRÍA | - Bienestar general |
| | - Ilusión y enfoque positivo de la realidad |
| | - Altos niveles de energía |
| | - Sencillez y austeridad |
| | - Cordialidad |

Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

Por otro lado, los planteamientos teóricos y recomendaciones de un innumerable número de profesionales en trastornos de la conducta, así como otras experiencias llevadas a cabo en otras Comunidades Españolas, como el Programa de Currículum Adaptado de la Fundación Ilundain en Navarra, han sido tenidos en cuenta a la hora de diseñar el modelo de intervención propio de Trampolín.

A continuación se exponen las líneas de acción utilizadas por el Programa, que se fundamentan o apoyan sobre todo en algunos modelos de intervención vistos en apartados anteriores:

- Biologicista.
- Conductista.
- Cognitivo-conductual.
- Humanista
- Multisistémico.
- Preventivo.

▪ **Intervención desde el modelo biologicista**

Trampolín pretende que el alumno se encuentre en las mejores condiciones físicas y psíquicas para recibir la atención educativa, por ello se hace hincapié en el cumplimiento de los tratamientos médicos de aquellos menores que lo requieran. Este compromiso o cumplimiento de los tratamientos se refiere, de forma general, a aquellos de tipo farmacopsíquico, por ser los que más afectan a la dinámica educativa. Un número elevado de alumnos que cursan el Programa Trampolín toman o deben tomar psicofármacos relacionados con el trastorno que padecen.

De forma sistemática cuando un alumno es incluido en el Programa se realiza una anamnesis, los responsables del menor deben informar sobre qué tratamientos recibe y sobre qué aspectos pueden favorecer o dificultar la acción educativa. Es condición inapelable, que el alumno cumpla las prescripciones facultativas para poder participar en el Programa. Cuando el menor tiene que realizar “tomas” de algún medicamento en horario escolar, el equipo de Trampolín supervisa el proceso terapéutico, además pregunta periódicamente a los padres o tutores, sobre el estado, evolución y tratamiento de las patologías que pudieran presentar los jóvenes.

Las peculiares características de los menores también son tenidas en cuenta a la hora de intervenir. Las singularidades de cada alumno modelan la forma de intervención pedagógica (nivel de actividad en función de sus ciclos personales, capacidad de tolerancia a la frustración, de ansiedad, de sueño, fobias, tics, etc.).

▪ **Intervención desde el modelo conductista**

Los modelos de intervención conductistas son los más utilizados en las primeras fases del trabajo en Trampolín. Se debe recordar que la tipología del alumno que cursa el Programa, es la de un menor altamente disruptivo que no respeta los reglamentos y que generalmente, nunca tuvo un sistema normativo estable en su familia ni en su contexto social. Por tanto el contexto familiar de la mayoría de los alumnos de Trampolín, adolece de un sistema estable de normas o de una estructura preceptiva básica. Con demasiada frecuencia los grupos sociales en los que están inmersos los menores presentan carencias e incoherencias educativas muy patentes (estilos educativos que alternan los métodos punitivos y permisivos sin criterio estable, o que ofrecen total libertad al menor sin demandar la menor exigencia). Dadas estas peculiaridades, el primer objetivo de Trampolín es construir un sistema de normas que sirva de marco de referencia y que sea además requisito imprescindible para su permanencia en el Programa.

Las corrientes conductistas se apoyan en el supuesto de que las respuestas están relacionadas con los estímulos. Para que la persona aprenda el condicionamiento, han de establecerse una serie de asociaciones y éstas se producen gracias a la existencia de unas consecuencias (que pueden ser positivas o negativas) (Ploog, 2012). Por ello la normativa tiene especial importancia ya que establece las reglas de juego, advirtiendo al menor de que ciertas acciones llevan parejas unas consecuencias concretas tanto rechazables como deseables.

Una de las conclusiones del estudio de Giner y Onieva (2009), sobre la disrupción en contextos educativos dentro del mundo anglosajón, fue que un abuso inadecuado de

reglamentos puede generar climas negativos poco o nada estimulantes. En el otro extremo, la ausencia de límites genera climas caóticos que inhiben la correcta praxis educativa, por tanto en el punto medio se encontraría un sutil equilibrio entre los dos extremos que sería el ambiente más propicio para construir un escenario. Este es el marco normativo que persigue concretar Trampolín. Los profesionales del Programa son conscientes de que el sistema preceptivo constituye una dificultad para el alumno, poco o nada acostumbrado a este tipo de restricciones, no obstante a medida que el tiempo pasa, el alumno se habitúa. Es más, según la opinión de todos los responsables de Trampolín, pasado un tiempo es el propio alumno el que demanda este sistema reglamentado y es él mismo, el que denuncia la trasgresión de las normas cuando otro compañero las incumple. La experiencia de los últimos seis cursos ha confirmado que durante estos años los alumnos interiorizan tan bien los sistemas de normas, que luego es difícil cometer excepciones aunque las situaciones así lo demanden, por ejemplo: hay veces que por motivos coyunturales o de fuerza mayor, no es posible seguir a rajatabla las normas, en esos casos hay que explicar a los alumnos por qué se “rompe” el reglamento. Aún así, los alumnos más veteranos se muestran reacios al incumplimiento de las mismas. Este hecho paradójico, dada las características de los alumnos, es observado con relativa frecuencia durante la intervención cotidiana.

El alumno, previa incorporación al Programa debe aceptar el sistema normativo, este hecho queda formalizado con la firma de un contrato (Contrato de contingencias o contrato conductual) que se adjunta en el Anexo VIII. Durante las primeras semanas de Trampolín el menor se habitúa al reglamento y poco a poco comprende que el incumplimiento del mismo trae consigo consecuencias. Este sistema pretende establecer un entorno en el que sea posible

desarrollar la intervención socioeducativa. Sería por tanto, el establecimiento de una “disciplina preventiva” entendida como la herramienta necesaria para garantizar las condiciones necesarias para la correcta dinámica de Trampolín. Como señala Gotzens (2006), en un estudio sobre disciplina escolar, es razonable que los alumnos dispongan de un listado de derechos y deberes que les permita discernir sobre cuáles son los beneficios a los que pueden aspirar y cuáles son los límites o normas que deben respetar.

Retomando la idea anterior las normas o reglamentos establecen las reglas del Programa, siendo un elemento imprescindible para crear y mantener unas condiciones favorables y facilitadoras de la práctica educativa. Los infractores asumen unas consecuencias relacionadas con la naturaleza, reincidencia y gravedad de la falta, no solamente se sancionan las infracciones graves sino también las leves, la importancia de valorar el cumplimiento de todas las normas incluidas las menos trascendentes como comer, interrumpir o usar el móvil en clase. Estas premisas o condiciones son primordiales para evitar situaciones que impidan el normal desarrollo de la labor docente (Seidman, Valera y Makris, 2005)

En un primer momento, el sistema de normas del Programa fue consensuado entre los responsables de Trampolín y los propios usuarios participantes, esta práctica fue valorada positivamente por todos los miembros del Equipo y guarda consonancia con recomendaciones en la línea de Casamayor et al. (2002), Méndez y Olivares (2001) y Santos-Guerra (1994), que apoyan la idoneidad de que las partes implicadas trabajen conjuntamente la elaboración de las reglas. Al construir el marco normativo de forma colectiva, los alumnos

se sienten coautores del reglamento y es más difícil que esgriman argumentaciones sobre la iniquidad del mismo.

Aunque esta experiencia fue eficaz, hubo que esperar a que el Programa se asentara y tomara cuerpo para evitar una serie de inconvenientes surgidos durante los primeros años. Éstos fueron: la falta de habilidades expresivas de la mayoría de los alumnos, la intención por parte de algunos de ellos de sabotear las sesiones (por querer mantener su estatus de malo o infractor), las ganas de sobresalir entre los iguales y sobre todo, la presión del grupo. Estos problemas hicieron inviable la creación de una normativa aceptable durante los comienzos del curso, obligando a los responsables de Trampolín a esperar a que el Programa avanzase un tiempo para que los alumnos fueran adquiriendo unas competencias básicas y así poder “negociar” más adelante algunas normas (que en ningún caso serían de mínimos).

A la vista de las anteriores contrariedades, junto con el diseño del propio programa y de la forma en la que los alumnos accedían al mismo (durante cualquier momento del año escolar) hizo pensar a los miembros del Equipo Trampolín, sobre la inviabilidad de que todos los alumnos pudiesen participar en la elaboración del ordenamiento jurídico. En vez de ello, en los sucesivos años se decidió por continuar con las antiguas reglas, informando a los nuevos alumnos de cómo se habían elaborado, de su capacidad, pertinencia y de la posibilidad de modificación de las mismas (si se justificaban los cambios con razonamientos oportunos y congruentes). Hay que indicar que desde entonces, los alumnos sin excepción reconocen la bondad de las mismas, aunque ello –por desgracia- no suponga su posterior cumplimiento.

Una vez aclarado y establecido un marco normativo estable, los profesionales pueden trabajar con el menor desarrollando las diferentes estrategias de intervención. También se anima a las familias que carecen de estas herramientas, a que establezcan una estructura similar adaptada a cada entorno, pero sin perder la coherencia con la diseñada en el Programa.

Para concluir, se puede afirmar que el sistema normativo junto con el sistema de refuerzos positivos y negativos utilizado en Trampolín sirve, en los primeros momentos del Programa, para establecer un sistema de guía, modelo y referencia a los alumnos. Además proporciona los requisitos imprescindibles para crear un clima educativo en que se desarrollan las actividades docentes. Los reforzadores positivos se consiguen a través de los privilegios que proporciona el Sistema de Colores, de los puntos/Trampos¹⁵ y del reconocimiento tanto de profesores como de compañeros.

A continuación se describe la adaptación de algunas técnicas clásicas de modificación de conducta. Comenzando por las que usan refuerzos positivos:

Privilegios: como su nombre indica, posibilita poder realizar actividades que no todos pueden ejecutar. Ejemplos de privilegios son: poder utilizar el aula de ordenadores durante los recreos, tener voz y voto en la elección de salidas extraescolares, ser representante

¹⁵ Un Trampo es una moneda interna utilizada en el Programa, en la página siguiente se explica con detalle en qué consiste esta herramienta.

de los alumnos en las reuniones semanales, disponer de mayor autonomía (menor control del profesorado) y participar en salidas organizadas permitidas a ciertos alumnos.

Sistema de Colores: consiste en el establecimiento de una jerarquía de colores que es asignada a cada alumno en función de sus méritos (comportamiento). Los colores proporcionan, por un lado prestigio y estatus, y por otro la posibilidad de poseer privilegios. Existen cuatro colores con la forma de una medalla: blanco, amarillo, naranja y negro. Todos los alumnos parten del blanco y mensualmente se revisa su promoción en función de los puntos (Tramos) que vayan logrando. El color o nivel que cada alumno alcance (sistema de refuerzos) o pierda (coste de respuesta), se expone en un lugar visible (tablón del pasillo de entrada a las aulas), el nivel se concreta con una medalla de color y ésta se asocia a la fotografía del alumno correspondiente, permaneciendo todo ello bajo llave para evitar manipulaciones o vandalismos. En la Figura 1.14 se puede ver el tablón de niveles.

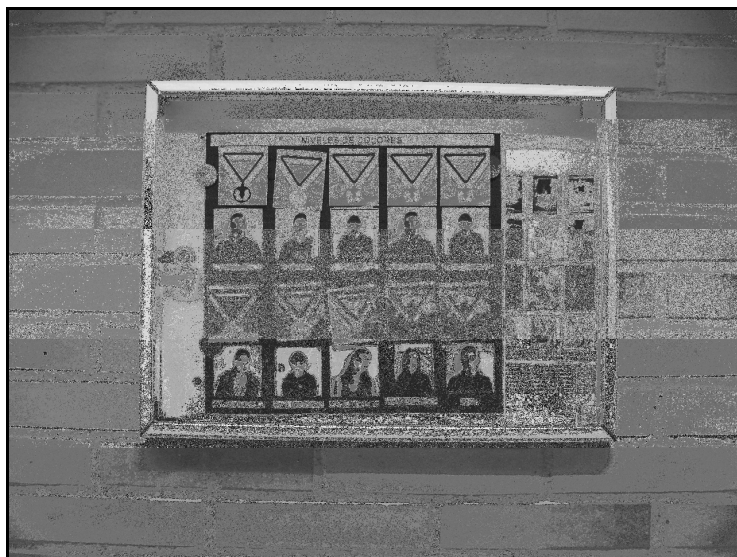


Figura 1.14. Tablón-expositor del sistema de colores. Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

Puntos/Trampos: la técnica de la economía de puntos o fichas se materializa en Trampolín a través de los Trampos. El Trampo es un billete con un valor asociado que se canjea en función del comportamiento del alumno por premios. Los alumnos van logrando puntos cada hora, el total de puntos diario se permuta al final de la jornada por los Trampos Figura 1.15, y con ellos, se pueden comprar semanalmente regalos, Figura 1.16. Durante la evolución del Programa, y con el fin de hacer más inmediato el refuerzo, se han ido produciendo ligeras variaciones sobre este método clásico. Hace algunos años se utilizó el procedimiento de sustituir gradualmente (y a medida que el curso avanzaba), la figura física del billete por la comunicación verbal directa de la puntuación, al final de cada clase. Actualmente la presencia del billete prácticamente ha desaparecido, siendo utilizada esporádicamente con algunos alumnos que encuentran en esta modalidad una motivación añadida. Los regalos, como materialización de los puntos constituyen un acicate al comienzo de la intervención, pero también es normal e incluso deseable, que al final de la misma se conviertan en algo intrascendente, (tomando más importancia el valor simbólico de la puntuación o Trampos que la obtención de un premio a través del canje pecuniario). Estos premios surgen de la aportación desinteresada de los trabajadores de la Fundación Vinjoy, que donan objetos promocionales o de escaso valor económico para este fin.

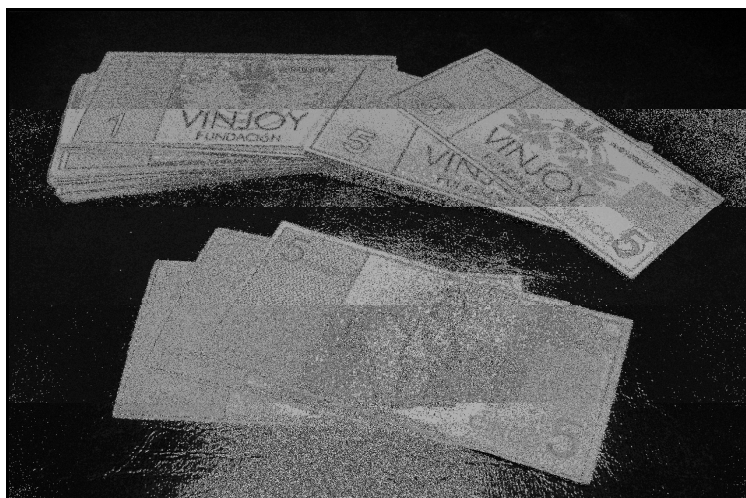


Figura 1.15. Los trampos: billetes internos de Trampolín. Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.



Figura 1.16. Regalos que se canjean cada semana por trampos. Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

El registro de puntos lo efectúa cada profesor durante el tiempo en el que interviene directamente con los alumnos, ya sea impartiendo clase, en actividades prácticas, salidas extraescolares o en cualquier tarea de tipo escolar. De forma que normalmente al final de la clase el menor, dependiendo de su actitud y trabajo puede recibir: un 0 si no ha participado en las actividades, un 1 si lo ha hecho de forma intermitente, un 2 si ha trabajado correctamente y un 3 si se perciben mejoras significativas en su comportamiento, (respecto a anteriores sesiones). Los puntos se anotan en una libreta que sirve también de diario/anecdótico, ver Figura 1.17. Este registro de anécdotas o datos de interés sirve para recordar al final de la jornada aquellos asuntos que merecen especial atención y que la dinámica de la intervención no deja tiempo para ser planteados en el momento, también son buenos referentes para ser tratados en la asamblea semanal conjunta, si así lo creen necesario los responsables del Programa.



Figura 1.17. Libreta diario y/o anecdótico para el registro de puntos. Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

Estos datos también resultan valiosos para realizar tablas y gráficas sobre la evolución de los alumnos, y además constituyen una herramienta muy útil para la evaluación del comportamiento.

Reconocimiento: se trata de valorar los comportamientos de los alumnos delante de las personas más significativas para ellos: sus iguales, padres y profesores. Acceder a un color, haber obtenido una puntuación alta o haber mejorado respecto de su propio comportamiento, son motivo de celebración. En las reuniones semanales se felicita al alumno delante de compañeros y profesores y además, en la reunión periódica con padres o tutores¹⁶ se invita a que estos reconozcan, motiven y refuercen al alumno en sus casas, (el refuerzo no sólo sirve para alentar al alumno sino también a los padres, que ven cómo el trabajo del Programa y sobre todo el de ellos mismos logra su fruto).

Los **refuerzos negativos** constituyen la otra cara de la moneda de las teorías del condicionamiento. Aunque los profesionales de Trampolín intentan en la medida de lo posible evitar su utilización por ser recursos ya “quemados” con este tipo de alumnos, resultan igualmente necesarios. No se debe olvidar que los menores que son derivados al Programa han sido tratados por los equipos de orientación de sus centros, con una suerte de medidas que seguramente incluirían las amonestaciones como recurso más utilizado.

¹⁶ Todas las semanas el tutor o tutora de cada alumno, mantiene una reunión con los responsables de los menores (presencial o telefónica). El objetivo de la misma es intercambiar información y servir de guía para los padres (instrucciones para mejorar los estilos educativos parentales).

Tampoco se debe ignorar que este acervo de medidas sancionadoras los ha insensibilizado hacia los métodos punitivos. El diseño de Trampolín incluye ciertas técnicas siguiendo esta línea, pero añade ligeras variaciones procedimentales que las hace originales de cara a los alumnos, a continuación se exponen algunas de ellas:

Aula 0: se refiere a la tradicional técnica del tiempo fuera, amparada por autores como Labrador (2008), que defiende su conveniencia para atajar conductas agresivas, alborotadoras o desobedientes. Cuando un alumno se niega a realizar la actividad o su comportamiento interrumpe la marcha de la clase, es excluido al Aula 0, éste es un espacio físico aislado de los demás y sin distractores, donde el alumno, bajo la supervisión de un profesor debe realizar la actividad que tendría que haber hecho en su aula, las interacciones entre el docente y el amonestado son mínimas, y el educador se ciñe sólo al plano académico. La medida del Aula 0 puede derivar en dos circunstancias: que el alumno haga las actividades, en cuyo caso regresará a su aula ordinaria en la siguiente clase, o bien que continúe con su negativa, en ese caso, el Aula 0 se repetirá hasta un máximo de tres veces (tres clases), y entonces el alumno será excluido del Programa por un día.

Exclusiones: los profesionales de Trampolín prefieren emplear el término exclusión en vez de expulsión, ya que esta última tiene una connotación más “externa”, se suele creer que: “es alguien el que expulsa, en cambio es uno mismo el que se excluye”. En ocasiones, la conducta de los alumnos es tan disruptiva que es necesario tomar una medida extrema. Autores como Kyriacou (2005), defienden decisiones de este tipo, pero sólo en determinados casos: si el alumno es capaz de comprender la gravedad de la situación, si la exclusión evita la repetición de la conducta indeseada, o en el caso de que sirva para permitir actuar a otras

entidades sociales ofreciendo apoyos familiares y personales apropiados. No obstante este mismo autor, también destaca el éxito de algunos proyectos que evitan la expulsión para reducir las trayectorias de los alumnos con mal comportamiento, y así romper con las conductas delictivas. Cuando en Trampolín se toma la resolución de aplicar la excepcional y poco habitual medida de la exclusión, por un lado se sanciona su conducta y por otro se salvaguarda la integridad del Programa¹⁷. El tutor del alumno realiza un seguimiento diario (telefónico), con sus responsables educativos o con el mismo implicado, con el fin de ver si hay un cambio en su postura. Si el alumno decide declinar su actitud y existen deseos de continuar en el Programa¹⁸, una vez cumplida la medida, será readmitido. La utilización de la exclusión en Trampolín es arbitraria, estando condicionado su uso en función de cada caso. Esto se explica porque existen alumnos que interiorizan la medida como un “premio” que les libra de un día o más de clase, o incluso les es indiferente. En estos casos la sanción es sustituida por otras medidas disciplinarias como la asistencia permanente durante una o varias jornadas al Aula 0, o compensaciones de otro tipo dependiendo del motivo de la infracción. No obstante dado el “enganche” habitual de los alumnos al Programa, la exclusión es

¹⁷ Los comportamientos de los alumnos pueden llegar a ser tan disruptivos que la dinámica del Programa se ve comprometida: violencia extrema contra profesores o compañeros, destrozo de material o quebranto total de las normas de mínimos. En esas situaciones se utiliza la exclusión temporal como medida excepcional.

¹⁸ Se recuerda que el ingreso y permanencia en el Programa son totalmente voluntarios, no existe obligatoriedad de permanecer en el mismo en contra de la voluntad del alumno. Es más, la libertad de ingresar o continuar en Trampolín, constituye un requisito básico.

asumida generalmente como una medida negativa y ésta suele ser casi siempre de un día, siendo las máximas sanciones no superiores a tres.

No obtención de puntos/Trampos: la no obtención continuada de puntos/Trampos trae asociado un coste de respuesta en forma de pérdida o cambio de color y de privilegios. Para mantenerse en un color no basta con haberlo alcanzado en algún momento, sino que hay que mantenerse con un mínimo de puntos. Además al no lograr puntos tampoco se podrán conseguir regalos (o por lo menos los regalos más codiciados, que suelen ser los de más valor).

Omisión de reconocimientos: el alumno que no logre un mínimo de puntos no recibirá refuerzo. Durante el desarrollo de las reuniones semanales se analizarán las causas de por qué no ha obtenido puntos, pero se evitarán, en todo momento las reprimendas. Esta omisión, constituye un acicate para el cambio.

También son utilizadas habitualmente otras formas de introducir conductas deseables a través de estas mismas teorías del condicionamiento, con técnicas como:

- La retirada de atención: que se produce cuando los profesores y responsables del equipo evitan caer en la trampa que tiende el menor, al manifestar conductas que buscan exclusivamente llamar la atención y que le funcionan tan bien en su centro educativo o instituto.
- La sobrecorrección: mostrando al alumno otras opciones adecuadas para que a través de su repetición sustituya aquellas que son incorrectas o inapropiadas, materializándose por ejemplo en situaciones de restitución de daños (limpieza de

pintadas, arreglo de destrozos o limpiezas) y posteriormente en mostrar cual es el uso y disfrute más adecuado para cada espacio u objeto.

- El principio de Premack: en la línea de intervenciones como las propuestas por Gerring y Zimbardo (2005), donde se desgranar las bases científicas de las técnicas de aprendizaje. Los profesionales del Programa, sirviéndose de aquellas situaciones, gustos o prioridades que valora el menor tratan de que el alumno las utilice para reforzar la presencia de otras menos agradables. Un posible ejemplo para ilustrarlo podría ser el disfrute de ciertas clases motivadoras como los talleres o la tecnología siempre y cuando trabaje aceptablemente en las materias instrumentales que se imparten anteriormente.

En la Tabla 1.18 se muestra el resumen de los reforzadores más utilizados en el Programa Trampolín.

Tabla 1.18.
Reforzadores externos utilizados en el Programa Trampolín.

| REFORZADORES POSITIVOS | REFORZADORES NEGATIVOS |
|--|---|
| - Privilegios | - Aula 0 |
| - Sistema de colores (promoción de color) | - Pérdida de color y de privilegios |
| - Puntos / Trampos / premios materiales | - No obtención de puntos / Trampos / regalos |
| - Reconocimiento social: de compañeros, de la familia a través de la llamada familiar semanal que informa sobre las mejoras y de los profesores tanto del Programa como del IE | - No obtención de reconocimiento social - Exclusiones (cuando el alumno manifieste “enganche” con el Programa) |

Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

Pese a que el número de normas es significativamente elevado, la experiencia de los últimos cursos ha revelado que las normas son interiorizadas rápidamente por los alumnos, - otra cosa es que las cumplan en su totalidad-. Su sensatez, evidencia y simplicidad hace que la mayoría de ellas resulten obvias y su cumplimiento teórico resulta incuestionable en cualquier interacción social. Pese a este motivo los responsables del Programa decidieron concretarlas por escrito para no dejar lugar a dudas de su existencia, de esta forma se evita entrar en juegos dialécticos o argumentaciones inconsistentes con los alumnos. En la Tabla 1.19 se muestra el sistema normativo de Trampolín.

Las normas se clasifican principalmente en cuatro grupos que se muestran a continuación:

1. **Normas de mínimos:** son requisito imprescindible para la permanencia en el Programa. Aseguran los mínimos exigibles para la creación de un clima educativo y de convivencia básico. Son normas elementales, por lo cual debe asegurarse su estricto cumplimiento.
2. **Normas generales:** constituyen un segundo nivel normativo, son importantes pero es previsible que en algún momento los alumnos las infrinjan. No obstante y a medida que el curso se va desarrollando, los alumnos por lo general remiten en su incumplimiento.
3. **Normas de aula:** son las más susceptibles de ser infringidas. Por experiencias pasadas, los alumnos respetan más las normas al principio. Al final de curso este nivel de normativa se relaja dentro de unos mínimos aceptables. Por ejemplo: para evitar

elegir la tensión, se les puede ir dando ciertas concesiones como el colocar las sillas donde quieran, situarse en diferentes pupitres en cada clase o entrar con libertad al despacho junto con los profesores.

4. **Normas de transporte:** son imprescindibles para poder usar este servicio, la peligrosidad que supone el transporte, hace que infringir las normas durante los recorridos lleve aparejado duras sanciones, incluso la retirada del servicio, que resulta gratuito para todos los alumnos.

Tabla 1.19.
Sistema general de normas del Programa Trampolín

| NORMAS DE MÍNIMOS | NORMAS | CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO |
|-------------------|--|--|
| NORMAS GENERALES | <ul style="list-style-type: none"> - Vestir con indumentaria apropiada, limpios y aseados - No se pueden usar durante las salidas educativas o en las clases los teléfonos móviles - No se pueden usar en clase IPOD, MP3 o cualquier aparato electrónico - Del transporte se irá inmediatamente a realizar las actividades del Programa - En la cafetería sólo se puede entrar, en los momentos indicados por los profesores - Se respetan los espacios destinados a profesores, personal de la Fundación o usuarios de la misma - Traer el material escolar requerido | <p>CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un día de exclusión del Programa. El incumplimiento reiterado de la norma puede traer consigo la exclusión de tres días del Programa y la pérdida de privilegios |
| NORMAS DE MÍNIMOS | <ul style="list-style-type: none"> - No consumir drogas durante el horario lectivo - Respetar a las personas: insultos, amenazas, agresiones,... - Respeto a los materiales, transporte, material escolar, talleres,... - Aceptar las actividades del Programa Trampolín - No se puede abandonar las instalaciones - Robar material del centro, las instalaciones, profesores, compañeros o resto del personal de las instalaciones - Está totalmente prohibida la posesión de cuchillos, navajas u otros objetos punzantes | <p>CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tres días de exclusión del Programa y la pérdida de privilegios. El incumplimiento reiterado de la norma puede traer consigo la exclusión permanente del Programa |

| NORMAS DE AULA | NORMAS | CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO |
|----------------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> -No está permitido comer, beber, eructar, tirar pedos, escupir, levantarse sin permiso y todas aquellas conductas que interrumpen el ritmo de la clase -Para ir al baño se pedirá permiso (sólo podrá ir un alumno de cada vez) -La limpieza de las aulas (cuando se ensucie algo) se hará al final de las mismas o cuando el profesor lo estime oportuno. -El alumno deberá tener una actitud correcta en el aula que permita realizar las actividades -No se puede salir de clase o abandonar las tareas sin permiso del profesor -Ante desperfectos causados por un alumno, éste debe responder reparando el daño causado o pagándolo -El alumno se colocará en el aula, en la situación asignada por el profesor, los pupitres no se podrán variar de posición sin permiso (*) -Todos los alumnos deberán traer, todos los días, el material básico: libreta, lápiz, goma y bolígrafo | <ul style="list-style-type: none"> -Exclusión al Aula 0 |

| NORMAS DE TRAMSPORTE | NORMAS | CONSECUENCIAS DE SU INCUMPLIMIENTO |
|----------------------|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Vestir con indumentaria apropiada, limpios y aseados - No se pueden traer móviles a Trampolín - No se pueden usar en clase IPOD, MP3 o cualquier aparato electrónico - Del transporte se irá inmediatamente a realizar las actividades del Programa - En la cafetería sólo se puede entrar, en los momentos indicados por los profesores - Se respetan los espacios destinados a profesores, personal de la Fundación o usuarios de la misma (*) - Traer el material escolar requerido | <ul style="list-style-type: none"> - Un día de exclusión del Programa. La reincidencia puede traer consigo la retirada del servicio para ese alumno durante más días o permanentemente |

Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta. (*) Ciertas normas pueden flexibilizarse en las etapas finales del curso.

Previamente a que un nuevo alumno acepte las normas del Programa, éstas se han trabajado con él, las ha leído y comentado con su nuevo tutor. En todos los casos los alumnos suelen aceptarlas con menor o mayor agrado y no suelen objetar nada en contra.

La normativa se expone en un tablón visible, Figura 1.18 para que los alumnos tengan siempre presente que las consecuencias de su incumplimiento, son responsabilidad de uno mismo.

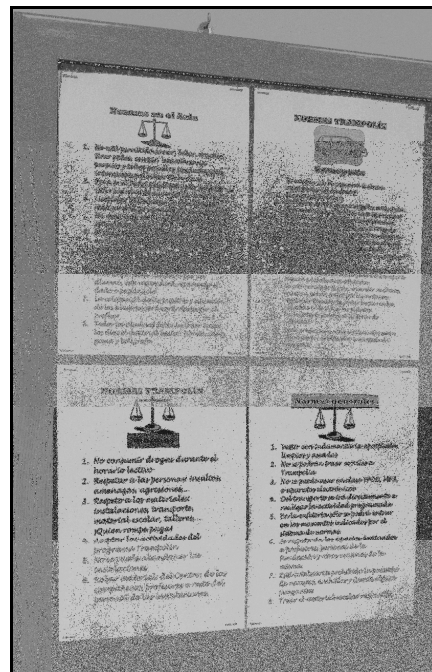


Figura 1.18. Tablón de las normas. Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

En la Tabla 1.20 se detalla un resumen de las técnicas de orientación conductista utilizadas en Trampolín, así como su planteamiento teórico.

Tabla 1.20.

Síntesis de las técnicas de orientación conductista aplicadas en el Programa Trampolín.

| TEORÍA | PLANTEAMIENTO | TERAPIA O TÉCNICAS APLICADAS |
|--|--|--|
| CONDICIONAMIENTO CLÁSICO | - Los estímulos provocan respuestas automáticas | - Asociación de estímulos y conducta refleja - Desensibilización sistemática |
| CONDICIONAMIENTO INSTRUMENTAL / OPERANTE | - Las conductas se controlan mediante la modificación de las consecuencias | - Refuerzo positivo - Refuerzo negativo - Castigo - Extinción - Retroalimentación - Autocontrol |

Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

▪ **Intervención desde el modelo cognitivo-conductual**

Aunque este modelo comparte ciertos postulados conductistas relacionados con el origen de la conducta a través del aprendizaje, disiente de éste en reconocer que no se producen como consecuencia de la relación entre el estímulo y la respuesta sino de la propia construcción personal a partir de los esquemas, ideas y pensamientos que alberga el cerebro (Rodríguez-Biglieri y Vetere, 2011). No obstante el modelo cognitivo-conductual hereda parte de su estructura del conductismo y de sus técnicas ya comentadas como: la extinción, el reforzamiento, el castigo, la economía de fichas, el contrato de contingencias etc.), por lo que no se puede desligar totalmente de este último. La decisión de emancipar el modelo

cognitivo-conductual del conductista se toma en base a la realización de una descripción más detallada de las técnicas actuales y más cercanas al polo cognitivista. Además las técnicas conductistas más puras al ser agrupadas en el anterior apartado, resultan a efectos prácticos más aclaratorias, de ahí que no se hayan fusionado estos dos modelos.

Una de las tareas del método cognitivo-conductual utilizado en Trampolín es, como afirma Stallard y Brouwer (2007) en su manual práctico dirigido a adolescentes, reconocer aquellos pensamientos distorsionados o irracionales que son fuente del trastorno y generan además reacciones físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desajustadas, para reemplazarlos por otros más realistas y sanos. Para afrontar esta tarea se utilizan o han utilizado en el Programa una serie de terapias o técnicas (incluidas las operantes y cognitivas) que se detallan a continuación:

Técnica de modelado: en Trampolín el aprendizaje no sólo es logrado mediante las experiencias directas y vicarias, sino también mediante la observación de otros compañeros. Siguiendo las teorías de Bandura (1969), se pretende que a partir de esas imitaciones el alumno desarrolle otros patrones de respuestas diferentes, bien fortaleciendo unas o bien debilitando otras que resultan no deseables. Por ello desde Trampolín se destacan y resaltan modelos de buen comportamiento manifestados por algunos alumnos. Cuando esas conductas son reproducidas o emuladas por otros menores, se procede siempre a su reforzamiento.

Técnicas de relajación: para expertos en psicología clínica como Ibáñez y Manzanera (2012) cuando se alcanza el estado de relajación se producen en el organismo una serie de cambios opuestos a los producidos durante los estados de ansiedad: la presión arterial

desciende, el ritmo cardiaco baja y la tensión de los músculos disminuye, en resumen todas las funciones fisiológicas se ralentizan. Cuando la terapeuta del Programa utiliza las técnicas de relajación en Trampolín, se controlan y manejan las emociones negativas como la ira, el dolor, la ansiedad y el enfado. Se abre, en definitiva, una opción nueva para afrontar las situaciones de crisis. Uno de los métodos más utilizados dado su valor científico, facilidad de aprendizaje y ejecución es la Relajación Muscular Profunda, este procedimiento se emplea principalmente en momentos de alta ansiedad.

Terapia de grupo: en Trampolín se organizan terapias grupales para tratar problemas concretos, por ejemplo para trabajar con los sentimientos propios de la depresión se sigue manuales de terapias de grupo como el de Muñoz, Aguilar, y Guzmán (2000), estos métodos intentan hacer que los menores entiendan cómo los pensamientos influyen en el estado de ánimo. Se anima a que los adolescentes compartan sus propias experiencias y que expresen cómo se sienten ante determinados pensamientos. Se trabaja también para que los alumnos identifiquen los pensamientos que experimentan cuando se encuentran deprimidos. Una vez logrado el anterior objetivo se les da la alternativa para que sustituyan esos pensamientos por otros más positivos.

Entrenamiento en habilidades sociales: se trata de que los menores observen a aquellos alumnos que ejecutan de forma correcta las conductas relacionadas con las interacciones sociales para que poco a poco modifiquen sus comportamientos. Se parte de la idea de que las habilidades sociales son comportamientos aprendidos susceptibles de ser mejorados a través de una experiencia de aprendizaje correcta.

Terapia racional emotiva conductual: abanderada por Ellis (1958) propone que las conductas y las emociones humanas son el resultado de lo que las personas piensan o creen. Las terapias propuestas en el Programa se dirigen también al cambio de esos pensamientos o creencias negativas, irracionales y fantásticas que distorsionan los comportamientos mediante la discusión de esas falsas creencias como por ejemplo: ¿por qué crees que vas a suspender si sabes bien el tema?

Técnica de habilidades y solución de problemas: Kazdin (1993) sostiene que los menores con problemas de conducta tienen desajustado el mecanismo de las atribuciones causales, por ejemplo muchos de ellos tienden a presuponer que los demás tienen intenciones hostiles hacia ellos. Estos desórdenes, sean de un tipo u otro, originan problemas en las relaciones interpersonales que son corregidos en Trampolín mediante técnicas para modificar los déficits y distorsiones que afectan a cómo el alumno interpreta la realidad, ofreciendo también claves o alternativas para interactuar y mejorar el trato con los demás.

Entrenamiento en reversión de hábitos: dirigido principalmente a la corrección de hábitos no deseados, esta técnica se basa en los siguientes pasos: identificar el hábito y cómo éste afecta a la vida del alumno, hacerlo consciente de las respuestas que genera ese hábito (toma de conciencia), entrenar al menor en el desarrollo de otras respuestas alternativas e incompatibles con el mismo, y por último generalizar el procedimiento a todos los contextos.

Técnica de condicionamiento encubierto: utilizando la imaginación de los alumnos se intenta manipular las consecuencias de una conducta y alterar así su frecuencia.

Persigue por tanto desarrollar respuestas aversiva hacia estímulos atrayentes pero no deseables o perjudiciales.

Técnicas de intención paradógica: en algunos casos y con algunas conductas concretas, se utiliza esta técnica que invita a los alumnos a que no intenten controlar los síntomas conductuales sino al contrario, que los hagan aparecer de forma intencionada e incluso exagerada.

Terapias de tercera generación: según Hayes (2004), este tipo de terapias representa una evolución de las anteriores teorías cognitivo-conductuales, lo novedoso de esta corriente es que no están orientadas a la evitación o reducción de los síntomas, sino a que la persona asuma y actúe con responsabilidad sobre la elección personal y la aceptación de los sucesos que conlleva esa opción adoptada. En el contexto de Trampolín, podemos encontrar algunas de ellas desarrolladas de forma práctica como:

Técnica del Mindfulness: siguiendo las indicaciones personales del experto en atención plena o Mindfulness, Vicente Simón (2011), los profesionales del Programa adaptaron la técnica a la realidad del Grupo Trampolín. El Mindfulness conocido también por atención o conciencia plena pretende que el alumno se centre en el momento presente de un modo activo, intentando no interferir ni realizar valoraciones de lo que siente o percibe en cada momento. El potencial de este procedimiento terapéutico estriba en aceptar los sentimientos sin ser evitados o intentar controlarlos, para que la persona permita que ciertas actividades emocionales

o incluso fisiológicas se regulen de acuerdo con sus propios sistemas naturales de autorregulación.

Técnicas de aceptación y compromiso: mediante las mismas, se pretende que los alumnos de Trampolín aprendan a desarrollar un repertorio de acciones dirigidas a progresar en unos objetivos definidos por el menor como valiosos, dejando a un lado la existencia o no de ciertos estados cognitivos que causan sufrimiento, como el dolor, la ansiedad, la tristeza, el miedo u otras causas similares. El *quid* sería dejar que esas emociones y pensamientos fluyan sin intentar controlarlos tomando como alternativa la aceptación sin apartarse del objetivo que verdaderamente se valora. Para aplicar esta técnica la terapeuta debe evitar el modo directivo sobre lo que es mejor o peor o sobre lo que hay que hacer o evitar, en vez de ello utiliza verbalizaciones en forma de metáforas, preguntas y ejercicios de clarificación de valores para que el participante manifieste su situación contextual, junto con sus anhelos, pensamientos, recuerdos y malestares.

Terapia dialéctica conductual: inspirándose en los postulados de Marsha Linehan, los objetivos perseguidos por el Equipo de Trampolín a través del tratamiento dialéctico conductual, son que el alumno aprenda a regular sus emociones extremas, rebajando el nivel desadaptativo de aquellas conductas que dependen del estado de ánimo. García-Palacios siguiendo a la anterior autora, realiza una descripción sintética del método que resumido se concreta en que el menor, debe aprender a confiar y validar sus propias emociones, pensamientos y comportamientos mediante un programa basado en una jerarquía de objetivos terapéuticos. Abordados

éstos en función de su importancia y siendo su orden el siguiente: 1. Las conductas destructivas hacia uno mismo, 2. Las conductas que interfieran con la terapia, 3. Las conductas que perjudiquen la calidad de vida, 4 La potenciación de las habilidades comportamentales. Estos pasos se dan de forma flexible en función de las necesidades de cada participante (García-Palacios, 2006). Los profesionales del Programa no persiguen la resolución del problema emocional a través del cambio cognitivo o comportamental sino la aceptación y validación del mismo para iniciar el proceso de cambio.

También son aplicadas otras técnicas cognitivo-conductuales de forma continua a lo largo de la intervención: la reestructuración cognitiva a través del método socrático o del debate de creencias irracionales, el entrenamiento de la asertividad, o el autocontrol, entre otras. En la Tabla 1.21 se resumen las terapias de este modelo conceptual adaptadas al Programa Trampolín.

Tabla 1.21.
Síntesis de las terapias cognitivo-conductuales aplicadas en Trampolín

| TEORÍA | PLANTEAMIENTO | TERAPIA O TÉCNICAS APLICADAS |
|----------------------------|--|--|
| APRENDIZAJE SOCIAL | - La observación de otras personas es determinante en la conducta (imitación) | - Técnicas de modelado - Entrenamiento de la asertividad - Entrenamiento en habilidades sociales - Terapia de grupo conductual - Técnicas de autocontrol |
| TERAPIA COGNITIVA | - La forma que tiene un individuo de estructurar el mundo determina su conducta - Las creencias o conductas son el resultado de lo que las personas piensan o creen | - Entrenamiento en habilidades sociales - Debate de creencias irracionales - Utilización del método socrático - Reestructuración cognitiva - Técnicas de resolución de problemas - Terapia Racional Emotiva - Entrenamiento en reversión de hábitos - Técnicas de condicionamiento encubierto - Técnicas de Intención paradójica - Técnicas de relajación |
| TERAPIAS DE III GENERACIÓN | - Los problemas se asumen aceptándolos como son. No evitan los síntomas | - Mindfulness - Terapias de aceptación y compromiso - Terapia dialéctica conductual |

Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

▪ **Intervención desde el modelo humanista**

Aunque surge como alternativa de las corrientes imperantes psicoanalíticas y conductistas de mediados de los años cincuenta que concebían a la persona de forma reduccionista, mecanicista y determinista (González, 2006), tiene algunas influencias de la primera, ya que este modelo de intervención parte de la base de que los alumnos “son así”, por una serie de circunstancias concretas que hay que comprender para poder entender su comportamiento. No obstante se valora además, el potencial que todas las personas tienen y que debe ser desarrollado. Además se considera que las capacidades de los alumnos (de cualquier naturaleza) pueden ser canalizadas hacia actividades positivas.

A parte de manifestar problemas graves de conducta, las circunstancias que caracterizan por lo general a los alumnos del Programa Trampolín, son: haber fracasado en el ámbito escolar y social, tener un nivel de competencia curricular muy bajo, suspender casi todas las asignaturas, repetir algún curso y además ser rechazados por sus iguales normalizados (se hace alusión al grupo de compañeros que cursan en el centro de referencia y de los cuales el alumno, se ha desvinculado tanto académica como socialmente). Tan solo se encuentran aceptados entre el grupo de “amigos afines” con los que comparten sus mismas experiencias y que generalmente se encuentran en una situación social, familiar y escolar similar, produciendo este hecho una constante retroalimentación. A la luz de las investigaciones de Powell y Rosén (1999) que describen la diferencia existente entre el control del locus externo e interno en menores normales y aquellos que presentan problemas de conducta, es fundamental hacer ver a estos alumnos, que pueden lograr los objetivos que se propongan porque tienen la capacidad para ello. Se pretende que los menores con

problemas eviten culpabilizar a los demás y potencien el locus de control interno –tengo que hacerlo porque eso es bueno para mí- evitando, siempre que sea posible, la imposición externa.

Dada la importancia que tiene la autoestima para alcanzar los objetivos socioeducativos y siguiendo estudios como los de Gutiérrez-Saldaña, Camacho-Calderón y Martínez-Martínez (2007) que exponen la relación entre el éxito escolar y la autoestima. Parte de la intervención se dirige a fomentar esta capacidad. Es primordial que los propios menores se den cuenta que pueden lograr hacer las cosas bien, que aprenden y que incluso aprueban por sí mismos. La labor docente en Trampolín contempla este aspecto y para ello se diseñan actividades y tareas adaptadas a las potencialidades de los alumnos, evitando la frustración pero sin llegar a facilitar tanto el trabajo que dificulte el progreso del aprendizaje. La elaboración de las fichas o unidades resulta compleja porque los alumnos tienen unos conocimientos muy “irregulares” con escasa base y grandes lagunas. Cuando se aborda el diseño de un tema, se tiene en cuenta qué es lo que sabe el alumno, y se empieza a “tapar los agujeros conceptuales”, a veces tan básicos que se tiene que retroceder hasta los primeros cursos de primaria. Se intenta evitar el uso de material demasiado infantil, con la intención de no herir el menoscabado orgullo de estos adolescentes, para ello los responsables de Trampolín no dudan en camuflar los contenidos básicos con otros de su curso de referencia.

Otro aspecto importante de la intervención humanista es comprender cómo el alumno entiende la realidad y cómo a través de su percepción subjetiva, el alumno determina su conducta. En la línea de los pensamientos Eriksonianos se utiliza la terapia estratégica cuando los responsables de Trampolín diseñan, un enfoque concreto para cada situación

particular. Este enfoque como apunta Hernández-Córdoba (2007) se sustenta en la habilidad que los profesionales tienen para captar cómo los sentimientos y percepciones se modifican gracias a las interrelaciones que se producen entre el adulto y el menor. Por tanto los esfuerzos educativos y terapéuticos giran en la línea de modificar esas percepciones, el menor ha de “captar” las situaciones del entorno sin que pueda realizar interpretaciones incorrectas: “los demás me quieren hacer daño, los adultos son autoritarios, me quieren controlar, me quieren hacer daño, por qué no me dejan en paz,…” (Interpretación del autor sobre las consideraciones efectuadas al respecto por los responsables de Trampolín). Se trabaja la empatía para que el menor descubra los sentimientos e intenciones de los demás, para lograr que se den cuenta de que, no se busca su perjuicio sino todo lo contrario.

La práctica educativa y terapéutica de Trampolín basada en los modelos humanistas, se materializa en los siguientes principios:

- No se juzga la historia pasada sino las acciones presentes, la realidad actual, el aquí y el ahora.
- El educador se ha de poner en el lugar de alumno para comprender cómo capta la realidad y poder ayudarlo.
- Se intenta evitar que el alumno se mueva por un *locus de control externo*, potenciando el *interno*.
- Todas las personas tienen potencialidades y pueden hacer cosas bien, es necesario encontrarlas y desarrollarlas.

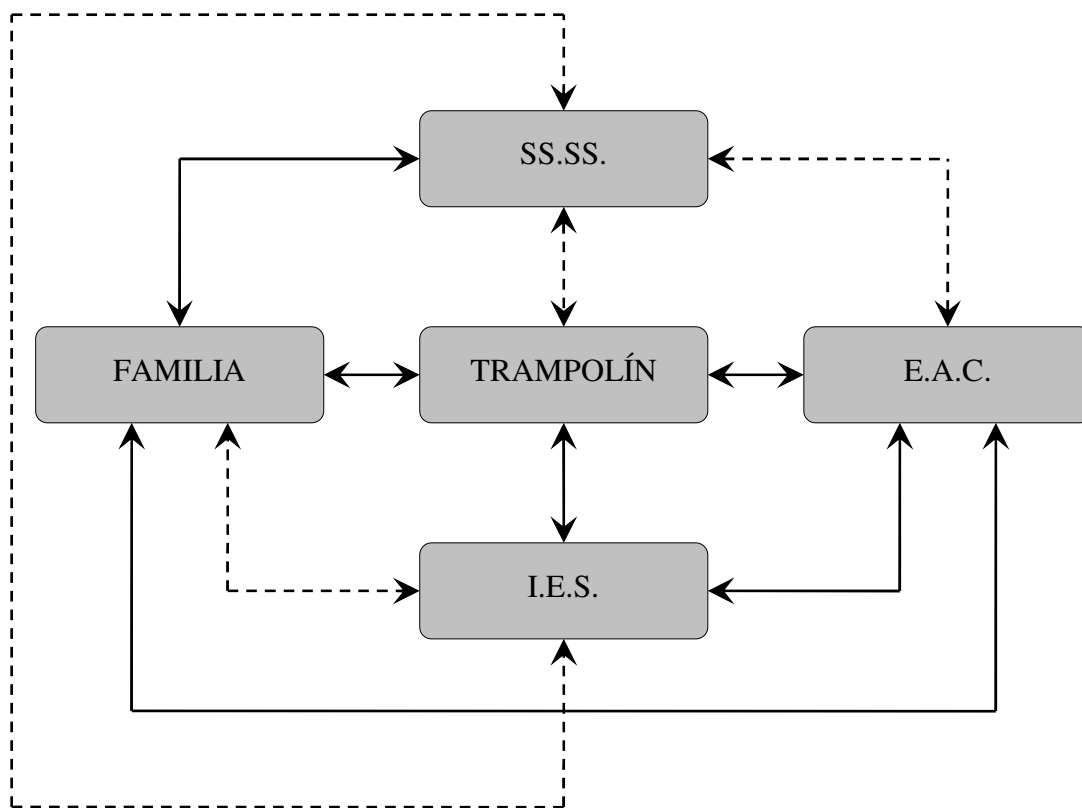
- La actuación docente es determinante a la hora de conseguir resultados.

- **Intervención desde el modelo multisistémico**

La intervención desde éste modelo parte de la premisa, según Aberasturi y Knobel (2007), de que el origen de las alteraciones graves de la conducta de los alumnos es multicausal, y está ligado a un sin fin de interacciones entre: los iguales, la familia y el contexto social del barrio. Por ello para entender la realidad del alumno participante en Trampolín, hay que comprender todas las fuentes de influencia sociales, familiares, y escolares, incluidas también sus propias características personales. Esta es la causa de que la terapia multisistémica constituya una herramienta multimodal que integra diferentes tratamientos incluidos los biológicos, psicosociales y psicoeducativos pero con un carácter ecológico (Peña-Olvera, 2003).

Como se ha visto, este enfoque socio-ecológico exige que sean tratados todos los factores ambientales que rodean la vida del menor, mediante una serie de técnicas como la terapia familiar estructural, el entrenamiento de habilidades parentales y las terapias cognitivo-conductuales. Siguiendo estas pautas de actuación y las corrientes abanderadas por Bronfenbrenner, el menor es entendido como un sistema interconectado con la sociedad en la que está inmerso, produciéndose constantes influencias recíprocas, complejas y dinámicas (Bronfenbrenner, 1979). Por ello, los objetivos perseguidos por el Equipo de Trampolín a través de la terapia multisistémica, se orientan a la identificación de los problemas del alumno y su contexto, realizando las intervenciones en el ambiente natural. El trabajo conjunto de todos los agentes sociales que intervienen en la resolución del problema del

menor: EAC, Trampolín, Servicios Sociales e IES, pretende que los padres adquieran las habilidades y recursos para gestionar la crianza de sus hijos y puedan hacer frente a los problemas cotidianos. La familia por tanto se considera como un elemento clave a la hora de lograr un cambio efectivo en la conducta del menor (Henggeler, 2012). En la Figura 1.19 se muestran las interrelaciones entre los diferentes participantes que actúan en el contexto del alumno.



_____ : Uno o más contactos semanales.

- - - - - : Contactos ocasionales.

SS.SS.: Servicios Sociales.

E.A.C.: Equipo de Alteraciones del Comportamiento.

I.E.S.: Instituto de Educación Secundaria.

Figura 1.19. Interrelaciones entre los participantes que actúan en el contexto del menor
Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

Las medidas multimodales adaptadas al Programa Trampolín se resumen en la Tabla 1.22, en ella se detallan los objetivos de mejora que se persiguen a través del planteamiento multisistémico y las técnicas desarrolladas para lograr dichos fines.

Tabla 1.22.

Medidas terapéuticas multisistémicas desarrolladas en el Programa Trampolín dirigidas a la mejora de objetivos

| OBJETIVO DE MEJORA SOBRE: | A TRAVÉS DE: |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Las prácticas educativas disciplinarias de los padres o educadores - El clima o relaciones afectivas en la familia. | <ul style="list-style-type: none"> - Reuniones periódicas con las familias y terapia familiar individual (se incide no sólo en las relaciones entre la familia y el menor sino familia-barrio, familia-escuela, familia-iguales, etc.) |
| <ul style="list-style-type: none"> - La selección de iguales (para evitar la asociación con menores marginales y promover la de los prosociales) - La red de apoyos con la familia extendida, barrio y amigos | <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales (habilidades sociales, autocontrol, asertividad, etc. - Reuniones conjuntas Trampolín-alumno, Trampolín-familia, Trampolín-IES, Trampolín-Servicios Sociales y Trampolín-EAC |
| <ul style="list-style-type: none"> - El rendimiento escolar y la motivación del alumno. | <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de técnicas eclécticas tanto pedagógicas como psicológicas |
| <ul style="list-style-type: none"> - Las salidas vocacionales | <ul style="list-style-type: none"> - Discusión de salidas formativo-laborales en función de las preferencias y aptitudes del menor |
| <ul style="list-style-type: none"> - El descubrimiento de opciones de ocio prosociales | <ul style="list-style-type: none"> - Discusión de propuestas en función de los gustos e inclinaciones del menor |

Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

Los planteamientos básicos de la Terapia multisistémica aplicada en Trampolín se fundamentan en los principios citados por Peña-Olvera y Palacios-Cruz (2011), que adaptados a la realidad del Programa se concretan de la siguiente forma:

1. Comprender cómo interactúan los problemas del menor.
2. Motivar a las familias y al menor a través de resaltar los aspectos positivos.
3. Promover las conductas responsables de las familias.
4. Focalizar las intervenciones hacia el presente y los problemas específicos del alumno.
5. Secuenciar las intervenciones.
6. Diseñar actuaciones teniendo en cuenta el nivel de desarrollo del menor.
7. Hacer participar de manera activa y permanente a la familia.
8. Evaluar de forma continua la efectividad de las intervenciones.
9. Diseñar Intervenciones para que perduren en el tiempo.

▪ **Intervención desde el modelo preventivo**

El modelo de intervención preventivo desarrollado actualmente en Trampolín puede identificarse como de nivel terciario, no obstante algunas actuaciones con ciertos menores pueden reconocerse como de nivel secundario. El diseño del Programa y la forma en que los alumnos son derivados al mismo condiciona el grado de prevención.

Desde hace más de una década el EAC desarrolla una labor centrada tanto en la prevención secundaria como terciaria. A pesar de que la prevención primaria sea, de forma

general, el objetivo de todas las autoridades educativas, la falta de recursos, la dificultad para evitar este tipo de problemas y la demanda de casos ya presentes dificulta la implantación de medidas dirigidas a evitar la aparición de problemas graves de conducta. Como se ha comentado anteriormente, de forma ordinaria el Equipo de la Consejería desvía algunos de los casos más graves al Equipo Trampolín, por tanto los trastornos que llegan al Programa ya se han manifestado de una forma severa. A pesar de ello, en ocasiones arriban algunos alumnos que no han exhibido todo su potencial lesivo, en esos casos es donde el Equipo de Trampolín realiza una prevención secundaria evitando en la medida de lo posible frenar la tendencia que llevaría al menor a una situación total de ruptura social.

La demanda y preocupación de las administraciones educativas competentes, coincide con la opinión de expertos como Antolín-Suárez (2011), Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, y Muñiz (2011), Foster, Brennan, Biglan, Wang, y al-Gaith (2002), Frick (2006), Garrido-Genovés (1987), Hosman, Jane-Llopis, y Saxena (2005), Mendel (2001), Merikangas et al. (2010) y Saldaña (2001), que reclaman actuaciones más precoces dirigidas principalmente a evitar la aparición de problemas graves de conducta. Aunque el EAC actúa eventualmente en los centros educativos en los siguientes ámbitos preventivos:

1. Detectar a menores con riesgo de desarrollar alteraciones graves del comportamiento.
2. Asesorar al profesorado sobre el manejo de los alumnos con trastornos de conducta desde los ámbitos psicológico y pedagógico, a través de los Departamentos de Orientación.

3. Asesorar a las familias que tienen hijos con problemas de comportamiento.
4. Intervención directa con alumnos que potencialmente pueden desarrollar un trastorno grave de la conducta.

La dificultad práctica de cubrir a toda la población escolar del Principado a través de un *screening* universal, obliga al EAC a proceder con el anterior protocolo en los casos en los que se produzca alguna alarma a través de los equipos de orientación de los centros o de la Inspección Educativa. Por tanto la prevención primaria de Trampolín queda en manos de la Administración Central Educativa y de sus derivaciones: Equipos Específicos, Inspección y Centros Educativos.

▪ **Corolario de los modelos de intervención del Programa Trampolín**

Hay que aclarar que los profesionales que intervienen en Trampolín intentan profundizar en las técnicas y planteamientos teóricos para después ponerlos en práctica, no obstante es necesario advertir que gran parte de las técnicas psicoterapéuticas anteriormente citadas recaen en la psicóloga del Programa que coordina con el resto del equipo acciones, procedimientos y estilos de intervención para lograr la mayor afinidad y coherencia en la intervención. Las aportaciones e innovaciones teóricas son proporcionadas por todo el Equipo que constituye un todo multidisciplinar y está formado por varios maestros, un trabajador social, una terapeuta y un pedagogo, que participan planteando ideas y sugerencias técnicas y teóricas que después son probadas en el trabajo de campo. Como se puede suponer, los profesionales no tienen un dominio total en todas las técnicas expuestas, por lo que en ciertas

ocasiones un conjunto significativo de ellas quedan asignadas a la terapeuta, mientras que otras sí pueden ser trabajadas por otros miembros del equipo. Esta matización que muestra las limitaciones del equipo humano, es necesaria para no caer en la presunción de que todos los integrantes del Programa tienen la capacidad de dominar y usar todas las técnicas al 100%. No obstante si se puede afirmar que existe una línea de actuación coordinada o sincronizada para poder llevar a cabo este sistema multimodal.

La mayoría de los modelos de actuación que vienen desarrollándose en el Programa Trampolín no se aplican ni suceden de una forma secuencial, sino que se solapan durante el proceso de intervención. Además, algunos modelos teóricos no son puros, en el sentido de que utilizan técnicas que son tradicionalmente dominio de otros paradigmas, es el caso de los modelos cognitivo-conductuales, multisistémicos o también los humanistas (que de forma habitual adaptan los mismos tipos de procedimientos). Por lo cual, las fronteras de estos modelos se diluyen porque las técnicas empleadas no son exclusivas de ningún compartimento teórico concreto.

Teniendo en cuenta los anteriores aspectos, resulta complejo concretar en qué momento exacto se aplica un modelo u otro, no obstante para simplificar la realidad, se ha propuesto una “localización temporal” de las diferentes teorías, atendiendo a la preponderancia de la más significativa en el momento de su utilización. Ver Tabla 1.23.

Tabla 1.23.
Intervención de Trampolín desde los diferentes modelos teóricos.

| MODELO TEÓRICO | INTERVENCIONES | MOMENTO APLICACIÓN (*) |
|----------------------|---|--|
| BIOLOGICISTA | <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Asegurar el cumplimiento de los tratamientos facultativos - Adaptación del proceso educativo a las necesidades biológicas del alumno | <ul style="list-style-type: none"> - Durante todo el proceso |
| CONDUCTISTA | <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de un marco normativo de referencia que proporcione los requisitos comportamentales mínimos para posteriores actuaciones - Aplicación de sistemas de refuerzo positivo y negativos | <ul style="list-style-type: none"> - Durante todo el proceso pero con mayor énfasis en el 1º trimestre |
| COGNITIVO-CONDUCTUAL | <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de intervenciones propias del modelo conductista - Implementación de técnicas de modelado - Implementación de técnicas de autocontrol - Implementación de técnicas de resolución de problemas - Entrenamiento de la asertividad - Entrenamiento de las habilidades sociales - Entrenamiento autoinstruccional - Terapias de grupo conductual - Utilización del debate sobre creencias irracionales - Utilización del método socrático - Reestructuración cognitiva | <ul style="list-style-type: none"> - Durante todo el proceso pero con mayor énfasis en el 2º y 3º trimestre |

| MODELO TEÓRICO | INTERVENCIONES | MOMENTO APLICACIÓN (*) |
|-----------------|--|--|
| HUMANISTA | <ul style="list-style-type: none"> - Conocer las circunstancias concretas de cada alumno para entender sus comportamientos - Canalizar sus capacidades hacia actividades positivas - Fomentar la autoestima y las potencialidades de los alumnos - Ajustar la percepción subjetiva del alumno para modificar su conducta - Potenciar el locus de control interno - Mejorar la práctica docente | <ul style="list-style-type: none"> - Durante todo el proceso aunque con mayor énfasis a finales del 1º trimestre |
| MULTISISTÉMICOS | <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de intervenciones propias de otros modelos - Reuniones periódicas con la familia para mejorar las prácticas parentales y el clima familiar - Reuniones periódicas con familia y otras personas significativas para fomentar la red social del menor - Discusión sobre salidas formativa-laborales - Discusión sobre nuevas formas de ocio | <ul style="list-style-type: none"> - Durante todo el proceso pero con mayor énfasis en el 2º y 3º trimestre |
| PREVENTIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Detectar a menores en riesgo de desarrollar alteraciones graves del comportamiento - Asesoramiento del profesorado - Asesoramiento de las familias - Intervención directa con alumnos en riesgo de desarrollar alteraciones de conducta | <ul style="list-style-type: none"> - Excepcionalmente un alumno puede ser derivado por haber un riesgo de cronificación o empeoramiento, En estos casos la Intervención se realiza antes de que esto ocurra |

Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.. (*) Para facilitar la comprensión, se toma como unidad temporal de actuación el periodo de un curso escolar, aunque en realidad los periodos pueden variar en función del tiempo de permanencia del alumno.

Algunos modelos teóricos se desarrollan durante todo el programa como es el caso del biologicista, que se aplica en aquellos casos que así se requieran, otros sin embargo se ponen en juego siempre que se consideren pertinentes y a medida que el curso avanza. Por este motivo, no todos los modelos son desplegados siguiendo un patrón definido, sino que su puesta en escena está condicionada por las características del menor y su posible respuesta ante el mismo.

Es conveniente insistir, como se acaba de explicar, que una de las causas por las que el Equipo Trampolín no aplica algunos modelos teóricos desde un inicio, se debe a las propias peculiaridades de cada alumno. Los menores que cursan Trampolín manifiestan con frecuencia un comportamiento receloso y reservado, tantean y exploran las entrañas del Programa y además están acostumbrados a percibir negativamente la ayuda de los adultos. Esto les hace ser desconfiados y herméticos. No obstante, a partir de la experiencia de los últimos años, se confirma que poco a poco los alumnos van quitándose la “coraza” que les aísla del mundo exterior, en ese momento de complicidad y apertura los responsables aplican otros modelos de intervención.

Se puede decir que los menores, durante su estancia en Trampolín, pasan por tres fases diferentes: una primera fase de adaptación (que suele durar aproximadamente un mes), otra etapa de manifestación de las conductas y oposición a las normas (su duración es variable y depende del alumno) y una última fase de enganche emocional, en la cual el alumno tiene sentimientos ambiguos que oscilan entre el deseo de abandonar el Programa y a la vez continuar en él. A partir del segundo periodo es cuando se puede entender tanto al

alumno como a su entorno para, a partir de este punto, aplicar los modelos que exigen un exhaustivo conocimiento de la realidad del menor.

1.3.5 Fases de la intervención

La intervención terapéutica con los menores, está sujeta a una secuenciación que se justifica por dos motivos: por un lado se establece un protocolo de actuación adaptado a los menores, que simplifica la labor académica, por otro tiene una función propedéutica en cuanto a que preparan al alumno para el objetivo final del Programa (la adaptación o reinserción a la vida normal en el centro de referencia o hacia una salida formativo-laboral). La secuencia habitual de actuación durante la trayectoria de un alumno en el Programa Trampolín pasa por las siguientes fases:

1. **Inicial o de acogida:** se procede a explicar qué es Trampolín, sus normas y funcionamiento, después se procede a la firma del Contrato (si se aceptan las condiciones que se exigen), se realiza una anamnesis y durante un periodo de varias semanas, el alumno permanece en un intervalo de prueba y/o adaptación, en el que se evalúa la idoneidad del recurso y la conveniencia de continuar.
2. **Procesual o formativo:** una vez considerado pertinente el recurso para el alumno, se intenta que interiorice las normas mediante el cumplimiento o incumplimiento de las mismas (percepción de las consecuencias). Se continúa el proceso educativo, que a la vez se complementa con la enseñanza de herramientas que le permiten interactuar con los demás, socializarse, mejorar en habilidades sociales, empatía, tolerancia, control de la ira, ansiedad, etc. El objetivo es que mediante la adquisición de herramientas y

técnicas de autogestión, el alumno se integre en un curso normalizado o que mejore su actitud para poder continuar en un futuro en cualquier itinerario formativo o laboral, sin que durante el proceso, empeore o perjudique su situación personal.

3. **Preparatorio para la salida:** antes de que el alumno abandone físicamente el Programa Trampolín, y si el comportamiento evoluciona positivamente, se retiran los refuerzos materiales de forma progresiva. El menor tiene además menos supervisión y se le conceden mayores privilegios y libertades¹⁹. El objetivo es proporcionarle más autonomía para que aprenda a utilizarla.
4. **Final:** esta fase se produce fuera del Programa. Como ya quedó reflejado anteriormente, uno de los objetivos de Trampolín es la integración en el centro de referencia o la elección de una salida formativo-laboral. Sea cual sea la opción tomada por el alumno, se efectúa un seguimiento permanente que va espaciándose con el paso del tiempo. En la actualidad los responsables del Programa realizan una localización de casi la totalidad de los antiguos alumnos, algunos de los cuales abandonaron la medida hace más de 6 años. Estos contactos periódicos se realizan bien directamente con el propio menor o bien a través de sus padres, tutores o educadores. Durante el año posterior a la participación en Trampolín los responsables del Programa intentan establecer una comunicación periódica con los exalumnos con la finalidad de realizar

¹⁹ La concesión de privilegios y libertades se refiere a la menor supervisión por parte de los educadores, y a una mayor autonomía en la gestión de su tiempo de ocio durante los recreos.

el seguimiento y la evaluación tanto del Programa como del propio alumno. También es habitual que éstos se personen en el Centro para solicitar algún tipo de asesoramiento, consulta o simplemente para hacer una visita.

Las cuatro fases de la intervención se resumen en la Tabla 1.24, es conveniente señalar que la estancia en Trampolín depende de la evolución del alumno y ésta no tiene por qué coincidir con el curso, es más, resulta deseable –y así suele suceder- que los alumnos abandonen el Programa antes de que finalice el año escolar. Cuando esto sucede quiere decir que el alumno se ha integrado correctamente en su centro de referencia o ha hallado una alternativa formativo-laboral. Por lo tanto no existe un tiempo determinado de estancia. Por motivos obvios, los periodos inferiores a un trimestre no tienen capacidad para producir grandes cambios en el menor, luego la estancia mínima (si el alumno supera la fase de prueba) será de un trimestre.

Tabla 1.24.
Secuencia de intervención con los alumnos de Trampolín.

| FASE | ACTUACIONES |
|------------------------|--|
| INICIAL O DE ACOGIDA | <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis, recogida de datos - Explicación de normas y funcionamiento del Programa - Aceptación de las condiciones y firma del Contrato - Se inicia el proceso de refuerzos - Se inicia el proceso formativo-académico - Periodo de prueba, se evalúa la idoneidad del recurso - Se trabajan terapéuticamente aspectos relacionados con su trastorno |
| PROCESUAL O FORMATIVA | <ul style="list-style-type: none"> - Interiorización de las normas - Continúa el proceso de refuerzos - Continúa el proceso formativo-académico - Se trabajan terapéuticamente aspectos relacionados con su trastorno. |
| PREPARATORIA DE SALIDA | <ul style="list-style-type: none"> - Retirada de refuerzos materiales. - Concesión de privilegios - Concesión de libertades - Continúa el proceso formativo-académico - Se trabajan terapéuticamente aspectos relacionados con su trastorno. |
| FINAL | <ul style="list-style-type: none"> - Abandono físico del Programa Trampolín - Ingreso en el centro de referencia o hacia una salida formativo-laboral - Seguimiento directo o indirecto del alumno durante al menos tres cursos |

Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

1.3.6 Intervención en el ámbito extraescolar

Este apartado se refiere tanto a las actividades llevadas a cabo conjuntamente con los menores, como aquellas referidas exclusivamente a la labor formativa del Equipo del Programa.

Las actividades incluidas en este ámbito que involucran a los alumnos, son enfocadas al enriquecimiento de la personalidad del menor y sirven de ayuda a las intervenciones terapéuticas: búsqueda de nuevas inquietudes, puesta en práctica de habilidades sociales adquiridas en el Programa, descubrimiento de otras facetas culturales o de ocio, que de otra manera difícilmente llegaría a descubrir el alumno por si solo (ver Figura 1.20). De forma genérica son las siguientes:

- Actividades extraescolares culturales (visitas de interés educativo, naturaleza y medio ambiente, exposiciones o museos).
- Actividades de ocio, tiempo libre y salud (eventos y prácticas deportivas, espectáculos, charlas sobre drogas o salud).
- Conocimiento de salidas profesionales (centros de trabajo, charlas guiadas, orientación laboral).



Figura 1.20. Actividades de ocio, tiempo libre y salud. Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

Otras acciones de los profesionales del Programa relativas a la formación de los miembros del Equipo, son desarrolladas en el ámbito extraescolar, algunas de ellas son propuestas por el EAC, otras por la propia Fundación Vinjoy y el resto son realizadas por los propios integrantes de Trampolín de forma autónoma. Básicamente se llevan a cabo los siguientes grupos de actividades:

- De mediación, coordinación y seguimiento de alumnos: dirigidas a favorecer la práctica educativa y el control tanto de los alumnos escolarizados como de los antiguos alumnos. Algunas acciones incluyen: visitas a las familias, a los centros de referencia o a la coordinación con los equipos de trabajo social del entorno.

- **Formativas para mejorar la práctica educativa:** destinadas a enriquecer y depurar las técnicas utilizadas en el Programa, son propuestas por la Consejería de Educación del Principado de Asturias a través del Centro del Profesorado y Recursos de Oviedo (CPR) o del EAC y también por la propia Fundación Vinjoy a través de cursos, seminarios y jornadas.
- **De comunicación e información:** dirigidas a ilustrar y testimoniar la experiencia de Trampolín describiendo las debilidades y fortalezas del Programa e invitando a los interesados a desarrollar un intercambio constructivo de criterios, dirigidos tanto al enriquecimiento del propio Programa como para servir de catalizador e inspiración de otras iniciativas similares. Estas acciones se concretan en charlas, mesas redondas, entrevistas o publicaciones.

1.3.7 Contenidos y metodología didáctica

Como ya se ha explicado, los alumnos llegan al Programa con ACIs o excepcionalmente en proceso de elaboración. Esto implica que las intervenciones realizadas en Trampolín incluyen actuaciones en el ámbito escolar y extraescolar que afectan a las actividades de enseñanza, aprendizaje y evaluación. Estas acciones están relacionadas con aquellas áreas que cada alumno tenga adecuadas a su nivel en función de la valoración correspondiente efectuada por el Departamento de Orientación de su centro de referencia.

No obstante como norma general las adaptaciones se corresponden con las áreas instrumentales, recogidas en Trampolín dentro de dos grandes bloques que se identifican como: ámbito sociolingüístico (Lengua Castellana y Literatura, Ciencias Sociales y Lengua

Extranjera y ámbito científico-matemático cuyas áreas son las Matemáticas y las Ciencias de la Naturaleza). El contenido docente se intenta que sea lo más motivador y atrayente posible

Figura 1.21 respetando los mínimos que exige la Legislación Educativa.



Figura 1.21. Alumnos realizando experiencias, en el área de ciencias naturales Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

Para lograr el anterior propósito se trabajan las diferentes áreas desde centros de interés o temáticas centradas en los gustos y motivaciones de los alumnos que son adaptadas y trabajadas desde las diferentes disciplinas. Se trata por tanto de partir de la experiencia concreta conocida, a la desconocida o abstracta a través de una propuesta amena y participativa, pero sin dejar de cumplir los objetivos curriculares básicos que establecen las Autoridades Educativas (Ver Figura 1.22).

Esta perspectiva metodológica, iluminada de soslayo por los planteamientos de Ovide Decroly, parte del descubrimiento de los gustos y motivaciones del menor para crear una estructura curricular multidisciplinar ajustada a la temática elegida, intentando responder

de esta forma a las necesidades e intereses de los menores (Besse, 2005). Esta pedagogía activa que parte de lo simple a lo complejo, exige un gran esfuerzo pedagógico, ya que hay que demostrar grandes aptitudes creativas e imaginativas para improvisar planificadamente cada actividad en función de la temática. Los centros de interés se relacionan con ámbitos generales de la realidad como: las energías alternativas, la informática y las comunicaciones, el medio ambiente, la alimentación saludable, las plantas, los medios de locomoción, la carrera espacial, la fotografía y video, la música, maquinas de la antigüedad, etc.



Figura 1.22. Contenidos educativos tratados desde centros de interés. Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta. En la ilustración de la izquierda se muestra el desarrollo de una actividad relacionada con la física a través de un Centro de interés (Los cohetes y la Carrera Espacial). A la derecha un proyecto de tecnología efectuado por los alumnos en el taller (Artefactos de la antigüedad: catapulta Romana).

Aunque una de las finalidades del Programa es que el alumno se incorpore de la forma más normalizada posible a su centro de referencia, por lo general la realidad dista

mucho de que el menor logre alcanzar el nivel que le supondría sumarse al ritmo normal de las clases. El gran desfase curricular, de al menos dos cursos o más, la escasa base conceptual y el inexistente hábito de trabajo, suponen unos impedimentos muy difíciles de superar, en vez de ello un objetivo más sensato consiste en tapar esos huecos, lagunas o conceptos elementales que le impiden avanzar en aprendizajes más complejos, y a partir de ahí lograr que el alumno se sienta más capaz, aumentando su confianza en sí mismo y autoestima. Éste es el motivo por el que desde el punto de vista académico Trampolín incida tanto en las áreas instrumentales y en las enseñanzas básicas.

De la misma forma que la metodología general educativa-terapéutica del Programa Trampolín se sustenta en un planteamiento ecléctico, también las intervenciones en el plano académico comparten este mismo prisma. Las peculiares características del alumnado hacen que sea necesaria la aplicación de una metodología de trabajo dinámica y libre de condicionantes teóricos. No obstante ciñéndose al campo didáctico, las líneas de intervención giran en torno a tres principios básicos que son:

1. El desarrollo con los alumnos de tareas atractivas, organizadas en torno a centros de interés, en ocasiones en forma de actividades originales como los talleres de: joyería, bicicletas, hipoterapia, educación vial, habilidades sociales, encuadernación, uso de las tecnologías informáticas y de comunicaciones... Otras diseñadas como proyectos interdisciplinares que sirven como pretexto para introducir y dar apoyo a las demás áreas curriculares (ver Figuras 1.23 y 1.24).

2. El carácter básico, instrumental y práctico de las áreas impartidas sobre todo en aquellos aspectos que competen a las áreas de Sociales, Naturales, Lengua Española y Matemáticas.
3. El programa en sí, es entendido como una adaptación curricular de cada alumno dirigida a proporcionar una enseñanza básica, de ahí que en ocasiones se plantee Trampolín como un curso de Enseñanza Básica Obligatoria (EBO), pero especializado en casos de graves alteraciones de la conducta.



Figura 1.23. Actividades manipulativas en el área de ciencias sociales. Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta. La ilustración de la izquierda muestra a un alumno realizando un trabajo de geografía en el Taller, a la derecha se observa a otro alumno trabajando la misma temática pero en el aula de informática.

En cuanto a las diferencias en el ritmo de apropiación de los contenidos didácticos y la temporalización de las actividades de aula, éstas se llevarán a cabo mediante:

1. La secuenciación de los contenidos, analizando los objetivos a alcanzar mínimos y comunes a todo el alumnado y los que corresponden a ampliaciones para los estudiantes más aventajados o a diversificaciones en función de diferentes intereses y necesidades.
2. La planificación de actividades de evaluación que permiten valorar los aprendizajes de cada alumno, así como detectar sus dificultades.
3. La utilización de actividades orientadas a centros de interés, como vehículo de motivación. Incrementando la funcionalidad de lo aprendido a través de la resolución de problemas reales y la toma de decisiones.
4. Las actividades de enseñanza-aprendizaje que realiza el alumno, que se adaptarán a sus características personales y posibilidades (para no reducir las expectativas de éxito), de tal forma que todos intenten conseguir el mismo objetivo, aunque para ello algunos utilicen métodos, materiales y herramientas más o menos complejas y tiempos diferentes.
5. Los centros de interés establecidos, estos tienen una intencionalidad variada y orientada al menos hacia los siguientes aspectos: son estimuladores para el alumno, sirven para el desarrollo de capacidades relacionadas con los objetivos de la ESO, crean necesidades de aprendizaje en las áreas de conocimiento lingüístico, social, científico y matemático, son necesarios para orientar al menor sobre las actividades profesionales que pueden desarrollar y además, propician actitudes positivas y de autocontrol.

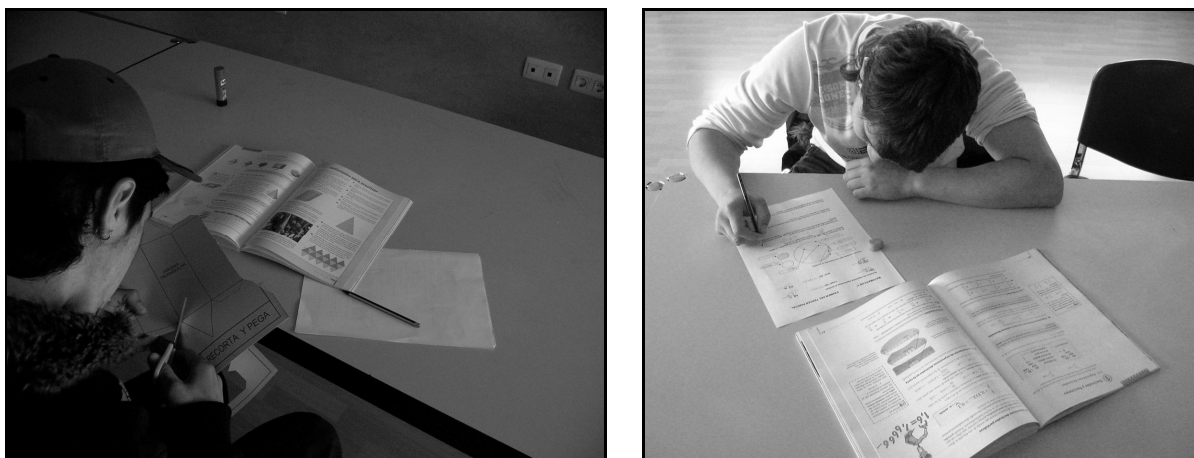


Figura 1.24. Actividades manipulativas en el área de matemáticas. Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

La modalidad educativa asignada a cada alumno (combinada o a tiempo total), no modifica los criterios curriculares generales, no obstante la metodología a seguir con los alumnos varía sensiblemente. Los alumnos que cursan a tiempo total, no generan una gran dificultad organizativa porque su horario es coordinado exclusivamente por los profesores de Trampolín, ahora bien, los alumnos que cursan la modalidad combinada comparten tiempos, tareas y contenidos con el centro de referencia. Para dificultar aún más la dinámica educativa del Programa, cada alumno puede tener una modalidad combinada diferente (distintos días de asistencia al centro, áreas cursadas no coincidentes con otros compañeros del Programa, profesores en su centro que aplican metodologías, contenidos y temporalizaciones particulares, etc.) y además, existe la posibilidad de que un mismo alumno amplíe o reduzca su permanencia en el centro dependiendo de su evolución en el Programa.

Por último, es necesario señalar que otra posibilidad que puede darse ocasionalmente con algunos alumnos menores de 15 años es que una vez cursado Trampolín no se perciba

una mejora sustancial para integrarse nuevamente a su centro de referencia. En ese caso si así lo considera el EAC, y además lo acepta tanto el menor como su familia, continuaría durante el siguiente curso en el Programa, pero en esa ocasión se intentaría potenciar la modalidad combinada, animando a su vez a todos los agentes implicados (centro, familias y servicios sociales) a realizar una participación más activa.

FUNDAMENTACIÓN

EMPÍRICA

CAPÍTULO II

Objetivos e Hipótesis

2.1.- Objetivos

2.2.- Hipótesis

2.1 Objetivos

La presente Tesis persigue dos objetivos generales. En primer lugar, analizar el perfil psicosocial y los rasgos psicopatológicos, emocionales y escolares de un grupo de alumnos del Principado de Asturias, que participan en la experiencia socioeducativa Trampolín y que son considerados por las autoridades educativas regionales como los casos más graves en cuanto a problemas de comportamiento. En segundo lugar, examinar la intervención realizada con ellos en un centro especializado que, bien de forma total, o combinada con el centro educativo correspondiente, atiende a las necesidades específicas de este grupo de alumnos.

El conocimiento de este colectivo y la forma de actuar con el mismo tiene como fin último delimitar los rasgos que podrían ser definatorios o característicos de una fracción del alumnado con graves alteraciones de la conducta, así como validar una opción metodológica de intervención para usar en este colectivo de menores. Se persigue por tanto, dilucidar una realidad social que permita inferir ciertas conclusiones útiles que sirvan como referencia e inspiración tanto a los Equipos Directivos como a los orientadores, docentes o personas interesadas en el tema de los trastornos graves del comportamiento.

Estos objetivos generales, se desglosan en los siguientes objetivos específicos que se describen a continuación:

1. Describir las características familiares, sociales, escolares y de personalidad de una muestra de los alumnos con trastornos graves del comportamiento que participan en la experiencia socioeducativa Trampolín.
2. Identificar las posibles diferencias en determinadas características psicopatológicas entre los alumnos identificados con un trastorno grave del comportamiento que cursan en el Programa Trampolín, y los alumnos del Grupo Control, constituidos por una muestra de menores que cursan la ESO de forma ordinaria y cuyas edades son similares a las del primer grupo.
3. Examinar asimismo si existen diferencias en cuanto a síntomas emocionales y comportamentales entre los alumnos identificados con un trastorno grave del comportamiento que cursan en el Programa Trampolín y los alumnos del Grupo Control.
4. Precisar cuáles han sido las respuestas educativas en los diferentes centros educativos ordinarios con los alumnos del Grupo Trampolín.
5. Analizar la eficacia de la intervención socioeducativa Trampolín, contrastando diferentes indicadores de tipo educativo, grado de conflictividad, motivación escolar, comportamiento en el aula o la tolerancia a la frustración.
6. De manera similar, examinar si la intervención socioeducativa de Trampolín produce una mejora en diferentes indicadores de tipo social y familiar.

2.2 Hipótesis

Hipótesis General.

Una vez analizados los datos, cabe encontrar diferencias entre el Grupo Trampolín y el Grupo Control sobre determinadas variables psicosociales, psicopatológicas, emocionales y escolares que permitan establecer un perfil de alumnado con graves alteraciones del comportamiento. Por otro lado después de la intervención socioeducativa Trampolín y de analizar diversos indicadores, los alumnos con graves trastornos del comportamiento tendrían que mejorar en diversas variables de tipo educativo, social y familiar. Por lo tanto la hipótesis general pretende identificar un perfil de alumno con graves problemas de comportamiento respecto de una serie de rasgos psicosociales, psicopatológicos, emocionales y escolares, siendo además la intervención realizada con los alumnos una opción metodológica adecuada para aplicar con este colectivo.

Hipótesis 1.

A tenor de los datos recopilados en cuanto a múltiples factores (personal, familiar, social y escolar), cabe encontrar un perfil multidimensional característico de los alumnos con graves alteraciones de la conducta que acuden al Programa Trampolín.

Hipótesis 2.

Como los alumnos del Grupo Trampolín se caracterizan por tener graves alteraciones de la conducta o problemas psicológicos, entonces cabe esperar que estos alumnos presenten

mayores puntuaciones medias en los rasgos psicopatológicos de la personalidad, medidos a través del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes, en comparación con el Grupo Control.

Hipótesis 3.

Como los participantes del Grupo Trampolín se caracterizan por tener graves alteraciones del comportamiento, entonces deberían presentar mayores puntuaciones medias en diversas variables de tipo emocional y comportamental, medidas a través de la prueba *Youth Self Report*, en comparación con el Grupo Control.

Hipótesis 4.

Teniendo en cuenta los datos recopilados de los participantes en la experiencia socioeducativa Trampolín en cuanto al tipo de respuesta educativa utilizada en sus centros de referencia, cabe encontrar un modelo característico de respuesta de los centros educativos ante este tipo de problemas.

Hipótesis 5.

Cabría esperar después del paso de los menores por el Programa Trampolín mejoras significativas en variables de tipo educativo, así como en medidas relativas al grado de conflictividad, motivación escolar, comportamiento en el aula y tolerancia a la frustración.

Hipótesis 6.

Cabría esperar después del paso de los menores por Programa Trampolín mejoras significativas en variables de tipo social y familiar.

CAPÍTULO III

Método

- 3.1.- Participantes**
- 3.2.- Instrumentos de medida**
- 3.3.- Procedimiento**
- 3.4.- Análisis de datos**

3.1 Participantes

Para llevar a cabo los objetivos propuestos se tomaron dos muestras de población de entre 13 a 16 años; ambos grupos concurren en una serie de características comunes que de forma general se pueden resumir en: edad similar, cursar la ESO y vivir en la zona central del Principado de Asturias. La primera muestra se seleccionó a partir del grupo de alumnos que habían acudido al Programa Trampolín entre los cursos académicos 2006-2007 y 2011-2012. Este grupo coincide con la población total, por lo que el universo muestral lo constituyen aquellos menores que cursaron en el Programa Trampolín hasta el curso 2011-2012. A este grupo se le denominó Grupo Trampolín. Durante este intervalo temporal pasaron por el Programa un total de 43 alumnos con una serie de características comunes que respondían al siguiente perfil general:

- Jóvenes adolescentes de entre 13 a 16 años.
- Pertenecientes al contexto asturiano (domicilio habitual).
- Adscritos a algún centro educativo de la zona central de Asturias.
- Cursando la ESO.
- Con dictamen de NEE o bien en proceso de elaboración.
- Con un historial de conductas altamente disruptivas, tanto en gravedad como en frecuencia.

- Fueron menores que agotaron otras vías educativo-terapéuticas sin que logaran los resultados esperados.

La segunda muestra, denominada Grupo Control, la integró un total de 42 alumnos precedentes de las mismas áreas que el Grupo Trampolín, en concreto 21 menores del Concejo de Gijón y otros 21 del Concejo de Oviedo. Todos los alumnos cursaban en el momento de la investigación segundo curso de la ESO. La muestra estaba formada por 25 chicos (59,5%) y 17 chicas (40,5%) con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años. Además, como declararon los responsables de orientación de los centros, el porcentaje de alumnos con dictamen de NEE fue del 5%, el habitual en las aulas ordinarias que normalmente suele ser de 1 ó 2 alumnos por curso.

3.2 Instrumentos de medida

Los instrumentos de medida utilizados fueron pruebas y cuestionarios, algunos estandarizados y otros diseñados *ad hoc* para la presente investigación:

1. Cuestionarios multidimensionales inicial y final para alumnos

Se confeccionó un cuestionario dirigido a los menores participantes en Trampolín que se aplicó durante los primeros días del comienzo del Programa. En él se recogía información relacionada con el tipo de conflictividad manifestada en su entorno social, las atribuciones causales de su comportamiento, las personas con quien solía tener conflictos y su frecuencia, las causas pendientes con la justicia y su naturaleza, la frecuencia y tipo de

conflictividad manifestada en clase y además una serie de aspectos relacionados con las actitudes que el alumno tenía en su centro de referencia como la motivación hacia los estudios, el nivel de absentismo, la forma de comportarse y la tolerancia a la frustración. Complementando el cuestionario inicial, se elaboró otro instrumento con las mismas preguntas pero esta vez para ser aplicado después de la participación en la experiencia o durante el curso posterior al término de la misma. Su finalidad fue la de recoger información relativa a los cambios ocurridos después de la intervención, también se añadían otras preguntas relativas al nivel de mejora en cuanto al nivel de motivación y actitud, y otras cuestiones referidas a la evaluación de la metodología, los recursos y otros aspectos del Programa. Los cuestionarios multidimensionales inicial y final de los alumnos constan de tres tipos de preguntas: de escala del 1 al 10, preguntas cerradas que permiten escoger una o varias de las opciones propuestas y preguntas abiertas que permiten matizar, aclarar o profundizar su opinión sobre algunos aspectos planteados. Los cuestionarios están recogidos en los Anexos I y II.

2. Cuestionarios multidimensionales inicial y final para familias

Dos cuestionarios similares a los anteriores se diseñaron para ser aplicados a los padres o tutores de los menores al comienzo y al final de la medida de Trampolín (como en el caso anterior, el cuestionario inicial se refiere al curso anterior y el final se realiza durante el curso posterior al término de la intervención), las preguntas fueron las mismas que las correspondientes al cuestionario inicial de los alumnos, pero esta vez adaptadas a las familias. La finalidad al igual que los primeros fue valorar la situación del alumno y los posibles cambios respecto del instrumento inicial. En el cuestionario final se incluyó una evaluación

de ciertos aspectos del Programa relativos a la metodología y los recursos. Tanto el cuestionario inicial como el final constan de tres tipos de preguntas: de escala del 1 al 10, preguntas cerradas que permiten escoger una o varias de las opciones propuestas y abiertas, que permiten matizar, aclarar o profundizar la opinión de los padres sobre algunos aspectos relativos al programa. Los cuestionarios también están recogidos en los Anexos III y IV.

3. Cuestionarios multidimensionales inicial y final para orientadores

De la misma forma que los anteriores, se elaboraron sendos cuestionarios con preguntas análogas al cuestionario multidimensional inicial de los alumnos, pero esta vez diseñadas para los orientadores de los centros de referencia. En el inicial se adjuntó un apartado con varios ítems que se referían al tipo de conducta manifestada en el centro por el menor, su frecuencia, el lugar donde se producía, el grado de colaboración familiar, el estilo educativo familiar, el absentismo, las adaptaciones curriculares llevadas a cabo, la etnia, el grado de aceptación y respeto social de sus iguales, la atención de servicios sociales y salud mental, los tratamientos farmacológicos, las necesidades educativas especiales, y las medidas de carácter punitivo y no punitivo tomadas. El cuestionario final también adjuntaba una evaluación del Programa Trampolín sobre aspectos como la metodología, los recursos y el grado de coordinación entre las instituciones implicadas. De la misma forma que los anteriores, las preguntas de los dos cuestionarios fueron de tipo escala del 1 al 10, cerradas con una o varias opciones propuestas y abiertas para matizar o aportar algún comentario de interés sobre algún aspecto del Programa. Se adjuntan en los Anexos V y VI.

4. Cuestionario sociodemográfico para los profesionales de Trampolín

Se confeccionó un cuestionario sociodemográfico para el Grupo de profesionales integrantes del Equipo Trampolín. Recogiéndose información relacionada con los datos de clasificación del menor y sus familias como la edad, el sexo, el lugar de nacimiento, urbanicidad, grupo étnico, situación laboral, situación económica, situación legal, estilos educativos de los padres, historia familiar, edad en el momento de la aparición de los primeros síntomas, edad cuando se produjo la primera intervención del EAC, tratamientos farmacológicos, consumo de drogas, historial escolar, tipo de conducta detectada, tipo de patología diagnosticada, dificultades físicas asociadas, dolencias psicosomáticas, indicadores familiares detectados por el EAC, éxito y grado de aceptación social en el centro de referencia y en Trampolín, participación de otras instituciones, uso de recursos alternativos de ocio, así como determinados aspectos posteriores a la aplicación de la medida de Trampolín como: situación escolar y/o laboral, penal, familiar, de pareja y de mejora general de su comportamiento. Las cuestiones planteadas fueron datos de clasificación, preguntas cerradas para la elección de una o varias respuestas correctas según el caso y de escala Likert del 1 al 10. Para llegar a un consenso sobre determinadas valoraciones se utilizó como método la discusión entre expertos. Basándose en la técnica *Delphi*, se administraron cuestionarios individuales a los integrantes del Equipo Trampolín, una vez cumplimentados eran mostrados en grupo para rectificar las respuestas si así procedía. Al finalizar, se promediaban los resultados. El cuestionario sociodemográfico se presenta en el Anexo VII.

5. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) (2003) adaptado al español (Jiménez y Ávila, 2003)

Esta prueba está dirigida a la identificación de la personalidad y la detección de psicopatologías. Consta de 478 ítems para ser respondidos mediante las opciones Verdadero y Falso. Los ítems se agrupan en diferentes escalas y subescalas. Las 10 escalas clínicas (Hipocondría, Depresión, Histeria de conversión, Desviación psicopática, Masculinidad-Feminidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía e Introversión social), junto con 31 subescalas clínicas (por ejemplo, Depresión subjetiva, Rumiación, Quejas somáticas, Hipersensibilidad, Amoralidad o Evitación social), 21 escalas de contenido (por ejemplo, Preocupaciones por la salud, Pensamiento extravagante, Hostilidad o Indicadores negativos de tratamiento) y seis escalas suplementarias (por ejemplo, Escala revisada de alcoholismo de MacAndrew o Inmadurez). En este trabajo se analizaron principalmente variables relativas a: Hipocondría, Depresión, Histeria, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía, Introversión social, Ansiedad, Extravagancia, Hostilidad, Cinismo, Baja autoestima, Bajas aspiraciones, Problemas familiares y Patrones sexuales inusuales, por ser estos posibles aspectos comórbidos o presentes en las alteraciones graves de la conducta. Las propiedades psicométricas del MMPI-A se encuentran analizadas en población adolescente española (Jiménez y Ávila, 2003). Por motivos de *copyright* el MMPI-A no se recoge en el apartado Anexo.

6. Youth Self Report (YSR) de Achenbach y Edelbrock (1987)

Adaptado al español por Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez (1992). Es un instrumento de medida ampliamente utilizado en la práctica clínica e investigación psicopatológica (Sandoval, Lemos y Vallejo, 2006). Se obtiene información acerca del nivel de competencia y de los problemas emocionales y comportamentales de los adolescentes. El YSR consta de dos partes: la primera se corresponde con 17 ítems relativos a diversas competencias psicosociales, deportivas y académicas. La segunda incluye 112 ítems, de los cuales 16 exploran la frecuencia de conductas prosociales y los restantes describen una amplia gama de conductas problema y síntomas emocionales. Los ítems se encuentran en un formato de respuesta de tres opciones (*No es verdad, Algo verdad, Muy verdadero*) Recientes estudios factoriales indican ocho factores centrales (Fonseca-Pedrero et al., 2012; Ivanova et al., 2007): Problemas sociales, Problemas de atención, Problemas de pensamiento, Ansiedad, Depresión, Comportamientos agresivos, Ruptura de normas y Quejas somáticas. En este estudio únicamente se utilizaron los ítems que se corresponden con estas ocho dimensiones centrales. Las propiedades psicométricas del YSR se encuentran ampliamente analizadas en la población adolescente española (Abad, Forns y Gómez, 2002; Fonseca-Pedrero et al., 2012; Sandoval, Lemos y Vallejo, 2006). El YSR y su formato de corrección se presentan en el Anexo IX.

7. Entrevista Semiestructurada y Registros de observación sistemática

Autores como Teresa Anguera (2010), apuestan por la observación sistemática porque resulta uno de los procedimientos científicos más idóneos para estudiar la ocurrencia de comportamientos perceptibles en contextos naturales. Por ello se utilizó la observación sistemática y participante como una de las metodologías de estudio. Para complementar la información, se utilizaron diferentes registros que fueron recopilados a través de informes, diarios y otras fuentes documentales como los informes psicopedagógicos, los dictámenes de escolarización, los informes del EAC, los registros de incidencias o las actas de reuniones. También los habituales contactos con los implicados a lo largo de la intervención favoreció la recogida de información. Estos encuentros se efectuaron en forma de reuniones con diferentes grados de formalidad así como entrevistas con un formato semiestructurado (alternando preguntas organizadas con otras espontáneas) dirigidas tanto a las familias, como a los orientadores o a los integrantes del EAC, y sucediendo generalmente con una frecuencia semanal, siendo éstas tanto presenciales como telefónicas. La relación con otras instituciones también fue usual, produciéndose estos contactos ocasionales a lo largo del curso escolar con algunos responsables pertenecientes a los Servicios Sociales del Principado, la Fiscalía de Menores y/o el Ayuntamiento de Oviedo.

3.3 Procedimiento

El procedimiento realizado en la Tesis dependió del grupo de análisis. En el Grupo Trampolín, los orientadores expertos en la evaluación de alteraciones graves del

comportamiento se ocuparon de la administración de las pruebas. La evaluación se realizó de forma individualizada en aula acondicionada para tal fin y durante el horario escolar. Se solicitó el consentimiento informado de las familias o de los tutores de los adolescentes.

Algunos de los cuestionarios fueron diseñados para ser administrados tanto a los alumnos, como a sus familias y a los orientadores de los centros escolares de referencia. La intención de incluir, no solamente a los participantes directos, sino a las familias y al personal responsable de otras instituciones educativas, resultó la opción más adecuada para lograr una mayor fiabilidad y validez de las inferencias. El resultado de esa triangulación fue interpretada en forma de media aritmética en aquellos ítems cuantitativos o también de tipo escala, mientras que los de respuesta múltiple confluían en la suma de las respuestas de los tres colectivos; de esta forma, los valores de los ítems equivalentes de los cuestionarios multidimensionales de alumnos, familias y orientadores no se ceñían exclusivamente a las interpretaciones subjetivas de un único colectivo, sino a la convergencia de varias opiniones.

La fase previa o inicial de recogida de información fue aplicada en el momento de la acogida del alumno; para ello se administró un instrumento de medida adaptado a los tres colectivos citados, refiriéndose los ítems al curso anterior a la incorporación del menor al Programa Trampolín. La evaluación post-test se llevó a cabo con otros tantos cuestionarios dirigidos a los anteriores implicados, después de la salida del alumno del Programa, y por tanto, se correspondió con el curso siguiente. Los cuestionarios tipo autoinforme fueron administrados directamente a los alumnos a medida que se incorporaban a Trampolín, mientras que a sus familias y a los orientadores de sus centros se les administraban igualmente, los correspondientes heteroinformes; no obstante, en algunos casos relativos a

estos dos últimos colectivos en los que no se contó con su presencia física, se optó por la realización de entrevistas telefónicas, que incluían los puntos del cuestionario multidimensional inicial. La aplicación de los cuestionarios finales se realizó siguiendo el anterior protocolo, en aquellos casos en los que fue imposible establecer reuniones en persona, siendo común la utilización de otros medios como el teléfono, el correo ordinario, correo electrónico o fax.

Es necesario añadir que, en algunos casos, los alumnos al finalizar la estancia en Trampolín optaron por abandonar el sistema escolar. En estas ocasiones, las cuestiones relativas a los indicadores escolares hacían alusión a los últimos momentos en los que el alumno estuvo escolarizado. Además debido a cambios de centro educativo, el cuestionario multidimensional final para los orientadores no pudo ser realizado en su totalidad, debido al desconocimiento de éstos respecto a la situación actual del menor en ese momento. En estos supuestos, las cuestiones que no habían sido contestadas no hacían media con sus correspondientes respuestas de alumnos y familias.

En el caso del Grupo Control de estudio la recogida de datos se llevó a cabo a través del Cuestionario Inicial para Orientadores, así como de la aplicación de las pruebas estandarizadas MMPI-A e YSR. En este caso el contacto con los centros escolares se realizó por teléfono o por correo postal. El primer contacto con el centro escolar se realizaba con el director o con el Departamento de Orientación. La investigación fue aprobada por la Dirección General de Educación del Principado de Asturias. La administración de los instrumentos de medida se llevó a cabo de forma colectiva en grupos de entre 10 y 30 participantes. Se informó en todo momento de la confidencialidad de las respuestas, así como

del carácter voluntario de la participación y no se dio gratificación alguna por su colaboración en el estudio. Se solicitó consentimiento paterno que autorizase la participación del adolescente en la investigación. Ésta fue aprobada por el Comité Ético de la Universidad de Oviedo y la Consejería de Educación del Principado de Asturias.

3.4 Análisis de datos

Los diferentes análisis de datos que se llevaron a cabo se presentan a continuación.

En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos de tendencia central y de dispersión, así como las frecuencias y porcentajes de las diferentes variables sociodemográficas analizadas en el Grupo Trampolín.

En segundo lugar, se llevó a cabo un Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA) tomando como variables dependientes las escalas del MMPI-A, y como factor fijo el Grupo. Se utilizó el valor Lambda de Wilk's para observar si existían diferencias estadísticamente significativas en todas las variables dependientes tomadas en conjunto. En aquellos casos donde el Lambda de Wilk's fuese significativo ($p \leq 0,05$), se pasó a considerar los resultados de los análisis de la varianza individuales.

En tercer lugar, se realizó un nuevo MANOVA tomando como variables dependientes las ocho dimensiones del YSR, y como factor fijo el Grupo. Se utilizó el valor Lambda de Wilk's para observar si existían diferencias estadísticamente significativas en todas las variables dependientes tomadas en conjunto. En aquellos casos donde el Lambda de

Wilk's fuese estadísticamente significativo ($p \leq 0,05$) se pasó a considerar los resultados de los ANOVA. Como índice de tamaño del efecto se empleó la eta cuadrado (η^2). Cuando $\eta^2 \geq 0,15$ el efecto es grande en magnitud, y cuando $\eta^2 \geq 0,06$, el tamaño del efecto es medio.

En cuarto lugar, con la finalidad de examinar el tipo de medidas y respuesta punitivas y no punitivas llevadas a cabo en los centros escolares se calcularon las frecuencias y los porcentajes para cada una de ellas en el Grupo de alumnos Trampolín.

En quinto lugar, para el análisis de indicadores educativos, se analizaron las frecuencias y porcentajes para los 11 tipos de conflictividad en los alumnos del Grupo Trampolín de los que se habían registrado dos medidas temporales ($n=34$). A continuación, se examinó si existían diferencias estadísticamente significativas entre las dos mediciones, antes y después de la intervención, tanto para las 11 medidas de conflictividad como para la variable número total de conflictos. En caso de variables dicotómicas con medición en dos momentos temporales se utilizó la prueba de McNemar y para la variable número total de conflictos se utilizó la prueba no paramétrica de signos de Wilcoxon. También se compararon con la prueba de Wilcoxon las puntuaciones medias autoinformadas de motivación escolar, asistencia a las clases, comportamiento correcto en clase y tolerancia a la frustración entre los dos momentos temporales en los alumnos del Grupo Trampolín.

En sexto lugar, se analizaron las frecuencias y porcentajes de los indicadores sociales y familiares para los alumnos del Grupo Trampolín de los que se habían registrado dos medidas ($n=40$). Los indicadores que se registraron fueron: diana de los conflictos, tipo de conflictos, asuntos legales y atribuciones causales. Excepto la variable frecuencia de los

conflictos, dentro de agrupación diana de los conflictos, todas las variables eran de naturaleza categórica. Para cada uno de los cuatro indicadores (diana de los conflictos, tipo de conflictos, asuntos legales y atribuciones causales) se construyó a modo de resumen una puntuación total. A continuación se examinó si existían diferencias estadísticamente significativas entre las variables medidas antes y después de la intervención socio-educativa, tanto para las variables dicotómicas como para las variables de naturaleza continua. En caso de variables categóricas se utilizó la prueba de McNemar y para la variable número total de conflictos se utilizó la prueba no paramétrica de signos de Wilcoxon.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences, 2006).

CAPÍTULO IV

Resultados

- 4.1.- Descripción del Grupo Trampolín**
- 4.2.- Comparación de rasgos psicopatológicos entre el Grupo de Estudio Trampolín y el Grupo Control**
- 4.3.- Comparación de síntomas emocionales y comportamentales entre el Grupo de Estudio Trampolín y el Grupo Control**
- 4.4.- Respuestas educativas en los centros escolares**
- 4.5.- Intervención socioeducativa y cambios en indicadores educativos**
- 4.6.- Intervención socioeducativa y cambios en indicadores socio-familiares**

4.1 Descripción del Grupo de Trampolín

En este primer apartado se hace una descripción multidimensional de las características individuales de los alumnos objeto de estudio, que se corresponden con los menores afectados con graves trastornos de la conducta que participaron de la experiencia socioeducativa Trampolín. La exposición del perfil multidimensional de este Grupo permite construir una imagen de un colectivo que puede servir de referencia para el conocimiento e identificación de otros casos similares. A continuación se describen las características de este grupo de estudiantes.

Comenzando por las características sociodemográficas, todos los alumnos ingresaron en el programa con una edad comprendida entre los 13 y 16 años, por lo que si tenemos en cuenta el periodo de la investigación, que comprende desde los años 2006 a 2012, el nacimiento de los menores se sitúa a lo largo de la década de los noventa. La edad media a la que comienzan a percibirse los problemas de conducta es de 6,95 años ($DT=3,36$). La primera intervención del EAC se produce cuando los participantes tienen una media de edad de 13,35 años ($DT=1,06$). La diferencia de edad media entre los primeros síntomas conductuales y la administración de las primeras medidas por parte del Equipo Específico de la Consejería de Educación es de 6,40 años. El número de participantes varones se corresponde con el 95,3%, frente al 4,7% de mujeres. En la Figura 4.25 se puede apreciar el desglose de edades en la que el EAC intervino por primera vez, los resultados revelan que el rango de edad comprendido entre los 11 a 15 años es donde se producen las primeras actuaciones con los menores de Trampolín. También se puede observar en esta Figura las

edades de intervención, que fueron: un menor a los 9 años (2,3%), cinco a los 12 años (11,6%), diecisiete a los 13 años (39,5%), dieciséis a los 14 años (37,2%) y cuatro alumnos a los 15 años (9,3%).

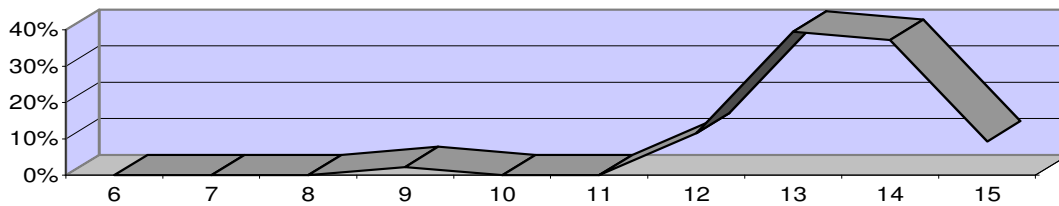


Figura 4.25. Edad en la que se produce la primera intervención del EAC.

En la Figura 4.26 se muestran los diferentes trastornos psicológicos que presentaron los menores del Programa Trampolín. Los trastornos mentales diagnosticados a los participantes del Programa Trampolín fueron: Psíquico Ligero (PL) siete alumnos (16,3%), Trastorno Disocial de la Personalidad (TDP) veinticuatro menores (55,8%), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) siete casos (16,3%), Trastorno Negativista Desafiante (TND) diecinueve alumnos (44,2%), trastorno Psicótico dieciséis menores (37,2%) y otros (18,6%). Además de los anteriores trastornos, el 62,8% de los alumnos sufrió durante el tiempo que permaneció en el Programa Trampolín algún tipo de dolencia psicosomática asociada del tipo: dermatitis, dolores de cabeza, barriga, mareos, etc. Del total de participantes, el 20,9% manifestó baja autoestima y un 32,6% de la muestra presentó algún tipo de dificultad física como defectos visuales, hipoacusia, problemas respiratorios o alergias. El porcentaje de alumnos que siguió un tratamiento farmacológico relacionado con

su trastorno mental, durante la estancia en el Programa fue del 46,5% (cantidad inferior a la real, dado que algunos menores fueron reacios a iniciar o proseguir un tratamiento).

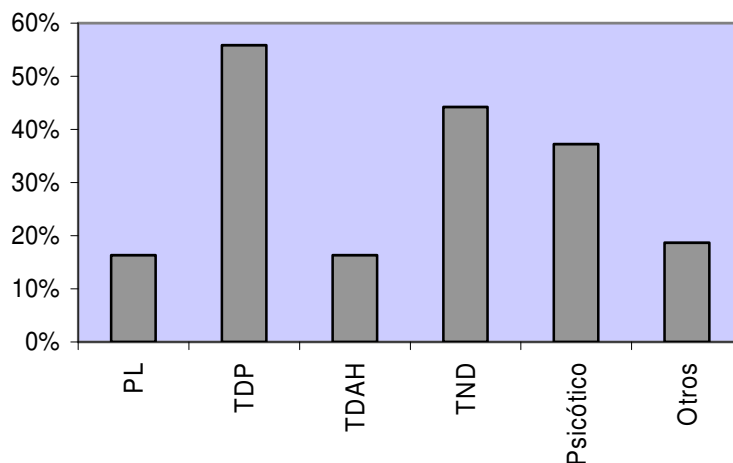


Figura 4.26. Trastornos mentales que presentan los alumnos del Grupo Trampolín.

Los rasgos disruptivos que exhibieron los alumnos durante la permanencia en Trampolín fueron valorados por los Profesionales integrantes del Programa Trampolín. Para ello se utilizó un instrumento de medida en escala tipo Likert que valoraba del 1 al 10 los rasgos disruptivos más característicos de los participantes y que está incluido en el cuestionario sociodemográfico para el Grupo de profesionales del Programa en el Anexo VII. Los resultados se detallan en la Figura 4.27 y revelan qué tipo de conductas anómalas fueron más usuales durante la permanencia en el Programa Trampolín. En la Figura 4.28 se muestra la evaluación cualitativa consensuada, basada en la discusión de los integrantes del Equipo de Trampolín, sobre los aspectos antes reseñados. Las puntuaciones medias y su desviación típica fue la siguiente: arrogancia $M=7,67$ ($DT=1,83$), conducta desafiante $M=7,05$ ($DT=2,03$), desobediencia $M=7,49$ ($DT=1,60$), malhumor $M=5,02$ ($DT=2,93$), negativismo

$M=7,02$ ($DT=1,87$), oposicionismo $M=6,95$ ($DT=1,88$), paranoia $M=6,74$ ($DT=2,47$), conducta provocadora $M=6,84$ ($DT=2,10$), reacciones explosivas $M=7,12$ ($DT=2,24$), rebeldía $M=7,14$ ($DT=1,89$), rudeza $M=6,65$ ($DT=1,99$), sadismo $M=3,65$ ($DT=3,09$), sarcasmo $M=4,3$ ($DT=2,84$), uso de expresiones soeces $M=7,07$ ($DT=1,92$) y conductas tiránicas $M=7,33$ ($DT=2,05$).

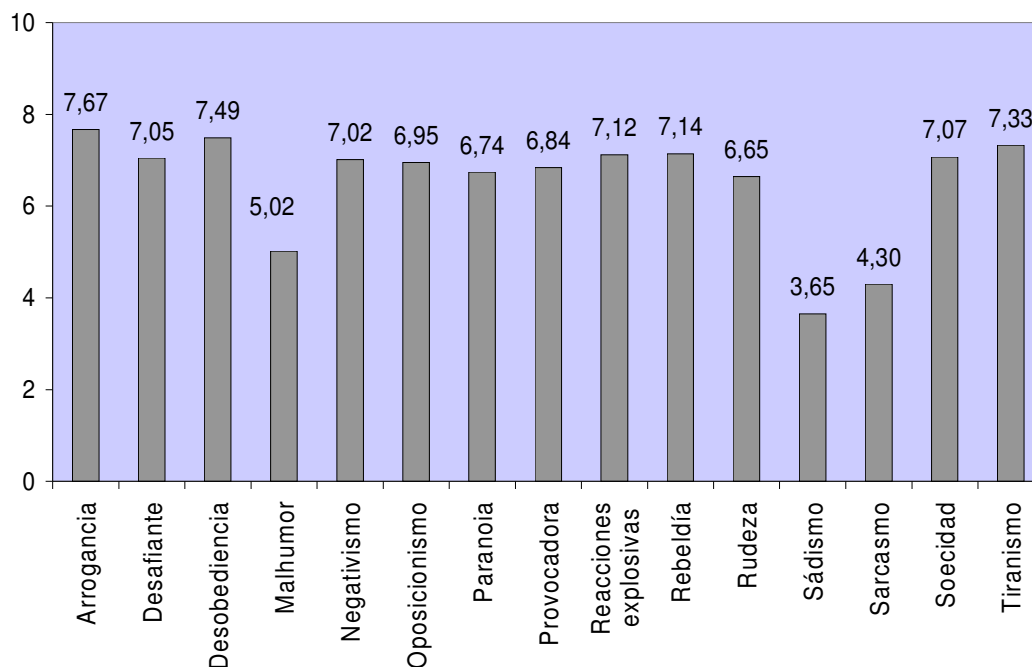


Figura 4.27. Puntuaciones medias en conductas anómalas manifestadas por los alumnos del Grupo Trampolín en función de la valoración de los profesionales.

El ambiente familiar de la muestra estuvo determinado por una serie de características organizativas y funcionales que se detallan en este mismo apartado, y comienzan por la descripción de la estructura familiar: la media del número de hermanos fue $M=1,9$ ($DT=1,14$), los menores del grupo de estudio Trampolín suelen ocupar en su mayoría

la posición primogénita un 74,4%, mientras que el 14% de los alumnos ocupan la segunda posición dentro del orden filial y el 7% la tercera. Los detalles de la tipología familiar se ilustran en la Figura 4.28 y hacen mención a los diferentes modelos convivenciales en los que estaban inmersos los alumnos. Asimismo es pertinente destacar que un 30,2% está o estuvo en situación de acogimiento familiar y éste se produce cuando los menores tienen una media de edad de 5 años. Las situaciones de orfandad de al menos uno de los progenitores se dieron en un 9,3% de los casos.

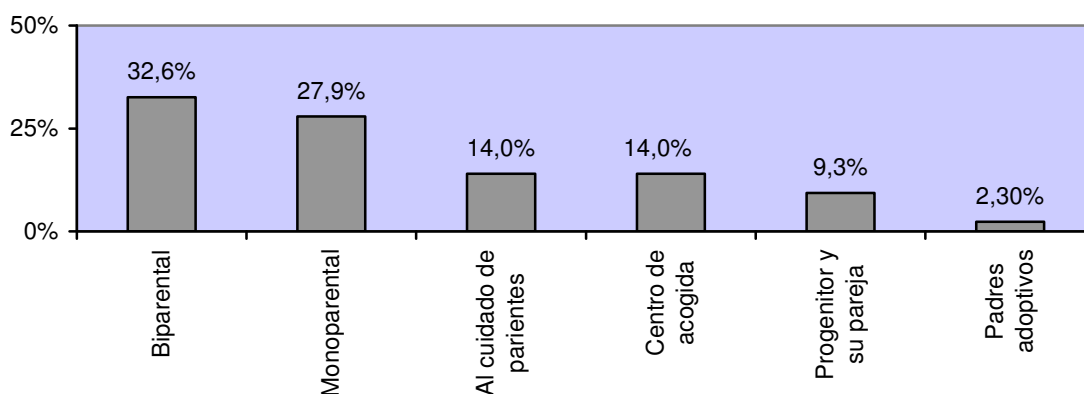


Figura 4.28. Porcentajes de menores del Grupo Trampolín en las estructuras familiares evaluadas

En la relación a la pertenencia a grupos étnicos los datos indicaron que el 25,6% de la muestra era de etnia la gitana. El nivel sociocultural de las familias se detalla en la Figura 4.29. Los valores bajo o muy bajo son los más frecuentes, sucediéndose esta situación en un 67,4% de los casos. Por otro lado, los valores sobre el nivel adquisitivo de las familias guardan muchas similitudes con las características socioculturales vistas anteriormente, la Figura 4.30 expone los resultados sobre este parámetro.

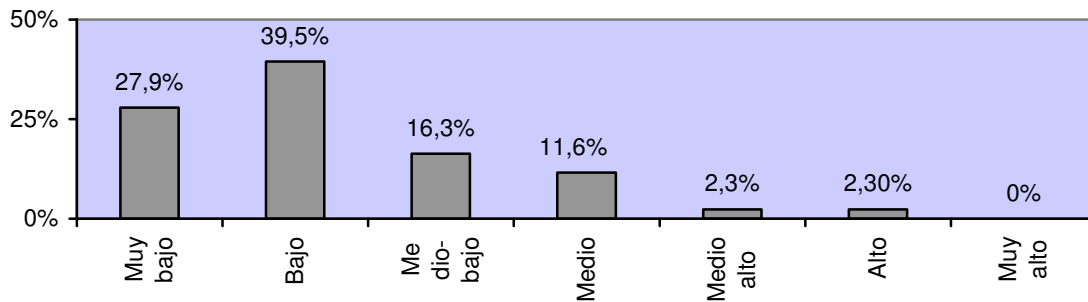


Figura 4.29. Porcentajes del nivel sociocultural de las familias del Grupo Trampolín.

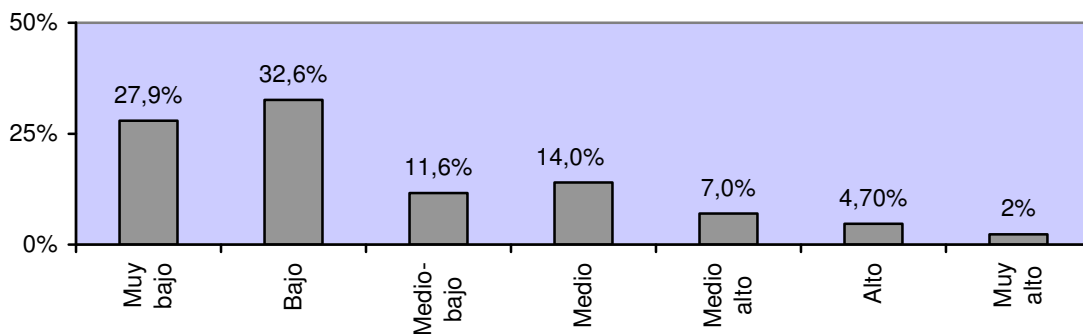


Figura 4.30. Porcentajes del nivel adquisitivo de las familias del Grupo Trampolín.

En la Figura 4.31 se recogen en tanto por ciento, una serie de problemas que con frecuencia hacían acto de presencia en alguno de los padres de los menores. Éstos estaban relacionados con algún conflicto grave familiar (episodios de maltrato conyugal o filial), problemas con la justicia, consumos de sustancias o estado de salud mental (patologías psiquiátricas) de los progenitores, un aspecto relevante es la mayor conflictividad en el género masculino en todos los aspectos estudiados.

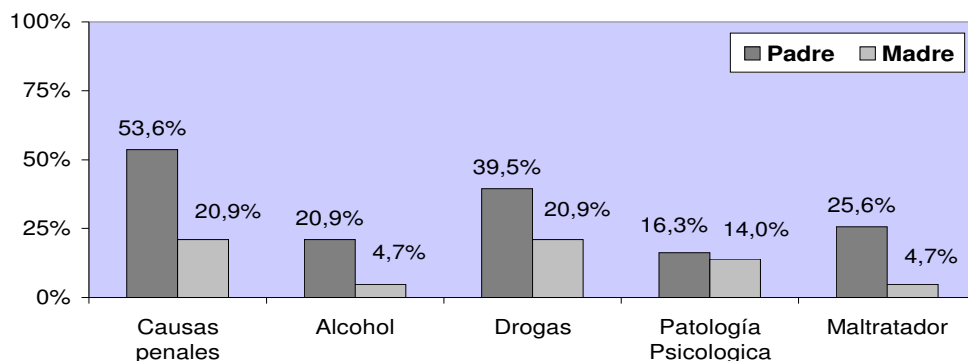


Figura 4.31. Porcentajes de la presencia de problemas en los progenitores de los alumnos del Grupo Trampolín.

Una circunstancia que ha quedado reflejada en la investigación es el grado de colaboración e implicación familiar en el seguimiento y/o interés por el menor. En una baremación del 1 al 5 se han constatado los siguientes resultados. El 18,6% de las familias no se han preocupado por la evolución de su hijo. El 18,6% han tenido una valoración baja (siendo su preocupación esporádica o poco constante), un 14% ha demostrado un interés normal, un 25,6% bueno y un 20,9% ha manifestado gran interés, participando de forma activa en el desarrollo del proceso educativo tanto en Trampolín como en el centro educativo de referencia donde el alumno cursa oficialmente sus estudios. El transcurso del curso posibilitó el conocimiento íntimo de las familias a nivel funcional y educativo, esta oportunidad brindó a los responsables del Programa la facultad de valorar las diferentes tipologías educativas parentales propuestas por Baumrind (1967), que la literatura psico-pedagógica asumió como: estilo autoritario, democrático y permisivo. Los resultados porcentuales fueron los siguientes: las unidades familiares que manifestaron un estilo democrático fueron un 7%, un estilo autoritario un 9,3% y un estilo permisivo el 39,5%. No

obstante hay que señalar que un 11,6% de los menores residían en el momento de la intervención en centros de acogida, por lo que éstos menores quedaron fuera de la presente valoración. Además, un 32,6% de los menores tuvieron, durante la participación en el Programa, una estructura familiar totalmente desestructurada (carencia de figuras paternas y constantes cambios de tutela).

Por su parte el EAC detectó una serie de indicadores familiares presentados en la Figura 4.32, que se aproximan y ratifican los valores que ya han sido expuestos en este capítulo. Estos parámetros porcentuales revelan la presencia de una elevada falta de autoridad, falta de normas, falta de estimulación dentro del hogar y un modelo parental no adecuado.

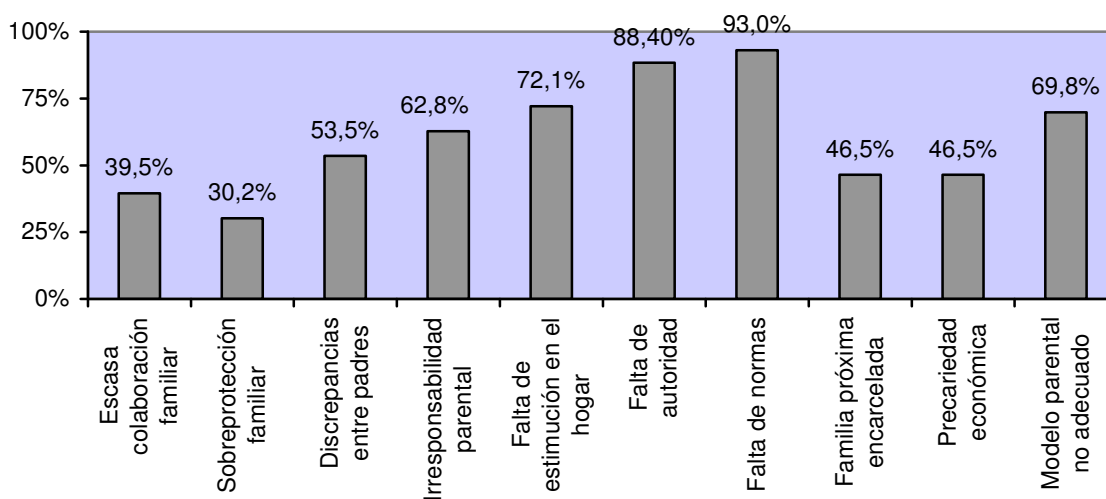


Figura 4.32. Indicadores familiares detectados por el EAC. Para el Grupo Trampolín.

Los rasgos más característicos de los alumnos de Trampolín relativos al ámbito escolar, comienzan por identificar el tipo de centro de referencia al que acuden, no hay que olvidar que estos lugares es donde los participantes del Programa han manifestado los últimos comportamientos disruptivos de gravedad, y es en ellos donde se ha producido la petición de ayuda al EAC a través de la Consejería de Educación. Los menores suelen cursar en institutos de enseñanza secundaria públicos (IES), en un 88,4%, mientras que el 4,7% lo hacen en colegios concertados del mismo nivel educativo. Los centros sean de un tipo u otro, suelen localizarse en entornos urbanos 79,1% mientras que el 20,9% corresponden a zonas semi-urbanas. En cuanto al historial educativo, el alumno de Trampolín ha repetido al menos una vez algún curso 79,1%, y éste suele ser el 1º curso de la ESO. En la Figura 4.33 se muestra dónde se ha producido una mayor tasa de repetición de los menores, durante su escolarización en Primaria y Secundaria.

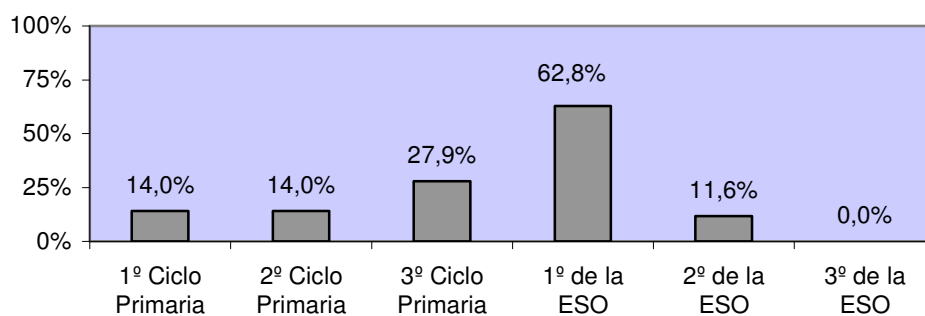


Figura 4.33. Porcentajes de cursos repetidos por los alumnos del Grupo Trampolín.

En el momento de la incorporación a Trampolín los menores suelen presentar Adaptación Curricular Individualizada (ACI) en varias o en todas las áreas y además éstas

suelen ser significativas, es decir afectan notablemente a los contenidos educativos y criterios de evaluación del alumno, el porcentaje de estos alumnos alcanza el 72,1% mientras que el valor de los que tienen ACI no significativa es del 20,9%, luego el 7% de los menores no tienen adaptación de ningún tipo. Es conveniente destacar que los alumnos con Dictamen de Necesidades Educativas Especiales (NEE) representan el 81,4% mientras que los que carecen del mismo son el 18,6%, aunque esta situación se suele producir, porque en el momento del ingreso en el Programa, la inclusión en esta categoría educativa se encuentra en proceso de tramitación. Del total de alumnos, las categorías por las que son incluidos como Alumnos de Necesidades Educativas Especiales (ANEE) son: por capacidad límite 2,3%, trastornos de la personalidad 79,1% y déficit auditivo 2,3%. En cuanto al nivel educativo la amplia mayoría de los participantes tiene un desfase curricular más o menos importante, que se corresponde con los siguientes ciclos educativos (normalmente anteriores al que cursa en el momento del estudio): un 4,7% a Primer Ciclo de Primaria, un 25,6% a Segundo Ciclo de Primaria, un 53,5% a Tercer Ciclo de Primaria y un 11,6% al Primer Ciclo de Educación Secundaria. En cuanto a la tasas de absentismo (relativas al último año cursado en sus centros de referencia), son las siguientes: los alumnos que faltaban a clase más de lo que asistían, constituían el 4,7% mientras que los absentistas frecuentes (2 ó 3 días completos a la semana) fueron el 51,2%, los que no asistían alguna hora o como mucho un día semanal se correspondían con el 32,6% y los que no solían faltar casi nunca fueron el 11,6%. En términos generales el EAC estimó que un 74,4% de los alumnos de Trampolín se podían considerar “absentistas” en un grado u otro.

Las conductas manifestadas en los centros de referencia fueron como característica general altamente disruptivas, además su frecuencia fue muy alta (varias veces a la semana) en un 53,5% de los casos o bien de forma continua (todos los días) en un 46,5% de las ocasiones. En la Figura 4.34 se precisan con detalle la naturaleza de las actuaciones contrarias a las normas de convivencia que, como se ha indicado, condujeron a los departamentos de orientación y a los equipos directivos a demandar ayuda a las autoridades educativas. El lugar donde se producen las conductas disruptivas suele ser en cualquier lugar del centro educativo (aulas, pasillos, patio, cafetería, etc.) en un 86% de las ocasiones, el resto del porcentaje corresponde a conflictos ocurridos exclusivamente en algún lugar concreto (despacho, aula determinada, gimnasio, etc.).

Los profesores y orientadores estuvieron de acuerdo con las medidas tomadas por el EAC, siendo aceptadas por un 95,3%, mientras que el 4,7% de los mismos manifestaron discrepancias con la decisión tomada por el Equipo, respecto a su resolución de incorporar al alumno a Trampolín o sobre algunas actuaciones metodológicas llevadas a cabo por los responsables del Programa Trampolín. Estas últimas divergencias se debieron en gran medida a interferencias o disensiones en la evaluación de los alumnos.

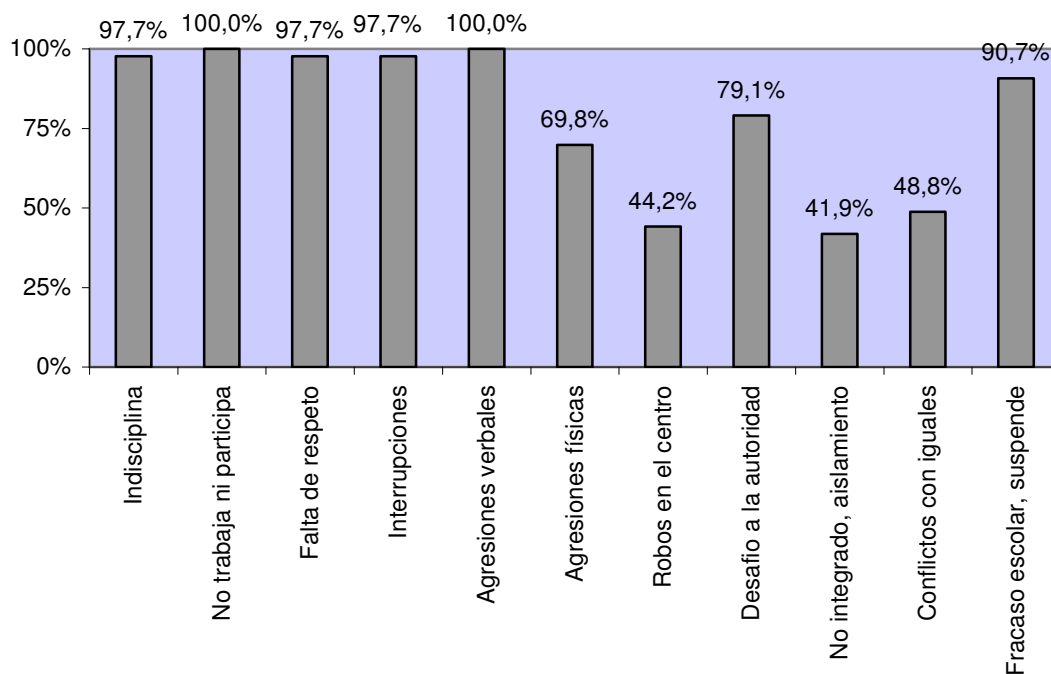


Figura 4.34. Porcentajes de los tipos de conductas manifestadas por el Grupo Trampolín, en el centro educativo de referencia.

En cuanto a las características de los participantes de Trampolín relacionadas con los aspectos sociales o externos (entorno próximo comunitario) destacan una serie de circunstancias que se consideran singulares: el nivel de urbanicidad referido a la densidad de población del lugar de residencia de los menores, es preponderantemente urbano, un 74,4% viven en las tres principales ciudades asturianas (todas ellas superiores a los 100.000 habitantes), un 23,3% lo hacen en zonas semi-urbanas o en conurbaciones de las tres anteriores urbes (poblaciones entre 2.000 y 10.000 habitantes) y un 2,3% tienen su domicilio en poblaciones rurales (menos de 2.000 habitantes). Las tres ciudades donde residen la mayoría de los menores, ofrecen en mayor o en menor grado una serie de recursos

alternativos de ocio para los jóvenes, el porcentaje de utilización de estos medios de entretenimiento juvenil es el mostrado en la Figura 4.35.

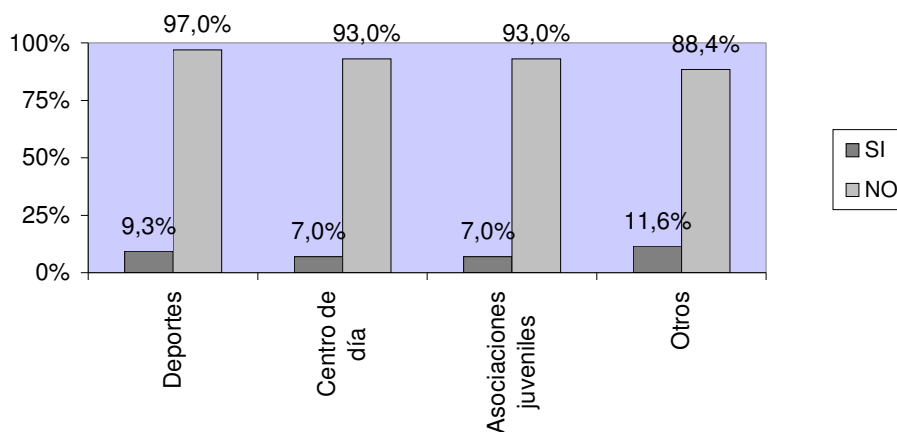


Figura 4.35. Porcentajes de participación de los menores en diferentes actividades de ocio y tiempo libre.

Otra peculiaridad relativa a los factores externos que rodean al menor, es la intervención de los servicios sociales, éstos atienden a los jóvenes directamente o a través de sus familias en un porcentaje del 58,1% mientras que el 41,9% no reciben ayuda social alguna.

Otras características de los alumnos que participan en la experiencia de Trampolín, esta vez relacionadas con los factores personales, son las relacionadas con las patologías psíquicas, consumos, grado de aceptación social y agresividad. El porcentaje de menores que acude a salud mental es del 86% mientras los que no utilizan este recurso son el 14%. Los menores de Trampolín que consumen algún tipo de droga representan el 90,7% mientras que

los que no toman ninguna sustancia son el 9,3%. Respecto del grupo consumidor, se desglosa porcentualmente en la Figura 4.36 la cantidad de consumidores y el tipo de droga empleada.

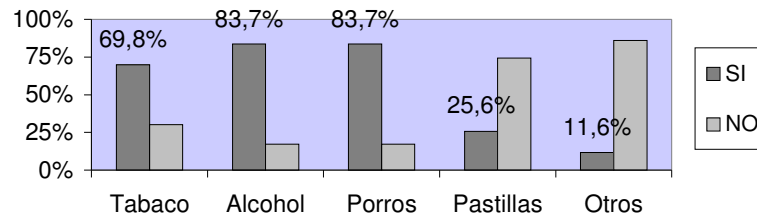


Figura 4.36. Porcentaje de participantes que consumen y el tipo de sustancia tomada.

Otra referencia llamativa la constituye la comparación entre el grado del éxito social en el centro de referencia y en Trampolín (aludiendo a cómo el alumno es aceptado por sus iguales). En la Figura 4.37 se pueden cotejar las diferencias o similitudes respecto a la forma de ser admitido en el grupo en los dos lugares (centro educativo y Trampolín).

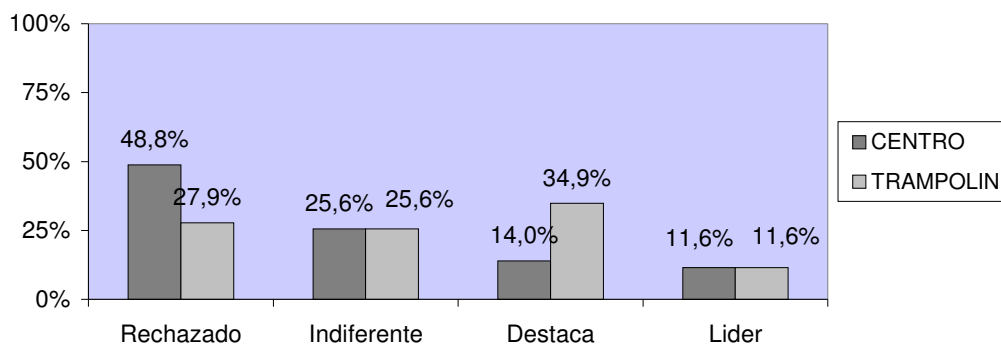


Figura 4.37. Comparación entre el grado de aceptación social en Trampolín y en el Centro de referencia.

A tenor del seguimiento de los alumnos tanto en Trampolín como en sus centros de origen, se reconocen ciertas conductas concernientes a diferentes formas de dominio sobre el grupo de iguales, estas características opresivas fluctúan entre la ausencia de abuso de poder (llegando al límite contrario: ser víctima) a ejercer el control del grupo (ya sea por la fuerza, por la amenaza o por la coacción). En la Figura 4.38 se pueden observar las diferencias entre los dos ambientes educativos (centro educativo o IES y Trampolín) y la comparación entre las diferentes expresiones conductuales.

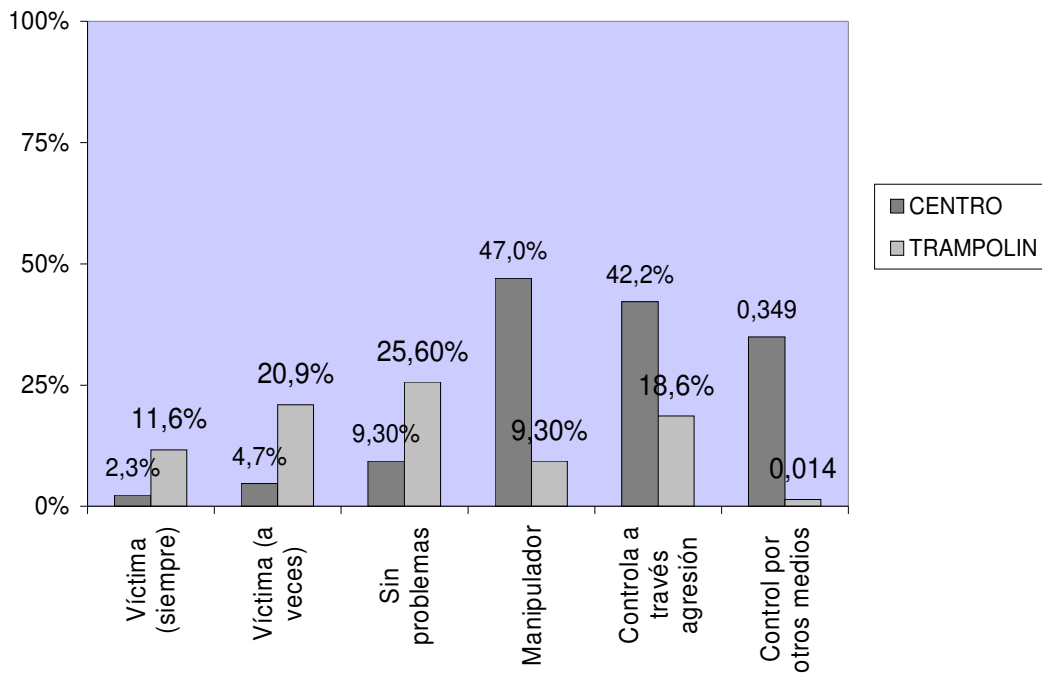


Figura 4.38. Comparación entre diferentes formas de ejercer el control en dos ambientes educativos diferentes (Trampolín y centro educativo de referencia).

Los menores que, en algún momento del curso anterior a la incorporación en Trampolín, manifestaron algún episodio de violencia física en su centro educativo

representaron el 69,8% frente a un 30,2% que, aunque generó situaciones conflictivas, no sobrepasó nunca ese límite. Del porcentaje de alumnos que utilizaron la agresión como mecanismo para hacer prevalecer su criterio, un 16,3% lo hizo de forma esporádica, un 25,6% frecuentemente y un 27,9% de forma continua o sistemática.

4.2 Comparación de rasgos psicopatológicos entre el Grupo de Estudio Trampolín y el Grupo Control

Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias de las escalas del MMPI-A se llevó a cabo un MANOVA. Tomando todas las variables en conjunto el valor de λ de Wilks reveló la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las escalas del MMPI-A (λ de Wilks=0,405; $F=3,623$; $p \leq 0,001$; η^2 parcial=0,595). En la Tabla 4.25 se recogen las puntuaciones medias y desviaciones típicas en las escalas del MMPI-A en función del grupo.

Como se puede observar en la Tabla 4.25 en la escala *hipocondría*, se detectaron diferencias entre el Grupo Trampolín y el Grupo Control obteniendo mayores puntuaciones medias el primero, aunque el valor no fue estadísticamente significativo, si hubo un distanciamiento entre los resultados que indican que este tipo de característica resultó más frecuente en el Grupo Trampolín. En el caso de la presencia de trastornos de la personalidad de tipo *psicopático*, la puntuación media en el Grupo Trampolín fue superior a la del Grupo Control, mostrando un elevado tamaño del efecto. También se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la subescala *esquizofrenia*, siendo las puntuaciones medias

superiores en el Grupo Trampolín. En cuanto a la *hipomanía*, la puntuación media obtenida por los menores del Grupo Trampolín fue significativamente superior a la del Grupo Control, constituyendo ésta una característica del estado de ánimo de los menores que participan en el Programa. La escala de *pensamientos extravagantes* reveló mayor puntuación media en el Grupo Trampolín en comparación con el Grupo Control siendo éstos estadísticamente significativos. La *baja autoestima* es otra característica que diferencia el Grupo Trampolín del Grupo Control, como así lo indican los resultados. Nuevamente los alumnos del Grupo Trampolín presentaron puntuaciones medias más elevadas en esta faceta en comparación con el Grupo Control.

Tabla 4.25.

Comparaciones medias en las puntuaciones del MMPI-A entre el Grupo Trampolín y el grupo Control.

| MMPI-A | Trampolín | | Grupo Control | | F | p | η^2 parcial |
|-------------------------------|-----------|-------|---------------|------|-------|------|------------------|
| | M | DT | M | DT | | | |
| Hipocondría | 50,00 | 10,52 | 46,18 | 6,94 | 3,34 | 0,07 | 0,05 |
| Depresión | 53,50 | 11,64 | 49,56 | 7,76 | 1,25 | 0,27 | 0,02 |
| Histeria | 51,41 | 9,74 | 47,67 | 7,19 | 2,54 | 0,12 | 0,04 |
| Psicopatía | 60,36 | 12,89 | 43,31 | 6,49 | 47,65 | 0,00 | 0,45 |
| Paranoia | 51,00 | 12,51 | 47,77 | 8,06 | 1,28 | 0,26 | 0,02 |
| Psicastenia | 48,32 | 9,10 | 45,64 | 7,84 | 1,36 | 0,25 | 0,02 |
| Esquizofrenia | 53,00 | 11,58 | 45,15 | 6,10 | 13,99 | 0,00 | 0,19 |
| Hipomanía | 53,09 | 9,95 | 48,72 | 5,03 | 7,42 | 0,01 | 0,11 |
| Introversión social | 50,95 | 6,28 | 49,77 | 5,49 | 0,49 | 0,49 | 0,01 |
| Ansiedad | 53,09 | 10,62 | 48,33 | 6,87 | 3,51 | 0,07 | 0,06 |
| Extravagancia de pensamientos | 50,36 | 13,82 | 45,26 | 5,99 | 5,51 | 0,02 | 0,09 |
| Hostilidad | 50,41 | 8,07 | 49,54 | 6,46 | 0,64 | 0,43 | 0,01 |
| Cinismo | 44,41 | 5,14 | 46,59 | 5,52 | 1,21 | 0,28 | 0,02 |
| Baja autoestima | 50,95 | 9,20 | 45,21 | 6,47 | 5,22 | 0,03 | 0,08 |
| Bajas aspiraciones | 52,86 | 8,51 | 48,23 | 6,42 | 5,32 | 0,02 | 0,08 |
| Problemas familiares | 56,95 | 14,40 | 45,31 | 7,42 | 17,39 | 0,00 | 0,23 |
| Patrón sexual inusual | 44,45 | 10,25 | 48,95 | 8,01 | 0,50 | 0,48 | 0,01 |

Nota: M= Media, DT= Desviación Típica, F= estadístico p = nivel de significación, η^2 parcial= Eta cuadrado parcial.

Otra variable donde se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos fue en la escala de *bajas aspiraciones*. El Grupo Trampolín obtuvo puntuaciones medias más altas que el Grupo Control, delatando la percepción pesimista que tienen de su propio futuro respecto del Grupo Control. Resultados similares se encontraron con las escalas problemas familiares donde el Grupo Trampolín percibió que tiene una mayor existencia de conflictos familiares cuando se les comparó con el Grupo Control.

Por lo que se refiere a la *ansiedad*, se observa una diferencia entre los grupos que indica una puntuación sensiblemente superior en el Grupo Trampolín, aunque la diferencia no llegó a ser estadísticamente significativa. En las variables de *depresión*, *histeria*, *psicastenia*, *introversión social* y *hostilidad* no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Tampoco se encontraron diferencias significativas en *paranoia*, *cinismo* y *patrones sexuales inusuales*; los dos grupos obtuvieron unos resultados similares. Es digno de mención que en las dos últimas escalas el Grupo Control obtuvo una puntuación ligeramente superior al Grupo Trampolín; no obstante las diferencias no fueron estadísticamente significativas y la desigualdad puede considerarse como mínima.

Los resultados encontrados indican por tanto la presencia de más rasgos psicopatológicos en el Grupo Trampolín que en el Grupo Control, concretamente en las dimensiones: *psicopatía*, *esquizofrenia*, *hipomanía*, *extravagancia de pensamientos*, *baja autoestima*, *bajas aspiraciones* y *problemas familiares*. En las escalas *psicopatía*, *esquizofrenia* y *problemas familiares* los tamaños del efecto son evidentemente significativos, indicando claramente que los hechos se alejan de cualquier tipo de

coincidencia. También hay diferencias apreciables en cuanto a la *hipocondría* y la *ansiedad* aunque estas últimas no pueden considerarse estadísticamente significativas.

4.3 Comparación de síntomas emocionales y comportamentales entre el Grupo de Estudio Trampolín y el Grupo Control

Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias de las escalas del YSR (Achenbach, 1991) se llevó a cabo un MANOVA. Tomando todas las variables en conjunto el valor de λ de Wilks reveló la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las escalas del MMPI-A (λ de Wilks=0,458; $F=7,704$; $p<0,001$; η^2 parcial=0,458). En la Tabla 4.26 se recogen las puntuaciones medias y desviaciones típicas en las ocho dimensiones del YSR en función del grupo.

Como se puede ver en la Tabla 4.26, los alumnos del Grupo Trampolín obtuvieron puntuaciones medias más altas que el Grupo Control en la variable relativa a *Problemas de relación social*, si bien estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Por lo que se refiere a los *Problemas de búsqueda de atención* se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, mostrando unos valores marcadamente más altos en el Grupo Trampolín. Estos problemas afectan especialmente al plano comportamental, materializándose en conductas disruptivas como el fanfarroneo, las llamadas de atención, la presunción y los celos. En la dimensión *Depresión retraimiento* se observa que el Grupo Trampolín presenta mayores puntuaciones medias que el Grupo

Control. Los aspectos evaluados que conciernen a esta variable tienen que ver con creencias y actitudes del tipo: infelicidad, depresión, soledad, problemas de comprensión, llanto, autoagresiones, sentimientos de no ser querido, ideas de persecución, falta de autoestima y convicción de no ser aceptado. Otra dimensión donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas se refiere a *Romper las normas o reglas*, el Grupo Trampolín obtuvo puntuaciones medias superiores en la comparación con el Grupo Control. De igual forma la dimensión *Comportamiento agresivo* también se decantó hacia el Grupo de Estudio Trampolín, obteniendo valores estadísticamente significativos. En cambio los *Problemas de pensamiento*, aunque fueron superiores en el Grupo Trampolín, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas. Por último, en las dimensiones *Ansiedad depresión* y *Quejas somáticas* se encuentran mayores puntuaciones en el Grupo Control, pese a que las diferencias entre los grupos no resultaron estadísticamente significativas.

Tabla 4.26.

Comparaciones medias en las puntuaciones del YSR entre el Grupo Trampolín y el grupo Control.

| Dimensiones del YSR | Grupo Trampolín | | Grupo Control | | F | p | η^2 parcial |
|-----------------------------------|-----------------|------|---------------|------|--------|-------|------------------|
| | M | DT | M | DT | | | |
| Problemas de relación social | 2,21 | 3,11 | 3,90 | 2,82 | 3,641 | 0,06 | 0,044 |
| Problemas de búsqueda de atención | 4,02 | 3,34 | 1,08 | 1,40 | 22,836 | 0,001 | 0,222 |
| Problemas de pensamiento | 3,30 | 4,38 | 2,20 | 2,32 | 2,574 | 0,113 | 0,031 |
| Ansiedad depresión | 3,30 | 3,94 | 3,93 | 3,35 | 0,288 | 0,593 | 0,004 |
| Depresión retraimiento | 1,86 | 2,16 | 0,55 | 1,18 | 9,543 | 0,003 | 0,107 |
| Romper normas o reglas | 7,58 | 6,95 | 2,95 | 2,42 | 16,448 | 0,001 | 0,171 |
| Comportamiento agresivo | 10,35 | 9,55 | 4,43 | 4,13 | 13,582 | 0,001 | 0,145 |
| Quejas somáticas | 2,07 | 2,88 | 2,13 | 2,24 | 0,003 | 0,959 | 0,001 |

Nota: M= Media, DT= Desviación Típica, F= estadístico p= nivel de significación, η^2 parcial= Eta cuadrado parcial.

4.4 Respuestas educativas en los centros escolares

A continuación se examinaron las respuestas educativas llevadas a cabo por los centros educativos con los alumnos del Grupo de Estudio Trampolín. Con este fin se analizaron el número y porcentaje de alumnos a los que se les habían aplicado determinadas actuaciones disciplinarias. Las respuestas de medida de los centros que han sido analizadas se dividieron en dos grupos: punitivas y no punitivas. Entre las medidas punitivas se encuentran

la amonestación verbal, los partes, las expulsiones, el tiempo fuera, no realizar excursiones con su grupo y otras medidas. Dentro de las medidas no punitivas se encuentran: horarios flexibles, grupos flexibles, reducción de jornada escolar, protocolo de atención individual, reestructuración familiar, pautas a profesores y otras medidas. En la Tabla 4.27 se explica operativamente en qué consisten dichas medidas.

Tabla 4.27.

Tipos de medidas punitivas y no punitivas llevadas a cabo en los centros de referencia.

| MEDIDAS PUNITIVAS | |
|--------------------------|---|
| TIPO | DESCRIPCIÓN |
| Amonestación verbal | Se refiere a los apercibimientos o reprimendas verbales tanto públicas como privadas en referencia a un acto considerado incorrecto. Dichas amonestaciones pueden tener un carácter tanto disciplinario como informativo. |
| Partes | Alude al documento donde queda reflejada la conducta disruptiva del alumno, el Parte suele ser archivado en Jefatura de Estudios. En función del Reglamento de Régimen Interior (RRI) del centro su acumulación suele motivar el inicio de otras medidas más severas. El parte en sí tiene una doble connotación, por un lado es inherentemente sancionador y por otro sumatorio-procesal. |
| Expulsión | Es la privación del alumno a la asistencia al centro. Su periodo se establece en función de la falta y del RRI, siendo a veces acompañada la expulsión de alguna actividad a realizar y/o la obligación de asistir a algún servicio propuesto por los servicios locales o sociales. |
| Tiempo fuera | Consiste en sacar al alumno del aula bien a un espacio específico (aula <i>ad hoc</i> , despacho del orientador u otro lugar destinado para este fin) o improvisado (pasillo, puerta de algún despacho, etc.), dejándolo un tiempo para que reflexione sobre su conducta y sobre todo no obstruya la dinámica normal del aula. Además el alumno debería percibirlo como un estímulo aversivo, conveniente para moderar futuras conductas. |
| Privar de excursiones | Se basa en la privación del disfrute que suelen conllevar las actividades extraescolares o complementarias. El alumno queda excluido de la actividad pudiendo ser sustituida la misma por otras actividades de carácter más tedioso. |
| Otras medidas | Se refiere a otras decisiones menos habituales, que pueden ser: llamadas telefónica a casa informando sobre la falta, copias, trabajos académicos, servicios a la comunidad (limpieza, arreglos paliativos...). |

| MEDIDAS NO PUNITIVAS | |
|---------------------------------------|---|
| TIPO | DESCRIPCIÓN |
| Horarios flexibles | Es una medida que consiste en adaptar la duración de las clases a la capacidad de tolerancia al trabajo del alumno, normalmente se tratar de hacer periodos de descanso más frecuentes o salir unos minutos antes. Aunque se cumple el horario de entrada y salida del centro, la duración de las clases con esta modalidad permite cierto margen de adaptación. Suele aplicarse fuera del grupo ordinario, en aula de apoyo o en grupos flexibles. |
| Grupos flexibles | Se trata de ofrecer una atención más personalizada fuera del grupo ordinario pero en el mismo centro, junto con otros alumnos con dificultades. También se puede referir a la permuta de una clase determinada por otra sustitutiva con menor ratio o en grupo de apoyo. |
| Reducción de jornada | Consiste en reducir la jornada escolar, habitualmente se recortan las primeras horas de la mañana y se intenta que no coincidan siempre con las mismas asignaturas. |
| Protocolo de atención individualizada | Es un conjunto de acciones planificadas por el Departamento de Orientación del centro y llevadas a cabo conjuntamente por los profesores y tutores, para coordinar intervenciones personalizadas dirigidas a la corrección de las dificultades del alumno. |
| Reestructuración familiar | Se trata de ofrecer pautas a las familias para disminuir los problemas de conducta del alumno. Se persigue que tanto las familias como el centro converjan en una misma línea de actuación y por tanto haya una coherencia educativa |
| Pautas a profesores | Consiste en proporcionar a los profesores pautas o medidas de actuación concretas para ayudar a resolver los problemas con determinados alumnos. Generalmente se suelen establecer medidas concretas a todos los profesores. No obstante ocasionalmente las pautas se dirigen a determinados docentes que tienen dificultades en algún aspecto preciso. |
| Otras medidas | Se refieren a un conjunto de medidas sin precisar que pueden pasar por: llegar a acuerdos o tratos con el alumno (llevar gorra a cambio de..., usar el móvil si...), pedir disculpas, etc. |

Como se puede observar en la Tabla 4.28 el porcentaje de alumnos de Trampolín que percibe amonestaciones verbales, partes, expulsiones y tiempo fuera es del 100%. La totalidad del Grupo de Estudio Trampolín ha sufrido estas medidas punitivas, siendo también muy frecuente la prohibición de participar en excursiones (97,7% de los menores). La aplicación de otras medidas de carácter punitivo fue secundada por el 86% del total de alumnos, consistiendo los castigos en copias, trabajos u otras medidas execrables.

En relación con las medidas de carácter no punitivo se observa que un porcentaje considerable de alumnos reciben medidas que tienen que ver con: protocolos de atención individual 97,7%, reestructuración familiar 95,3% y pautas a los profesores 100%. En un menor grado, aunque con unos valores porcentuales significativos, las medidas relacionadas con los horarios y grupos flexibles fueron del 76,7% y 88,4% respectivamente. Mientras que la reducción de la jornada escolar fue aplicada en un 34,9% de los casos y otras medidas no punitivas en un 14%.

Tabla 4.28.

Respuestas educativas de los centros en los alumnos del Grupo Trampolín.

| MEDIDAS | N (%) Sí | N (%) No |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Punitivas | | |
| Amonestación verbal | 43 (100) | 0 (0) |
| Partes | 43 (100) | 0 (0) |
| Expulsiones | 43 (100) | 0 (0) |
| Tiempo fuera | 43 (100) | 0 (0) |
| No excursiones | 42 (97,7) | 1 (2,3) |
| Otras medidas | 37 (86) | 6 (14) |
| No Punitivas | | |
| Horarios flexibles | 33 (76,7) | 10 (23,3) |
| Grupos flexibles | 38 (88,4) | 5 (11,6) |
| Reducción jornada escolar | 15 (34,9) | 28 (65,1) |
| Protocolo de atención individual | 42 (97,7) | 1 (2,3) |
| Reestructuración familiar | 41 (95,3) | 2 (4,7) |
| Pautas a profesores | 43 (100) | 0 (0) |
| Otras Medidas | 6 (14) | 37 (86) |

A la vista de los datos de la Tabla 4.28 las medidas de carácter punitivo fueron mayoritariamente aplicadas en el Grupo Trampolín, mientras que la frecuencia de las medidas no punitivas fue algo menor. En la Figura 4.39 se describen estas últimas respuestas dadas por los centros, en orden de mayor a menor utilización. Se puede comprobar el porcentaje de utilización de las medidas educativas concretas de tipo no punitivo. Es destacable el hecho de que las pautas a profesores se apliquen en la totalidad de los casos,

seguidas de protocolos de atención individualizada y del establecimiento de pautas de reestructuración familiar. Las anteriores medidas son llevadas a cabo generalmente por el EAC, pudiendo intervenir también los respectivos departamentos de orientación de los centros. Tanto los grupos como los horarios flexibles, constituyen actuaciones cotidianas, siendo menos frecuente la reducción del horario escolar y en última instancia (14%) otras decisiones, como establecer acuerdos con el alumno a cambio de algo, compensar algún daño causado con actividades reparadoras o manifestar el firme propósito de no repetir ciertos comportamientos.

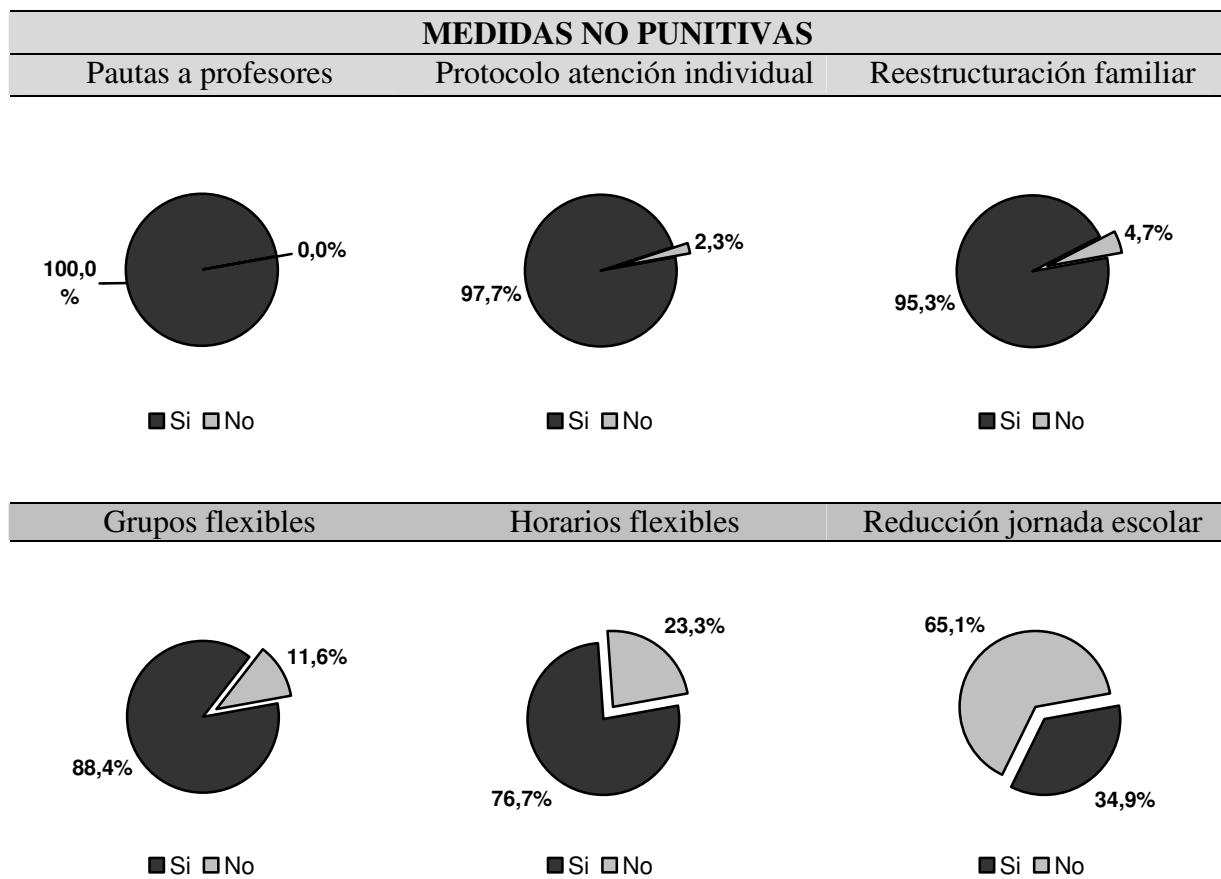


Figura 4.39. Porcentaje de medidas no punitivas aplicadas en los centros a los alumnos del Grupo Trampolín.

4.5 Intervención socioeducativa y cambios en indicadores educativos

A continuación se analizó el cambio en determinados indicadores educativos antes y después de la intervención socioeducativa Trampolín. En primer lugar, se analizaron las frecuencias y porcentajes para los 11 tipos de conflictividad para los alumnos del Grupo de Estudio Trampolín de los que se habían registrado dos medidas ($n=34$), así como para la percepción de motivación escolar, asistencia a las clases, comportamiento correcto en clase y tolerancia a la frustración (en una escala de 1 a 10, en función del grado de acuerdo) ($n=43$). En segundo lugar, se examinó si existían diferencias entre las frecuencias antes y después de la intervención tanto para el tipo de conflictividad como para la variable número total de conflictos, y también en las variables autoinformadas motivación escolar, asistencia a las clases, comportamiento correcto en clase y tolerancia a la frustración.

Los tipos de conflictividad escolar estudiados, constituyeron las conductas disruptivas del Grupo Trampolín más usuales en éste ámbito, y se detallan operativamente a continuación:

- No participa: se refiere a la ausencia de implicación en la dinámica de aula, no constituye una conducta perturbadora para el resto de los alumnos, aunque sí representa un mal ejemplo y un motivo de frustración para el docente.
- Se levanta en clase: describe la incapacidad por parte del alumno de estar centrado en una actividad, siendo interrumpidas con movimientos o deambulaciones frecuentes. Estas conductas alteran el estado de concentración del resto de compañeros.

- Interrumpe las explicaciones: son rupturas inadecuadas de las enseñanzas del profesor. Generalmente se producen en momentos inoportunos y casi siempre son relativos a temas ajenos al asunto tratado.
- Molesta a compañeros: son aquellas conductas turbadoras, que se caracterizan por importunar al compañero próximo logrando su atención, se producen a través de llamadas, movimientos, ruidos o lanzamientos de objetos.
- Falta de respeto a compañeros: soltar improperios, mofarse o vejar a sus iguales verbalmente.
- Falta de respeto a profesores: generalmente es el uso de insultos por parte del alumno hacia la figura del profesor, también puede tratarse de vejaciones u ofensas a través de comentarios, pintadas, infamias u otras formas de burla.
- Destrozo de material: es el deterioro intencionado de material o instalaciones en la escuela.
- Agrede a compañeros: constituyen ataques perpetrados en forma de golpes, peleas u otras formas de violencia física.
- Agrede a profesores: son los actos de agresión o violencia física contra la figura del profesor.
- Otros tipos de conflictividad: esta categoría estaría formada por el conjunto de conductas que interfieren la práctica educativa normal, podrían incluirse los comportamientos desafiantes, exhibicionistas o transgresores.

En la Tabla 4.29 y en la Figura 4.40, se presenta la distribución en frecuencias y porcentajes para los momentos temporales antes y después de la intervención Trampolín en la variable educativa conflictividad escolar.

Tabla 4.29.

Frecuencia y porcentaje de participantes de Trampolín antes y después de la intervención socioeducativa en indicadores de conflictividad ($n=34$).

| CONFLICTIVIDAD ESCOLAR | ANTES | | DESPUES | |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Sí N (%) | No N (%) | Sí N (%) | No N (%) |
| No participa | 27 (79,4) | 7 (20,6) | 10 (29,4) | 24 (70,6) |
| Se levanta en clase | 25 (73,5) | 9 (26,5) | 7 (20,6) | 27 (79,4) |
| Interrumpe explicación | 26 (76,5) | 8 (23,5) | 9 (26,5) | 25 (73,5) |
| Molesta compañeros | 26 (76,5) | 8 (23,5) | 2 (5,9) | 32 (94,1) |
| Abandona aula sin permiso | 21 (61,8) | 13 (38,2) | 3 (8,8) | 31 (91,2) |
| Falta respeto compañeros | 22 (64,7) | 12 (35,3) | 3 (8,8) | 31 (91,2) |
| Falta respecto profesor | 28 (82,4) | 6 (17,6) | 7 (20,6) | 27 (79,4) |
| Destroza material | 20 (58,8) | 14 (41,2) | 1 (2,9) | 33 (97,1) |
| Agrede compañeros | 18 (52,9) | 16 (47,1) | 1 (2,9) | 33 (97,1) |
| Agrede profesor | 22 (64,7) | 12 (35,3) | 0 (0) | 34 (100) |
| Otros | 8 (23,5) | 26 (76,5) | 0 (0) | 34 (100) |

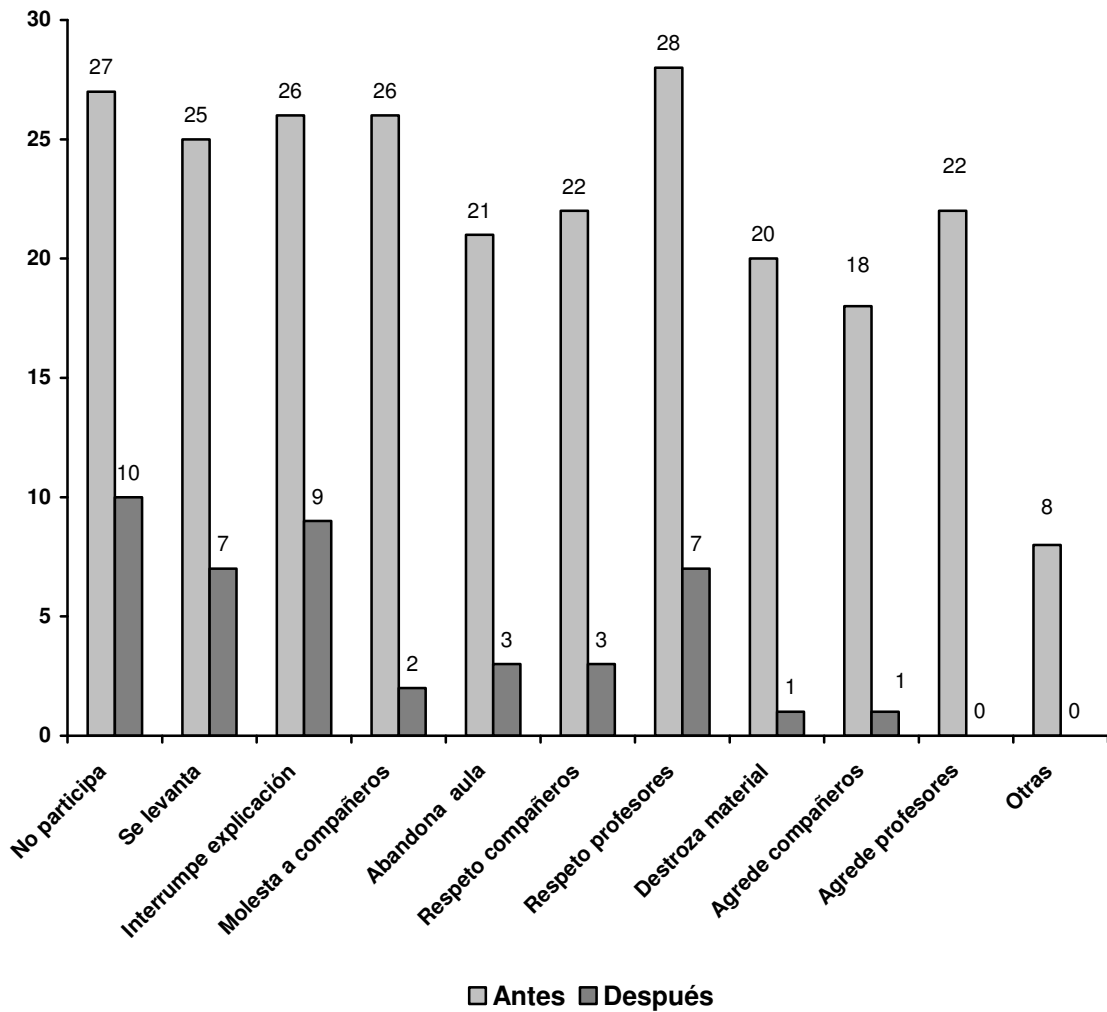


Figura 4.40. Participantes del Grupo Trampolín que manifestaron conductas problema antes y después de la intervención socioeducativa en variables relativas a la conflictividad escolar.

Como se puede observar en la Figura 4.40 las frecuencias y porcentajes de indicadores de conflictividad se redujeron después de la intervención Trampolín. Efectivamente, la comparación entre los dos momentos temporales, mediante la prueba de McNemar, arrojó diferencias estadísticamente significativas en todos los indicadores de conflictividad ($p \leq 0,05$). Asimismo, también se comparó el número total de conflictos entre los dos momentos temporales. La puntuación total de conflictos antes de la intervención

osciló entre 2 y 11, siendo la media 6,79 ($DT=2,94$), en cambio después de la intervención osciló entre 0 y 6, siendo la medida 1,26 ($DT=1,46$). La prueba de Wilconxon arrojó diferencias estadísticamente significativas ($Z=-4,945$, $p\leq 0,05$) entre los dos momentos temporales. Como se puede observar, la puntuación disminuyó de forma estadísticamente significativa después de la intervención socioeducativa.

A continuación, mediante la prueba paramétrica de Wilconxon se compararon las puntuaciones en las variables autoinformadas motivación escolar, asistencia a las clases, comportamiento correcto en clase y tolerancia a la frustración. Los resultados se recogen en la Tabla 4.30 y en la Figura 4.41, fruto de una valoración realizada por los participantes, a través de una evaluación sumaria del 1 al 10. Como se puede observar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dos momentos temporales y en todas las variables analizadas. La puntuación media de las mismas, aumentó en todos los casos estudiados después de la intervención socioeducativa de Trampolín. También es interesante subrayar la diferencia entre los valores relativos al comportamiento y a la tolerancia a la frustración, que sobresalen por encima de los demás.

Tabla 4.30.

Puntuaciones medias del Grupo Trampolín antes y después de la intervención socioeducativa en variables educativas.

| Variables educativas | ANTES | | DESPUÉS | | Z | p |
|-----------------------------|-------|------|---------|------|-------|--------|
| | M | DT | M | DT | | |
| Motivación estudios | 2,42 | 2,00 | 6,56 | 2,46 | -5,28 | <0,001 |
| Asistencia a clase | 5,00 | 3,09 | 7,16 | 2,89 | -3,20 | <0,001 |
| Comportamiento correcto | 2,23 | 1,51 | 6,86 | 2,20 | -5,52 | <0,001 |
| Tolerancia a la frustración | 2,77 | 2,03 | 6,67 | 2,36 | -5,27 | <0,001 |

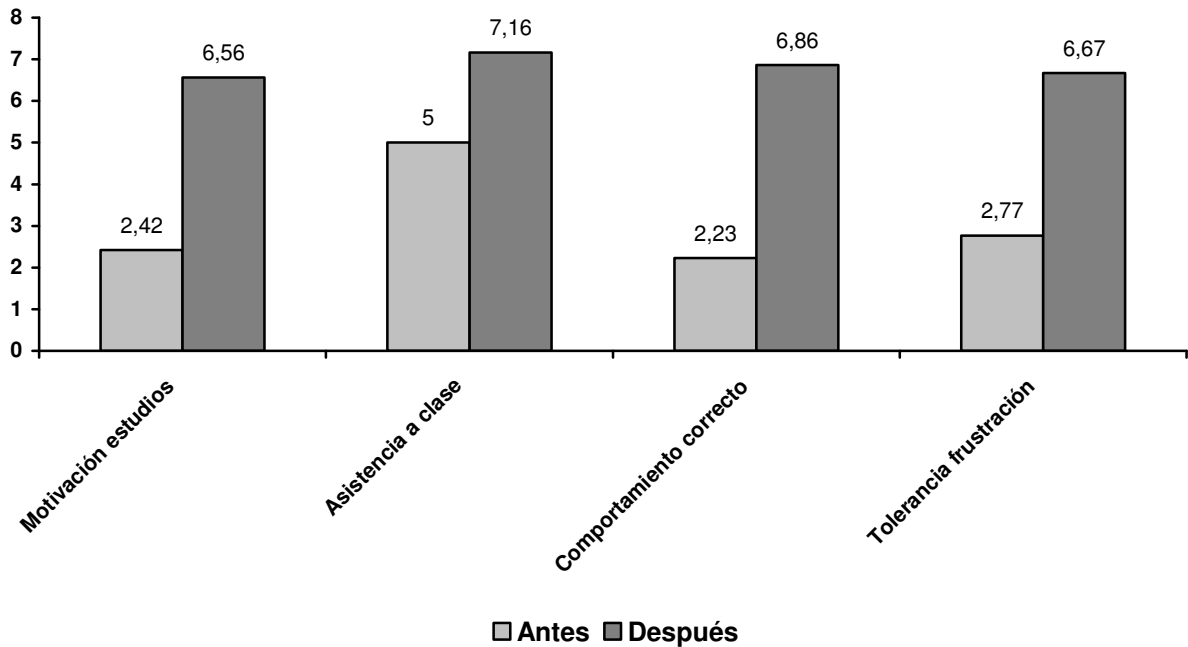


Figura 4.41. Puntuaciones medias valoradas del 1 al 10 sobre diversas variables educativas antes y después de la intervención con el Grupo Trampolín.

4.6 Intervención socioeducativa y cambios en indicadores socio-familiares

A continuación se analizó el cambio en determinados indicadores socio-familiares antes y después de la intervención socioeducativa Trampolín. En primer lugar, se analizaron las frecuencias y porcentajes de los indicadores sociales y familiares para los alumnos del Grupo de Estudio Trampolín de los que se habían registrado dos medidas ($n=40$). Los indicadores que se registraron fueron: diana de los conflictos, tipo de conflictos, asuntos legales y atribuciones causales. Excepto la variable frecuencia de los conflictos, dentro de agrupación diana de los conflictos, todas las variables eran de naturaleza categórica. Para

cada uno de los cuatro indicadores (diana de los conflictos, tipo de conflictos, asuntos legales y atribuciones causales) se construyó a modo de resumen una puntuación total. A continuación se examinó si existían diferencias estadísticamente significativas entre las variables medidas antes y después de la intervención socio-educativa, tanto para las variables dicotómicas como para las variables de naturaleza continua. En el primer caso se utilizó la prueba de McNemar y en el segundo caso la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

La naturaleza de las variables evaluadas se explica a continuación:

- Diana de conflictos: se refiere a la persona o personas objeto de agresión, entendida no sólo como violencia física o verbal dirigida a alguien en particular, sino como destino de conflictos de otra índole como discusiones, disputas o enemistades de tipo beligerante.
- Tipo de conflictividad: son aquellas conductas problemáticas más provocadoras o llamativas manifestadas en el contexto comunitario próximo, relacionadas con agresiones verbales, físicas, pintadas, vandalismo, robos, amenazas u otras formas de conflictividad social.
- Asuntos legales: es la variable que describe la naturaleza de la falta o delito cometido, pudiendo tratarse de insultos, amenazas, robos, vandalismo u otras formas de infracciones de la ley.
- Atribuciones causales: esta variable trata de identificar quien es el causante o responsable de la conducta del menor. Este culpable no se limita a las personas físicas concretas, sino que puede tratarse de situaciones o existencias inmateriales reales o imaginarias.

En la Tabla 4.31 y en la Figura 4.42 se presenta la distribución en frecuencias y porcentajes para los momentos temporales antes y después de la intervención en el Programa Trampolín en la variable conflictividad diana.

Tabla 4.31.
Frecuencia y porcentaje de participantes de Trampolín antes y después de la intervención socioeducativa en indicadores de conflictividad diana.

| Conflictividad diana | ANTES | | DESPUÉS | |
|-----------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | Sí N (%) | No N (%) | Sí N (%) | No N (%) |
| Padre | 27(67,5) | 13(32,5) | 9(22,5) | 31(77,5) |
| Madre | 32(80) | 8(20) | 14(35) | 26(65) |
| Hermanos | 19(47,5) | 21(52,5) | 4(10) | 36(90) |
| Vecinos | 20(50) | 20(50) | 6(15) | 34(85) |
| Amigos | 26(65) | 14(35) | 7(17,5) | 33(82,5) |
| Profesores | 35(87,5) | 5(12,5) | 18(45) | 22(55) |
| Desconocidos | 11(27,5) | 29(72,5) | 26(65) | 14(35) |
| Otros | 10(25) | 30(75) | 5(12,5) | 35(87,5) |

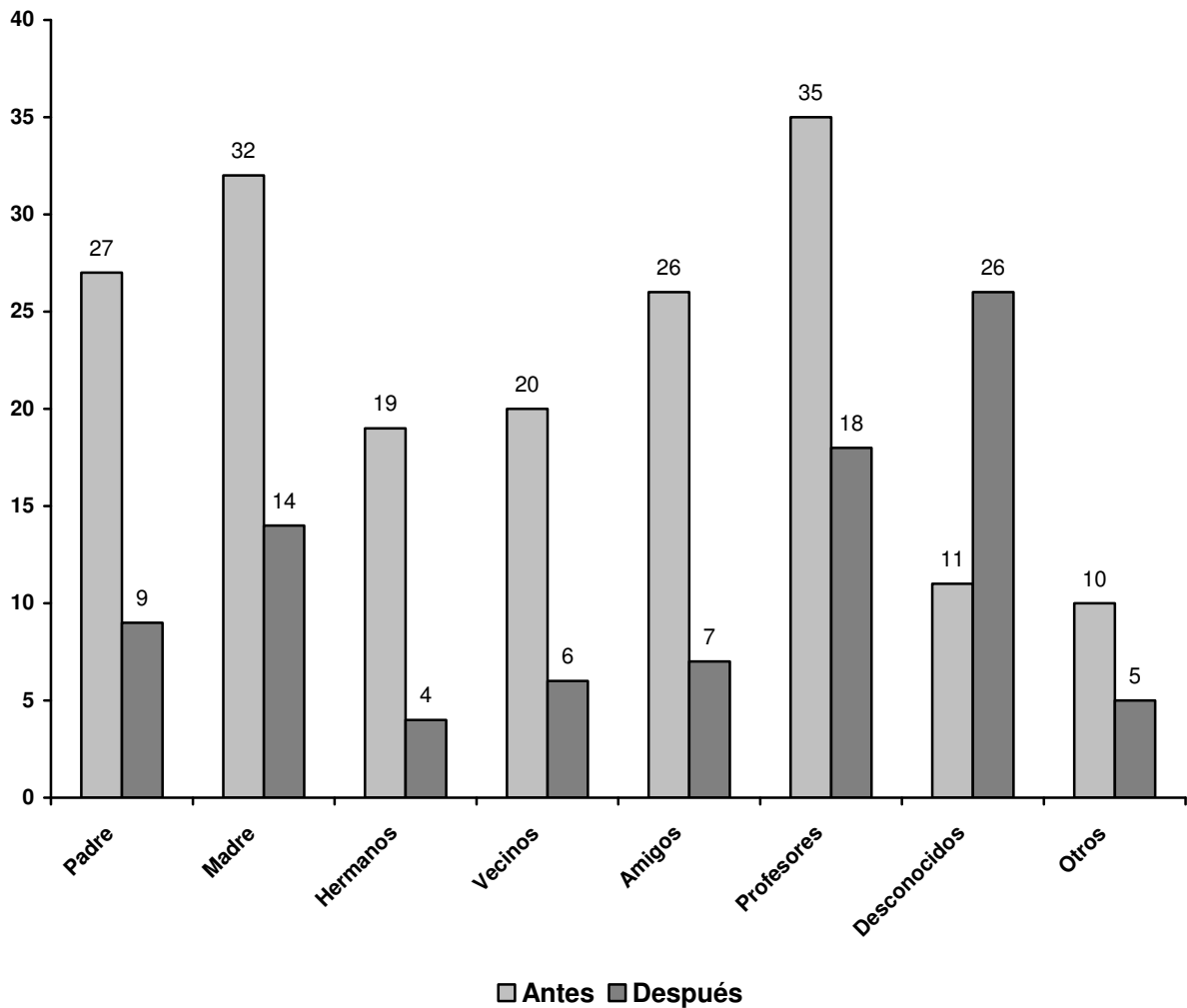


Figura 4.42. Participantes del Grupo Trampolín que manifestaron conductas y problema antes y después de la intervención socioeducativa en variables relativas a la conflictividad diana.

Como se puede observar, las frecuencias y porcentajes de indicadores de conflictividad se redujeron después de la intervención Trampolín. Efectivamente, la comparación entre los dos momentos temporales, mediante la prueba de McNemar, arrojó diferencias estadísticamente significativas en todos los indicadores de conflictividad ($p \leq 0,05$), excepto para diana de conflictividad otros. Asimismo, también se comparó la frecuencia de los conflictos y el número total de diana de conflictos entre los dos momentos

temporales. La frecuencia de los conflictos antes de la intervención fue 2,48 ($DT= 0,68$) y después fue 0,76 ($DT=0,54$). La puntuación total de la diana del conflicto antes de la intervención presentó una media de 4,87 ($DT=2,34$) y después fue de 1,95 ($DT=2,46$). La prueba de Wilconxon arrojó diferencias estadísticamente significativas entre los dos momentos temporales en frecuencia de conflictos ($Z=-5,13, p\leq 0,05$) y en conflicto diana total ($Z=-4,40, p\leq 0,05$). Como se puede observar, la puntuación disminuyó de forma estadísticamente significativa después de la intervención socioeducativa.

En la Tabla 4.32 y en la Figura 4.43 se presenta la distribución en frecuencias y porcentajes para los momentos temporales antes y después de la intervención Trampolín en la variable tipo de conflictividad. Como se puede observar, las frecuencias y porcentajes de indicadores de conflictividad se redujeron después de la intervención Trampolín. Efectivamente las comparación entre los dos momentos temporales, mediante la prueba de Mcnemar, arrojó diferencias estadísticamente significativas en todos los indicadores de conflictividad ($p\leq 0,05$), excepto para otros tipo de conflictividad. Asimismo, también se comparó el número total de conflictos entre los dos momentos temporales. La puntuación media total de conflictos antes de la intervención fue 3,97 ($DT=1,80$), en cambio después de la intervención fue 0,90 ($DT=1,21$). La prueba de Wilconxon arrojó diferencias estadísticamente significativas entre los dos momentos temporales ($Z=-5,27, p\leq 0,05$), reflejando una disminución en la puntuación después de la intervención socioeducativa.

Tabla 4.32.

Frecuencia y porcentaje de participantes de Trampolín antes y después de la intervención socioeducativa en indicadores de tipo de conflictividad.

| Tipo de conflictividad | ANTES | | DESPUÉS | |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Sí N (%) | No N (%) | Sí N (%) | No N (%) |
| Insultos | 34(85) | 6(15) | 7(17,5) | 33(82,5) |
| Peleas | 29(72,5) | 11(27,5) | 8(20) | 32(80) |
| Pintadas | 12(30) | 28(70) | 1(2,5) | 39(97,5) |
| Vandalismo | 24(60) | 16(40) | 4(10) | 36(90) |
| Robos | 22(55) | 18(45) | 7(17,5) | 33(82,5) |
| Amenazas | 27(67,5) | 13(32,5) | 5(12,5) | 35(87,5) |
| Otros | 11(27,5) | 29(72,5) | 4(10) | 36(90) |

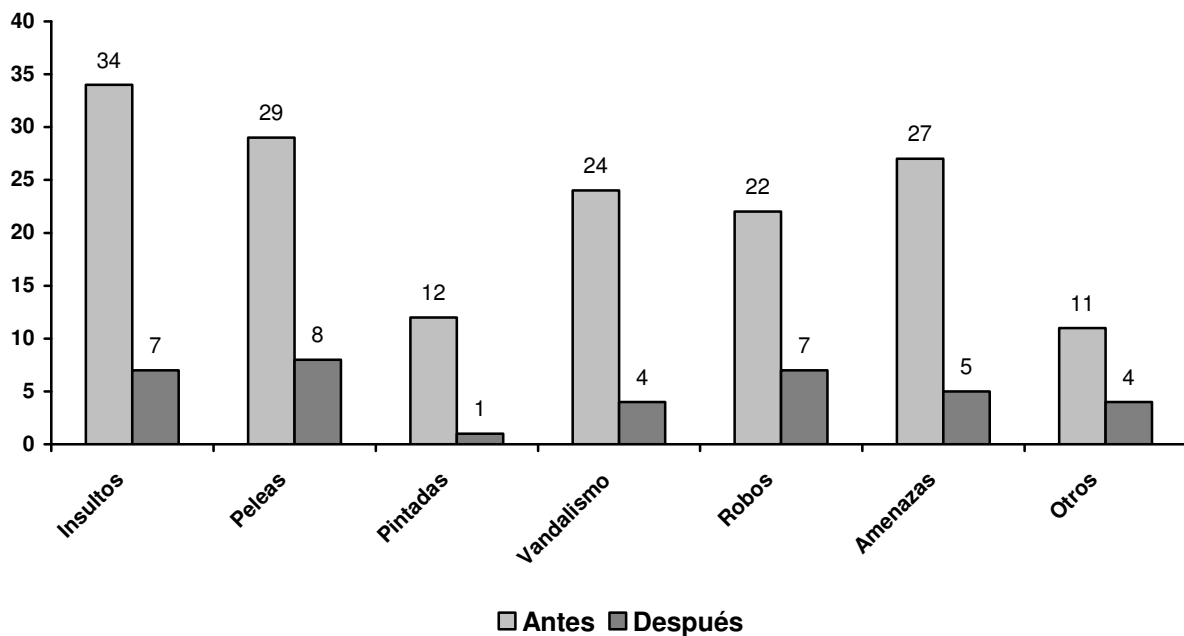


Figura 4.43. Participantes del Grupo Trampolín que manifestaron conductas problema antes y después de la intervención socioeducativa en variables relativas al tipo de conflictividad.

En la Tabla 4.33 y en la Figura 4.44 se presenta la distribución en frecuencias y porcentajes para los momentos temporales antes y después de la intervención socioeducativa en asuntos legales. Como se puede observar, los indicadores de asuntos legales fueron similares antes y después de la intervención Trampolín. La comparación entre los dos momentos temporales, mediante la prueba de McNemar, no arrojó diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los indicadores de asuntos legales. Asimismo, también se comparó el número total de asuntos legales informados entre los dos momentos temporales. La puntuación media total de asuntos legales antes de la intervención fue 1,07 ($DT=1,21$) y después de la intervención fue 0,77 ($DT=1,47$). La prueba de Wilcoxon no arrojó diferencias estadísticamente significativas entre los dos momentos temporales de la investigación ($Z=-1,61$, $p>0,05$) en esta variable.

Tabla 4.33.

Frecuencia y porcentaje de participantes de Trampolín antes y después de la intervención socioeducativa en indicadores de asuntos legales.

| Asuntos legales | ANTES | | DESPUES | |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Sí N (%) | No N (%) | Sí N (%) | No N (%) |
| Insultos | 3(7,5) | 37(92,5) | 3(7,5) | 37(92,5) |
| Amenazas | 3(7,5) | 37(92,5) | 4(10) | 36(90) |
| Vandalismo | 10(25) | 30(75) | 4(10) | 36(90) |
| Robos | 14(35) | 26(65) | 10(25) | 30(75) |
| Agresión | 10(25) | 30(75) | 8(20) | 32(80) |
| Otros | 3(7,5) | 37(92,5) | 2(5) | 38(95) |

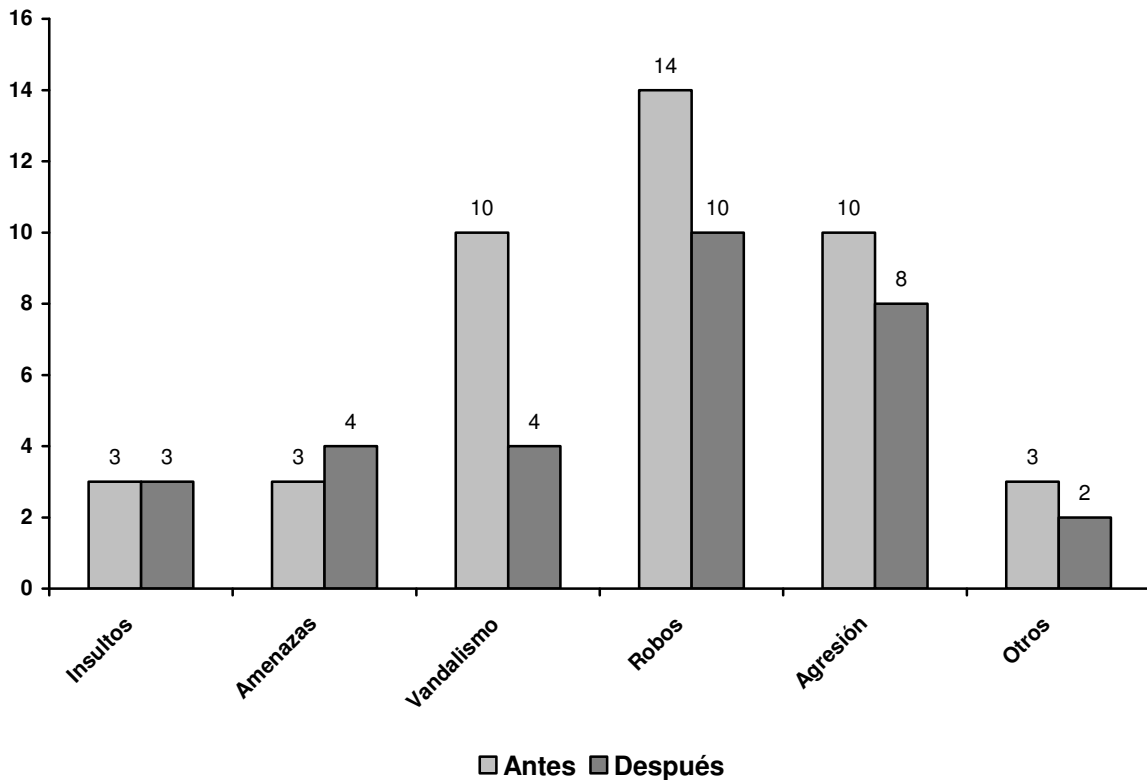


Figura 4.44. Participantes del Grupo Trampolín que manifestaron conductas problema antes y después de la intervención socioeducativa en variables relativas a asuntos legales.

En la Tabla 4.34 y en la Figura 4.45 se presenta la distribución en frecuencias y porcentajes para los momentos temporales antes y después de la intervención Trampolín en atribuciones causales. Como se puede observar las frecuencias y porcentajes de la variable atribuciones causales trocaron después de la intervención Trampolín. Efectivamente, las comparación entre los dos momentos temporales, mediante la prueba de McNemar, arrojó diferencias estadísticamente significativas en todos los indicadores de atribuciones ($p \leq 0,05$), excepto en *otros*. Se puede apreciar como se redujeron la mayoría de los indicadores, mientras que el denominado Trastorno psicológico, siguió un comportamiento inverso a los

anteriores. Es destacable también que de todas las variables, la que cuantitativamente más se redujo fue la relativa al Grupo de iguales, luego los amigos o compañeros dejaron de ser los responsables de la mala conducta del menor. Los alumnos por tanto cuando finalizan en el Programa, atribuyen mayoritariamente la causa de su conflictividad a razones patológicas o clínicas.

Tabla 4.34.

Frecuencia y porcentaje de participantes de Trampolín antes y después de la intervención socioeducativa en indicadores de atribuciones causales.

| Atribuciones causales | ANTES | | DESPUES | |
|------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | Sí N (%) | No N (%) | Sí N (%) | No N (%) |
| Trastorno psicológico | 5(12,5) | 34(85) | 30(75) | 9(22,5) |
| Fracaso escolar | 18(45) | 21(52,5) | 6(15) | 33(82,5) |
| Entorno social | 20(50) | 19(47,5) | 6(15) | 33(82,5) |
| Grupo de iguales | 31(77,5) | 8(20) | 8(20) | 31(77,5) |
| Funcionamiento familiar | 15(37,5) | 24(60) | 4(10) | 35(87,5) |
| Otros | 2(5) | 37(92,5) | 2(5) | 37(92,5) |

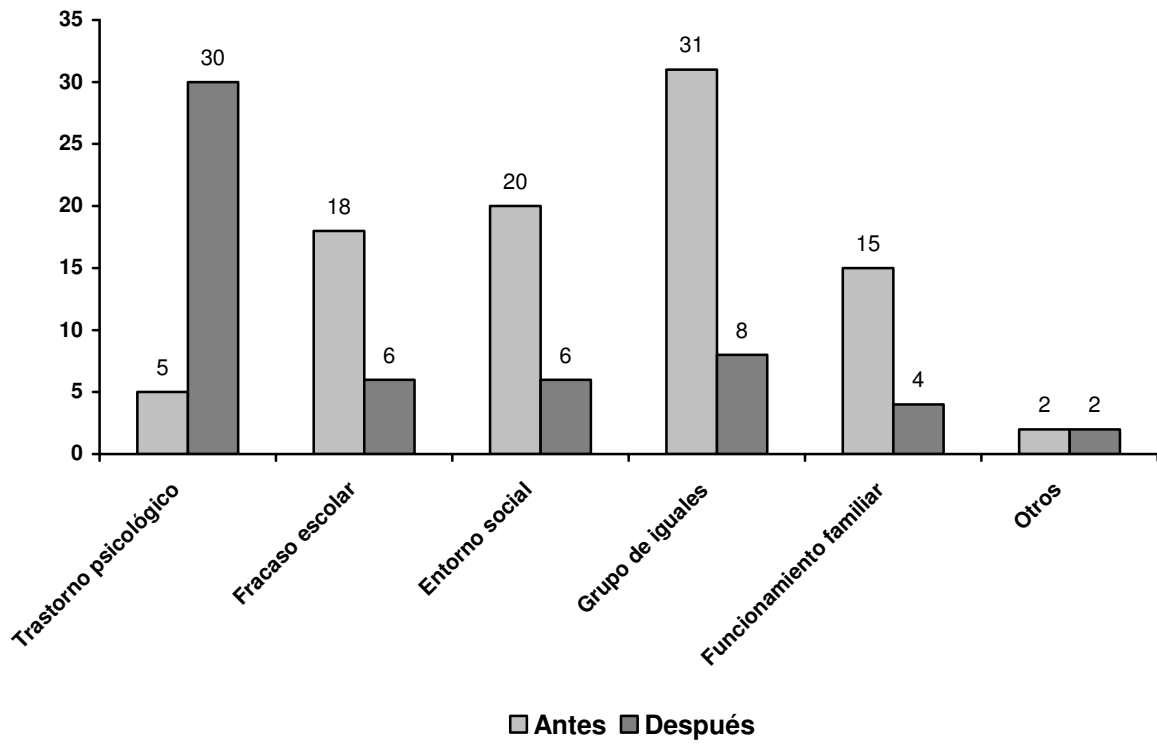


Figura 4.45. Participantes del Grupo Trampolín que manifestaron conductas problema antes y después de la intervención socioeducativa en variables relativas a atribuciones causales.

CAPÍTULO V

Discusión y Conclusiones

- 5.1 Discusión y conclusiones específicas**
 - 5.1.1 Descripción del Grupo de Estudio Trampolín**
 - 5.1.2 Comparación de rasgos psicopatológicos entre el Grupo de Estudio Trampolín y el Grupo Control**
 - 5.1.3 Comparación de síntomas emocionales y comportamentales entre el Grupo de Estudio Trampolín y el Grupo Control**
 - 5.1.4 Respuestas educativas en los centros escolares**
 - 5.1.5 Intervención socioeducativa y cambios en indicadores educativos**
 - 5.1.6 Intervención socioeducativa y cambios en indicadores socio-familiares**
- 5.2 Limitaciones de la investigación y líneas de investigación futuras**
 - 5.2.1 Limitaciones de la investigación**
 - 5.2.2 Líneas de investigación futuras**
- 5.3 Conclusiones generales**

5.1 *Discusión y conclusiones específicas*

5.1.1 Descripción del Grupo de Estudio Trampolín

Las particularidades del Grupo de alumnos Trampolín, posibilitaron el conocimiento de un colectivo de alumnos identificado como el más complejo en cuanto a problemas graves de comportamiento, en el contexto de la educación secundaria del Principado de Asturias. Estos rasgos diferenciadores podrán ser utilizados para el posterior reconocimiento de grupos de alumnos o perfiles similares. Por lo tanto la identificación de ciertas características relativas a las dimensiones personal y social resulta de gran utilidad para todos los profesionales que trabajan tanto con menores en situación de riesgo social o fracaso escolar como en el ámbito terapéutico y educativo en general.

Una peculiaridad distintiva del Grupo Trampolín es la edad en la que surgen los problemas graves de conducta, la edad media de aparición de los mismos se sitúa a los 6,95 años ($DT=3,36$). Si se tiene en cuenta que la manifestación de las alteraciones del comportamiento no sucede de forma espontánea, sino que se van produciendo episodios cada vez más graves y frecuentes hasta llegar a la edad considerada como de inicio del problema, entonces es lógico pensar que los problemas de conducta comienzan mucho antes de la edad señalada. Este dato manifiesta la relativa precocidad de los mismos y, por lo tanto, la posibilidad de efectuar un tratamiento tanto profiláctico como preventivo; este aspecto es compartido por autores como González-Menéndez, Fernández-Hermida, y Secades (2004), Sabrià-Pau (2004) y Van-Goozen y Fairchild (2006) que inciden en la importancia de la

precocidad de los tratamientos para asegurar su efectividad. Pese al resultado anterior, el EAC comienza a intervenir cuando los menores tienen ya una edad media de 13,35 años ($DT=1,06$), luego pasan más de seis años antes de que se tomen medidas psicoeducativas paliativas. Esta situación puede deberse a que los alumnos de menor edad no son cualitativamente tan problemáticos como los menores adolescentes, en plena efervescencia juvenil. Las diferentes psicopatologías y los procesos de maduración, convergen en una combinación que puede desembocar en la consolidación de un trastorno mental. La multitud de autores que identifican este periodo vital con riesgos de aparición de problemas conductuales es considerable (Aberasturi, 2007; Alda et al., 2009; Antolín-Suárez, 2011; Carli et al., 2014; Coleman y Hendry, 2003; Gustems-Carnicer y Calderón-Garrido, 2006; Jeammet, 2002; Lemos-Giraldez, 2003; Salazar-Rojas, 2004). Además, son cuantiosas las investigaciones que subrayan cómo a medida que los menores con psicopatologías o ambientes adversos crecen, también lo hacen sus problemas conductuales (Beinart, 2002; Bursztejn, 2007; Merikangas et al., 2010; Robinson, 1985; Rojas-Marcos, 2005); por lo que a la luz de las anteriores investigaciones se podría afirmar que el tándem adolescencia y entorno desfavorable, constituye un detonante de aquellos problemas conductuales que permanecen latentes.

La diferenciación sexual es otro aspecto relevante, en la muestra analizada en Trampolín más del 95% de los menores fueron varones. Estas cifras confirman la mayor prevalencia del sexo masculino en problemas graves del comportamiento de tipo externalizante. Además los estudios de expertos como Chun y Mobley (2010), Emberley y Peregrina (2011), Eme (2007), Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, y Muñiz (2011),

Hartung, Lefler, y Fedele (2011), Kathleen y colaboradores (2006), López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández, y López (2009), Pascual, Romero, Grau, y Magaña (2007), Ramírez-Castillo (2005) y Trepát y Ezpeleta (2011), ponen de manifiesto las diferencias comportamentales entre géneros sobre todo en lo referente a conductas desadaptativas o comportamientos agresivos; también se percibe disparidad en cuanto a los estilos de aprendizaje (Dalla y Shors, 2009) e incluso respecto a los comportamientos de riesgo (Carli et al., 2014). En este sentido la influencia del sexo, aunque no pueda llegar a considerarse como determinante, si puede ser considerada como un factor de riesgo a la hora de padecer una alteración grave del comportamiento.

Los rasgos psicopatológicos detectados en los menores que participaron en Trampolín estuvieron significados en diversos trastornos frecuentes en las consultas de salud mental. Algunos especialistas en trastornos de la conducta como Baker (2013) o Navarro-Pardo, Meléndez, y Sales (2012) manifiestan en sus estudios, que los problemas de conducta son los trastornos más frecuentes en la infancia y la adolescencia. Aunque sería razonable y así lo es que los alumnos que acuden al Programa Trampolín sufrieran mayor número de problemas de conducta que la población general, las cifras expuestas a continuación confirman las previsiones, ya que prácticamente la totalidad de los alumnos que acuden al Programa, padecen algún tipo de trastorno de conducta, siendo el TD el trastorno más habitual y presentándose sólo o asociado a otros factores. En el caso de coexistir este trastorno con capacidades límite (personas con bajo CI y/o grave deprivación sociocultural), el pronóstico se complica, porque el desajuste académico hace más costosa la integración del alumno en el aula ordinaria. Si el menor con TD tiene además altas capacidades (alumnos con

un CI superior a la media), normalmente tendrá una competencia curricular más acorde con su edad, además de unas expectativas de normalización mejores. Cuando el TD se combina con comportamientos paranóides, la intervención resulta mucho más compleja y el pronóstico resulta incierto. El TDAH no es el trastorno de mayor incidencia en el Programa y su presencia hasta la fecha, sólo se da de forma aislada en un 13,9% de los casos, aunque como revelan determinados estudios epidemiológicos es una alteración de la conducta relativamente habitual en la población, con tasas de prevalencia entre el 4% y el 12% respecto de la población general de 6 a 12 años de edad (Brown et al., 2001). Otro trastorno frecuente en Trampolín es el TDN que puede darse de forma aislada 6,9% o combinada con otros problemas 37,2% (principalmente con TDAH 9,3% o TD 25,5%), obstaculizando la intervención terapéutica o educativa.

Además de los anteriores trastornos mentales, de forma comórbida se hallaron dolencias psicosomáticas de diversa índole. En concreto, más de la mitad del Grupo de Estudio Trampolín manifestó algún tipo de queja somática. También sufrieron otras dificultades físicas un importante número de alumnos (asma, alergias, enfermedades de la piel,...). Estos inconvenientes que suelen acompañar a las alteraciones graves del comportamiento ya fueron detectadas por expertos como Murphy (2005) y Timoneda (1999) quienes tuvieron en cuenta en sus investigaciones, los problemas asociados a diversos trastornos que afectan a la esfera de la conducta. Se podría decir que las psicopatologías presentes en los menores de Trampolín ejercen una acción o influencia sobre el organismo, y viceversa. Siendo un rasgo común en los alumnos, el que adolezcan de una salud delicada,

materializándose en frecuentes faltas de asistencia, visitas al médico y quejas somáticas habituales.

Durante la intervención, casi la mitad de los alumnos siguieron de forma continua o habitual un tratamiento farmacológico. Eso no quiere decir que el resto no tuviera prescrito tratamientos farmacológicos, sino que una parte de este último grupo, manifestó reticencia a tomarlo. La mayoría de expertos clínicos en problemas de comportamiento apuestan por terapias farmacológicas o, como mínimo, por la presencia de éstas de forma conjunta con otras medidas terapéuticas, una muestra de estos autores podría ser abanderada por (J. Artigas-Pallarés, 2004; Castells et al., 2004; Díaz-Atienza, 2006; Ercan et al., 2003; Gangoso, Martínez y Montañés, 2009; J. González, Cardó y Servera, 2006; Harrington y Maskey, 2008; Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011; Steiner y Remsing, 2007), por citar algunos. La experiencia con el Grupo de Estudio Trampolín apoya la teoría de que, aunque hay alumnos que son recelosos hacia las terapias psicofarmacológicas, aquellos que sí lo hacen tienen menores inconvenientes a la hora de recibir una intervención más adecuada. También hay que tener en cuenta que, además de las posibles mejoras que puede conllevar dicho tratamiento, la predisposición del alumno a tomar las sustancias prescritas, representa una actitud positiva ante el problema que padece, y por lo tanto un punto de partida para su rehabilitación.

Los profesionales de Trampolín, pudieron percibir y valorar (mediante una escala del 1 al 10), una serie de conductas relacionadas con los trastornos graves del comportamiento que resultaron frecuentes en los alumnos; dichas conductas fueron: arrogancia, conductas desafiantes, desobediencia, malhumor, negativismo, oposicionismo, paranoia, conductas provocadoras, reacciones explosivas, rebeldía, rudeza, sadismo,

sarcasmo, uso de expresiones soeces y conductas tiránicas. Existen investigaciones que relacionan los trastornos graves de la conducta con la expresión de este tipo de manifestaciones (Andreu, Peña y Penado, 2013; Ballesteros-Alcalde, 2004; Emberley y Pelegrina, 2011; Javaloyes y Redondo-Romero, 2005; Labrador, 2008; Pardini y Fite, 2010; Rojas-Marcos, 2005; Steiner et al., 1997), por lo que esta coincidencia viene a apoyar el perfil de los menores que participan en el Programa Trampolín. Además aunque no hubo grandes variaciones entre las diferentes manifestaciones conductuales, hubo algunas que destacaron por encima de las otras, como la arrogancia, la conducta desafiante, la desobediencia, el negativismo, las reacciones explosivas, la rebeldía, el uso de expresiones soeces y las conductas tiránicas, mientras que las demás, aunque relativamente usuales, no tuvieron tanta profusión como las primeras.

La media de hermanos del Grupo Trampolín fue de $M=1,9$ ($DT=1,14$) ocupando la posición primogénita casi las tres cuartas partes de los menores. Si se tienen en cuenta los datos del INE (2012c), que constatan que desde el año 1986, la tasa de natalidad que era de 1,56 hijos/mujer desciende progresivamente hasta los últimos años, podemos advertir a la luz de este dato, que la natalidad de las madres del Programa fue significativamente más alta que la media Española. Asimismo los modelos o núcleos familiares en lo que se desarrolla el menor tienen una estructura biparental en un 32,6% de los casos, monoparental en el 27,9%, están al cuidado de parientes un 14%, en centros de acogida un 14% y el resto en situaciones sin especificar o cercanas a la exclusión social. Si a este cuadro familiar se añade el dato de que un 30,2% de los menores estuvo, durante o anteriormente a la intervención en el Programa, en una situación de acogimiento familiar, se puede afirmar que prácticamente la

mitad de los integrantes del Grupo Trampolín tienen o han tenido una situación de desestructuración familiar grave. Los estudios de Ary, T. Duncan, S. Duncan, y Hops (1999), Castellano-Barca (2002), Raya, Pino, Ruiz, y Herruzo (2013) y Tur, Mestre-Escrivá, y del-Barrio-Gándara (2004) ponen el acento en la relación entre las prácticas parentales deficientes, los ambientes familiares adversos y los trastornos graves del comportamiento. Otras investigaciones similares relacionan la crianza por parte de parientes, como pueden ser las abuelas, con los problemas conductuales graves, incluso estudios como los de Rutter y Giller (1983) identifican el tamaño de grupo familiar como un factor de riesgo conductual. Para Bernedo-Muñoz, Fuentes-Rebollo, y Fernández-Molina (2008) todas estas circunstancias aglutinadas como factores de riesgo familiar, pueden llegar a constituir un predictor de los problemas de conducta. Se confirma por tanto que los ambientes familiares desestructurados, presentes en numerosos casos en el Grupo de Estudio Trampolín pronostican o aumentan las probabilidades de que los menores padezcan un trastorno del comportamiento grave.

El nivel sociocultural de las familias del Programa fue estimado en una escala de 1 a 7, donde el 1 representaba el valor más bajo y el 7 el más alto. Los datos mostraron que más del 80% de las familias tenían un nivel entre bajo y muy bajo. La información se fundamentó en el conocimiento de la situación cultural de la familia, en cuanto a estudios y formación de sus integrantes. En la misma línea de investigación, el nivel socioeconómico de las familias fue calculado siguiendo los mismos criterios cuantitativos que la variable socioeducativa, pero esta vez los datos se basaron en las referencias y conocimiento de la situación laboral y económica de las familias, además de otros indicadores como: el número de personas con

trabajo por unidad familiar, la concesión de ayudas sociales (salario social o ayudas alimenticias), los ingresos provenientes de actividades sin declarar, el tipo de vivienda o el número de integrantes por familia. Atendiendo a estas señales, las cifras sostienen que más del 60% de las familias detentan una situación económica baja o muy baja. Estudios como los de Ary et al (1999), Rutter y Guiller (1988), Tur et al (2004) vinculan diversas características socio-familiares, entre ellas la clase social, con las conductas antisociales de los hijos, por lo que la pertenencia a un nivel social bajo constituye un predictor de riesgo relacionado estrechamente con los problemas de conducta.

Si a los anteriores datos agregamos que más de la mitad de las familias del Grupo Trampolín recibió ayudas sociales y que casi la cuarta parte de los menores del Programa pertenecían a la etnia gitana, la coyuntura socioeconómica se complica. Sobre el anterior grupo étnico cabe añadir además que, con frecuencia, éste se vincula a estratos sociales marginales y es además propenso a lograr peores resultados que otros grupos sociales en determinados programas de intervención con menores en riesgo social. Esto pudo ser comprobado por González-Sala y Gimeno-Collado (2013) en un análisis sobre la intervención con diversos colectivos en los que se incluían inmigrantes, payos y gitanos.

Atendiendo a la anterior información, se puede afirmar que las características socioeducativas y económicas de las familias del Grupo de Estudio Trampolín son un factor de riesgo relacionado con los trastornos graves del comportamiento. Existe además, en todos los casos analizados, una coincidencia entre el nivel sociocultural y el contexto o ambiente donde radica el grupo, de tal manera que, siguiendo los estudios de Lindstrom et al (2011), los mensajes que reciben los adolescentes de ciertos barrios donde es frecuente compartir

experiencias violentas, retroalimenta este tipo de sucesos, afectando también a la percepción que tiene el menor sobre la resolución de los conflictos.

Siguiendo con las dificultades familiares y su concomitancia con los problemas graves de conducta de los miembros más pequeños de la casa, una situación reincidente es la ocurrencia de contratiempos o conflictos graves intrafamiliares que afectan a todas las esferas vitales del grupo, y que se concretan en: episodios de maltrato por parte del cabeza de familia, tropiezos con la justicia, consumo de sustancias o psicopatologías de alguno de los progenitores o miembros del núcleo consanguíneo. Las cifras revelan que más de la mitad de los padres varones del Grupo de Estudio Trampolín han tenido problemas legales frente a un 20,9% de madres, los problemas con el alcohol tuvieron una frecuencia cuatro veces superior para el género masculino que para el femenino.

Respecto a los consumos de otras drogas, casi el 40% de los cabeza de familia masculinos tuvo problemas con las mismas, descendiendo el porcentaje a la mitad en las mujeres. Para las psicopatologías los resultados fueron menos dispares, siendo el porcentaje del 16,3% en hombres y del 14% en mujeres. Mientras que los episodios de maltrato (agresiones dirigidas tanto a la pareja como a los descendientes) fueron cinco veces más usuales en los varones que en las mujeres. Autores como Satterfield y Schell (1997), han valorado la asociación entre los ambientes de riesgo y los problemas de conducta en la infancia con la probabilidad de convertirse en un delincuente en la edad adulta. Si tenemos en cuenta que las conductas en general, y en particular aquellas de riesgo, surgen como imitación de otras copiadas del entorno más próximo, nos encontramos que el núcleo familiar puede ser un indicador eminentemente premonitorio. En la misma dirección Bobadilla y

Taylor (2012), Hawes y Dadds (2005), Juby y Farrington (2001), Lemos-Giraldez (2003), Rae-Grant et al (1989), y Reppucci et al (2002) asocian como un factor de riesgo un amplio abanico de problemas familiares, incluidos los consumos o el alcoholismo que fueron analizados especialmente por Ballesteros-Alcalde (2004) y Noroño-Morales et al (2002). Como se puede comprobar de forma general en el Grupo Trampolín, los problemas familiares anteceden a los problemas de comportamiento de los hijos, por lo que esta característica es habitual en el perfil del alumno participante en el Programa. Es necesario recordar que las familias disfuncionales no garantizan que los hijos desarrollen conductas anómalas, sino que estas situaciones se desencadenan cuando convergen ciertas particularidades en el menor relacionadas con problemas psicológicos latentes.

Otro aspecto de interés del que ha quedado constancia durante la investigación es el que hace referencia a ciertas variables concernientes al grado de implicación familiar. Pese a lo que cabría esperar, el compromiso de las familias con el Programa Trampolín y con el centro de referencia fue dispar, siendo considerado en la mitad de los casos normal o bueno, y prácticamente escaso en el resto. Respecto de los estilos educativos parentales, casi el 40% lo constituyeron los padres permisivos, aunque hay que recordar que en esta valoración no contaron los alumnos que residían en el momento de cursar en Trampolín en centros de acogida o aquellos que tenían ambientes familiares totalmente desestructurados. A su vez el EAC detectó indicadores de interés referidos a la dinámica educativa familiar del Grupo Trampolín. Los valores más relevantes fueron que casi la totalidad de las familias carecían de normas o tenían problemas de falta de autoridad paterna y en una amplia mayoría había falta de estimulación en el hogar. Siguiendo estudios e investigaciones clásicas sobre este campo

(Bronfenbrenner, 1987; Robinson, 1985; Rosenthal, 1970) y a la vista de los resultados hallados en Trampolín, las familias manifestaron una relativa preocupación por sus hijos pero su funcionamiento y dinámica interna dificultaron la maduración psicológica del menor, llegando a ser en un número importante de situaciones, una característica típica de las familias y por tanto un factor de riesgo de los trastornos graves de comportamiento.

La descripción del Grupo de Estudio Trampolín desde el ámbito escolar, comienza por la identificación del tipo de centro en el que los alumnos están adscritos. Mayoritariamente los participantes de Trampolín pertenecen a centros públicos, siendo minoría los centros de tipo concertado (menos del 5%) y quedando ausentes aquellos de financiación privada. Además estos centros se localizan generalmente en zonas urbanas, siendo la afluencia de los alumnos a estos centros debida principalmente, a la proximidad de sus residencias.

Respecto de los motivos por los cuales los alumnos de Trampolín son derivados más desde centros públicos que desde concertados, las causas no están claras y sería necesario un estudio sobre los motivos reales. Continuando con los aspectos escolares, más de las tres cuartas partes de los alumnos fueron repetidores, siendo el primer curso de la ESO el más habitual para repetir, seguido de quinto o sexto de educación primaria. Además más del 80% de los menores tenían dictamen de NEE. Siendo prácticamente todos ellos por trastornos de la personalidad. Las adaptaciones curriculares significativas se llevaron a cabo en un 72,1% de los casos. En cuanto al desfase curricular, éste se correspondió en un 53% a un retraso escolar de al menos dos cursos, situando mayoritariamente el nivel educativo de los alumnos en el tercer ciclo de la educación primaria.

Otro rasgo característico de los participantes en el Programa, es que casi las tres cuartas partes de los menores fueron absentistas en un grado u otro. Las conductas que los alumnos manifestaron en sus centros de referencia, y que fueron las causantes de su derivación a la experiencia Trampolín, fueron prácticamente en todos los casos agresiones verbales, ausencia de trabajo, rechazo a participar en clase, indisciplina, falta de respeto e interrupciones constantes. Las agresiones físicas también fueron usuales en un 69,8%, así como las manifestaciones de desafío al profesor 79,1%. Con estos resultados no es de extrañar que la tasa de fracaso escolar sobrepasara el 90%. Además es interesante comentar que las anteriores exhibiciones comportamentales fueron mostradas en todos los espacios del centro escolar, no habiendo mayor predilección ni focalización por algún lugar físico concreto (aula donde se imparte una materia en particular, patio, laboratorio, etc.). Todas o algunas de las variables que se han descrito en este cuadro conductual coinciden con las analizadas en investigaciones como las de Cangas et al (2007), Durán-Vázquez (2010), Escudero-Muñoz (2005), Fernández-Enguita et al (2010), Kyriacou (2005), Martínez-Otero (2005), Sánchez-González y Román-Sánchez (1993) y Santos-Guerra (1994), que relacionan estas circunstancias con situaciones de fracaso escolar o problemas de comportamiento en la escuela.

A la vista de los datos, la situación escolar de los alumnos del Programa Trampolín es límite; el único nexo que vincula a los alumnos con la institución escolar es la obligación legal de asistir a clase, aunque ello se oponga a sus deseos. Los profesores de los centros de referencia demandan ayuda; por ello tiene sentido que un 95,3% de los mismos estuvieran de

acuerdo con las medidas tomadas por el EAC, incluida la decisión de escolarizar a los alumnos en Trampolín.

Uno de los aspectos sociales de los alumnos del Programa más evidente, es la urbanicidad; las tres cuartas partes de los alumnos tienen su domicilio en zonas urbanas, y el 23,3% en zonas semiurbanas. Investigaciones como las llevadas a cabo por LeClair (2001) relacionan las áreas altamente urbanizadas con mayores tasas de problemas de comportamiento. Siguiendo este mismo planteamiento Ramos-Atance (2007) estudió el correlato entre urbanicidad, consumos y otras alteraciones del comportamiento. Por su parte Van-Os et al (2009) encontraron en sus investigaciones vínculos entre la urbanicidad y la aparición de brotes o trastornos de tipo psicótico, y Singer (2008) halló una relación entre las características demográficas urbanas del entorno con una mayor tasa de delincuencia juvenil. Todos estos estudios permiten confirmar el nexo entre los núcleos de alta densidad de población y la frecuencia de aparición de problemas de conducta. Sería interesante una mayor profundización para averiguar las causas íntimas relacionadas con este hecho, que podrían tener que ver con la frecuencia más alta de interrelaciones de los menores con otros iguales y, por tanto, a la imitación de más patrones conductuales inapropiados, o también quizás a la baja supervisión o anonimato que proporciona la ciudad frente a otros núcleos menores o poblaciones rurales. A pesar de que no pueda establecerse una correlación estadística tan sólo con los datos del Grupo de Estudio Trampolín, sí se pueden resaltar otros estudios al respecto, que indican una preponderancia de los alumnos urbanos con trastornos psicológicos, frente a otros que habitan en zonas de menor densidad de población.

Aunque, como se acaba de exponer, la mayoría de los alumnos del Programa viven en zonas urbanas, y éstas ofrecen una mayor diversidad de servicios deportivos, de ocio o agregacionismos de cualquier tipo para jóvenes, se comprueba una infrautilización de los mismos por parte del Grupo de Estudio Trampolín, que tan sólo son utilizados por aproximadamente un 10% de los menores. Desde hace tiempo los estudios de Rae-Grant Thomas et al (1989) relacionaban como un factor de protección contra la aparición de trastornos graves del comportamiento, la participación en actividades lúdicas. Abrahamson (1996) también compartía un criterio similar, advirtiendo sobre la relación entre la falta de recursos de ocio social en barrios marginales de EEUU, y los consumos de sustancias o los comportamientos agresivos. Además otras investigaciones siguen estos mismos planteamientos, reconociendo como factores de riesgo o protección la calidad de los recursos que ofrece el entorno (Oliva-Delgado et al., 2008; Stanton-Chapman y Chapman, 2006). Otros estudios más recientes como los de Varela-Garay, Ávila y Martínez (2013) revelaron que los adolescentes con problemas de comportamiento tendían a mostrar una percepción más negativa de su ámbito comunitario. A tenor de los resultados vistos, la falta de actividades lúdicas o constructivas con la que los menores llenan su tiempo libre, genera un vacío que puede llevar al pasotismo y la pasividad, o en el peor de los casos, a ocupaciones socialmente dañinas como las drogas o la delincuencia.

Un indicador del grado de salud mental de los menores, lo constituyó el porcentaje de alumnos del Grupo de Estudio Trampolín que acudió a algún especialista clínico del ámbito de la psiquiatría. A tal respecto el 86% del total, fue tratado antes o durante la intervención en el Programa por algún servicio de salud mental. Con los datos de los alumnos

de Trampolín y considerando que, según diversas investigaciones llevadas a cabo por Perisse et al (2006) la tercera parte de las derivaciones clínicas de los menores se deben a problemas conductuales, y que para Saldaña (2001) al menos el 20% de los adolescentes tiene algún problema de adaptación a la vida social, escolar o familiar, el Grupo Trampolín presenta una mayor prevalencia de problemas o trastornos de la conducta y por tanto, la mayor parte de los menores que participan de la experiencia Trampolín sufren de algún trastorno relacionado con el comportamiento.

Otro aspecto importante es el referente a los consumos de sustancias. La información obtenida nos indica que más del 90% de los menores del Grupo Trampolín consume algún tipo de droga de forma habitual, siendo el alcohol y los porros las sustancias más consumidas, seguida muy de cerca por el tabaco. Son numerosas las investigaciones que relacionan los trastornos graves del comportamiento con conductas de riesgo como el consumo de drogas (Bernal y González-Tascón, 2009; Carli et al., 2014; Gutiérrez et al., 2008; Howell, 2003; Plattner et al., 2012; Quinsey, Skilling, Lalumière y Craig, 2004); estos estudios coinciden con los resultados hallados en Trampolín sobre este aspecto concreto, por lo que se puede afirmar que los menores del Programa tienen como característica común el ser consumidores habituales tanto de sustancias socialmente aceptadas (alcohol y tabaco) como de otras consideradas ilegales.

Otra característica que llama la atención del Grupo Trampolín, tiene que ver con la forma en la que son aceptados socialmente en el Programa (con respecto al centro educativo de referencia). Se ha percibido que, en términos generales, casi la mitad de los alumnos son rechazados en sus centros habituales, mientras que ese porcentaje desciende hasta el 27,9%

en Trampolín. Asimismo solamente el 14% de los alumnos destaca socialmente en sus centros de referencia mientras que en Trampolín lo hace el 34,9%. Si tenemos en cuenta a autores como Estévez et al (2009) que sostienen que los grupos de amigos o iguales presentan una elevada homogeneidad y por tanto evitan las relaciones con otros colectivos que se comportan de forma diferente, entonces no resulta extraño comprobar cómo los alumnos con graves alteraciones de conducta, intensifican el rechazo del resto de alumnos, con comportamientos más normalizados, produciéndose una mayor tendencia a evitar su presencia dentro del grupo normalizado. Por todo ello se puede vislumbrar que la afinidad de los miembros del Grupo Trampolín es evidente, existiendo un mayor grado de autocomprensión y tolerancia entre los participantes del Programa. Siguiendo con el anterior hecho, autores como Oliva, Antolín, Estévez y Pascual (2012) aseguran que el apoyo y la amistad entre el grupo de iguales es determinante para que los menores manifiesten una conducta y ajuste emocional más adecuado. Por ello cuando los lazos de amistad se hacen más sólidos entre los alumnos del Programa, se suele producir una sensible mejora en el comportamiento.

Siguiendo con las diferencias que presenta el Grupo de alumnos del Programa en los dos espacios educativos (Trampolín y centro de referencia), otra circunstancia singular viene dada por el grado en que el alumno controla o influye a su grupo de iguales. Se constata que los alumnos del Grupo de Trampolín manifestaban unos roles respecto al grupo clase de su centro de referencia, que variaban cuando ese colectivo de alumnos era sustituido por el Grupo de alumnos del Programa. Un 47% de los alumnos del Grupo de Trampolín ejercía cierto control o manipulaba a su grupo de iguales en sus centros habituales, mientras que en

el Programa el porcentaje fue del 9,30%; de la misma forma, un 42,2% ejercía cierto control a través de la agresión (real o percibida) en sus centros, en cambio en Trampolín el porcentaje se redujo al 18,6%. Otro dato curioso fue que un 4,7% de los alumnos del Programa representó un rol de víctima en sus centros correspondientes, mientras que ese porcentaje aumentó en Trampolín hasta el 20,9%. Estos resultados nos sugieren que el dominio del grupo varía en función de los individuos que lo forman, siendo el perfil de alumnos perteneciente al Grupo Trampolín más resistente al dominio y a su vez más represores y agresivos. Por otro lado, esta interpretación es coherente con la información que señala que, un 69,8% de alumnos del Programa ejerció la violencia física en su centro educativo de referencia.

Una vez conocido el Grupo de Estudio Trampolín, es factible delinear un perfil característico, que en menor o mayor medida puede universalizar a este colectivo. La presencia de estos menores tiene como vínculo común, la manifestación de comportamientos disruptivos concretos. De este colectivo quedan excluidos aquellos alumnos que en algún momento desarrollan episodios de violencia, rebeldía e indisciplina propios de la adolescencia. Además, las peculiaridades sociales, personales y escolares permiten concluir que, atendiendo a los datos vistos, una persona tiene un problema grave de conducta cuando: manifiesta comportamientos no deseados por la sociedad, se opone a las normas establecidas, deteriora la convivencia social, educativa y/o familiar y además puede llegar a ser diagnosticado con algún trastorno de la personalidad, que afecta directamente a la esfera comportamental. Por otro lado, siguiendo los planteamientos de Lemos-Giraldez (2003), el contexto ambiental donde se desenvuelve el menor puede aumentar o disminuir la frecuencia

y probabilidad de aparición de patrones disfuncionales de conducta, por lo que haber sido criado en ambientes desestructurados o haber experimentado episodios traumáticos no es condición *sine qua non* para desarrollar un trastorno de conducta, sino que cuando confluyen esas circunstancias con la existencia de conductas latentes, los problemas pueden llegar a materializarse.

5.1.2 Comparación de rasgos psicopatológicos entre el Grupo de Estudio Trampolín y el Grupo Control

Como cabía esperar, una vez analizados el Grupo Trampolín y el Grupo Control, se hallaron diferencias entre las puntuaciones medias de las variables psicopatológicas, medidas a través del MMPI-A. No obstante hay que señalar que algunas de ellas no pudieron ser consideradas como significativas pese a que se acercaron estrechamente al límite para ser valoradas como tal.

Del total de las diecisiete variables analizadas, aquellas que alcanzaron el nivel de significación estadística fueron las siguientes: psicopatía, esquizofrenia, hipomanía, extravagancia de pensamientos, baja autoestima, bajas aspiraciones y problemas familiares. A continuación se comentan, contextualizadas para el Grupo participante en el Programa Trampolín:

- a) **Psicopatía:** la presencia de este rasgo psicopatológico en el Grupo Trampolín fue más elevado que en el Grupo control. Estudios como los de López-Romero et al (2011) sugieren la conveniencia de descubrir estos rasgos sobre todo los de tipo afectivo-interpersonal como factores de riesgo para detectar patrones más graves y

duraderos de conductas externalizantes. Por otro lado Mercadillo y Barrios (2007) sostienen que la psicopatía además de caracterizarse por la falta de empatía, la despreocupación por los sentimientos ajenos y el quebrantamiento de las obligaciones sociales se correlaciona con disfunciones cerebrales reguladoras de los procesos cognoscitivos que vinculan la experiencia afectiva con el aprendizaje de normas sociales. En este sentido, muchos alumnos de Trampolín manifestaron una ausencia de respeto hacia las normas establecidas. Aunque el sistema normativo del Programa es estricto y los menores poco a poco comienzan a participar en él, resulta una tarea ardua y penosa que los alumnos respeten el reglamento, sobre todo al principio. Se puede afirmar que es la inmediatez y la contingencia de las consecuencias lo que impide que el sistema normativo zozobre. Si bien los alumnos cuando llevan un tiempo se adaptan al mismo, no se puede asegurar que lo interioricen, quizá la costumbre del cumplimiento o la constante supervisión de los responsables del Programa hace que éste sea respetado. Sería interesante hacer un estudio sobre el anterior aspecto para averiguar hasta que punto se produce un cambio en la mentalidad de los alumnos con rasgos psicopáticos. La falta de principios morales también fue característica en numerosos menores del Grupo de Estudio Trampolín. Estos comportamientos se materializaron en constantes atropellos de los derechos ajenos sobre todo cuando éstos interferían en el logro de sus objetivos. Igualmente se produjeron por parte de este colectivo agresiones, robos y abusos de diversa índole sin que hubiera muestras de arrepentimiento, vergüenza o remordimiento por sus atropellos

b) **Esquizofrenia:** las experiencias psicóticas o síntomas psicóticos atenuados fueron más frecuentes en los participantes del Grupo Trampolín cuando se les comparó con el Grupo Control. Investigaciones previas de Fonseca-Pedrero et al (2013) concluyeron, entre otros aspectos, que este tipo de experiencias sub-umbral eran comunes entre los adolescentes y que los rasgos esquizotípicos se incrementan en función de la edad, y por consiguiente podrían existir mayores probabilidades de sobrepasar el umbral clínico a medida que ésta aumenta. En base a estos datos, los anteriores autores advierten de la posible conveniencia de detectar estas experiencias de forma precoz. Además otros estudios llevados a cabo por Vinokur et al (2014) concluyeron que el inicio precoz de estos rasgos está asociado con conductas violentas antes de los 15 años y con problemas tempranos de comportamiento. Siguiendo esta línea de investigación, los responsables del Programa hicieron una especial observación de ciertas pautas que se produjeron con relativa frecuencia y que se caracterizaron por el aislamiento o la dificultad de establecer grupos sobre todo en juegos cooperativos, por la ausencia de amigos íntimos y por una marcada anhedonia que dificultó la intervención al no poder encontrar un enganche con algún tipo de gusto o afición. Otra característica recurrente en los alumnos del Grupo Trampolín, ya estudiada por autores como Mobilli y Rojas (2006) y Navarro-Machuca, Sánchez-Rizo, y Villaseñor (2005) con algunos menores con trastornos de la personalidad, fue la baja reactividad emocional que confiere a estos menores una apariencia de frialdad e indiferencia hacia determinados estímulos.

- c) **Hipomanía:** a pesar de que los trastornos bipolares y los síntomas hipomaniacos no tienen una alta prevalencia en adolescentes, estudios como los llevados a cabo por Lecardeur et al (2014) alertan sobre la gravedad de sus consecuencias que incluyen, entre otros aspectos, deficiencias funcionales graves y mayor riesgo de suicidio. También según la opinión de investigadores como Campagne (2012), la relativa facilidad para el diagnóstico y las rápidas mejoras de los síntomas, cuando se aplican tratamientos tempranos, justifican este tipo de medidas terapéuticas. Durante la intervención en Trampolín, fue frecuente la existencia de un grupo de alumnos que exhibía este rasgo psicopatológico. Para Faya-Barrios (2013) los adolescentes que tienen baja autoestima o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un mayor riesgo de experimentar alteraciones del estado anímico sobre todo cuando soportan eventos estresantes. Durante la intervención en el Programa, se pudo evidenciar cómo ciertos menores se caracterizaban por tener un ánimo inusualmente expansivo o hiperactivo, llegando en ocasiones a ser extremadamente irascibles y malhumorados. Esos mismos alumnos también presentaban episodios de euforia, inquietud e hiperactividad, teniendo dificultades para prestar atención y centrarse en actividades que precisaban de un mínimo de concentración.
- d) **Extravagancia de pensamientos:** otro rasgo de determinados participantes del Grupo de Trampolín son los pensamientos e ideas extrañas y extravagantes. El pensamiento mágico y estafalario es frecuente en pacientes con trastornos del

espectro esquizofrénico. Por ejemplo, autores como Senín-Calderón y Rodríguez-Testal (2011), expertos en la evaluación y abordaje terapéutico de los trastornos de tipo esquizotípico, señalan que peculiaridades del pensamiento de índole mágico y extravagante son frecuentes en este tipo de trastornos. Retomando el Grupo de Estudio Trampolín, algunos de estos menores verbalizaron ideas o creencias poco convencionales, relacionadas con idealizaciones extremas y pensamientos mágicos y/o supersticiosos. El discurso de estos alumnos se caracterizó por su naturaleza insólita, con un pobre vocabulario, conceptos vagos y utilización de palabras incoherentes y descontextualizadas. Estas ilusiones desmedidas o pensamientos raros y extravagantes a menudo estaban relacionados con el padecimiento de enfermedades imaginarias, poderes ocultos, seres del inframundo, u otra suerte de personajes fantásticos. Alguno de estos correlatos coinciden con la expresión fenotípica de la esquizotipia, estudiada por Fonseca-Pedrero, Paino y colaboradores (2011), quienes hallaron diferencias entre géneros, obteniendo los varones puntuaciones medias más altas en varias dimensiones incluida la relacionada con la distorsión de la realidad, coincidiendo en este aspecto con la realidad encontrada en Trampolín.

- e) **Baja autoestima:** es una más de las variables psicopatológicas que resultaron significativas en la comparación entre los Grupos Control y Trampolín. Para investigadores como Murphy (2005), ciertos problemas como la baja autoestima, están relacionados con algunos trastornos del comportamiento como por ejemplo el TDAH, para otros autores como Castellón-Mendoza (2010) esta relación

influye más en otras manifestaciones conductuales como la violencia. De estos estudios se deriva la conveniencia de tratar estas dificultades para intervenir con los menores de forma adecuada. Durante el desarrollo de la intervención, los responsables del Programa detectaron en algunos alumnos pensamientos o creencias ligados a esta variable psicológica, que pueden resumirse en inseguridad en uno mismo, miedo al ridículo o a expresar las ideas u opiniones, necesidad de ser aceptado por el grupo, mayor tendencia al sufrimiento, dificultad para relacionarse con los demás, suspicacia ante las críticas y ausencia de valoración de los propios logros. Estas peculiaridades pueden estar relacionadas con un perfil altamente manipulable, poco asertivo y vulnerable a incurrir en delitos o consumos de drogas. Resultaría deseable profundizar en esta cuestión para desentrañar la relación que existe entre esta variable psicopatológica y determinadas conductas de riesgo presentes en algunos adolescentes.

- f) **Bajas aspiraciones:** desde hace mucho tiempo, se sospecha que el éxito en cualquier tarea o empresa está relacionado con el nivel de aspiraciones que las personas tienen. Estudios como los llevados a cabo por Ovejero-Bernal et al (1994) se basan en que los factores que mejor explican el fracaso escolar, son los psicosociales. Para comprobarlo analizaron la relación entre diversas variables como las bajas aspiraciones y su vinculación con el fracaso escolar. La conclusión fue que este factor, junto con otros como la clase social de pertenencia y las aptitudes intelectuales estaban detrás de muchos fracasos y frustraciones. En la misma línea, investigaciones más recientes como las llevadas a cabo por Gutman

y Schoon (2012), han advertido que los adolescentes con menor rendimiento y además pertenecientes a estratos socioeconómicos de pauperados, son más propensos a tener mayor incertidumbre en sus aspiraciones. Por otra parte Walkey et al (2013), analizaron la relación entre el rendimiento académico y las aspiraciones, de manera que este último factor puede ser empleado como un predictor de éxito escolar. A la luz de estos estudios y como se ha visto en anteriores apartados, una considerable mayoría de alumnos de Trampolín ha fracasado en varias dimensiones de la vida, y estos reveses que incluyen no sólo el plano de las relaciones sociales y familiares sino también los factores escolares, han contribuido a que el menor tenga bajas aspiraciones y éstas ayuden a incrementar el fracaso escolar, produciéndose una retroalimentación entre esta variable psicopatológica y los descalabros académicos. Por lo tanto no se puede obviar la influencia de las bajas aspiraciones sobre otros aspectos de la realidad del alumno, que impiden o dificultan cualquier logro personal.

- g) **Problemas familiares:** esta variable es característica de los alumnos del Programa, siendo las familias consideradas como “normales” una excepción, y entendiendo esta normalidad como la ausencia de problemas muy graves (por ejemplo, profundas carencias económicas, inestabilidad emocional o enfermedad mental severa de algún miembro, episodios frecuentes de violencia entre padres, frecuentes cambios en los integrantes de la unidad familiar, ausencias injustificadas de la figura paterna o materna, integrantes significativos en situación de privación de libertad, negligencia o incapacidad para educar, etc.). Si

se tiene en cuenta al nutrido número de autores que ha estudiado la relación entre los problemas familiares y los problemas de conducta (Antolín-Suárez, 2011; Armas, 2007; Gutiérrez-Saldaña, Camacho-Calderón y Martínez-Martínez, 2007; Raya, Pino, Ruiz y Herruzo, 2013; Steiner y Remsing, 2007; Robles-Pacho y Romero-Triñanes, 2011), se podría afirmar que la influencia de las malas prácticas parentales o las situaciones de desestructuración grave familiar, influyen en la conducta de los menores pudiendo favorecer psicopatologías de algún tipo. Para Ary, T. Duncan, S. Duncan, y Hops (1999) las familias que experimentan un nivel conflictivo alto, son más propensas a tener hijos con problemas de conducta por lo que estas situaciones constituyen un serio predictor de futuras dificultades personales, sociales y escolares relacionadas con los trastornos de conducta. En esta misma línea los profesionales de Trampolín creen necesario el estudio de los factores y peculiaridades familiares de riesgo específicas del contexto local, para poder prevenir psicopatologías conductuales en los alumnos y actuar de forma preventiva en el entorno próximo, adecuando y adaptando una intervención preventiva a la realidad de la Comunidad Autónoma Asturiana.

Como se indicó al principio de este apartado, otro grupo de variables estudiadas no alcanzó la significación estadística, pese a que los valores se aproximaron estrechamente al límite. En concreto fueron la hipocondría y la ansiedad, que resultaron ser también características de los alumnos y fueron identificadas por los técnicos de Trampolín, como variables representativas de los menores participantes en el Programa. Por otra parte las

variables depresión, histeria e introversión social fueron superiores en el Grupo de Estudio Trampolín aunque la desigualdad no fue constitutiva de análisis.

5.1.3 Comparación de síntomas emocionales y comportamentales entre el Grupo de Estudio Trampolín y el Grupo Control

Una vez realizado el estudio entre el Grupo Trampolín y del Grupo Control comparando los síntomas emocionales y comportamentales, se puede confirmar que se encontraron diferencias apreciables entre los dos grupos. De las diferencias analizadas resultaron estadísticamente significativas aquellas que hacían alusión a los problemas de búsqueda de atención, a la depresión o retraimiento, a romper las normas o reglas y a los comportamientos agresivos, siendo los valores sustancialmente más altos en los alumnos del Programa Trampolín; a su vez también resultó destacable el valor de la variable *problemas de relación social* que aunque no llegó al nivel de significatividad tan sólo quedó a una centésima del límite estadístico. A continuación se describe cada variable relevante, contextualizada para el Grupo participante en el Programa:

- a) **Problemas de búsqueda de atención:** una pauta habitual de los alumnos de Trampolín fue la manifestación de comportamientos caracterizados por la exhibición de conductas dirigidas a llamar la atención y a hacer que su presencia fuera significativa a cualquier coste. Un estudio llevado a cabo por Lozano-González y García-Cueto (2000) sobre la relación entre el rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales en un centro de educación secundaria, concluyó que el alumnado que suspendía obtenía más puntuación en determinadas variables del

YSR que los que aprobaban, siendo una de esas variables la *búsqueda de atención*. Los anteriores datos relativos a esa variable, fueron similares a los encontrados en el Grupo de Estudio Trampolín con la misma prueba diagnóstica. Otra investigación, esta vez realizada por Moral y Sirvent (2011), analizó los desórdenes afectivos de un grupo de alumnos de secundaria del Principado de Asturias, determinando que los problemas de relación y búsqueda de atención estaban íntimamente relacionados con patrones inadecuados de comunicación y relación con los demás, pudiendo desembocar éstos en rechazo, retraimiento social y hostilidad hacia los compañeros y el ámbito escolar. Volviendo al caso de los alumnos de Trampolín, también se encontraron semejanzas con el anterior estudio. Además los técnicos del Programa encontraron frecuentes actitudes de fanfarroneo, celos, imposición permanente de la razón y otras conductas disruptivas. Estos comportamientos generalmente desaparecían cuando los alumnos interactuaban con el profesor o terapeuta de forma individual, produciéndose por tanto dichos comportamientos sólo en presencia de determinados iguales. Sería muy interesante realizar un estudio sobre el por qué de esas conductas cuando se comparte espacio con ciertos compañeros, de las peculiaridades de los mismos y de su influencia en el grupo que demanda atención.

- b) **Depresión-retraimiento:** el Grupo de Estudio Trampolín obtiene mayores puntuaciones medias que el Grupo Control en esta dimensión. Investigaciones como las llevadas a cabo por Moreno, Ramos, Martínez y Musitu (2010) relacionan la sintomatología depresiva con los problemas de conducta. De ahí la importancia de la detección y tratamiento de este problema. Por otro lado, tanto los estudios que

relacionan ciertos tipos de crianza o ambiente familiar con los problemas de depresión y conducta en los hijos (Ramírez-Castillo, 2002), como los que relacionan las influencias genéticas con la depresión, (Cerdá, Sagdeo, Johnson y Galea, 2010), coinciden en que sea cual fuere la causa, éstas variables generan a posteriori la manifestación de este síntoma emocional; por lo tanto sería necesario identificar esos factores de riesgo para realizar intervenciones preventivas adecuadas. En el caso de los alumnos de Trampolín se identifican claramente en algunos participantes ciertas conductas relacionadas con la depresión y el retraimiento; en concreto estas manifestaciones se materializan en actitudes de infelicidad, soledad, llanto, falta de autoestima, sentimientos de no ser querido ni aceptado, ideas de persecución e incluso autoagresiones. Aunque el entorno familiar sí puede ser relativamente analizado desde experiencias similares a las llevadas a cabo en el Programa Trampolín, y por lo tanto detectar ciertos indicadores de riesgo desencadenantes del problema, sería más difícil realizar un análisis de las influencias genéticas, por ello sería positivo efectuar estudios sobre las influencias familiares para prevenir patologías hereditarias.

- c) **Romper normas o reglas:** los alumnos del Programa presentaron mayores puntuaciones medias en el quebrantamiento de normas o reglas establecidas en comparación con el Grupo Control. Las diferentes psicopatologías que presentaban los menores confluyeron con el periodo crítico de la adolescencia, Antolín-Suárez (2011) realizó una investigación sobre la conducta antisocial entre menores en la que encontró que la violación de las normas era mucho más frecuente entre adolescentes de 12 a 17 años, que incluso aquellas conductas relacionadas con el robo y la

destrucción de la propiedad. No es de extrañar que todos los participantes de Trampolín incurrieran en esta falta de conducta, de hecho constituyó la principal causa de ingreso en el Programa. Hay que recordar que son los centros educativos los que demandan este recurso a través del EAC, y los motivos no se producen por faltas puntuales, aunque estas sean graves como la agresión a profesores o compañeros, sino que están más relacionadas con la reincidencia y la negación del cumplimiento de las normas. Muchos alumnos carecieron de entornos familiares con modelos normativos estables, la falta de hábito para el cumplimiento de unas directrices mínimas y el estilo de vida con escasas o nulas ataduras preceptivas dificultó tanto la socialización en los centros de referencia como su posterior intervención socioeducativa en Trampolín. Podría ser interesante profundizar en esta línea de investigación, estudiando la adaptación de los alumnos que crecen en ambientes con reglamentos inapropiados, pobres o carentes de pautas, a sistemas normativos institucionales como los existentes en los centros educativos.

- d) **Comportamientos agresivos:** una singularidad que caracterizó al Grupo Trampolín y se alejó nuevamente de los valores medios obtenidos por el Grupo Control fue la manifestación de conductas agresivas. Aunque hay cierta disparidad entre los que afirman que son los factores neuroquímicos o biológicos los que están fuertemente implicados en la violencia, como LeMarquand, (2008) o Raine (2013) y los que manifiestan que lo son los factores de protección y riesgo, como Cerezo (2001) y Walker (2013), de lo que no hay duda, es que ambos planteamientos resultan determinantes para explicar la emergencia de este tipo de problemas. Los alumnos de

Grupo de Estudio Trampolín exteriorizaron una amplia gama de comportamientos violentos que fluctuaron entre la amenaza, a la agresión verbal o física. Aunque no se analizó en profundidad, y sería motivo para iniciar una investigación sobre este aspecto, los profesionales de Trampolín percibieron que aquellos alumnos con menos habilidades para las relaciones sociales eran a menudo los más violentos. Por el contrario, los que disponían de más herramientas para gestionar sus interacciones sociales utilizaban menos los recursos agresivos. No obstante la mayoría de los participantes se caracterizaron por una desmesurada veneración a la violencia, concretándose en aficiones como el gusto por películas y videojuegos sangrientos, peleas, lucha de cualquier índole (artes marciales o boxeo) y armas.

Otra variable que rozó el límite de la significación estadística fue la relativa a los problemas de relación social. Aunque los alumnos de Trampolín suelen ser gregarios en sus entornos sociales, cuando salen de esos ambientes tienen dificultades para establecer relaciones normales. Muchos alumnos durante la intervención en el Programa, llegaron a evitar los contactos sociales por no saber gestionar esos eventos. Por citar un ejemplo, en algunas ocasiones los profesores de Trampolín percibieron que ciertos menores encargaban a otros, con mayores habilidades sociales, la compra de chucherías o refrescos en la cafetería. El motivo era que éstos no se atrevían a pedirlos, no obstante, este hecho no impedía que esos mismos alumnos sí se atrevieran a robarlos, si la ocasión lo permitía. Por último, la dimensión *Problemas de pensamiento* puntuó más en el Grupo Trampolín pero las diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

5.1.4 Respuestas educativas en los centros escolares

Como ha quedado explicado previamente, los alumnos de Trampolín fueron derivados al Programa por sus centros educativos de referencia como consecuencia de su comportamiento. No obstante para que este hecho se consumara, el EAC solicitó a los centros que agotaran todas las medidas de que dispusieran para dar respuesta a los problemas. Resulta por tanto obvio, darse cuenta de que esas soluciones paliativas no lograron el cometido perseguido, y al final los alumnos fueron conducidos al Programa.

Los diferentes centros utilizaron una suerte de remedios ocasionalmente coincidentes, que oscilaron entre aquellas medidas consideradas frecuentes o normales, como las amonestaciones verbales, los partes, el tiempo fuera y las expulsiones, a otras menos convencionales como la prohibición de asistir a ciertas actividades extraescolares, los horarios y agrupamientos flexibles, la reducción de la jornada escolar, la reestructuración familiar, las pautas a profesores o los protocolos de atención individualizada. Estas medidas fueron puestas en juego para evitar que, como explicaba Martínez-Otero (2005), las conductas caracterizadas por la violencia y la conflictividad quebraran la convivencia de los centros hasta el punto de hacer imposible la formación

Cuando se produjeron transgresiones de las normas, los centros educativos utilizaron en un 100% de los casos las siguientes medidas: amonestaciones verbales, partes, expulsiones y tiempo fuera. Las anteriores respuestas enmiendan distintos problemas, no obstante se ajustan a diferentes magnitudes. Mientras que las amonestaciones verbales se corresponden a situaciones de baja intensidad, donde una oportuna llamada de atención pública o privada

puede hacer que el alumno perciba que su conducta no es la adecuada. A otras situaciones de mayor gravedad, que requieren medidas más categóricas como apartar al alumno del grupo para evitar frenar el ritmo de la clase, condenando simultáneamente su conducta.

Otra medida la constituye el parte de incidencias, en él queda constancia por escrito en Jefatura de Estudios de los pormenores de la infracción, y la acumulación de los mismos puede conllevar la última medida que es la expulsión. Esta última sentencia, que también puede aplicarse cuando la falta es considerada de alta gravedad, representa el recurso extremo de los centros educativos.

Los alumnos del Grupo Trampolín tienen amplia experiencia en padecer este tipo de respuestas, y por tanto el factor de sobrecogimiento o sorpresa hace mucho tiempo que dejó de impresionarles. Ni que decir tiene que las amonestaciones verbales son ignoradas por la mayoría de ellos y que el tiempo fuera, más que un castigo, puede representar un premio (bien por evitar una actividad considerada como tediosa, bien por sentirse protagonista del momento). Autores como Kyriakou (2005), advierten de que ciertas prácticas correctivas como la expulsión pueden tener efectos adversos, aunque en ocasiones esta forma de amonestación puede hacer reflexionar al alumno sobre la gravedad de los hechos y también puede dar la oportunidad a otras entidades sociales para que intervengan. En esta misma línea, otros autores como Esperanza-Casado (2006), defienden las medidas punitivas por considerarlas absolutamente necesarias, no sólo para impedir que el infractor quede impune, sino para evitar los sentimientos de indefensión y culpa en las víctimas, no obstante este mismo autor advierte que la solución del castigo no es suficiente por sí sola.

Al igual que como ocurrió en los centros educativos, se pudo comprobar durante el desarrollo del Programa Trampolín, que el tiempo fuera generaba en ocasiones, situaciones contraproducentes e inesperadas. Este contratiempo puede darse cuando el alumno se niega a abandonar el aula, y entonces una situación de gravedad baja puede verse incrementada exponencialmente si el docente no gestiona el percance de forma diligente. Por otra parte, el parte de incidencias es coleccionado por los alumnos en sus centros sin demasiada trascendencia, y la expulsión, aunque libra del problema a todo el colectivo educativo, como ya se insinuó anteriormente, se convierte en unas minivacaciones para el alumno.

Como conclusión se puede afirmar que estas medidas no causan la menor turbación al perfil general del alumnado que asiste al Programa Trampolín y que éstos, están completamente habituados a sufrirlas. Además según afirman autores como Rodríguez y Luca-de-Tena (2001), la experiencia demuestra que las sanciones de esta naturaleza, generalmente no surten efecto alguno a medio y largo plazo.

Otra medida usual es la de no participar en excursiones: en función de los intereses del menor, éste puede sentirse afectado o no, pero en todos los casos el centro se libra de la obligación de controlar a un alumno altamente disruptivo que puede en cualquier momento malograr una salida. Otras formas de castigo son las copias o las compensaciones con arreglos o servicios a la comunidad que, aunque pueden persuadir al infractor, también pueden generar el riesgo de no ser cumplidos haciendo escalar al menor un puesto en el *ranking* de los estudiantes problemáticos. Dentro de la última batería de medidas punitivas también se encuentran las llamadas a casa, las cuales tendrán o no significación dependiendo de la coyuntura familiar. En una investigación realizada por Suárez-Pazós (2004), a partir de

120 testimonios sobre las diferentes estrategias disciplinarias utilizadas en centros educativos, se constató que algunas medidas correctivas como las descritas en este apartado, fueron habituales en los contextos escolares. En concreto, una de las que tuvo mayor tradición en la historia educativa, fueron las copias escritas, otro aspecto interesante del anterior estudio fue la descripción de cómo en ciertos ambientes disciplinarios, algunos alumnos manifestaban actos de rebeldía individual o colectiva, siendo interpretados éstos como un mecanismo para expresar su desacuerdo con la cultura escolar. En el mismo sentido, el opositorismo que los alumnos del Grupo Trampolín presentaron de forma reiterativa en sus centros de referencia, coincide con la expresión de los anteriores actos de indisciplina, por lo que siguiendo estos postulados, un ambiente demasiado normativo puede ser el encargado de avivar este tipo de reacciones.

Todas las medidas anteriores consideradas punitivas fueron aplicadas en un porcentaje del 97,2% con lo cual prácticamente la totalidad del alumnado de Trampolín se resignó a estas enmiendas educativas. Las otras respuestas, que con algo menos de frecuencia respecto de las anteriores, se dan en los centros educativos, suelen ser menos disciplinarias y se dirigen básicamente a la modificación contextual del alumno para generar en éste un cambio de actitud. Cada vez son más los centros educativos que rehúyen de las medidas exclusivamente punitivas. Diversas experiencias educativas, como la descrita por Camuñas (2008), intentan evitar la utilización de este tipo de medidas, decantándose por otras estrategias a la hora de resolver los conflictos, estas alternativas se inclinan por: el fortalecimiento de hábitos de convivencia sanos, el aislamiento de los problemas, el análisis

de las situaciones conflictivas, la propuesta de medidas preventivas y la adopción de posturas más proactivas

Una dificultad más del los alumnos del Grupo Trampolín es el bajo o nulo hábito hacia el trabajo de aula. Estudios llevados a cabo en adolescentes por Martínez-Ferrer, Musitu, Amador y Monreal (2010), concluyeron que tanto el fracaso escolar como la pobre implicación en las tareas del aula, estaban relacionadas con los comportamientos violentos manifestados en la escuela. Para evitar estas situaciones, algunos centros educativos intentan flexibilizar en la medida de lo posible los horarios, adaptando los tiempos a la capacidad de tolerancia de los menores. Esta medida se realiza sobre todo cuando el alumno se encuentra en pequeños grupos y el profesor puede personalizar mejor sus ritmos.

La reducida ratio del Programa Trampolín permitió la posibilidad de utilizar, al igual que los centros de referencia, la anterior respuesta. El ajuste de los tiempos al grado de implicación en la tarea de los alumnos, sumado a la experiencia con este perfil de alumnos, reveló que la aplicación rigurosa de los horarios establecidos puede causar graves problemas de conducta, por tanto el sacrificio de unos minutos o la realización de una parada oportuna pueden evitar un grave problema de disciplina. La frecuencia de utilización de este recurso, con los alumnos del Programa en los centros educativos fue del 76,7%.

Una herramienta pedagógica tradicionalmente empleada en todos los niveles educativos son los grupos flexibles. Con algunas variantes la forma más común es la de crear grupos de menores con cierta homogeneidad, y cuyo vínculo común es el detentar un desfase curricular significativo. Ciertos alumnos, que al no poder seguir las clases ordinarias

manifiestan comportamientos disruptivos, asisten casi siempre a un aula destinada a estos fines en grupos reducidos, normalmente de no más de 8 alumnos y por regla general a las materias instrumentales. Las modalidades de creación de grupos flexibles se establecen en función de los tiempos y las materias, de tal modo que puede haber grupos en los que se imparta de forma coincidente la misma materia que en clase (aula ordinaria) pero con un nivel rebajado. En otras ocasiones se utilizan los horarios de ciertas asignaturas para potenciar otras, casi siempre las instrumentales.

Un hecho que se repitió con cierta frecuencia, fue que un colectivo de alumnos del Grupo de Estudio Trampolín asistía a estos agrupamientos flexibles porque había un conflicto aun no resuelto con algún profesor. Al estar tan deteriorada la relación entre las partes, los centros determinaban que fuesen a estos grupos, para así evitar situaciones que pudieran desembocar en problemas de mayor gravedad. Un 88,4% de los alumnos del Programa se acogieron a esta medida, identificándola con lo que comúnmente se llama aula de apoyo o aula de apoyo a la integración.

Con algunos alumnos del Programa y de forma excepcional, se optó por el recorte del tiempo de permanencia en su centro educativo de referencia. Esta medida consistente en la reducción de la jornada escolar, fue aplicada en un 34,9% de los casos, y se dirigió principalmente a aquellos alumnos que por sus características, tenían serias dificultades para terminar la jornada escolar normal. La modificación del tiempo de permanencia en la escuela es una posibilidad que puede darse con alumnos que presentan NEE. Autoras como Grau-Rubio y Fernández-Hawrylak (2008), describen estas situaciones como la adaptación de la enseñanza a las peculiaridades y necesidades de cada alumno, siendo por tanto recomendable

la adopción de medidas extraordinarias para atender a las necesidades del educando. Por lo tanto, la alta probabilidad de que estos menores no finalizaran el día sin una expulsión, o que por su baja tolerancia a las clases, los alumnos decidieran no ir a ninguna, hizo que fuera más conveniente reducir alguna hora para no perder la escolarización. Habitualmente se recortaron las dos primeras horas de la mañana, o bien una al comienzo y otra al final, para aquellas situaciones donde el alumno tuviera sus mayores problemas de conducta a la entrada o salida del centro.

La siguiente medida correctiva de tipo no punitivo, la constituyen los protocolos de atención individual. Empleados en un 97,7% de los casos y propuestos generalmente por el EAC con la colaboración de los equipos de orientación de los centros, se basaron en el diseño de planes de intervención personalizado, que tuvieron en cuenta las peculiaridades del alumno y también del centro para lograr reducir los problemas. Dentro de estos protocolos se pueden encontrar medidas que incluyen: apoyos específicos, planes conjuntos con las familias, seguimientos periódicos, entrenamiento de las habilidades sociales, del autocontrol, modificación de contenidos, de los criterios de evaluación, de los tiempos docentes, de actividades de aula, etc. Como es de suponer, esta medida parte del conocimiento exhaustivo de la realidad del alumno por lo que con demasiada frecuencia llega tarde o es implementada después de un largo proceso de intentos fallidos.

Otra medida la constituyen las pautas de reestructuración familiar, cuya mayor dificultad estriba en lograr la plena implicación de los integrantes del núcleo familiar. El procedimiento para iniciar las intervenciones, comienza cuando el EAC y/o el equipo de orientación detectan alguna pauta familiar que deba ser modificada, en ese caso se solicita la

colaboración y participación activa de la familia con el objetivo de rectificar el problema. No obstante aunque esta medida fue aplicada en un 95,3% de los alumnos de Trampolín, tuvo una efectividad relativa por el motivo anteriormente señalado.

Más fácil de aplicar fueron las medidas dirigidas al cambio de la praxis educativa de los docentes. Con mayor o menor grado de aceptación, las pautas propuestas por el EAC a través del equipo de orientación de los centros de referencia, intentaron mejorar el clima docente para generar un cambio en la dinámica escolar. Esta solución fue aplicada con el 100% de los menores participantes en el Programa.

Todas estas medidas ya fueran punitivas o no, persiguieron tanto el cambio de actitud del menor como de su contexto próximo. Unas lo hicieron directamente a través del castigo y otras mediante el diseño de planes para modificar el ambiente. También es cierto que algunas respuestas educativas sancionadoras, fueron tomadas para salvaguardar la integridad funcional del centro y sobre todo del grupo clase. Estas soluciones tuvieron que ver con las expulsiones o el tiempo fuera, y aunque la mayoría de los profesores, orientadores y equipos directivos fueron conscientes de que estas medidas no resultaron completamente eficaces, ni tampoco garantizaron la reeducación del infractor, sí que resolvieron el problema del resto del colectivo educativo, al menos transitoriamente.

Para compensar el anterior aspecto, los centros acompañan la sanción con trabajos que los alumnos han de realizar mientras dure el castigo, pudiendo existir un seguimiento de la misma a través de los distintos profesionales sociales o del centro. No obstante para expertos como González-González (2014), es inútil establecer normativas del tipo punitivo o

educativo si la convicción de muchos centros, es que la ausencia de determinados alumnos constituye una liberación.

Otro aspecto interesante y que podría ser objeto de una investigación más precisa, lo constituyen los momentos de aplicación de las respuestas educativas. Indagando sobre los detalles de las sanciones tanto con orientadores como con alumnos, destaca el hecho de que las medidas siguen casi siempre el orden de más a menos nivel punible. Pudiendo ser la secuencia distintiva la siguiente: amonestaciones verbales, partes, tiempo fuera, expulsiones, pérdida de actividades extraescolares o complementarias y por último grupos flexibles... Continuando después (cuando interviene el EAC), con protocolos de atención individual, horarios flexibles, pautas a profesores, reducción de jornada escolar y reestructuración familiar.

Si bien es cierto que en ocasiones estas respuestas funcionan con determinados alumnos, algunos de ellos son impermeables a las mismas. Investigadores como Bye, Álvarez, Haynes y Sweigart (2010), aconsejan evitar el abuso de las sanciones meramente punitivas, haciendo hincapié en el uso educativo de las medidas disciplinarias. No obstante en circunstancias como las ocurridas con el Grupo de alumnos Trampolín, las decisiones tomadas por los centros, ya fueran exclusivamente disciplinarias o correctivo-educativas, no surtieron los efectos deseados.

5.1.5 Intervención socioeducativa y cambios en indicadores educativos

Una vez realizada la intervención en Trampolín, el análisis pre-post sobre frecuencias y porcentajes de determinadas señales de conflictividad escolar determinó que

todas las variables se reducían de forma representativa. Lo mismo ocurrió con la otra serie de variables autoinformadas que versaban sobre la motivación hacia los estudios, la asistencia a clase, el grado de corrección del comportamiento y la tolerancia a la frustración.

Como es de suponer, el tipo, frecuencia y nivel de conflictividad anterior a la participación en el Programa de los alumnos del Grupo de Estudio Trampolín fue muy alto, siendo estas conductas y sobre todo su reincidencia las causantes de que los centros diesen la voz de alarma y originaran la participación de otras instancias educativas como la Inspección o el EAC.

En cuanto al tipo de conflictividad que los alumnos manifestaron en sus centros educativos, se podría hacer una división de las conductas disruptivas por su nivel de gravedad, diferenciándolas en tres grupos de menor a mayor trascendencia:

- Leves: que incluirían la no participación en el aula, levantarse durante la clase e interrumpir las explicaciones.
- Moderadas: como el molestar a compañeros, abandonar el aula sin permiso, faltar a compañeros o a profesores y destrozar material escolar.
- Graves: abanderadas por la agresión tanto a compañeros como a profesores.

A la vista de los hallazgos estudiados, y teniendo en cuenta la anterior clasificación, se puede afirmar que todos los indicadores de conflictividad tienen una alta incidencia, siendo algo mayor las conductas disruptivas leves pero sin alejarse demasiado de los otros dos grupos para el rango de edad que nos ocupa. Estos datos confirman las observaciones de

Trianes (2000) y Chamizo (2007), que indican que los alumnos de la ESO, con un pico en el 2º curso de esta etapa educativa, es donde más se desarrollan ciertos tipos de conductas conflictivas, incluidas las agresivas como por ejemplo el *bullying*. También es pertinente indicar que son determinadas conductas las que despiertan las señales de alarma, y de todas ellas las agresiones son las consideradas más serias y delicadas desde todos los puntos de vista (moral, social, educativo o jurídico). Por lo tanto para aquellos alumnos transgresores y reincidentes, cruzar la línea de la agresión (en sus variantes tanto verbal como física) puede suponer el desencadenamiento de unas consecuencias drásticas que son y serán determinantes en la vida del menor.

La evaluación y seguimiento del Grupo de Estudio Trampolín reveló una disminución en todos los indicadores de conflictividad después de la aplicación del Programa. Una investigación llevada a cabo por Samper, Tur, Mestre y Cortés (2008), reveló que los adolescentes con altos niveles de agresividad utilizaban mayoritariamente estilos de afrontamiento improductivo, mientras que sus iguales más prosociales, se centraban en estrategias basadas en la resolución de problemas. De lo anterior se deduce que los alumnos participantes en el Programa, lograron adquirir ciertas habilidades para solucionar problemas, sin necesidad de utilizar recurrentemente la violencia.

El grado de mejora de los alumnos fue muy representativo, llegando a ser incluso total en ciertos indicadores como la agresión a profesores donde pasó del 64,7% al 0%, o ligeramente menor en la agresión a compañeros que del 52,9% disminuyó al 2,9% y también en el vandalismo o destrozo de material que de un 58,8% se redujo a un 2,9%. Estos valores nos demuestran una mejoría casi absoluta en los conflictos de mayor gravedad; no obstante,

para el resto de indicadores, los resultados aunque positivos fueron menos espectaculares, reduciéndose el resto de porcentajes a menos de la mitad. La mejora en estos indicadores escolares puede sugerirnos progresos en las expectativas, respecto a futuras conductas delictivas de los menores. Investigaciones como las elaboradas por Lab (2014), relacionan a la escuela como uno de los responsables de primer orden tanto en el desarrollo como en la prevención de las conductas relacionadas con los delitos, para este autor la institución escolar constituye un lugar privilegiado para la detección, localización e identificación de estos problemas. Por ello los avances en estos aspectos comportamentales manifestados en el centro educativo de referencia, son considerados como clave para poder confirmar el logro de los objetivos del Programa.

El análisis de otras variables educativas autoinformadas, relacionadas con cuatro aspectos escolares (motivación, absentismo, mejora del comportamiento y tolerancia a la frustración) también arrojó buenos resultados, incrementando el nivel de éxito del Programa. Una de estas variables se refiere a la motivación. Los alumnos de Trampolín que llegan con un fuerte desinterés hacia los estudios y en general hacia el futuro, finalizan habitualmente el Programa manifestando un cambio positivo hacia esta cuestión. No se puede olvidar que la mayoría de estos menores hacían caso omiso hacia todo lo relacionado con el mundo escolar, ya sea en referencia a las tareas, los exámenes o el estudio. Con toda probabilidad, la metodología aplicada en Trampolín, caracterizada entre otros aspectos por: una menor ratio, mayor flexibilidad de contenidos, de espacios y de tiempos, más tolerancia a los comportamientos disruptivos, más adaptación al ritmo de adquisición de contenidos y en general un ajuste más específico a las características del alumnado, hizo que los menores

trabajasen cuantitativa y cualitativamente más, y aunque ese nivel de esfuerzo no fue generalmente el suficiente para superar los objetivos del curso, la percepción que tuvo el alumno fue la de haberse incorporado al tren de la normalidad.

Autores como Barca-Lozano et al (2012), relacionan la motivación, con ciertas metas que los alumnos se fijan, siendo éstas determinantes para la realización de las actividades escolares, así como las reacciones afectivas, cognitivas y conductuales que el menor manifiesta ante el éxito o fracaso. Tampoco se puede olvidar que gran parte de los integrantes del Grupo de Estudio Trampolín llevaban años sin realizar tarea escolar alguna, ni fuera ni dentro de clase, luego cualquier logro fue vivido como un éxito personal. Por todo lo anterior, la motivación al finalizar el curso fue generalmente mucho mayor que al principio de la incorporación en Trampolín, y los alumnos creyeron firmemente en la posibilidad de continuar con su formación una vez concluido el Programa. Autores como Lemos y Veríssimo (2014), analizaron en una muestra de 200 alumnos los diferentes tipos de motivación, haciendo la distinción entre motivación intrínseca y extrínseca, y aunque los resultados asociaron a la primera con un mayor rendimiento académico, las dos formas pueden complementarse y coexistir. Por ello no sólo la motivación intrínseca jugó un papel activo en los alumnos de Trampolín, sino que también influyeron otros tipos de motivación, como por ejemplo la generada en el entorno familiar del menor (que reporta al adolescente un refuerzo muy valioso).

Siguiendo con la temática anterior, es interesante señalar que en ocasiones, este cambio en la percepción de las familias sobre las expectativas del menor, retroalimentó los aspectos motivacionales, apareciendo por primera vez y desde hacía mucho tiempo el

sentimiento de que por fin su hijo, tenía la posibilidad real de finalizar un curso de forma más o menos convencional, y siendo esta sensación transmitida de manera tanto explícita como encubierta. La motivación intrínseca de los alumnos también fue estudiada por Magelinskaitė et al (2014), cuyos resultados revelaron que el aumento de la motivación por el aprendizaje se relacionaba no sólo con el éxito escolar, sino también con la competencia social y el control de la ansiedad. Los anteriores resultados coinciden con las observaciones realizadas en aquellos alumnos del Programa, en los cuales los valores de la motivación obtuvieron unas puntuaciones particularmente altas después de la intervención, compartiendo esta mejora con otras variables tanto personales como escolares.

Otras investigaciones que apoyan la motivación como una variable saludable del funcionamiento escolar fueron las llevadas a cabo por Wang y Eccles (2013), que mediante un estudio longitudinal interétnico con una muestra de más de 1.000 adolescentes de secundaria, concluyó entre otros aspectos, que la motivación afectaba tanto a la percepción de los alumnos del entorno escolar, como a la participación de los mismos en las diversas actividades. Siguiendo estos resultados y de forma inversa, los alumnos de Trampolín, a través de un cambio en la dinámica escolar, y fomentando su participación en las tareas escolares, lograron aumentar su grado de motivación.

En lo que respecta a la asistencia a clase, muchos alumnos habían sido absentistas en un grado u otro, no obstante durante la participación en Trampolín se produjo un cambio sustancial. Por un lado el compromiso de las familias y de los propios alumnos a asistir, hizo que la tasa de absentismo fuera mucho más baja que en los centros de referencia, además el hecho de que el Programa ofrezca un servicio de transporte puerta a puerta aumenta las

posibilidades de que el alumno acuda regularmente a las clases, como así sucedió. Este aspecto es importante porque la presencia continuada en Trampolín implica y compromete al alumno hacia la actividad educativa y genera un hábito que le sirve al menor tanto en el plano escolar como en el personal, estableciendo un orden y una estructura en su rutina diaria. Como cabía esperar, los estudios de Sälzer et al (2012), demostraron la relación entre el absentismo escolar en adolescentes y el nivel de logro en los estudios. Siguiendo esta línea Vaughn et al (2013), coinciden con los anteriores autores, pero además amplían la relación a otras conductas de riesgo como consumos de sustancias, delincuencia o deserción del sistema educativo, estos mismos autores; después de haber realizado un estudio con más de 17.000 adolescentes de entre 12 y 17 años resaltaron la escasa investigación empírica que existe sobre estos temas, a pesar de las graves implicaciones familiares, sociales y educativas que conlleva el absentismo.

Para el caso concreto de Trampolín, se puede aseverar que los alumnos mejoraron en el anterior aspecto, pudiendo ser considerado este factor tanto un logro del Programa como un predictor de éxito escolar. Tampoco se puede olvidar que las autoridades educativas tienen la obligación legal de evitar el absentismo, esta cuestión aunque jurídicamente inapelable, tiene a efectos prácticos una difícil solución, ya que la decisión personal de no asistir a clase, unas veces bajo el amparo de los padres y otras no, resulta compleja de combatir. No son pocas las familias que manifiestan un total desinterés por su hijo o bien optan por una política de *laissez faire*, en esos casos el absentismo se convierte en un triste hábito aceptado por los responsables paternos. Aunque existen instrumentos jurídicos para contrarrestar estos casos, es fácil imaginar la dificultad de obligar a alguien a una asistencia escolar forzada. No

obstante y pese a todo, resulta imposible cuantificar hasta que punto tiene responsabilidad la familia, al menos desde un planteamiento moral.

En cuanto a la variable de la mejora del comportamiento autopercebida, hay que señalar que los alumnos de Trampolín fueron conscientes de que su comportamiento era cada vez más correcto. El hecho de terminar la mayoría de las jornadas escolares sin percances de gravedad y de asistir a su centro de referencia cuando la modalidad combinada así lo disponía; terminando el día sin tantos contratiempos como antes, permitió que los alumnos sintieran que su conducta había mejorado. La mayoría de las veces esta apreciación fue real, y efectivamente se produjo un cambio de actitud que fue percibida no sólo por el alumnado sino también por sus familias y por todo el colectivo educativo en general.

A estas alturas sería reiterativo recordar que el comportamiento, influye tanto en el rendimiento escolar como en todas las dimensiones del menor, y por tanto las acciones del alumno repercuten directamente en su vida. De ahí que el grado de responsabilidad que el menor manifiesta en el día a día contribuya decisivamente al éxito alcanzado en su trayectoria vital. Pero, para algunos autores como Blanco-García y Ramos-Pardo (2009), aunque no eximen completamente de culpa a los menores con mal comportamiento, hacen que esta carga sea más compartida, culpabilizando a todos los agentes sociales para que asuman su parte de responsabilidad. Estas opiniones suelen reprimir tanto a los centros escolares: por no ofertar actividades motivadoras que despierten el interés de los alumnos, como a las familias: por no establecer normas y límites precisos que permitan a sus hijos asumir responsabilidades y conocer las consecuencias de sus incumplimientos. En este último sentido, no son pocas las investigaciones que relacionan las interacciones dañinas entre los

miembros del núcleo familiar y las conductas violentas o desajustadas en otros ámbitos, como en la escuela (Estévez, Murgui, Musitu y Moreno, 2008; Lila, Herrero y Gracia, 2008). No obstante, sea de quien fuere la culpa, lo que se pudo extraer del estudio de los alumnos de Trampolín, es que todos los agentes implicados influyeron en el comportamiento del menor, repercutiendo a su vez éste, en los aspectos familiares, sociales y escolares. De manera que, con toda probabilidad, existe cierto grado de retroalimentación entre los participantes.

La tolerancia a la frustración es una variable clave para comprender la dificultad para trabajar con este perfil de alumnos, la falta de interés para terminar cualquier tarea hace que esta actitud se convierta en un hábito o una característica típica de su personalidad. Ni siquiera las actividades que les resultan más atractivas o motivadoras generan en el alumno una atracción suficiente para que pueda concluir un trabajo relacionado con ellas.

Por lo anterior y en el contexto que atañe a esta investigación, los conceptos frustración, motivación e interés están estrechamente vinculados. Martínez-Lirola (2004), comprobó, estudiando a adolescentes de entre 15 y 19 años, que la falta de motivación e interés creaba problemas de agresividad en las aulas. Este mismo aspecto pudo ser confirmado en Trampolín, que fue testigo de como las mencionadas variables se interrelacionaban a lo largo de la intervención. Al principio del Programa cualquier actividad les frustraba, incluso las aparentemente más atractivas. Algunos ejemplos característicos que ilustraron esta realidad fueron: la hipotética afición de los alumnos hacia la mecánica y los coches, que no tardaba en ser rechazada cuando se les traía algún motor procediendo a su desmontaje y explicación participativa, otro ejemplo representativo, fue la dificultad para que éstos, concluyeran el visionado de una película hasta el final, aunque fueran los mismos

alumnos los que la hubieran escogido. Con estos ejemplos se intenta describir la dificultad que existió a la hora de motivar a este tipo de menores.

Algunos programas llevados a cabo con estudiantes de secundaria, como el analizado por Trip y Bora (2012), tuvieron como objetivo la reducción de la agresividad y las creencias irracionales a través del aumento de la tolerancia a la frustración. Estos autores concluyeron que, a partir de una muestra de 200 alumnos participantes en un programa de prevención basado en el control de este sentimiento, se había logrado una reducción significativa de las conductas disruptivas y de las manifestaciones violentas. De un modo análogo, en Trampolín se intentó que los alumnos fueran adquiriendo de forma progresiva la capacidad para demorar la consecución de sus objetivos, esto se consiguió a través de las tareas cotidianas del Programa: los talleres, los proyectos de tecnología y las materias de clase, en las cuales se incrementó la exigencia a medida que el alumno iba tolerando la frustración que le producía no terminar algo inmediatamente, o cometer un error y volver a empezar. Aunque con ciertas limitaciones propias de sus características personales, al finalizar el Programa los menores pudieron afrontar mejor los retos y su tolerancia a la frustración fue mayor, siendo esta variable una capacidad trascendental para abordar cualquier desafío futuro en su vida.

5.1.6 Intervención socioeducativa y cambios en indicadores socio-familiares

Una vez llevada a cabo la intervención con el Grupo de Estudio Trampolín y el análisis pre-post sobre frecuencias y porcentajes en determinados indicadores sociales, familiares y conductuales, los resultados obtenidos muestran que, con diferente grado de

consecución de los resultados, los cuatro grupos de variables (diana de los conflictos, tipo de conflictos, asuntos legales y atribuciones causales) ofrecieron unos resultados interpretados como positivos, a la hora de valorar el grado de mejoría de los alumnos.

Los indicadores hacen referencia a diversos aspectos escogidos por su significatividad para valorar la intervención socioeducativa Trampolín. El primero de ellos hace referencia al objeto diana de los conflictos o destinatarios principales de los ataques del menor y también a la diferencia entre los valores antes y después de la participación en el Programa.

Aunque no existe un modelo definido de receptor de los embates, se repitieron unos patrones característicos. El alumno de Trampolín, en diferente medida, tiene problemas de relación con aquellas personas con las que comparte su realidad; normalmente son con los que más interactúa o tiene más roce con quienes se producen más conflictos, en otras ocasiones la identificación con la autoridad constituye el motivo de su rechazo y otras simplemente el hecho de no conocerlos acentúa su beligerancia. Es destacable el hecho de que la persona diana que más conflictividad generó en el menor fue el profesor, seguida de la madre y después del padre. Estas figuras tienen como vínculo común ser los paradigmas de la autoridad y por tanto, representan en sí mismo, un desafío a las pretensiones y deseos del adolescente con problemas graves de conducta. En el caso del mayor porcentaje de la madre respecto del padre, puede deberse a que es con la madre con quién se producen más interacciones, bien por la ausencia de la figura paterna, bien porque es en ella en quien recae el peso educativo del menor. Además la madre suele ser más vulnerable físicamente que el padre, motivo por el cual puede convertirse fácilmente en víctima de agresiones. Por otro

lado, resulta paradójico que la agresividad de los hijos se asocie en ocasiones con factores relacionados con la crianza de la madre, como así lo confirma la investigación llevada a cabo por Tur-Porcar, Mestre, Samper, y Malonda (2012).

También es reseñable cómo después de la intervención todos los valores se reducen significativamente, a excepción de la variable desconocidos, donde el valor aumenta. Una posible interpretación del anterior resultado podría deberse a la existencia de un cambio en la focalización de los conflictos, que se desplaza de las personas más íntimas (padres, madres, hermanos y amigos) a las más ajenas y desconocidas. Esta mejora en las relaciones familiares y con su grupo de pares, puede deberse a que después de participar en el Programa se produce una capacitación más adecuada del manejo de las interrelaciones, del control de las emociones y reacciones, y sobre todo de la capacidad de empatía hacia los seres más cercanos. Desarrollar esa capacidad de ponerse en lugar del otro, comenzando por las personas más allegadas, es considerado por los responsables del Programa como un paso muy importante para la mejora de las relaciones sociales y de la conducta en general. En este sentido, los estudios de Mandy et al (2013), hallaron una relación directa entre la capacidad de comprender los estados subjetivos de los demás y el riesgo de manifestar comportamientos opositoristas o conflictivos.

Continuando con el tema de la focalización de la violencia, otras investigadores de interés fueron las llevadas a cabo por Pereira-Tercero y Bertino-Menna (2010), que corroboraron la relativa frecuencia de la violencia filioparental, sobre todo en los periodos de la adolescencia. Estas escaladas de violencia no se dan de forma explosiva, sino que poco a poco se van incrementando en gravedad hasta llegar a episodios críticos, además las

agresiones se producen con mayor intensidad en madres o cuando los progenitores tienen cierta edad. Esta violencia focalizada hacia el más débil, reafirma las observaciones realizadas en los alumnos de Trampolín, que al principio de la intervención tenían como blanco u objeto diana más habitual, a figuras de las que difícilmente podrían recibir una respuesta de la misma naturaleza.

Los profesores también son un objetivo muy vulnerable. Los menores conocedores del rol que deben desempeñar estos profesionales campan y explotan su posición de invulnerabilidad, en el sentido de sentirse inmunes, al menos en el plano físico. La calidad de la relación entre los docentes y los alumnos fue estudiada por Rudasill et al (2010), que constataron como ciertas relaciones nocivas entre determinados menores con temperamentos difíciles y sus profesores aumentaban las probabilidades de afianzar comportamientos de riesgo, y al contrario, cuando las relaciones eran cordiales, éstas servían como mediadoras ante los conflictos. Siguiendo esta línea, pero esta vez en sentido contrario, Sava (2002), describe algunas consecuencias de las relaciones negativas entre profesores y alumnos que pueden materializarse no sólo en perjuicios al docente, sino que puede revertir también en quejas educativas, psicológicas o somáticas de los alumnos. Antes de la intervención, los alumnos del Grupo Trampolín focalizaron los conflictos en los profesores y fueron éstos, el colectivo diana más perjudicado. Aunque no fue objeto de estudio sí se percibió que los alumnos dirigían su hostilidad hacia algunos profesores concretos, generalmente hacia aquellos que demandaban más exigencia, o que exigían unos conocimientos previos o de base para poder impartir sus materias, como por ejemplo, los profesores de inglés o matemáticas. También resultaron más vilipendiados aquellos profesores implicados en alguna expulsión.

Lewis et al (2012), analizaron la forma en que los estudiantes aceptaban la responsabilidad de ser expulsados y cómo algunos de ellos pensaban que eran sus profesores los culpables de lo sucedido. De una manera análoga los participantes de Trampolín encauzaron su cólera hacia aquellos, para los que a su juicio, fueron los causantes de alguna sanción injusta. Resultaría muy oportuno el estudio de estos aspectos en futuras investigaciones para aportar más luz sobre el tema de los roles y tipologías de los profesores, así como de las interpretaciones que hacen los alumnos de sus actuaciones.

Respecto de los conflictos entre hermanos, éstos se redujeron de forma notoria, con lo que las relaciones fraternales mejoraron sustancialmente, Feinberg y colaboradores (2013), insisten en la importancia de las relaciones entre hermanos adolescentes para el desarrollo, la salud mental y las conductas de riesgo. Continuando con similares planteamientos Buist et al (2013), vincularon la calidad de las relaciones entre hermanos con la salud psicológica de los menores. Luego, basándose en los anteriores estudios se puede considerar la reducción del número de enfrentamientos entre hermanos, como un logro en la capacidad del Grupo de Estudio Trampolín para gestionar sus relaciones familiares.

El tipo o naturaleza de conflictividad es otro indicador que resulta muy llamativo por su impacto social. Los alumnos de Trampolín se caracterizaron por desplegar un abanico de conductas contrarias a las normas sociales, que pasaron desde la agresión y el robo, al insulto o al vandalismo. Después de la participación en el Programa, los menores mejoraron significativamente en todas las variables analizadas reduciéndose los porcentajes a menos de la mitad en todos los indicadores estudiados. También es destacable el hecho de que las conductas problema más frecuentes fueron las relacionadas con las agresiones (que llegaron a

ser anteriores tanto físicas como verbales) y también con la amenaza. Luego si se parte del concepto de que estas manifestaciones de violencia no son instintivas, se adquieren y se aprenden, como afirma Rojas-Marcos (2005), se puede pensar que el proceso tiene la capacidad de invertirse llegando a la desactivación de las mismas, como así se persiguió con la intervención de Trampolín. Los anteriores datos resultan no solo interesantes para el diseño de cualquier intervención con menores conflictivos, sino que justifican su existencia.

Aparte de la reducción de la conflictividad, otro aspecto de interés lo representa el tipo o nivel de gravedad de la misma, que puede llegar a considerarse como un indicador muy valioso del trastorno. Continuando con esta idea, investigaciones como las realizadas por Antolín-Suárez (2011), permiten concluir que ciertos tipos de problemática o conducta antisocial siguen pautas evolutivas diferenciadas atendiendo a su tipología, y además cara a la solución de los problemas y a la práctica terapéutica, permiten definir con mayor precisión el foco de la intervención.

Otro indicador que puede ser distintivo del logro del Programa, es el que concierne a la reducción de los delitos cometidos por los menores, denominándose a ésta variable *asuntos legales*. La pertinencia de haber escogido este indicador, se fundamentó en investigaciones como las de Miller (2014), que asocian las carreras delictivas con la delincuencia juvenil precoz, siendo esta última un predictor de futuros comportamientos antisociales y/o comisión de delitos graves. Se entiende por tanto que un programa educativo que logre la reducción de las faltas o delitos constituye un seguro para evitar la delincuencia futura. Los indicadores analizados, se corresponden con el tipo de delitos cometidos por los alumnos antes y después de la intervención en el Programa. Los problemas legales de los alumnos antes de la

participación en la experiencia de Trampolín, resultaron cualitativa y cuantitativamente graves. La relación entre diversas variables ambientales o sociales como la pobreza, la educación deficiente y la inestabilidad familiar y la comisión de delitos hace tiempo que fue estudiada por autores como Carpenter y Nevin (2010) o Beinart (2002). Diversos autores como Borraz (2007), atribuyen estos problemas al menor crecimiento económico y al mayor desempleo, mientras que para otros como Steiner y Stone (1999), el 80% de las infracciones o delitos violentos están relacionados con los trastornos disociales.

A la vista de las anteriores investigaciones, resulta presumible que la coyuntura actual y el perfil psicopatológico de los menores, abonen el crecimiento de los problemas, y a esta situación como es de suponer, no podían escapar las capas sociales menos favorecidas, las cuales tienen una profusa representación en el Grupo de Estudio Trampolín. Sea como fuere, los porcentajes de este indicador son altos en todos los apartados analizados, siendo el mayor de ellos los robos, seguido de las agresiones y el vandalismo; por suerte estos tres valores se reducen notablemente si se comparan los valores recogidos después de la intervención. En cambio la percepción de otros resultados no es tan obvia, como ocurre con los insultos o las amenazas que incluso en este último caso, llegan a incrementarse ligeramente.

Las atribuciones causales constituyen el último indicador que fue utilizado para evaluar el programa. Cuando se elaboró el diseño de esta variable se pensó que los alumnos, al finalizar el Programa, transferirían las causas de sus problemas a motivos exclusivamente particulares, por lo que cabría esperar que los alumnos después de la intervención reconocieran y relacionaran la responsabilidad de sus actos con su propia situación personal.

Las investigaciones de Barca et al (2004), giraron en torno a este tema, estos autores realizaron un estudio en 1.392 alumnos de secundaria de entre 13 y 17 años, sobre la naturaleza de las atribuciones causales relacionadas con el fracaso escolar. Los resultados mostraron que los alumnos con mayor rendimiento solían atribuir su éxito al esfuerzo y a su capacidad, mientras que los que obtuvieron peores calificaciones atribuían sus resultados a la suerte o a factores externos como la preparación del profesorado. Otros estudios, como los de House (1976) y McColskey y Leary (1985), ya habían tratado con anterioridad esta temática.

Confirmando las investigaciones vistas, el pronóstico era que los alumnos de Trampolín que interpretaban cierta mejoría en el plano escolar, atribuyeran la causa de su logro a causas internas y controlables. Los resultados observados en el Programa mostraron que los alumnos al principio de la intervención, echaron la culpa de sus problemas a situaciones externas como el grupo de iguales, el entorno social, el fracaso escolar y la familia. Finalizado el curso en el Programa Trampolín, se produjo un cambio en el sentir del menor, y los valores se redujeron notablemente desplazándose hacia la atribución trastornos psicológicos. A pesar de que el resultado no fue totalmente el esperado (ya que la previsión hacía presagiar que los alumnos culpabilizaran a sus acciones o decisiones personales y no a otras causas que seguían siendo externas), hubo un cambio que fue interpretado como positivo: los responsables de sus problemas dejaban de ser colectivos concretos u objetos de focalización de su ira. Pese a todo, aunque el cambio que se produjo en el alumno apuntaba a los trastornos psicológicos como fuente de su situación, y estos continuaban siendo causas que escapaban al control y responsabilidad del menor, se abandonó la creencia de que los demás (personas físicas), eran los culpables de sus males, observando un cambio positivo en

la perspectiva del alumno hacia los iguales, el barrio, la familia y también hacia la escuela. Probablemente las mejoras personales en las habilidades sociales y sobre todo en la capacidad de empatía produjeron el giro, que aunque no fue el ideal o deseado, sí se puede considerar provechoso en el ámbito del proceso de recuperación.

5.2 Limitaciones de la investigación y líneas de investigación futuras

5.2.1 Limitaciones de la investigación

En la elaboración de este estudio se ha procurado aplicar la máxima honestidad, fiabilidad y rigor científico, pese a estas intenciones, la información mostrada a lo largo de esta investigación ha de interpretarse con algunas limitaciones, las cuales se explican a continuación.

Por un lado, parte de la información proporcionada por los implicados fue recopilada a través de autoinformes, estas herramientas detentan la reputación de cometer determinados sesgos en los resultados, presentando cierta tendencia a sobrediagnosticar algunos trastornos, entre ellos los de la personalidad (Fernández-Montalvo, 2006).

Otro inconveniente es la limitada capacidad de los adolescentes para manifestar sus propias sensaciones, conductas y sentimientos, si a ello añadimos el rol de chico malo, al que acostumbran a adherirse algunos de estos jóvenes, hace que sus respuestas estén en cierta medida condicionadas o estereotipadas por ese papel tan a menudo, representado.

Tampoco la familia queda exenta de problemas de interpretación, en algunas ocasiones las respuestas están supeditadas a la creencia inconsciente de la bondad de su hijo, y muchas veces la información no refleja al 100% la realidad, otras veces el deseo de proteger al menor lleva a los padres a mostrar cierto recelo a desvelar datos que pudieran etiquetar al adolescente como delincuente, trastornado o perverso.

En cuanto a las respuestas de los orientadores de los centros de referencia, aunque más imparciales y asépticas desde el punto de vista metodológico y por tanto, más libres de condicionantes técnicos y morales, reflejan generalmente una realidad negativa que se ciñe al plano escolar, que es precisamente donde los menores del Grupo de Estudio Trampolín exhiben todo el repertorio de conductas insidiosas.

Otro inconveniente lo constituyen las diferencias entre los periodos de participación de los alumnos en el Programa. Como los menores no ingresan en Trampolín al mismo tiempo, lo van haciendo según son derivados por el EAC, la duración de las intervenciones son diferentes en cada caso, por lo tanto el Grupo de Estudio Trampolín no guarda homogeneidad en cuanto a este aspecto. No obstante a la hora de seleccionar la muestra, se obviaron aquellos casos en los que los periodos de permanencia fueron demasiado cortos, ya que el Programa podría no haber sido significativo en los cambios de la conducta del menor.

Una dificultad más tuvo que ver con la recogida ex post facto de la información, como ya se ha explicado en otros capítulos, los cuestionarios finales fueron administrados a los alumnos al final de la intervención, pero los responsables de Trampolín previendo la dificultad de contactar con algunos de los implicados, si la recogida de la información se

demoraba unos meses más, decidió hacer acopio de la información al término del Programa. En el resto de los casos la información se obtuvo de forma esporádica a lo largo del curso. De todo lo anterior se deriva que no hubo una sincronía en la recogida de los datos, produciéndose diferencias temporales más o menos considerables entre algunos alumnos, aunque nunca superiores a un curso.

Respecto a la valoración de la intervención llevada a cabo con los alumnos de Trampolín, un aspecto que conviene aclarar, es la interferencia de otros factores que pudieron afectar a la evaluación del Programa. El cambio actitudinal de los menores pudo verse influido por otras variables ajenas a la intervención realizada. Estas se refieren a los procesos naturales de maduración del alumno relacionados con la adolescencia, que como es sabido pueden frenar o acelerar cualquier avance psicopedagógico, como así lo atestiguan autores como Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz (2011), que señalan que la adolescencia es una época del desarrollo donde la sintomatología comportamental y afectiva es frecuente.

Por otro lado las intervenciones paralelas que los diversos implicados en el tratamiento o educación del menor pudieron desarrollar, empañan a los artífices reales de dicho cambio. Por ello, aunque Trampolín coordinó conjuntamente con el EAC las acciones llevadas a cabo desde el plano familiar y educativo, su nivel de influencia no alcanzó totalmente a los posibles agentes implicados, como los servicios sanitarios (salud mental), judiciales (fiscalía de menores) o iniciativas privadas (psicólogos, terapeutas, o centros especializados).

Otro aspecto que puede interferir en los resultados tiene que ver con el cambio de modalidad educativa. Muchos alumnos cuando abandonan el Programa optan por otros itinerarios formativo-laborales, y estos caminos constituyen una encrucijada para el menor. Por ello algunos adolescentes se toman muy en serio esta circunstancia de gracia que en ocasiones es considerada como la última oportunidad. Además el contenido curricular de esta nueva formación puede resultar más motivador que la formación propedéutica impartida en los institutos o en el propio Programa Trampolín.

Por último, otro factor influyente es la inestabilidad contextual que a menudo rodea la realidad del menor. Hay que reiterar que estos alumnos suelen vivir inmersos en ámbitos con cierto grado de desestructuración, estos vaivenes gestan un ambiente de inseguridad que afecta directamente al comportamiento de los alumnos, cualquier cambio puede generar una crisis que nada tiene que ver con las prácticas psicoeducativas llevadas a cabo en Trampolín, por el contrario un clima de estabilidad mantenida durante cierto tiempo, puede mejorar los resultados del Programa, aunque este último no sea el causante.

5.2.2 Líneas de investigación futuras

A lo largo de este estudio, bien de forma implícita o explícita, se recogen posibles vías para investigaciones futuras, no obstante de una forma sintética, se exponen a continuación algunas de las claves que podrían dar pié a nuevas líneas de exploración enriquecedoras y clarificadoras del tema en cuestión.

Aunque existen convenios de colaboración entre diferentes comunidades autónomas españolas, la tendencia general es a la del compartimentalismo, al menos en determinados

temas. En algunas ocasiones se discute la eficiencia de algunos Programas y el reducido número de población al que tratan, por ello algunas iniciativas de este tipo, tienen una vida efímera. En cambio, otras más consolidadas en el ámbito educativo, sólo son distinguidas de forma local, no llegando a ser conocidas por el resto de la geografía española. De todo lo anterior se desprende la conveniencia de realizar un estudio de los diferentes programas o medidas educativas específicas diseñadas para tratar los problemas graves del comportamiento en España.

Otro aspecto interesante podría ser la profundización o análisis del por qué del fracaso de las medidas correctivas, llevadas a cabo en los centros de enseñanza. Los colegios y los institutos se enfrentan a diario con problemáticas derivadas de un reducido número de alumnos, que manifiesta comportamientos altamente disruptivos, las decisiones tomadas por los equipos directivos o departamentos de orientación no siempre son acertadas y generalmente lo único que consiguen es quitarse de en medio el problema de forma temporal. Un estudio sobre estas cuestiones, lograría arrojar más luz sobre el problema, pudiendo iniciar una nueva senda de investigación.

También sería interesante continuar indagando sobre el conocimiento de las características personales que rodean la realidad del menor tanto a nivel psicopatológico, como familiar, social y también escolar. El análisis de las variables personales a través de nuevos instrumentos psicométricos, así como la observación en cada entorno natural donde se desarrolle la vida del adolescente, podría describir mejor el perfil de estos menores, siendo este conocimiento el punto de partida para el diseño de métodos de intervención más eficaces.

En numerosas ocasiones y a lo largo de estas páginas, se han descrito situaciones disfuncionales que anteceden o acompañan a los problemas del comportamiento. Es necesario incidir que estas situaciones que rodean la realidad del menor, no garantizan la ocurrencia de futuros problemas, por lo que la presente investigación no estableció como objetivo primordial la búsqueda de relaciones causa-efecto. No obstante sería muy interesante que posteriores estudios se centraran en la identificación de los desencadenantes de los trastornos, no sólo a partir del conocimiento exhaustivo de los implicados, sino de todo el ecosistema en que está inmerso el menor.

5.3 Conclusiones generales

Partiendo de las hipótesis planteadas y teniendo en cuenta los resultados del estudio descrito en este trabajo, se pueden extraer las siguientes conclusiones generales:

1. Es posible la realización de una descripción pormenorizada del menor con graves trastornos del comportamiento que participa en la experiencia socioeducativa Trampolín, respecto de una serie de características sociales, familiares y escolares, las cuales permiten identificar y describir un perfil multidimensional característico de este tipo de alumnos que se caracteriza en términos generales por: su precocidad a la hora de manifestar los problemas de comportamiento, su edad entorno a los 13 años, padecer psicopatologías y dolencias somáticas, consumir drogas, gestionar mal su tiempo libre, pertenecer a un nivel socioeconómico y cultural bajo, vivir en la ciudad,

tener familias carentes de normas o con problemas de autoridad y vivir conflictos familiares graves.

2. Los menores participantes en la experiencia socioeducativa Trampolín, caracterizados por tener graves alteraciones de la conducta y problemas psicológicos, presentan más rasgos psicopatológicos de la personalidad concretados en: psicopatías, esquizofrenia, hipomanía, extravagancia de pensamientos, baja autoestima, bajas aspiraciones y problemas familiares, en comparación con el Grupo Control.
3. Los participantes en la experiencia socioeducativa Trampolín, caracterizados por tener graves alteraciones de la conducta y problemas psicológicos, presentan más rasgos en diversas variables de tipo emocional y comportamental relacionadas con: problemas de búsqueda de atención, depresión-retraimiento, romper normas o reglas y comportamientos agresivos, en comparación con el Grupo Control.
4. Es posible la realización de una descripción exhaustiva de las respuestas utilizadas en los centros educativos, respecto de las faltas graves de disciplina de los alumnos con graves trastornos del comportamiento que participan en la experiencia Trampolín. Estas medidas se concretan en: amonestaciones verbales, partes, tiempo fuera, expulsiones, prohibición de participar en ciertas actividades extraescolares, horarios y agrupamientos flexibles, reducción de la jornada escolar, reestructuración familiar, pautas a profesores y protocolos de atención individualizada.
5. Después de analizar diversos indicadores de tipo educativo relativos a frecuencias y porcentajes de determinadas señales de conflictividad escolar, así como de otras

variables relacionadas con la motivación, la asistencia a clase, el grado de corrección del comportamiento y la tolerancia a la frustración, en los alumnos del Grupo Trampolín. Después de la intervención, el Programa logra una mejora en este tipo de variables.

6. Una vez analizados diversos indicadores con los alumnos con graves trastornos del comportamiento, después de la intervención, el Programa Trampolín obtiene mejores resultados en diversas variables de tipo social y familiar relativas a frecuencias y porcentajes en determinados indicadores sociofamiliares y conductuales relativos a: tipo y objeto diana de los conflictos, asuntos legales y atribuciones causales.

Como conclusión final, los resultados del estudio indican que es posible identificar un perfil de alumno con graves problemas de comportamiento respecto de una serie de rasgos psicosociales, psicopatológicos, emocionales y escolares que se concretan en un tipo de menor, que exhibe como características conspicuas, el ser un adolescente con alguna psicopatología, pertenecer a un nivel socioeconómico y cultural bajo, vivir en la ciudad, manifestar comportamientos de riesgo, convivir con familias disfuncionales, fracasar escolarmente y exteriorizar una serie de comportamientos problemáticos en todos los ámbitos sociales donde se desenvuelve. Además, una vez analizados una serie de indicadores sociales, familiares, educativos y conductuales relacionados con: la delictividad, tipo y objeto diana de los conflictos, atribuciones causales, motivación, absentismo escolar, comportamiento en clase y tolerancia a la frustración. Se considera la intervención socioeducativa realizada con estos menores, una opción metodológica adecuada para aplicar a este colectivo de alumnos.

Por todo lo anterior, la intención de este estudio es la de servir como referencia y guía para el tratamiento de los alumnos con graves alteraciones de la conducta. Siendo ofrecida esta investigación para todo aquel profesional de la educación o persona interesada en el tema de los trastornos graves del comportamiento.

Referencias bibliográficas

- Abad, J., Forns, M. y Gómez, J. (2002). Emotional and behavioral problems as measured by the YSR: Gender and age differences in Spanish adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 149-157.
- Aberasturi, A. (2007). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.
- Abrahamson, M. (1996). *Urban enclaves: Identity and place in America*. Nueva York: St. Martin's Press.
- Achenbach, M. T. y Edelbrock, C. S. (1987). *Manual for the Youth Self Report and profile*. Burlington, VT.: University of Vermont. Department Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. London: Sage.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self Report and 1991 profile*. Burlington, VT.: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT.: University of Vermont.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. y Ivanova, M. Y. (2012). International Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology I: Diagnoses, Dimensions, and Conceptual Issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1261-1272.

- Aguilar-Vafaie, M. E., Roshani, M., Hassanabadi, H., Masoudian, Z. y Afruz, G. A. (2011). Risk and protective factors for residential foster care adolescents. *Children and Youth Services Review*, 33(1), 1-15.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Alda, J. A., Arango, C., Castro, J., Petitbó, M. D., Soutullo, C. y San, L. (2009). Trastornos del comportamiento en la infancia y en la adolescencia ¿qué está sucediendo? *Cuadernos Faros*, 3, 1-92.
- Alonso-Megido, G. y Alonso-Ponga, M. (2008). *Gestión de la convivencia en los centros educativos*. Oviedo: Servicio de Inspección Educativa del Principado de Asturias.
- Alonso-Tapia, J. (2005). *Motivar en la escuela, motivar en la familia*. Madrid: Morata.
- Álvarez-Peláez, R. (1997). Determinismo biológico, eugenesia y alteración mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17(63), 425-443.
- American Psychiatric Association. (2002). American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. rev.)* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1th ed. rev.)* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreu, J. M., Peña, M. E. y Penado, M. (2013). Impulsividad cognitiva, conductual y no planificadora en adolescentes agresivos reactivos, proactivos y mixtos. *Anales de psicología*, 29(3), 734-740.

- Andueza-Fernández, C. D. (2012). La autoridad moral del profesorado: una cualidad extinta. *Aula de innovación educativa*, 217, 47-51.
- Aneshensel, C. S. y Sucoff, C. A. (1996). The neighborhood context of adolescent mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 37(4), 293-310.
- Anguera, T. (2010). Posibilidades y relevancia de la observación sistemática por el profesional de la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 122-130.
- Angulo-Domínguez, C., Fernández-Figares, C., Javier García-Perales, F. J., Giménez-Ciruela, A. M., Ongallo-Chanclón, C. M., Prieto-Díaz, I. y Rueda-Roldán, S. (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos graves de conducta*. Sevilla: Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.
- Angulo, R., Jané, M. C., Bonillo, A., Viñas, F., Corcoll, A., González, G., Zepeda, R. M., DosSantos, N. C. y Carbonés, J. (2010). Evaluación de la sintomatología negativista desafiante en niños de seis a ocho años: concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, 22(3), 455-459.
- Antolín-Suárez, L. (2011). La conducta antisocial en la adolescencia: una aproximación ecológica. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla: Sevilla.
- Antolín, L., Oliva, A. y Arranz-Freijo, E. B. (2009). Contexto familiar y conducta antisocial infantil. *Anuario de psicología*, 40(3), 313-327.
- Archer, J. (2006). Testosterone and human aggression: an evaluation of the challenge hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(3), 319-345.
- Armas, M. (2007). *Prevención e intervención ante problemas de conducta. Estrategias para centros educativos y familias*. Madrid: Wolster Kluwer.

- Armatas, V. (2009). Mental retardation: definitions, etiology, epidemiology and diagnosis. *Journal of sport and health research*, 1(2), 112-122.
- Artigas-Pallarés, J. (2004). Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 1(38), 117-123.
- Artigas-Pallarés, J. (2006). Tratamiento farmacológico del retraso mental. *Revista de neurología*, 42(1), 109-115.
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Duncan, S. C. y Hops, H. (1999). Adolescent problem behavior: the influence of parents and peers. *Behaviour Research and Therapy*, 37(3), 217-230.
- Asensi-Díaz, J. (2007). Ser tutor hoy y la utopía de la educación en valores. *Tendencias pedagógicas*, 12, 69-82.
- Askenazy, F., Caci, H., Myquel, M., Darcourt, G. y Lecrubier, Y. (2000). Relationship between impulsivity and platelet serotonin content in adolescents. *Psychiatry Research*, 94(1), 19-28.
- Baker, K. (2006). Understanding violent and antisocial behaviour in children and adolescents. *Current Paediatrics*, 16(7), 472-477.
- Baker, K. (2013). Conduct disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 23(1), 24-29.
- Baker, L. y Scarth, K. (2002). *Cognitive Behavioural Approaches to Treating Children & Adolescents with Conduct Disorder*. Ontario: Centre for Children & Families in the Justice System.
- Ballesteros-Alcalde, M. C. (2004). Trastornos del comportamiento en la adolescencia: evaluación clínica individual y familiar. *Monografías de psiquiatría*, 16(1), 21-33.

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Barca-Lozano, A., Almeida, L., Porto-Rioboo, A., Peralbo-Uzquiano, M. y Brenlla-Blanco, J. (2012). Motivación escolar y rendimiento: impacto de metas académicas, de estrategias de aprendizaje y autoeficacia. *Anales de psicología*, 28(3), 848-859.
- Barca, A., Peralbo, J. C. y Brenlla, J. C. (2004). Atribuciones causales y enfoques de aprendizaje: la escala SIACEPA. *Psicothema*, 16(1), 94-103.
- Barkley, R. A. (2013). *Defiant children: a clinician's manual for parent training*. New York: Guilford Press.
- Barri, F. (1996). *SOS Bullying. Prevenir el acoso escolar y mejorar la convivencia*. Madrid: Wolters Kluwer.
- Bauer, L. O. y Hesselbrock, V. M. (2001). CSD/BEM localization of P300 sources in adolescents "at-risk": evidence of frontal cortex dysfunction in conduct disorder. *Biological Psychiatry*, 50(8), 600-608.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Beck, A. y Freeman, A. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Madrid: Paidós.
- Beinart, S. (2002). *Youth at risk?: a national survey of risk factors, protective factors and problem behaviour among young people in England, Scotland and Wales*. York: Joseph Rowntree Foundation.

- Belfer, M. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 226-236.
- Berkout, O., Young, J. y Gross, A. (2011). Mean girls and bad boys: Recent research on gender differences in conduct disorder. *Aggression and Violent Behavior*, 16(6), 503-511.
- Bernal-Martínez de Soria, A. y Gualandi, M. (2009). Autoridad, familia y educación. *Revista española de pedagogía*, 67(244), 511-528.
- Bernal, J. y González-Tascón, M. (2009). Medidas de prevención situacional en la nueva cultura del ocio juvenil: especial referencia a las experiencias desarrolladas en Asturias. *Revista de derecho penal y criminología*, 3(1), 215-260.
- Bernedo-Muñoz, I., Fuentes-Rebollo, M. J. y Fernández-Molina, M. (2008). Behavioral problems in adolescents raised by their grandparents *Spanish journal of psychology*, 11(2), 453-463.
- Besse, J. M. (2005). *Decroly, una pedagogía racional*. Barcelona: MAD.
- Bisquerra, R. (2002). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43.
- Blanco-García, M. y Ramos-Pardo, J. (2009). Escuela y fracaso: cambiar el color del cristal con que se mira. *Revista Iberoamericana de educación*, 50, 99-112.
- Blazei, R. W., Iacono, W. G. y Krueger, R. F. (2006). Intergenerational transmission of antisocial behavior: How do kids become antisocial adults? *Applied and Preventive Psychology*, 11(4), 230-253.

- Blázquez, G., Munné, J., Carrillo, C., Cuyás, M., Burón-Masó, E. y Freile, R. (2005). Resultados del cribado de la sintomatología del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en el ámbito escolar mediante la escala EDAH. *Revista de neurología*, 41(10), 586-590.
- Bobadilla, L. y Taylor, J. (2012). Antisocial and Narcissistic Personality Disorder. En: Ramachandran, V. (Ed.): *Encyclopedia of Human Behavior*. (pp.154-160). San Diego: Academic Press.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M. y Horwood, L. J. (2010). Risk Factors for Conduct Disorder and Oppositional/Defiant Disorder: Evidence from a New Zealand Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1125-1133.
- Boggino, N. (2007). *Cómo prevenir la violencia en la escuela. Estudio de casos y orientaciones prácticas*. Sevilla: Homo Sapiens Ediciones.
- Bonnot, O. (2009). Estados depresivos en la adolescencia. *Educación Médica Continua*, 13(3), 1-7.
- Book, A. S., Starzyk, K. B. y Quinsey, V. L. (2001). The relationship between testosterone and aggression: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 6(6), 233-240.
- Borduin, C. M. (1999). Multisystemic Treatment of Criminality and Violence in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 242-249.
- Borraz, F. (2007). Análisis económico de la delincuencia en Uruguay. *Revista de Antiguos Alumnos del IEEM*, 10(11), 43-46.
- Botbol, M., Barrére, Y. y Speranza, M. (2004). Psicosis en la adolescencia. *Educación Médica Continua*, 39(3), 1-7.

- Bradley, J. D. D. y Golden, C. J. (2001). Biological contributions to the presentation and understanding of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 907-929.
- Bringas-Molleda, C., Herrero-Díez, F. J., Cuesta-Izquierdo, M. y Rodríguez-Díaz, F. J. (2006). La conducta antisocial en adolescentes no conflictivos: adaptación del inventario de conductas antisociales. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 11(2), 1-10.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1985). Contextos de crianza del niño: problemas y prospectiva. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 29, 45-56.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. y Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized: A bio-ecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568-586.
- Brown, R. T., Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein, M. T., Amler, R. W., Feldman, H. M., Pierce, K. y Wolraich, M. L. (2001). Prevalence and Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Primary Care Settings. *American Academy of Pediatrics*, 107(3), 1-43.
- Buist, K., L., Deković, M. y Prinzie, P. (2013). Sibling relationship quality and psychopathology of children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 97-106.

- Burke, J. D., Loeber, R. y Birmaher, B. (2002). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent*, 41(11), 1275-1293.
- Bursztejn, C. (2007). Conduct disorders: nosological and epistemological approach. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(8), 443-449.
- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S. y Kaemmer, B. (2003). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Manual for Administration, Scoring and Interpretation (MMPI-A)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butler, S., Baruch, G., Hickey, N. y Fonagy, P. (2011). A Randomized Controlled Trial of Multisystemic Therapy and a Statutory Therapeutic Intervention for Young Offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(12), 1220-1235.
- Bye, L., Alvarez, M. E., Haynes, J. y Sweigart, C. E. (2010). *Trunacy prevention and intervention*. Oxford: Oxford University Press.
- Caballo, V. y Simón, M. A. (2001). *Manual de psicología clínica infanti y adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Calderón, C. (2005). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Evaluación y tratamiento psicológico. (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona. Barcelona.
- Camarero, F., Arada, C., Álvarez-Castrillo, C., Sancho, S., García-Castro, I., González-Sanz, T., Antuña, P., Orrego, J. M., Álvarez-Rodríguez, J., Álvarez-González, E. y Peláez, C. (2011). *Alteraciones del comportamiento en contextos educativos*. Oviedo: Servicio de Participación y Orientación Educativa de la Consejería de Educación de Asturias.

- Campagne, D. M. (2012). Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. *Semergen Medicina de Familia*, 38(5), 301-311.
- Camuñas, J. L. (2008). Velando por la convivencia: observatorio de convivencia. *Innovación y experiencias educativas*, 13, 1-9.
- Cangas, A. J., Gázquez, J. J., Pérez-Fuertes, C., Padilla, D. y Miras, F. (2007). Evaluación de la violencia escolar y su afectación personal en una muestra de estudiantes europeos. *Psicothema*, 19, 114-119.
- Cannon, T. D. (2005). Clinical and genetic high-risk strategies in understanding vulnerability to psychosis. *Schizophrenia Research*, 79(35), 35-44.
- Cardozze, D. (2007). Los problemas de disciplina en la escuela: Manual para docentes. *Serie Educación Colección Manuales y Textos Universitarios*, 27(1), 34-38.
- Carli, V., Hoven, C. W., Asserman, C. W., Hiesa, F. C., Guffanti, G., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Runner, R. B., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., Iousue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Postuvan, V., Saiz, P., Varnik, A. y Wasserman, D. (2014). A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13(1), 78-86.
- Carpenter, D. O. y Nevin, R. (2010). Environmental causes of violence. *Physiology & Behavior*, 99(2), 260-268.
- Carroll, A., Baglioni, A. J., Houghton, S. y Bramston, P. (1999). At-risk and not at-risk primary school children: an examination of goal orientations and social reputations. *British Journal of Educational Psychology*, 69(3), 377-392.

- Casamayor, G., Antunez, S., Armejach, R., Checa, P., Giné, N., Guitart, R. M., Notó, F., Rodón, A., Uranga, M. y Viñas, J. (2002). *Cómo dar respuesta a los conflictos. La disciplina en la enseñanza secundaria*. Barcelona: Graó.
- Castellano-Barca, G. (2002). Factores protectores en el desarrollo psicosocial de niños y adolescentes. *A tu Salud, revista de educación para la salud*, 39, 7-10.
- Castellón-Mendoza, W. R. (2010). Depresión, ansiedad y conducta disocial adolescente en relación a los estilos de socialización parental. (Tesis Doctoral). Universidad de Deusto. Bilbao.
- Castells, X., Bosch, R., Ramos-Quiroga, J. A., Escuder-Romeva, G. y Casas-Brugue, M. (2004). Los fármacos estimulantes en el tratamiento del TDAH. En Tomas, J. y Brugué, M. (Coord.): *TDAH, hiperactividad: niños movidos e inquietos*. (pp. 278-295). Barcelona: Laertes.
- Cerdá, M., Sagdeo, A., Johnson, J. y Galea, S. (2010). Genetic and environmental influences on psychiatric comorbidity: A systematic review Review Article. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 14-38.
- Cerezo, F. (2001). *La violencia en las aulas. Análisis y propuestas de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Claes, M., Lacourse, E., Ercolani, A., Pierro, A., Leone, L. y Presaghi, F. (2005). Parenting, peer orientation, drug use, and antisocial behavior in late adolescence: A cross-national study. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 401-411.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., Bohman, M. y Von-Knorrning, A. L. (1982). Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees. II. Cross-fostering analysis of gene-environment interaction. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1242-1247.

- Cohen, D. (2010). Probabilistic epigenesis: An alternative causal model for conduct disorders in children and adolescents. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(1), 119-129.
- Coleman, J. C. y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Colomer-Diago, C., Miranda-Casas, A., Herdoiza-Arroyo, P. y Presentación-Herrero, M. J. (2012). Funciones ejecutivas y características estresantes de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en los resultados durante la adolescencia. *Revista de Neurología*, 54(1), 117-126.
- Conger, R. D., Ge, X., Elder, G. H., Lorenz, F. O. y Simons, R. L. (1994). Economic stress, coercive family processes and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65, 541-561.
- Cubero-Pérez, R. (2005). Elementos básicos para un constructivismo social. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 23, 43-61.
- Chamizo, J. (2007). *Menores con trastornos de conducta en andalucía*. Sevilla: Defensor del pueblo andaluz.
- Chun, H. y Mobley, M. (2010). Gender and grade-level comparisons in the structure of problem behaviors among adolescents. *Journal of Adolescence*, 33(1), 197-207.
- Dalwani, M., Sakai, J. T., Mikulich-Gilbertson, S. K., Tanabe, J., Raymond, K., McWilliams, S. K., Thompson, L. L., Banich, M. T. y Crowley, T. J. (2011). Reduced cortical gray matter volume in male adolescents with substance and conduct problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2-3), 295-305.
- Dalla, C. y Shors, T. J. (2009). Sex differences in learning processes of classical and operant conditioning. *Physiology & Behavior*, 97(2), 229-238.

- Dalley, J. W. y Roiser, J. P. (2012). Dopamine, serotonin and impulsivity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 215(26), 42-58.
- Das, J. P., Naglieri, J. A. y Kirby, J. R. (1994). *The Assessment of Cognitive Processes: The Pass Theory of Intelligence*. Boston: Allyn & Bacon.
- De-Vicente, A., Berdullas, S. y Castilla, C. (2012). Se cuestiona el modelo biologicista en salud mental. *Infocop*, 57(1), 3-7.
- Defensor-del-Pueblo. (2007). Informe sobre violencia escolar: el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria 1999-2006. Recuperado el 11 de febrero de 2012 de <http://www.oei.es/oeivirt/Informeviolencia.pdf>.
- Delfabbro, P. y Barber, J. (2004). The economic cost of behavioural disorders in substitute care Original Research Article. *The Journal of Socio-Economics*, 33(2), 189-200.
- Díaz-Aguado, M. J. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema*, 17, 549-558.
- Díaz-Atienza, J. (2006). Pharmacologic treatment of attention deficit and hyperactivity disorder. *Revista de psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 6(1), 20-43.
- Díaz-Sibaja, M. A. (2005). Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. En Comeche, M^a. I. y Vallejo-Pareja, M. A.: *Manual de terapia de conducta en la infancia*. (pp. 465-517). Madrid: Dykinson.
- Dishion, T. J., Poulin, F. R. y Burraston, B. (2001). Peer group dynamics associated with iatrogenic effects in group interventions with high risk young adolescents. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 91, 79-92.

- Ditmar, M. (2006). Conducta y desarrollo. En Polin, R. y Ditmar, M.(Eds.): *Pediatría. Secretos (Cuarta edición)*. (pp.42-78). Madrid: Elsevier España.
- Dolan, M. y Fullam, R. (2004). Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy. *Psychological Medicine*, 34(6), 1093-1102.
- Dulcan, M., Dunne, J. E., Ayres, W., Arnold, V., Benson, R. S., Bernet, W., Bukstein, O., Kinlan, J., Leonard, H., Licamele, W., McClellan, J., Sloan, L. E. y Miles, C. M. (1997). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), 85-121.
- Durán-Vázquez, J. F. (2010). La crisis de autoridad en el mundo educativo. Una interpretación sociológica. *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 28(4), 1-23.
- Eddy, J. M. (2006). *Conduct disorders. The latest assessment and treatment strategies*. Kansas City: Compact Clinicals.
- Eley, T., Lau, J., Hudson, J. y Rapee, R. (2005). Genetics and the Family Environment. En *Hudson, J. y Rapee, R.: Psychopathology and the Family* (pp. 3-19). Oxford: Elsevier.
- Elgarte, R. J. (2009). Contribuciones del psicoanálisis a la educación. *Educación, Lenguaje y Sociedad*, 6(6), 317-328.
- Elliot, D. S. (1994). Serious violent offenders: onset, developmental course, and termination - The American Society Of Criminology 1993 Presidential Address. *Criminology*, 32(1), 1-21.
- Ellis, A. (1958). Rational pschotherapy. *The Journal of General Psychology*, 59(1), 35-49.

- Emberley, E. y Pelegrina, M. (2011). Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante. *Psicothema*, 23(2), 215-220.
- Eme, R. F. (2007). Sex differences in child-onset, life-course-persistent conduct disorder. A review of biological influences. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 607-627.
- Equipo de Alteraciones de la Comportamiento. (2013). Datos estadísticos sobre los trastornos del comportamiento 2002-2012. Oviedo: Equipo de Alteraciones de la conducta de la Consejería de Educación del Principado de Asturias (No publicado).
- Ercan, E., Kutlu, A., Çikoğlu, S., Veznedaroğlu, B., Eeremiş, S. y Varan, A. (2003). Risperidone in Children and Adolescents with Conduct Disorder: A Single-Center, Open-Label Study. *Current Therapeutic Research*, 64(1), 55-64.
- Ertmer, P. y Newby, T. (1993). Behaviorism, cognitivism, constructivism: comparing critical features from an instructional design perspective. *Performance Improvement Quarterly*, 6(4), 50-72.
- Escudero-Muñoz, J. M. (2005). Fracaso escolar, exclusión educativa: ¿De qué se excluye y cómo? *Revista de currículum y formación del profesorado*, 9(1), 1-24.
- Esperanza-Casado, F. (2006). La problemática convivencial en nuestros centros educativos. ¿Qué podemos hacer? *Avances en Supervisión Educativa*, 2(1), 1-36.
- Esteve, J. M. (2003). *La tercera revolución educativa*. Barcelona: Paidós.
- Estévez, E., Martínez-Ferrer, B. y Jiménez-Gutiérrez, T. (2009). Las relaciones sociales en la escuela. El problema del rechazo social. *Psicología educativa*, 15(1), 5-19.

- Estévez, E., Murgui, S., Moreno, D. y Musitu, G. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*, 19(1), 108-113.
- Estévez, E., Murgui, S., Musitu, G. y Moreno, D. (2008). Adolescent aggression: Effects of gender and family and school environments. *Journal of Adolescence*, 31(1), 433-450.
- European Commission against Racism and Intolerance. (2011). Comisión Europea Contra el Racismo y la Intolerancia (2011). En Gobierno de la Unión Europea (Ed.): *Cuarto informe sobre España*. Estrasburgo: Secretaria ECRI del Consejo de Europa.
- Eysenck, H. J. (1993). The nature of impulsivity. En McCown, W., Johnson, J. y Shure, M.(Eds.): *The impulsive client: Theory, research, and treatment*. (pp. 57-69). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fairchild, G., van Goozen, S. H. M., Stollery, S. J., Aitken, M. R. F., Savage, J., Moore, S. C. y Goodyer, I. M. (2009). Decision Making and Executive Function in Male Adolescents with Early-Onset or Adolescence-Onset Conduct Disorder and Control Subjects. *Biological Psychiatry*, 66(2), 162-168.
- Fantino, E. y Stolarz-Fantino, S. (2012). Associative Learning. En Ramachandran, V.(Ed.): *Encyclopedia of Human Behavior*. (pp. 204-210). San Diego: Academic Press
- Faraone, S. V. y Doyle, A. E. (2013). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. En Rimoin, D., Pyeritz, R. y Korf, B.(Eds.): *Emery and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics*. (pp. 1-8).London: Elsevier
- Farnós, E., Fernández-Crende, A. y Seuba, J. C. (2004). Daños causados por personas con trastornos mentales. *Revista para el Análisis del Derecho*, 2(1), 1-28.

- Farrington, D. P. (2003). Developmental and life-course criminology: Key theoretical and empirical issues. *Criminology*, 41(1), 221-255.
- Faya-Barrios, E. (2013). Problemas de salud mental en la adolescencia. *Revista Adolescere*, 1(2), 102-110.
- Feinberg, M. E., Solmeyer, A. R., Hostetler, M. L., Sakuma, K., Jones, D. y McHale, S. M. (2013). Siblings Are Special: Initial Test of a New Approach for Preventing Youth Behavior Problems. *Journal of Adolescent Health*, 53(2), 166-173.
- Fergusson, D. M., Vitaro, F., Wanner, B. y Brendgen, M. (2007). Protective and compensatory factors mitigating the influence of deviant friends on delinquent behaviours during early adolescence. *Journal of Adolescence*, 30(1), 33-50.
- Fernández-Enguita, M., Mena-Martínez, L. y Riviere-Gómez, J. (2010). Fracaso y abandono escolar en España. *Colección de Estudios Sociales de la Fundación La Caixa*, 29, 1-232.
- Fernández-Molina, E. y Tarancón, P. (2010). Populismo punitivo y delincuencia juvenil: mito o realidad. *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, 12(8), 1-28.
- Fernández-Redondo, J. J., Del-Caño, M., Palazuelo, M. y Marugán, M. (2011). Desafíos y perspectivas actuales de la psicología en el mundo de la infancia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 621-628.
- Fernández, I. (2001). *¿Qué entendemos por disrupción?* Barcelona: Praxis.
- Ferro, R., Vives, M. C. y Ascanio, L. (2010). Aplicación de la terapia de interacción padres-hijos en un caso de trastorno negativista desafiante. *Revista de psicopatología y psicología clínica: revista oficial de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología AEPCP*, 15(3), 205-214.

- Finger, E., Marsh, A., Blair, K., Majestic, C., Evangelou, I., Gupta, K., Schneider, M., Sims, C., Pope, K., Fowler, K., Sinclair, S., Tovar-Moll, F., Pine, D. y Blair, R. (2012). Impaired functional but preserved structural connectivity in limbic white matter tracts in youth with conduct disorder or oppositional defiant disorder plus psychopathic traits. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 202(3), 239-244.
- Fiorenza, A. (2003). *Niños y adolescentes difíciles* Barcelona: RBA.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Santarén-Rosell, M., Sierra-Baigrie, S. y Ordóñez-Cambor, N. (2011). Instrumentos de medida para la evaluación del fenotipo psicótico. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 129-151.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M. y Fraguas, D. (2013). DSM-5: ¿Síndrome de psicosis atenuada? *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 190-207.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2011). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SQD). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 15-25.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Sierra-Baigrie, S., Santarén-Rosell, M., Ordoñez-Cambor, N. y Muñiz, J. (2011). Expresión fenotípica de la esquizotipia en función del género y la edad en población general adolescente. *Anales de psicología*, 27(3), 750-756.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Santarén-Rosell, M. y Lemos-Giráldez, S. (2013). Cluster A maladaptive personality patterns in a non-clinical adolescent population. *Psicotema*, 25(2), 158-163.

- Fonseca-Pedrero, E., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giraldez, S., Paino, M. y Muñiz, J. (2012). Dimensional structure and measurement invariance of the Youth Self-Report across gender and age. *Journal of Adolescent Health, 50*, 148-153.
- Fonseca, H. y Ninón, M. (2011). Teorías del aprendizaje y modelos educativos: revisión histórica. *Salud, Arte y Cuidado, 4*, 71-93.
- Foster, S. L., Brennan, P., Biglan, A., Wang, L. y al-Gaith, S. (2002). Prevención de problemas de conducta: lo que sí funciona. *Series: prácticas educativas, 8*, 1-43.
- Fraire, M. G. y Ollendick, T. H. (2013). Anxiety and oppositional defiant disorder: A transdiagnostic conceptualization. *Clinical Psychology Review, 33*(2), 229-240.
- Frick, P. (2000). A comprehensive and individualized treatment approach for children and adolescents with conduct disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*(1), 30-37.
- Frick, P. (2006). Developmental Pathways to Conduct Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 15*(2), 311-331.
- Frick, P., Cornell, A., Barry, C., Bodin, S. y Dane, H. (2003). Callous-Unemotional Traits and Conduct Problems in the prediction of Conduct Problem Severity, Aggression, and Self-Report of Delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*(4), 457-470.
- Fullana, M. A., Fernández, L., Bulbena, A. y Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica, 138*(5), 215-219.
- Galler, J. R. y Ramsey, F. (1989). A Follow-up Study of the Influence of Early Malnutrition on Development: Behavior at Home and at School. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 28*(2), 254-261.

- Galler, J. R., Ramsey, F., Solimano, G. y Lowell, W. E. (1983). The Influence of Early Malnutrition on Subsequent Behavioral Development: II. Classroom Behavior. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22(1), 16-22.
- Gangoso, A., Martínez, M. A. y Montañés, F. (2009). Fármacos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología*, 48(9), 469-481.
- Ganten, D., Deichmann, T. y Spahl, T. (2004). *Vida, naturaleza y ciencia. Todo lo que hay que saber*. Madrid: Taurus.
- García-Gracia, M., Casal, J., Merino, R. y Sánchez-Gelabert, A. (2013). Itinerarios de abandono escolar y transiciones tras la Educación Secundaria Obligatoria. *Revista de Educación*, 361, 65-94.
- García-Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico comportamental. *Revista EduPsykhé*, 5(2), 255-271.
- García-Romera, A., Arnal, A., Bazanbide, M., Bellido, C., Civera, B., González-Ramírez, P., Peña-Capapey, R., Pérez-Aldaz, M. y Vergara, A. (2011). *Trastornos de la conducta: una guía de intervención en la escuela*. Huesca: Departamento de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno de Aragón.
- Garfield, S. L. (2001). Eclectic Psychotherapy: Psychological Perspectives. En Smelser, N. y Baltes, P. (Eds.): *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. (pp. 4013-4016). Oxford: Pergamon.
- Gargallo, B., Miranda, A. y Presentación, M. J. (1999). *El niño hiperactivo (TDAH) en el aula*. Málaga: Servicio de Comunicación y Publicaciones de la Universidad Jaume I.
- Garret, P. (1985). Effects of residential treatment of adjudicated delinquents: A meta-analysis. *Journal of Research in Crime & Delinquency*, 22, 287-308.

- Garrido-Genovés, V. (1987). *Delincuencia juvenil. Orígenes, prevención y tratamiento*. Madrid: Alhambra.
- Garrido-Genovés, V. (2001). *Amores que matan. Acoso y violencia contra las mujeres*. Valencia: Algar.
- Garrido-Genovés, V. (2005). *Manual de intervención educativa en readaptación social. Fundamentos de la intervención*. (Vol. 1). Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Geiger, T. C. y Crick, N. R. (2001). A developmental psychopathology perspective on vulnerability to personality disorders. En Price, J. M. (Ed.): *Vulnerability to psychopathology: Risk across lifespan*. (pp. 57-102). New York: Guilford Press.
- Gelhorn, H., Stallings, M., Young, S., Corley, R., Rhee, S. H., Hopfer, C. y Hewitt, J. (2006). Common and Specific Genetic Influences on Aggressive and Nonaggressive Conduct Disorder Domains. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(5), 570-577.
- Gérardin, P., Cohen, D., Mazet, P. y Flament, F. (2002). Drug treatment of conduct disorder in young people. *European Neuropsychopharmacology*, 12, 361-370.
- Gerring, R. y Zimbardo, P. G. (2005). *Psicología y vida*. México: Pearson Education.
- Gilger, J. W. (2001). Concepts in Behavioral Genetics and Their Application to Developmental and Learning Disorders. En Gerber, S. (Ed.): *Handbook of Genetic Communicative Disorders*. (pp. 175-197). Cheney, U.S.A.: Eastern Washington University.
- Giner, M. A. y Onieva, M. M. (2009). ¿Qué hacer ante la indisciplina en las aulas? *Compartim Revista de formació del professorat*, 4, 1-6.

- Ginott, H. G. (1995). *Teacher and child: A book for parents and teachers*. Nueva York: Collier.
- Glisson, C., Schoenwald, S. K., Hemmelgarn, A., Green, P., Dukes, D., Armstrong, K. S. y Chapman, J. E. (2010). Randomized trial of MST and ARC in a two-level EBT implementation strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 537-550.
- Goldschmidt, L., Day, N. L. y Richardson, G. A. (2000). Effects of prenatal marijuana exposure on child behavior problems at age 10. *Neurotoxicology and Teratology*, 22(3), 325-336.
- Gómez-Botero, M., Arango-Tobón, E., Molina, D. y Barceló, E. (2010). Características de la teoría en el trastorno disocial de la conducta *Universidad del Norte Journals*, 26, 103-118.
- Gómez-Campo, I. (2006). La psicología humanista: ¿Tercera fuerza de la Psicología o Psicología de tercera? *Escuela de Psicología Uaricha*, 7(1), 44-46.
- González-Alvaredo, S., Sanz-Rojo, R., García-Santiago, J., Gaztañaga-Expósito, R., Bengoa, A. y Pérez-Yarza, E. G. (2008). Criterios de diagnóstico genético en casos de retraso mental y del desarrollo de origen idiopático. *Anales de Pediatría*, 69(5), 446-453.
- González-González, T. (2014). Absentismo escolar: posibles respuestas desde el centro educativo. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 12(2), 5-27.
- González-Menéndez, A., Fernández-Hermida, J. R. y Secades, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.

- González-Sala, F. y Gimeno-Collado, A. (2013). Menores en situación de riesgo social: Valoración de un programa para la mejora de la autoestima. *Psychosocial Intervention*, 22(1), 1-5.
- González, E. (2006). Existencialismo y Humanismo ante la crisis de la psicoterapia. Una revisión. *Revista Fundamentos en Humanidades*, 7(14), 183-192.
- González, J., Cardó, E. y Servera, M. (2006). Metilfenidato en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: ¿realizamos una práctica clínica adecuada? *Revista de neurología*, 43(12), 705-714.
- Goodlad, J. K., Marcus, D. K. y Fulton, J. J. (2013). Lead and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) symptoms: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 417-425.
- Goos, L. M., Ezzatian, P. y Schachar, R. (2007). Parent of origin effects in attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 149(1-3), 1-9.
- Gotzens, C. (2006). El psicólogo y la disciplina escolar: nuevos retos y viejos encuentros. *Papeles del Psicólogo*, 27(3), 180-184.
- Gotzens, C., Castelló, A., Genovard, C. y Badía, M. (2003). Percepciones de profesores y alumnos de la ESO sobre la disciplina en el aula. *Psicothema*, 15, 362-368.
- Grau-Rubio, C. y Fernández-Hawrylak, M. (2008). La atención a la diversidad y las adaptaciones curriculares en la normativa española. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46(3), 1-16.
- Grove, A., Evans, S., Pastor, D. y Mack, S. (2008). A meta-analytic examination of follow-up studies of programs designed to prevent the primary symptoms of oppositional defiant and conduct disorders. *Aggression and Violent Behavior*, 13(3), 169-184.

- Gustems-Carnicer, J. y Calderón-Garrido, C. (2006). Motivación y adolescencia. *Aula de innovación educativa*, 153, 52-56.
- Gutiérrez-Saldaña, P., Camacho-Calderón, N. y Martínez-Martínez, M. (2007). Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *Atención Primaria*, 39(11), 597-603.
- Gutiérrez, M. C., Santamaría, A., Manuel-Gutiérrez, A., Bernabé, E., Arranz, P., García-Benaite, D. y Redondo, C. (2008). Trastorno de déficit de atención e hiperactividad: un reto compartido. *Semergen Medicina de Familia*, 5, 230-234.
- Gutman, L. M. y Schoon, I. (2012). Correlates and consequences of uncertainty in career aspirations: Gender differences among adolescents in England. *Journal of Vocational Behavior*, 80(3), 608-618.
- Hare, R. D. (2003). *Sin conciencia*. Barcelona: Paidós.
- Harrington, R. y Maskey, S. (2008). Behaviour disorders in children and adolescents. *Medicine*, 36(9), 482-485.
- Harris, J. (1999). *El mito de la Educación*. Barcelona: Grijalbo.
- Harrop, C. y Trower, P. (2003). *Why does schizophrenia develop at late adolescence?: A cognitive-developmental approach to psychosis*. Chichester, UK: Wiley.
- Hartung, C. M., Lefler, E. K. y Fedele, D. A. (2011). Disruptive Behaviors and Aggression. En: Brown B. B. y Prinstein, M. J.(Eds.): *Encyclopedia of Adolescence*. (pp.143-149). San Diego: Academic Press.

- Hawes, D. J. y Dadds, M. R. (2005). Chapter 5 - Oppositional and Conduct Problems En Hudson, J. L. y Rapee, R. M.(Eds): *Psychopathology and the Family*. (pp. 73-91). Oxford: Elsevier
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Henggeler, S. W. (2012). Multisystemic Therapy: Clinical Foundations and Research Outcomes. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 181-193.
- Henggeler, S. W., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., Schoenwald, S. K. y Brondino, M. J. (1996). Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *Journal of Adolescence*, 19(1), 47-61.
- Henríquez, M., Zamorano, F., Rothhammer, F. y Aboitiz, F. (2010). Modelos neurocognitivos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y sus implicaciones en el reconocimiento de endofenotipos *Revista de neurología*, 50(2), 109-116.
- Heras, J. (1993). Etiopatogenia del retraso mental *Revista complutense de educación: Psicopatología y educación del retraso mental*, 4(2), 53-66.
- Hernández-Córdoba, A. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Revista de la Universidad de Psicología de Bogotá*, 6(2), 285-293.
- Hernández-Requena, S. (2008). El modelo constructivista con las nuevas tecnologías: aplicado en el proceso de aprendizaje. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento*, 5(2), 26-35.

- Hernández-Sánchez, C. y Olmo-Pintado, M. (2004). Diversidad cultural y educación: la perspectiva antropológica en el análisis del contexto escolar. En Vera, M. I. y Pérez-Pérez, D. (Coord.): *Formación de la ciudadanía: las TICs y los nuevos problemas*. (pp.1-13). Alicante: Asociación Universitaria de Profesores de Didáctica de las Ciencias Sociales.
- Hill, J. (2005). Conduct disorders. *Psychiatry*, 4(7), 57-60.
- Hinshaw, S. P. (1994). *Attention deficits and hyperactivity in children*. Berkeley: Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hosman, C., Jane-Llopis, E. y Saxena, S. (2005). *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas*. Oxford: Oxford University Press.
- House, W. C. (1976). Effect of locus of control, expectancy confirmation-disconfirmation, and type of goal on causal attributions of failure. *Journal of Research in Personality*, 10(3), 279-292.
- Howell, J. C. (2003). *Preventing and reducing juveniles delinquency*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Huebner, T., Vloet, T. D., Marx, I., Konrad, K., Fink, G. R., Herpertz, S. C. y Herpertz-Dahlmann, B. (2008). Morphometric Brain Abnormalities in Boys With Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 540-547.
- Hyde, L. W., Shaw, D. S. y Hariri, A. R. (2013). Understanding youth antisocial behavior using neuroscience through a developmental psychopathology lens: Review, integration, and directions for research. *Developmental Review*, 33, 168–223.

- Ibáñez, C. y Manzanera, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *Semergen Medicina de Familia*, 38(6), 377-387.
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Boletín informativo del INE sobre Seguridad y Justicia en 2011*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 16 de septiembre de 2012 de http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259931336421&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout.
- Instituto Nacional de Estadística. (2012a). *Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2012*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 7 de mayo de 2013 de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e260/a2012&file=pcaxis&L=0>.
- Instituto Nacional de Estadística. (2012b). *Estadísticas de Condenados / Estadística de Menores. Resultados Provisionales. Año 2011*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 11 de enero de 2013 de <http://www.ine.es/prensa/np736.pdf>. from <http://www.ine.es/prensa/np736.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2012c). *Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 3 de mayo de 2013 de <http://www.ine.es/prensa/np759.pdf>.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., Bird, H., Broberg, A., Dobrean, A., Döpfner, M., Erol, N., Forn, M., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M. C., Leung, P., Minaei, A., Mulatu, M. S., Novik, T., Oh, K. J., Roussos, A., Sawyer, M., Simsek, Z., Steinhausen, H.-C., Weintraub, S., Winkler, C. M., Wolanczyk, T., Zilber, N., Zukauskienė, R. y Verhulst, F. C. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 729-738.

- Javaloyes, A. y Redondo-Romero, A. (2005). Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas del comportamiento. *Pediatría Integral*, 6, 27-37.
- Jeammet, P. (2002). Violence at adolescence: an identity crisis. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 50(6-7), 434-441.
- Jiménez, F. y Ávila, A. (2003). *Adaptación española del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A)*. Madrid: TEA. Ediciones S.L.
- Johnson, M. H., Preethy George, P., Armstrong, M., Lyman, D., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S. y Delphin-Rittmon, M. E. (2013). Behavioral Management for Children and Adolescents: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services in advance. Assessing the Evidence Base Series (AEB)*, 26, 1-11
- Juby, H. y Farrington, D. P. (2001). Disentangling the link between disrupted families and delinquency. *British Journal of Criminology*, 41, 22-40.
- Justicia, F., Benítez, J. L., Pichardo, C., Fernández, E., García, T. y Fernández, M. (2006). Aproximación a un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Revista de Investigación Psicoeducativa*, 4(2), 131-150.
- Kaminer, Y. (1999). Addictive disorders in adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 275-288.
- Karver, M. S. y Caporino, N. (2010). The Use of Empirically Supported Strategies for Building a Therapeutic Relationship With an Adolescent With Oppositional-Defiant Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(2), 222-232.

- Kathleen, P. K., Tabbah, R., Gardner, W., Rubin, R. T., Czambel, R. K. y Wang, Y. (2006). Adrenal androgen and gonadal hormone levels in adolescent girls with conduct disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 31(10), 1245-1256.
- Kauffman, J. M. (1993). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Kazdin, A. E. (1988). *Child psychotherapy. Developing and identifying effective treatments*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Kazdin, A. E. (1993). Tratamientos conductuales y cognitivos de la conducta antisocial en los niños: Avances de la investigación. *Psicología conductual*, 1(1), 111-144.
- Kelly, N. R., Mazzeo, S. E., Evans, R. K., Stern, M., Thacker, L. F., Thornton, L. M. y Laver, J. H. (2011). Physical activity, fitness and psychosocial functioning of obese adolescents. *Mental Health and Physical Activity*, 4(1), 31-37.
- Kendall, P. H., Padawer, W. y Zupan, N. (1980). *Developing self-control in children. A manual of cognitive-behavioral strategies*. Minnesota: University of Minnesota.
- Kertesz, R. (2005). El enfoque multimodal y las escuelas de psicoterapia. *Revista de Investigación en Psicología*, 8(2), 113-127.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N. y Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet Oncology*, 378(9801), 1515-1525.
- Kieling, C., Goncalves, R. R. F., Tannock, R. y Castellanos, F. X. (2008). Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 285-307.

- Killeen, P. R., Russell, V. A. y Sergeant, J. A. (2013). A behavioral neuroenergetics theory of ADHD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(4), 625-657.
- Kim, J. (2008). The protective effects of religiosity on maladjustment among maltreated and nonmaltreated children. *Child Abuse & Neglect*, 32(7), 711-720.
- Kirby, E. y Grimley, L. (1992). *Trastorno por Déficit de Atención*. México D. F.: Limusa.
- Koch, L. M. y Gross, A. M. (2002). Características clínicas y tratamiento del trastorno disocial. En Caballo, V. E. y Simón M. A.(Coord.): *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*. (pp. 23-38). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Kvist, A. P., Nielsen, H. S. y Simonsen, M. (2013). The importance of children's ADHD for parents' relationship stability and labor supply. *Social Science & Medicine*, 88, 30-38.
- Kyriacou, C. (2005). *Ayudar a alumnos con problemas*. Barcelona: Octaedro.
- Lab, S. P. (2014). The School and Crime Prevention. En Lab, S. P.(Ed.): *Crime Prevention (Octava Edición)*. (pp. 275-296). Boston: Anderson.
- Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Larkby, C. A., Goldschmidt, L., Hanusa, B. H. y Day, N. L. (2011). Prenatal Alcohol Exposure Is Associated With Conduct Disorder in Adolescence: Findings From a Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(3), 262-271.
- Lecannelier, F., Hoffmann, M., Fernanda, F. y Lorena, A. (2008). Problems, implications and challenges in children mental health: the need of a change in professional role. *Horiz Enferm*, 19(1), 1-9.

- Lecardeur, L., Benarous, X., Milhiet, V., Consoli, A. y Cohen, D. (2014). Prise en charge du trouble bipolaire de type I chez l'enfant et l'adolescent. *L'Encéphale*, 40(2), 143-153.
- LeClair, J. A. (2001). Children's behaviour and the urban environment: an ecological analysis. *Social Science & Medicine*, 53(3), 277-292.
- Leiva, C. (2005). Conductismo, cognitivismo y aprendizaje. *Tecnología en Marcha*, 18(1), 66-73.
- LeMarquand, D., Hoaken, P. N., Benkelfat, C. y Pihl, R. O. (2008). Biochemical Factors in Aggression and Violence. En Kurtz, L.(Ed.): *Vol.1 of Encyclopedia of Violence, Peace, & Conflict*. (pp.174-188). Oxford: Elsevier.
- Lemos-Giraldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo* 85, 19-28.
- Lemos-Giraldez, S., Fidalgo, A. M., Calvo, P. y Menéndez, P. (1992). Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 883-905.
- Lemos-Giráldez, S., Vallejo-Seco, G. y Sandoval-Mena, M. (2006). Self-reported competences and problems in spanish adolescents: a normative study of the YSR. *Psicothema*, 18(4), 804-809.
- Lemos, M. y Veríssimo, L. (2014). The Relationships between Intrinsic Motivation, Extrinsic Motivation, and Achievement, Along Elementary School. *Procedia*, 112(7), 930-938.
- Leskauskas, D. (2012). Diagnosis and treatment of conduct disorder related to frontal lobe syndrome. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(5), 153.

- Lewis, R., Romi, S. y Roache, J. (2012). Excluding students from classroom: Teacher techniques that promote student responsibility. *Teaching and Teacher Education*, 28(6), 870-878.
- Ley Orgánica General del Sistema Educativo. (1990). En Gobierno de España (Ed.): *Boletín Oficial del Estado*, 238, de 4 de octubre de 1990. Madrid: Gobierno de España.
- Lila, M., Herrero, J. y Gracia, E. (2008). Multiple victimization of Spanish adolescents: A multilevel analysis. *Adolescence*, 43, 333-350.
- Lindstrom, S. R., Finigan, N. M., Bradshaw, C. P., Haynie, D. L. y Cheng, T. L. (2011). Examining the Link Between Neighborhood Context and Parental Messages to Their Adolescent Children About Violence. *Journal of Adolescent Health*, 49(1), 58-63.
- Little, S. G., Akin-Little, K. A. y Mocniak, U. H. (2004). Conduct Disorders and Impulse Control in Children. En O'Donohue, W. T. y Levensky, E. R.(Eds.): *Handbook of Forensic Psychology*. (pp.369-393). Cambridge: Academic Press
- Lobato-Morchón, R. (2003). Hacia un nuevo paradigma de autoridad. *Aula de innovación educativa*, 120, 15-16.
- Loeber, R., Green, S. y Lahey, B. (2003). Risk factors for adult antisocial personality. En Farrington, D. P. y Coid, J. W.(Eds.): *Early preferción of adult antisocial behavior*. (pp.79-108). Cambridge: Cambridge University Press.
- Londoño, N., Marín, C., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, B., Ochoa, N., Hurtado, M., Gómez, Y., Uribe, A., Luz, A., Pinilla, M., Villa, D., Villegas, M., Arango, A., Restrepo, P. y López, I. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68.

- López-Romero, L., Romero-Triñanes, E. y Luengo-Martín, A. (2011). La personalidad psicopática como indicador distintivo de severidad y persistencia en los problemas de conducta infanto-juveniles *Psicothema*, 23(4), 660-665.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V. y López, J. A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21, 353-358.
- Lorenz, K. (2005). *Sobre la agresión, el pretendido mal*. Madrid: Siglo XXI.
- Lösel, F. y Bender, D. (2003). Resiliency factors. En Farrington, D. P. y Coid, J. W. (Eds.): *Early prevención of adult antisocial behavior*. (pp.130-204). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lozano-González, L. y García-Cueto, E. (2000). El rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales. *Psicothema*, 12(2), 340-343.
- Luengo-Martín, A., Sobral, J., Romero, E. y Gómez-Fraguela, J. A. (2002). Biología, personalidad y delincuencia. *Psicothema*, 14, 16-25.
- Lykken, D. (2000). *Las personalidades antisociales*. Barcelona: Herder.
- Lynam, D. R. (1996). Early identification of chronic offenders: who is the fledging psychopath? *Psychological Bulletin*, 120(2), 209-234.
- Magelinskaitė, Š., Kepalaitė, A. y Legkauskas, V. (2014). Relationship between Social Competence, Learning Motivation, and School Anxiety in Primary School. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 116(21), 2936-2940.

- Maldonado-Durán, M. y Lartigue, T. (2008). La prevención de los problemas emocionales y conductuales en la etapa perinatal. *Revista Perinatología y reproducción humana*, 22(2), 79-89.
- Mandy, W., Skuse, D., Steer, C., Pourcain, B. y Bonamy R, O. (2013). Oppositionality and Socioemotional Competence: Interacting Risk Factors in the Development of Childhood Conduct Disorder Symptoms *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(7), 718-727
- Marco, J. H., García-Palacios, A. y Botella, C. (2013). Dialectical behavioral therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicotema*, 25(2), 158-163.
- Mardomingo-Sanz, M. J. (2004 marzo). *Detección y diagnóstico del alumnado con problemas de conducta*. Ponencia de las Jornadas para Orientadores celebrada por la Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid: España.
- Martínez-Ferrer, B., Musitu, G., Amador, L. y Monreal, C. (2010). Implicación y participación comunitaria y ajuste psicosocial en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(1), 205-214.
- Martínez-Gómez, J., Puerta, I. y Pineda, D. (2002). Prevalencia del retraso mental en adolescentes con trastorno disocial de la conducta. *Revista de Neurología*, 35(11), 1014-1018.
- Martínez-Lirola, M. (2004). ¿Qué relación guarda la motivación con los problemas de disciplina durante la adolescencia en los programas de educación bilingüe en EEUU? *Porta Linguarum*, 3(1), 21-34.
- Martínez-Otero, V. (2005). Conflictividad escolar y fomento de la convivencia. *Revista Iberoamericana de educación*, 38(1), 33-52.

- Martorell, J. L. y Prieto, J. L. (2008). *Fundamentos de Psicología*. Madrid: C. A. Ramón Areces.
- Mather, N. y Goldstein, S. (2001). *Learning Disabilities and Challenging Behaviors: A Guide to Intervention and Classroom Management*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Mathias, C. W., Stanford, M. S., Marsh, D. M., Frick, P. J., Moeller, F. G., Swann, A. C. y Dougherty, D. M. (2007). Characterizing aggressive behavior with the Impulsive/Premeditated Aggression Scale among adolescents with conduct disorder *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 151(3), 231-242.
- McCart, M. R., Henggeler, S. W. y Hales, S. (2011). Multisystemic Therapy. En Brown, B. y Prinstein, M.(Eds.): *Encyclopedia of Adolescence*. (pp.202-209). San Diego: Academic Press.
- McColskey, W. y Leary, M. R. (1985). Differential effects of norm-referenced and self-referenced feedback on performance expectancies, attributions, and motivation. *Contemporary Educational Psychology*, 10(3), 275-284.
- McCord, J. y Ensminger, M. (1995 noviembre). *Pathways from aggressive childhood to criminality*. Ponencia de criminología celebrada por la American Society of Criminology. Boston: EE.UU.
- Mednick, S. A., Gabrielli, W. F. y Hutchings, B. (1984). Genetic influence in criminal convictions: evidence from an adoption cohort. *Science* 224, 891–894.
- Mendel, R. A. (2001). *Less Hype, More Help: Reducing Juvenile Crime What Works - and What Doesn't*. Washington: American Youth Policy Forum.
- Méndez, F. X. y Olivares, J. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Menéndez-Benavente, I. (2001). Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente.*, 4(1), 92-102.
- Meng, H., Graf-Schimmelmann, B., Koch, E., Bailey, B., Parzer, P., Günter, M., Mohler, B., Kunz, N., Schulte-Markwort, M., Felder, W., Zollinger, R., Bürgin, D. y Resch, F. (2009). Basic symptoms in the general population and in psychotic and non-psychotic psychiatric adolescents. *Schizophrenia Research*, 111(1-3), 32-38.
- Mengíbar, C. (2010). El adolescente busca su propia identidad. *Innovación y experiencias educativas*, 32, 1-9.
- Mercadillo, R., J., D. y Barrios, F. (2007). Neurobiología de las emociones morales. *Salud mental*, 30(3), 1-11.
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. y Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement NCS-A). *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Mick, E. y Faraone, S. V. (2008). Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 261-284.
- Miller, L. (2014). Juvenile crime and juvenile justice: Patterns, models, and implications for clinical and legal practice. *Aggression and Violent Behavior*, 19(2), 122-137.
- Millon, T. y Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Masson.

- Ministerio de Educación Cultura y Deporte. (2011). Indicadores de Escolarización y Entorno Educativo. En Ministerio de Educación (Ed.): *Sistema estatal de indicadores de la educación. Edición 2011*. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de Educación.
- Ministerio de Educación Cultura y Deporte. (2012). Datos y Cifras Curso Escolar 2011-2012. En Ministerio de Educación (Ed.): *Estadísticas escolares*. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de Educación.
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco-Taberner, R. y Roselló-Miranda, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de Neurología*, 44(2), 23-25.
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Meliá, A. y Roselló-Miranda, B. (2008). Fundamentación de un programa multicomponencial de asesoramiento a familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 46(1), 43-45.
- Miranda-Casas, A., Presentación-Herrero, M. J., Colomer-Diago, C. y Roselló-Miranda, B. (2011). Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de Neurología*, 52(1), 119-126.
- Miranda-Casas, A. y Soriano-Ferrer, M. (2010). Tratamientos Psicosociales Eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Información Psicológica*, 100(1), 100-114.
- Mobilli, A. y Rojas, C. (2006). Aproximación al adolescente con trastorno de conducta disocial. *Investigación en Salud, Centro Universitario de Ciencias de la Salud de México*, 8(2), 121-128.

- Moffitt, T. E. (2005). Genetic and Environmental Influences on Antisocial Behaviors: Evidence from Behavioral–Genetic Research. *Advances in Genetics*, 55, 41-104.
- Moore, H. A., Zusman, J. y Root, G. C. (1984). Noninstitutional treatment for sex offenders in Florida. *American Journal of Psychiatry*, 142(8), 964-967.
- Moraga, R. B. (2008). *Evolución del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida*. Madrid: Draft Editores S.L.
- Moral-Jiménez, M. y Sirvent-Ruiz, C. (2011). Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 33-56.
- Moreira, V., Sánchez, A. y Mirón, L. (2010). El grupo de amigos en la adolescencia. Relación entre afecto, conflicto y conducta desviada. *Boletín de psicología*, 100, 7-21.
- Moreno, D., Ramos, M., Martínez, B. y Musitu, G. (2010). Agresión manifiesta y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Summa Psicológica*, 7(2), 45-54.
- Morgan, A. B. y Lilienfeld, S. O. (2000). A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clinical Psychology Review*, 20(1), 113-136.
- Morris, E. K. y Todd, J. T. (1999). Watsonian Behaviorism. En O'Donohue, W. y Kitchener, R.(Eds.): *Handbook of Behaviorism*. (pp.15-69). San Diego: Academic Press.
- Muñoz, R., Aguilar, S. y Guzmán, J. (2000). *Manual de Terapia Individual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de Depresión*. Santa Mónica, CA: Rand.
- Murphy, K. (2005). Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: A practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 61(5), 607-619.

- Navarro-Machuca, I., Sánchez-Rizo, I. y Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de la personalidad y los trastornos relacionados con el abuso de sustancias. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-10.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez, J. C. y Sales, A. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.
- Newman, J. P. (1987). Reaction to punishment in extraverts and psychopaths: implications for the impulsive behavior of disinhibited individuals. *Journal of Research in Personality*, 21, 464-480.
- Nigg, J. y Breslau, N. (2007). Prenatal Smoking Exposure, Low Birth Weight, and Disruptive Behavior Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(3), 362-369.
- Nigg, J., Nikolas, M. y Burt, S. A. (2010). Measured Gene-by-Environment Interaction in Relation to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 863-873.
- Noreika, V., Falter, C. M. y Rubia, K. (2013). Timing deficits in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Evidence from neurocognitive and neuroimaging studies. *Neuropsychologia*, 51(2), 235-266.
- Noroño-Morales, N. V., Segundo, R. C., Cadalso-Sorroche, R. y Fernández-Benítez, O. (2002). Influencia del medio familiar en niños con conductas agresivas. *Revista Cubana de Pediatría*, 74(2), 138-144.
- Nriagu, J. (2011). Lead, Delinquency and Violence. En Nriagu, J.(Ed.): *Encyclopedia of Environmental Health*. (pp.412-420). San Diego: Elsevier.

- Obiols, J., Barragán, M., Vivens, J. y Navarro, J. (2008). Síntomas pseudo-psicóticos en adolescentes de la población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 205-217.
- Ochoa-Mangado, E., Madoz-Gúrpide, A., Villaceros-Durbán, I., Llama-Sierra, P. y Sancho-Acero, J. L. (2010). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y consumo de sustancias: datos preliminares de seguimiento en una población de sujetos jóvenes. *Trastornos Adictivos*, 12(2), 79-86.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E. y Bender, D. S. (2007). *Tratado de los trastornos de la personalidad* (1º ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Oliva-Delgado, A., Hernando, A., Parra, A., Pertegal, M., Rios, M. y Antolín-Suarez, L. (2008). *La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Oliva, A., Antolín, L., Estévez, R. y Pascual, D. (2012). Activos del barrio y ajuste adolescente. *Psychosocial Intervention*, 21, 17-27.
- Ollendick, T. H. (1996). Violence in youth: where do we go from here? Behavior therapy's response. *Behavior Therapy*, 27, 485-514.
- Onetti, V. (2011). La disciplina educativa. *Innovación y experiencias educativas*, 40, 1-9.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento. En Organización Mundial de la Salud (Ed.): *Décima Revisión Internacional de la Clasificación Internacional de Enfermedades*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. En Organización Mundial de la Salud (Ed.): *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud. (2003). Mental Health Context. En Organización Mundial de la Salud (Ed.): *Mental Health Policy and Service Guidance Package*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones políticas. En Organización Mundial de la Salud (Ed.): *Informe de la Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista complutense de educación: Psicopatología y educación del retraso mental*, 11(1), 71-84.
- Orjales, I. (2004). Impacto y detección de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 10, 11-20.
- Orjales, I. (2007). El Tratamiento Cognitivo en niños con Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 3, 19-30.
- Orjales, I. y Polaino, A. (2001). *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: CEPE.
- Ortega, P., Mínguez, R. y Saura, P. (2003). *Conflicto en las aulas*. Barcelona: Ariel Educación.
- Ovejero-Bernal, A., García-Álvarez, A. y Fernández-Alonso, J. A. (1994). Correlatos psicosociales del fracaso escolar en estudiantes de bachillerato y formación profesional. *Psicothema*, 6(2), 245-258.

- Pardini, D. A. y Fite, P. J. (2010). Symptoms of Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Callous-Unemotional Traits as Unique Predictors of Psychosocial Maladjustment in Boys: Advancing an Evidence Base for DSM-5. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1134-1144.
- Pascual, M., Romero, Y., Grau, M. y Magaña, M. (2007). XVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente (II): Motivos de consulta más frecuentes en un servicio de adolescencia. *Anales de Pediatría*, 66(2), 206-225.
- Pastor, P. N., Reuben, C. A. y Duran, C. R. (2012). Identifying Emotional and Behavioral Problems in Children Aged 4–17 Years: United States, 2001–2007. *National Center for Health Statistics* 48, 1-17.
- Pedreira-Massa, J. L. (2011). Trastorno negativista (oposicionista-desafiante) en la infancia. *Anales de Pediatría Continuada*, 9(1), 1-6.
- Peña-Olvera, F. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Revista Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública*, 45(1), 124-131.
- Peña-Olvera, F. y Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Revista Salud Mental*, 34(5), 421-427.
- Peña, J. A. y Velasquez, J. D. (2005). Evidencia actual sobre la atomoxetina: alternativa terapéutica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de neurología*, 41(8), 493-500.

- Pereira-Tercero, R. y Bertino-Menna, L. (2010). Los hijos que agreden a sus padres. La actitud del profesional de atención primaria. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 17(1), 39-47.
- Pérez-Álvarez, M. (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez-Alvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Rodríguez, C. y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Pérez, M. (1990). In memoriam Burrhus Frederic Skinner. *Psicothema*, 2(2), 211-223.
- Perisse, D., Gerardin, P., Cohen, D., Flament, M. y Mazet, P. (2006). Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent: une revue des abords thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54(8), 401-410.
- Peterson, R. D., Krivo, L. J. y Harris, M. A. (2000). Disadvantage and neighborhood violent crime: do local institutions matter? *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 37(1), 31-63.
- Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Mick, E., Hughes, S., Small, J., Faraone, S. V. y Biederman, J. (2009). Parsing the familiarity of oppositional defiant disorder from that of conduct disorder: A familial risk analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 43(4), 345-352.
- Pires, P. y Jenkins, J. (2007). A growth curve analysis of the joint influences of parenting affect, child characteristics and deviant peers on adolescent illicit drug use. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 169-183.
- Plattner, B., Giger, J., Bachmann, F., Brühwiler, K., Steiner, H., Steinhausen, H., Bessler, C. y Aebi, M. (2012). Psychopathology and offense types in detained male juveniles. *Psychiatry Research*, 198(2), 285-290.

- Plomin, R. y Arranz, P. (1998). Genes específicos y diferencias individuales. En Sánchez-López, M. P y Quiroga-Estévez, M. A.(Eds.): *Perspectiva en la investigación psicológica de las diferencias individuales*. (pp 281-292). Madrid: Ramón Areces
- Plomin, R. y Daniels, D. (1987). Children in the same family are very different, but why? *Behavioral and Brain Sciences*, 10, 44-54.
- Plomin, R., DeFries, J. C. y McClearn, G. E. (1984). *Genética de la Conducta*. Madrid: Alianza.
- Ploog, B. O. (2012). Classical Conditioning. En Ramachandran, V. (Ed.): *Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition)*. (pp.484-491) San Diego: Academic Press.
- Polaino, L. A. (2003 octubre). *Repensar la educación familiar hoy*. Ponencia de la II Jornada Interdisciplinar sobre Cuestiones Educativas Actuales celebrada por la Universidad de Navarra. Pamplona: España.
- Portnoy, J., Chen, F. R. y Raine, A. (2013). Biological protective factors for antisocial and criminal behavior. *Journal of Criminal Justice*, 41(5), 292-299.
- Powell, K. M. y Rosén, L. A. (1999). Avoidance of responsibility in conduct disordered adolescents. *Personality and Individual Differences*, 27(2), 327-340.
- Pozo, J. (1997). *Teorías Cognitivas del Aprendizaje*. Madrid: Ediciones Morata.
- Pozueco, J. M. (2010). *Psicópatas integrados*. Madrid: Editorial EOS.
- Prats, J., Raventós, F., Gasòliba, E., Cowen, R., Creemers, B. P. M., Gauthier, P., Maes, B., Schulte, B. y Standaert, R. (2005). *Los sistemas educativos europeos, ¿Crisis o transformación?* Barcelona: Obra Social Fundación La Caixa.

- Presentación-Herrero, M. J., García-Castellar, R., Miranda-Casas, A., Siegenthaler-Hierro, R. y Jara-Jiménez, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados *Revista de Neurología*, 42, 137-143.
- Price, J. M. y Lento, J. (2001). The nature of child and adolescent vulnerability: History and definitions. En Price, J. M (Ed.): *Vulnerability to psychopathology: Risk across lifespan*. (pp. 20-38). New York: Guilford Press.
- Puerta, C. I. (2004). Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta *Revista de neurología*, 38(3), 271-276.
- Quadros, I. M., Takahashi, A. y Miczek, K. A. (2010). Serotonin and Aggression. En Müller, C. P. y Jacobs, B. L.(Eds.): *Handbook of Behavioral Neurobiology of Serotonin*. (pp.687-713). Boston: Elsevier.
- Quay, H. (1979). *Psychopathological disorders of childhood*. New York: John Wiley and Sons.
- Quinsey, V. L., Skilling, T. A., Lalumière, M. L. y Craig, W. M. (2004). *Juvenil delinquency: understanding the origins of individual differences*. Washington: American Psychological Association.
- Rae-Grant, N., Thomas, B. H., Offord, D. R. y Boyle, M. H. (1989). Risk, Protective Factors, and the Prevalence of Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(2), 262-268.
- Raine, A. (1993). *The psychopathology of crime: Criminal behaviour as a clinical disorder*. San Diego: Elsevier.

- Raine, A. (2013). *The anatomy of violence. The biological roots of crime*. London: Penguin Books Ltd.
- Ramírez-Castillo, A. (2002). Prácticas de crianza de riesgo y problemas de conducta en los hijos. *Apuntes de Psicología*, 20(2), 273-282.
- Ramírez-Castillo, A. (2005). Contexto familiar: diferencias conductuales entre niños y niñas. *Convergencia: Revista de ciencias sociales*, 39, 133-150.
- Ramos-Atance, J. A. (2007). *Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis*. Madrid: SEID, Departamento de Bioquímica de la Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.
- Raya, A. F., Pino, M. J., Ruiz, R. y Herruzo, J. (2013). Relationship Between Parenting Style and Aggression in a Spanish Children Sample. *Procedia*, 82, 529-536.
- Reichborn-Kjennerud, T. (2008). Genetics of Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 421-440.
- Reppucci, N. D., Fried, C. S. y Schmidt, M. G. (2002). Youth violence. Risk and protective factors. En Corrado, R. R., Roesch, R. H., Hart, S. D. y Gierowski, J. K.(Eds.): *Multi-problem violent youth. A foundation for comparative research on needs, intervention, and outcomes*. (pp. 3-22). Amsterdam: IOS Press.
- Reyzábal-Rodríguez, M. V. (2006). *Respuesta educativa al alumnado con trastornos de conducta*. Madrid: Consejería de Educación/Dirección General de Promoción Educativa.
- Rigau-Ratera, E., García-Nonell, C. y Artigas-Pallarés, J. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Revista de neurología*, 42(2).

- Rigol-Roig, J. (2003). Crisis de valores en la sociedad actual. *Aula de innovación educativa*, 120, 5.
- Robin, A. L. (2010). *Comorbilidades del TDAH*. Madrid: Elsevier España.
- Robinson, E. A. (1985). Coercion theory revisited: Toward a new theoretical perspective on the etiology of conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 5(6), 597-625.
- Robles-Pacho, Z. y Romero-Triñanes, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de psicología*, 27(1), 86-101.
- Rodríguez-Biglieri, R. y Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva-conductual para los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Rodríguez-Hernández, P. J. (2008). Trastornos del comportamiento. *Pediatría Integral*, 12(10), 949-958.
- Rodríguez-Hernández, P. J., Santamaría, M. T. y Figueroa, A. (2010). *Trastornos del comportamiento. Guía didáctica*. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública.
- Rodríguez-Palmero, L., Moreira, M. A., Caballero, C. y Greca, I. (2010). *La teoría del aprendizaje significativo en la perspectiva de la psicología cognitiva*. Barcelona: Ediciones Octaedro, S.L.
- Rodríguez-Sacristán, J. (2000). *Psicopatología infantil Básica*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez Izquierdo, R. (2005). Diversidad cultural en el aula: grupos de discusión. *Revista de Investigación Educativa*, 23(5), 23-39.

- Rodriguez, R. y Luca-de-Tena, C. (2001). *Programa de motivación en la Enseñanza Secundaria Obligatoria*. Archidona: Aljibe.
- Rogers, C. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(1), 95-103.
- Rohner, R. P. y Veneziano, R. A. (2001). The importance of father love: History and contemporary evidence. *Review of General Psychology*, 5, 382-405.
- Rojas-Marcos, L. (2005). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Rosenthal, D. (1970). *Genetic theory of abnormal behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
- Rudasill, K. M., Reio, T. G., Stipanovic, N. y Taylor, J. E. (2010). A longitudinal study of student–teacher relationship quality, difficult temperament, and risky behavior from childhood to early adolescence. *Journal of School Psychology*, 48(5), 389-412.
- Ruíz-Díaz, V. (2010). Trastornos de conducta: el trastorno negativista desafiante. *Innovación y experiencias educativas*, 36, 1-9.
- Rutter, M. y Giller, H. (1983). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. Harmondsworth, England: Penguin Books.
- Rutter, M. y Guiller, H. (1988). *Delincuencia juvenil*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Sabrià-Pau, J. (2004). Detección precoz de los problemas emocionales y de conducta en el niño. *Pediatría Integral*, 8(8), 642-650.

- Salazar-Rojas, D. (2004). *El adolescente y la familia. En Medicina de la adolescencia. Atención integral*. Madrid: Ergón.
- Saldaña, C. (2001). *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sälzer, C., Trautwein, U., Lüdtke, O. y Stamm, M. (2012). Predicting adolescent truancy: The importance of distinguishing between different aspects of instructional quality. *Learning and Instruction, 22*(5), 311-319.
- Samper, P., Tur, A. M., Mestre, V. y Cortés, M. T. (2008). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 8*(3), 431-440.
- Sánchez-González, S. y Román-Sánchez, J. M. (1993). Decremento de comportamientos disruptivos e incremento de rendimiento escolar en la educación primaria. *La intervención psicosocial : programas y experiencias, 265-276*.
- Sandoval, M., Lemos, S. y Vallejo, G. (2006). Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: A normative study of the YSR. *Psicothema, 18*(4), 804-809.
- Santos-Guerra, M. A. (1994). *Entre bastidores: el lado oculto de la organización escolar*. Málaga: Aljibe.
- Sapolsky, R. (1997). *The trouble with testosterona*. New York: Scribner.
- Satterfield, J. y Schell, A. (1997). A Prospective Study of Hyperactive Boys With Conduct Problems and Normal Boys: Adolescent and Adult Criminality Original Research Article. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(12), 1726-1735.

- Saus-Cantero, V. (2009). Problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual: papel del terapeuta ocupacional. *Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales*, 50, 22-25.
- Sava, F. A. (2002). Causes and effects of teacher conflict inducing attitudes towards pupils: a path analysis model. *Teaching and Teacher Education*, 18(8), 1007-1021.
- Scott, W. (2012). Multisystemic Therapy: Clinical Foundations and Research Outcomes. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 181-193.
- Scheier, L. M. y Botvin, G. (1995). Effects of early adolescent drug use on cognitive efficacy in early-late adolescence: A developmental structural model. *Journal of Substance Abuse*, 7(4), 379-404.
- Schneider, K. y Leitner, L. (2003). Humanistic Psychotherapy, En: Hersen, M. y Sledge, W.(Eds.): *Encyclopedia of Psychotherapy*. (pp.949-957). New-York: Academic Press.
- Schoenwald, S. K., Sheidow, A. J., Letourneau, E. J. y Liao, J. G. (2003). Transportability of multisystemic therapy: evidence for multilevel influences. *Mental Health Services Research*, 5(1), 223-239.
- Schunk, D. H. (1998). *Teorías del aprendizaje*. Méjico: Pearson Educación.
- Seeger, G., Schloss, P., Schmidt, M. H., Rüter-Jungfleisch, A. y Henn, F. A. (2004). Gene–environment interaction in hyperkinetic conduct disorder (HD + CD) as indicated by season of birth variations in dopamine receptor (DRD4) gene polymorphism. *Neuroscience Letters*, 366(3), 282-286.
- Segal, N. (2012). *Born Together, Reared Apart*. Cambridge: Harvard University Press.

- Seidman, L. J., Valera, E. M. y Makris, N. (2005). Structural Brain Imaging of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1263-1272.
- Sell, F. (2003). Síndrome de hiperactividad y déficit de atención. *Revista de neurología*, 37(4), 353-358.
- Senín-Calderón, C. y Rodríguez-Testal, J. F. (2011). Abordaje Terapéutico sobre el pensamiento referencial en un caso de Trastorno Esquizotípico de la Personalidad. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 7, 69-79.
- Seroczynski, A. D., Bergeman, C. S. y Coccaro, E. F. (1999). Etiology of the impulsivity/aggression relationship: Genes or environment? . *Psychiatry Research*, 86(1), 41-57.
- Sharp, S. I., McQuillin, A. y Gurling, H. (2009). Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuropharmacology*, 57(7-8), 590-600.
- Shastry, B. S. (2004). Molecular genetics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an update. *Neurochemistry International*, 44(7), 469-474.
- Shawn, D. H. y Shawn, I. (2003). Olanzapine treatment in children with oppositional defiant disorder (ODD) and aggressive, antisocial behavior. *European College of Neuropsychopharmacology*, 13(4), 429.
- Sheidow, A. J., Houston, J. L. y Peter, M. M. (2013). Chapter 9 - Multisystemic Therapy for Adolescent Substance Use. En *Interventions for Addiction* (pp. 77-86). San Diego: Academic Press.
- Sher, L., Goldman, D., Ozaki, N. y Rosenthal, N. E. (1999). The role of genetic factors in the etiology of seasonal affective disorder and seasonality. *Journal of Affective Disorders*, 53(3), 203-210.

- Siegenthaler-Hierro, R., Presentación-Herrero, M. J., Colomer-Diago, C. y Miranda-Casas, A. (2013). Análisis de factores moduladores de la intervención psicosocial en preescolares con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 56(1), 85-92.
- Simón, V. (2011). *Aprende a practicar mindfulness y abrir el corazón a la sabiduría y la compasión*. Barcelona: Sello Editorial.
- Singer, S. I. (2008). *Encyclopedia of Violence, Peace, & Conflict (Second Edition). Juvenile Crime*. New York: Academic Press.
- Sobral, J., Romero, E., Luengo, A. y Marzoa, J. (2000). Personalidad y conducta antisocial: amplificadores individuales de los efectos contextuales. *Psicothema*, 12(4), 661-670.
- Solé-Blanch, J. (2005). Intervención educativa en niños y adolescentes con trastornos mentales y del comportamiento. *Revista de ciències de l'educació. Universitat tarraconensis*, 2, 153-164.
- Soutullo, C. y Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento de TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Spencer, T. J., Biederman, J. y Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Ambulatory Pediatrics*, 7(1), 73-81.
- Stagnaro, J. C. (2007). Algunos problemas de la psiquiatría contemporánea analizados desde la perspectiva bioética. *Vertex*, 18(75), 376-381.
- Stallard, P. y Brouwer, D. (2007). *Pensar bien, sentirse bien: manual práctico de terapia cognitivo conductual para niños y adolescentes*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Stanton-Chapman, T. y Chapman, D. (2006). Using GIS to Investigate the Role of Recreation and Leisure Activities in the Prevention of Emotional and Behavioral Disorders. *International Review of Research in Mental Retardation*, 33, 191-211.
- Statistical Package for the Social Sciences. (2006). *SPSS Base 15.0 User's Guide*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Steiner, H., Dunne, J., Ayres, W., Arnold, V., Benedek, E., Benson, R., Bernstein, A., Bernet, W., Bukstein, O., Kinlan, J., Leonard, H. y McClellan, J. (1997). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), 122-139.
- Steiner, H. y Remsing, L. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(1), 126-141.
- Steiner, H. y Stone, L. (1999). Introduction: Violence and Related Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 232-234.
- Straus, M. A., Sugarman, D. B. y Giles-Sims, J. (1997). Spanking parents and subsequent antisocial behavior of children. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 151, 761-767.
- Stringaris, A., Maughan, B. y Goodman, R. (2010). What's in a Disruptive Disorder? Temperamental Antecedents of Oppositional Defiant Disorder: Findings from the Avon Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(5), 474-483.
- Suárez-Pazos, M. (2004). Los castigos y otras estrategias disciplinarias vistos a través de los recuerdos escolares. *Revista de Educación*, 335, 429-443.

- Swanson, J., Deutsch, C., Cantwell, D., Posner, M., Kennedy, J. L., Barr, C. L., Moyzis, R., Schuck, S., Flodman, P., Spence, M. A. y Wasdell, M. (2001). Genes and attention-deficit hyperactivity disorder. *Clinical Neuroscience Research*, 1(3), 207-216.
- Swensen, A., Birnbaum, H., Secnik, K., Marynchnko, M., Greenberg, P. y Claxton, A. (2003). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Increased Costs for Patients and Their Families Original Research Article. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1415-1423.
- Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S. W., Faldowski, R. y Mayhew, A. M. (2010). Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: A Randomized Effectiveness Trial. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 497–507.
- Szymanski, L. y King, B. H. (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 5-31.
- Tannock, R. y Brown, T. E. (2010). *Comorbilidades del TDAH. Manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos* (Segunda ed.). Barcelona: Elsevier Masson España S.L.
- Tcheremissine, O. V. y Lieving, L. M. (2006). Pharmacological Aspects of the Treatment of Conduct Disorder in Children and Adolescents. *CNS Drugs*, 20(7), 549-565.
- Teichner, G. y Golden, C. J. (2000). The relationship of neuropsychological impairment to conduct disorder in adolescence: A conceptual review article. *Aggression and Violent Behavior*, 5(6), 509-528.

- Ter-Bogt, T., Van-Dorsselaer, S., Monshouwer, K., Verdurmen, J., Engels, R. y Vollebergh, W. (2006). Body Mass Index and Body Weight Perception as Risk Factors for Internalizing and Externalizing Problem Behavior Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 39*(1), 27-34.
- Timoneda, C. (1999). Una propuesta de diagnóstico e intervención psicopedagógica basada en y desde la práctica. *Revista de Investigación Educativa, 17*(2), 515-520.
- Torrego, J. C., Aguado, J. C., Arribas, J. M., Escaño, J., Fernández, I., Funes, S., Gil, M., Palmeiro, C., Romero, G., De Vicente, J. y Villaoslada, E. (2006). *Modelo integrado de mejora de la convivencia. Estrategias de mediación y tratamiento de conflictos*. Barcelona: Graó.
- Torrego, J. C. y Moreno, J. (1999). *Resolución de conflictos de convivencia en Centros Educativos*. Madrid: UNED, Colección de Educación Permanente.
- Torrego, J. C. y Moreno, J. M. (2003). *Convivencia y disciplina en la escuela, el aprendizaje de la democracia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Trepat, E. y Ezpeleta, L. (2011). Sex differences in oppositional defiant disorder. *Psicothema, 23*(4), 666-671.
- Trianes, M. V. (2000). *Violencia en contextos escolares*. Málaga: Aljibe.
- Trip, S. y Bora, C. H. (2012). A universal primary prevention program for aggressive behavior in secondary school. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 33*, 573-577.
- Trull, T. (2005). *Clinical Psychology* (7º Edición ed.). Belmont, CA.: Thomson Wadsworth.

- Tur-Porcar, A., Mestre, V., Samper, P. y Malonda, E. (2012). Crianza y agresividad de los menores: ¿es diferente la influencia del padre y de la madre? *Psicothema*, 24(2), 284-288
- Tur, A., Mestre-Escrivá, V. y del-Barrio-Gándara, V. (2004). Los problemas de conducta exteriorizados e interiorizados en la adolescencia: relaciones con los hábitos de crianza y con el temperamento. *Acción psicológica*, 3(3), 207-221.
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2011). *Estado mundial de la infancia 2011: la adolescencia una época de oportunidades*. Nueva York: UNICEF. Recuperado el 18 de enero de 2012 de http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Executive-Summary_SP_01122011.pdf.
- Valverde, J. I. (1988). *El proceso de inadaptación social*. Madrid: Popular.
- Van-den-Bree, M., Svikis, D. S. y Pickens, R. W. (1998). Genetic influences in antisocial personality and drug use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 49(3), 177-187.
- Van-Goozen, S. y Fairchild, G. (2006). Neuroendocrine and neurotransmitter correlates in children with antisocial behavior. *Hormones and Behavior*, 50(5), 647-654.
- Van-Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. y Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179-195.
- Varela-Garay, R., Ávila, M. y Martínez, B. (2013). Violencia escolar: Un análisis desde los diferentes contextos de interacción. *Psychosocial Intervention*, 22(1), 25-32.

- Vaughn, M., Maynard, B., Salas-Wright, C., Perron, B. y Abdon, A. (2013). Prevalence and correlates of truancy in the US: Results from a national sample. *Journal of Adolescence*, 36(4), 767-776.
- Vazquez-Fernández, J. M., Jarabo-Marquina, I. y Araujo-López, I. (2004). *Problemas de conducta y resolución de conflictos. Pautas de actuación*. Vigo: Ideaspropias.
- Vega-Fuente, A. (2002). Inadaptados Sociales y Educación Especial: entre la acción educativa y la Denuncia Social. En Universidad de Oviedo (Ed.): *Educación y diversidad : XV Jornadas Nacionales de Universidad y Educación Especial*. (pp.337-358). Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Verdejo, M. D., Herrero-Navarro, J. M., Caravaca, M. y Escobar-Solano, M. A. (2008). Intervención Educativa en el alumnado con trastornos de conducta. En Gómez-Portillo, A.(Coord.): *Atención a la diversidad. Materiales para la formación del profesorado*. (pp.787-855). Murcia: Consejería de Educación, Ciencia e Investigación de la Región de Murcia.
- Vidal-Estrada, R., Bosch-Munso, R., Nogueira-Morais, M., Casas-Brugue, M. y Ramos-Quiroga, J. A. (2012). Tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: revisión sistemática. *Actas españolas de psiquiatría*, 40(3), 147-154.
- Viding, E. y Larsson, H. (2007). Aetiology of antisocial behaviour. *International Congress Series*, 1304(1), 121-132.
- Villa-Moral, M. (2008). Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*, 94, 85-104.

- Villegas, M. (1986). La Psicología Humanista: historia, concepto y método. *Anuario de Psicología Departament de Psicologia Bàsica de Barcelona*, 34(1), 1-40.
- Vinokur, D., Levine, S. Z., Roe, D., Krivoy, A. y Fischel, T. (2014). Age of onset group characteristics in forensic patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 29(3), 149-152.
- Wachs, T. D. y Gruen, G. E. (1982). *Early experience and human development*. New York: Plenum Press.
- Wahler, R. G. y Cerezo, A. (2005). The Mothering of Conduct Problem and Normal Children in Spain and the USA: Authoritarian and Permissive Asynchrony. *Spanish journal of psychology*, 8(2), 205-214.
- Wakschlag, L. S., Pickett, K. E., Kasza, K. E. y Loeber, R. (2006). Is Prenatal Smoking Associated With a Developmental Pattern of Conduct Problems in Young Boys? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 461-467.
- Waldman, I. D. y Gizer, I. R. (2006). The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 396-432.
- Walker, K., Bowen, E. y Brown, S. (2013). Psychological and criminological factors associated with desistance from violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 18(2), 286-299.
- Walkey, F. H., McClure, J., Meyer, L. H. y Weir, K. F. (2013). Low expectations equal no expectations: Aspirations, motivation, and achievement in secondary school. *Contemporary Educational Psychology*, 38(4), 306-315.

- Waller, R., Gardner, F. y Hyde, L. W. (2013). What are the associations between parenting, callous unemotional traits, and antisocial behavior in youth? A systematic review of evidence. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 593-608.
- Wang, M. y Eccles, J. (2013). School context, achievement motivation, and academic engagement: A longitudinal study of school engagement using a multidimensional perspective. *Learning and Instruction*, 28, 12-23.
- Wasserman, G. A., Liu, X., Pine, D. S. y Graziano, J. H. (2001). Contribution of maternal smoking during pregnancy and lead exposure to early child behavior problems. *Neurotoxicology and Teratology*, 23(1), 13-21.
- Watson, J. B. (1930). *Behaviorism*. New York: Norton.
- Weisz, J. R., Chaiyasit, W., Weiss, B., Eastman, K. L. y Jackson, E. W. (1995). A multimethod study of problem behavior among Thai and American children in school: Teacher reports versus direct observations. *Psychological Association. Child Development. Nueva York*, 66, 402-415.
- Welsh, E., Buchanan, A., Flouri, E. y Lewis, J. (2004). *Involved fathering and child well-being: Fathers' involvement with secondary school age children*. New York: Joseph Rowntree Foundation.
- Wicks-Nelson, R. y Israel, A. C. (2004). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª edición ed.). Madrid: Pearson Educación.
- Yela, M. (1980). La evolución del conductismo. Análisis y modificación de conducta. *Psicothema*, 6(11-12), 147-179.
- Yela, M. (1996). Ambiente, herencia y conducta. *Psicothema*, 8(Supl), 187-228.

Yildirim, B. O. y Derksen, J. J. (2012). A review on the relationship between testosterone and the interpersonal/affective facet of psychopathy. *Psychiatry Research*, 197(3), 181-198.

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.

Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington, DC: American Psychological Association.

Índice de tablas

| | | |
|-------------|--|-----|
| Tabla 1.1. | Elementos básicos de la intervención con menores con alteraciones graves del comportamiento desde las perspectivas clínica, social y educativa. | 23 |
| Tabla 1.2. | Manifestaciones conductuales de los alumnos con alteraciones graves del comportamiento y consecuencias..... | 33 |
| Tabla 1.3. | Características generales de los menores agresivos asociadas a patrones de agresión reactiva y proactiva..... | 35 |
| Tabla 1.4. | Características de los trastornos analizados más habituales, que afectan al comportamiento. | 51 |
| Tabla 1.5. | Causas biológicas endógenas y exógenas de las alteraciones graves de la conducta | 65 |
| Tabla 1.6. | Síntesis sobre los factores de riesgo y protección más determinantes a la hora de potenciar o inhibir los trastornos del comportamiento | 83 |
| Tabla 1.7. | Paradigmas desde los que se explican las causas de los trastornos graves del comportamiento. | 91 |
| Tabla 1.8. | Prevalencia del TDAH, TND, TD y RML en la población menor de edad | 98 |
| Tabla 1.9. | Marcadores de vulnerabilidad de los trastornos de conducta infantil..... | 140 |
| Tabla 1.10. | Indicadores conductuales y situacionales de riesgo que pueden estar relacionados con la aparición de alteraciones de conducta..... | 143 |
| Tabla 1.11. | Factores de protección y riesgo relacionados con los problemas de conducta y/o delincuencia..... | 144 |
| Tabla 1.12. | Factores de protección de la persona y del ambiente que influyen en la capacidad de resiliencia. | 146 |
| Tabla 1.13. | Resumen de los diferentes modelos de intervención con menores con alteraciones graves de conducta..... | 151 |
| Tabla 1.14. | Clasificación de los tratamientos del TDAH según su eficacia..... | 157 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| Tabla 1.15. | Estimación de la prevalencia para los cuatro trastornos, en la población escolar Asturiana de entre 6 a 12 años..... | 165 |
| Tabla 1.16. | Objetivos del Programa Trampolín..... | 182 |
| Tabla 1.17. | Modelo de intervención socioeducativo avanzado o modelo Vinjoy. Ejes definitorios, características y articulación..... | 191 |
| Tabla 1.18. | Reforzadores externos utilizados en el Programa Trampolín..... | 207 |
| Tabla 1.19. | Sistema general de normas del Programa Trampolín..... | 210 |
| Tabla 1.20. | Síntesis de las técnicas de orientación conductista aplicadas en el Programa Trampolín..... | 214 |
| Tabla 1.21. | Síntesis de las terapias cognitivo-conductuales aplicadas en Trampolín..... | 221 |
| Tabla 1.22. | Medidas terapéuticas multisistémicas desarrolladas en el Programa Trampolín dirigidas a la mejora de objetivos..... | 228 |
| Tabla 1.23. | Intervención de Trampolín desde los diferentes modelos teóricos..... | 233 |
| Tabla 1.24. | Secuencia de intervención con los alumnos de Trampolín..... | 239 |
| Tabla 4.25. | Comparaciones medias en las puntuaciones del MMPI-A entre el Grupo Trampolín y el grupo Control..... | 294 |
| Tabla 4.26. | Análisis Multivariado de la Varianza de las diferencias emocionales y comportamentales entre los grupos..... | 298 |
| Tabla 4.27. | Tipos de medidas punitivas y no punitivas llevadas a cabo en los centros de referencia..... | 300 |
| Tabla 4.28. | Respuestas educativas de los centros en los alumnos del Grupo Trampolín..... | 303 |
| Tabla 4.29. | Frecuencia y porcentaje de participantes de Trampolín antes y después de la intervención socioeducativa en indicadores de conflictividad..... | 307 |
| Tabla 4.30. | Puntuaciones medias del Grupo Trampolín antes y después de la intervención socioeducativa en variables educativas..... | 309 |
| Tabla 4.31. | Frecuencia y porcentaje de participantes de Trampolín antes y después de la intervención socioeducativa en indicadores de conflictividad diana..... | 312 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 4.32. Frecuencia y porcentaje de participantes de Trampolín antes y después de la intervención socioeducativa en indicadores de tipo de conflictividad. | 315 |
| Tabla 4.33. Frecuencia y porcentaje de participantes de Trampolín antes y después de la intervención socioeducativa en indicadores de asuntos legales | 316 |
| Tabla 4.34. Frecuencia y porcentaje de participantes de Trampolín antes y después de la intervención socioeducativa en indicadores de atribuciones causales. | 318 |

Índice de figuras

| | |
|--|-----|
| Figura 1.1. Relaciones entre los trastornos del comportamiento más habituales..... | 48 |
| Figura 1.2. Interrelaciones entre los factores que influyen en la salud y el comportamiento de los menores. | 75 |
| Figura 1.3. Infracciones penales cometidas por menores en España (2007-2011). | 95 |
| Figura 1.4. Estimación del coste anual de los menores de entre 6 y 12 años afectados con alteraciones de la conducta en el Principado de Asturias. | 102 |
| Figura 1.5. Trastornos diagnosticados por EAC durante los cursos 2002-2012. | 163 |
| Figura 1.6. Porcentaje de casos más graves de conducta tratados por el EAC en las tres principales zonas de Asturias durante los cursos 2002-2012. | 171 |
| Figura 1.7. Detalle de los casos tratados por el EAC en la zona centro del Principado de Asturias durante los cursos 2002-2012..... | 172 |
| Figura 1.8. Demografía de las áreas o núcleos de población asturiana y porcentaje de menores que habitan en cada una de ellas con edades comprendidas entre los 7 a 16 años..... | 173 |
| Figura 1.9. Número de casos per cápita tratados por el EAC en las diferentes áreas demográficas asturianas..... | 174 |
| Figura 1.10. Casos atendidos por el EAC según el curso de referencia durante el periodo 2002-20012. | 176 |
| Figura 1.11. Cursos en los que se encontraban los alumnos con graves alteraciones de la conducta en el momento de la intervención del EAC durante el periodo 2002-2012. | 177 |
| Figura 1.12. Trastornos más comunes atendidos por el EAC durante el periodo 2002-2012..... | 179 |
| Figura 1.13 Diferencias porcentuales entre géneros, de los alumnos con graves alteraciones de conducta tratados por el EAC durante el periodo 2002/2012 | 180 |
| Figura 1.14. Tablón-expositor del sistema de colores. | 199 |

| | |
|--|-----|
| Figura 1.15. Los trampos: billetes internos de trampolín. | 201 |
| Figura 1.16. Regalos que se canjean cada semana por trampos. | 201 |
| Figura 1.17. Libreta diario y/o anecdotario para el registro de puntos. | 202 |
| Figura 1.18. Tablón de las normas. | 213 |
| Figura 1.19. Interrelaciones entre los participantes que actúan en el contexto del menor. | 227 |
| Figura 1.20. Actividades de ocio, tiempo libre y salud. Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta. | 241 |
| Figura 1.21. Alumnos realizando experiencias, en el área de ciencias naturales..... | 243 |
| Figura 1.22. Contenidos educativos tratados desde centros de interés. | 244 |
| Figura 1.23. Actividades manipulativas en el área de ciencias sociales. | 246 |
| Figura 1.24. Actividades manipulativas en el área de matemáticas. | 248 |
| | |
| Figura 4.25. Edad en la que se produce la primera intervención del EAC. | 278 |
| Figura 4.26. Trastornos mentales que presentan los alumnos del Grupo Trampolín. | 279 |
| Figura 4.27. Puntuaciones medias en conductas anómalas manifestadas por los alumnos del Grupo Trampolín en función de la valoración de los profesionales | 280 |
| Figura 4.28. Porcentajes de menores del Grupo Trampolín en las estructuras familiares evaluadas. | 281 |
| Figura 4.29. Porcentajes del nivel sociocultural de las familias del Grupo Trampolín. | 282 |
| Figura 4.30. Porcentajes del nivel adquisitivo de las familias del Grupo de Estudio Trampolín..... | 282 |
| Figura 4.31. Porcentajes de la presencia de problemas en los progenitores de los alumnos del Grupo Trampolín. | 283 |
| Figura 4.32. Indicadores familiares detectados por el EAC. Para el Grupo Trampolín. | 284 |

| | |
|---|-----|
| Figura 4.33. Porcentaje de cursos repetidos en los alumnos del Grupo Trampolín..... | 285 |
| Figura 4.34. Porcentajes de los tipos de conductas manifestadas por el Grupo Trampolín, en el centro educativo de referencia. | 288 |
| Figura 4.35. Porcentajes de participación de los menores en diferentes actividades de ocio y tiempo libre. | 289 |
| Figura 4.36. Porcentaje de participantes que consumen y el tipo de sustancia tomada | 290 |
| Figura 4.37. Comparación entre el grado de aceptación social en Trampolín y en el Centro de referencia. | 290 |
| Figura 4.38. Comparación entre diferentes formas de ejercer el control en dos ambientes educativos diferentes (Trampolín y centro educativo de referencia). | 291 |
| Figura 4.39. Porcentaje de medidas no punitivas aplicadas en los centros a los alumnos del Grupo Trampolín..... | 304 |
| Figura 4.40. Participantes del Grupo Trampolín que manifestaron conductas problema antes y después de la intervención socioeducativa en variables relativas a la conflictividad escolar. | 308 |
| Figura 4.41. Puntuaciones medias valoradas del 1 al 10 sobre diversas variables educativas antes y después de la intervención con el Grupo Trampolín. | 310 |
| Figura 4.42. Participantes del Grupo Trampolín que manifestaron conductas y problema antes y después de la intervención socioeducativa en variables relativas a la conflictividad diana. | 313 |
| Figura 4.43. Participantes del Grupo Trampolín que manifestaron conductas problema antes y después de la intervención socioeducativa en variables relativas al tipo de conflictividad. | 315 |
| Figura 4.44. Participantes del Grupo Trampolín que manifestaron conductas problema antes y después de la intervención socioeducativa en variables relativas a asuntos legales. | 317 |
| Figura 4.45. Participantes del Grupo Trampolín que manifestaron conductas problema antes y después de la intervención socioeducativa en variables relativas a atribuciones causales. | 319 |

ANEXOS

- ANEXO I. Cuestionario para alumnos. Evaluación inicial multidimensional**
- ANEXO II. Cuestionario para alumnos. Evaluación final multidimensional**
- ANEXO III. Cuestionario para familias. Evaluación inicial multidimensional**
- ANEXO IV. Cuestionario para familias. Evaluación final multidimensional**
- ANEXO V. Cuestionario para orientadores. Evaluación inicial multidimensional**
- ANEXO VI. Cuestionario para orientadores. Evaluación final multidimensional**
- ANEXO VII. Cuestionario sociodemográfico para profesionales de Trampolín.
Evaluación final multidimensional**
- ANEXO VIII. Contrato de contingencias o contrato conductual**
- ANEXO IX. Youth Self Report (YSR)**

ANEXO I. Cuestionario para alumnos.
Evaluación inicial multidimensional.



Departamento de Psicología

Cuestionario para alumnos

Evaluación inicial multidimensional

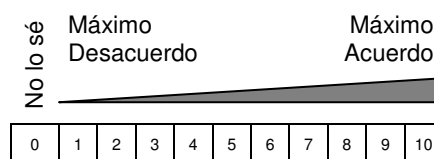
El objetivo de este cuestionario es identificar determinados indicadores conductuales que pueden ser considerados de riesgo, además servirá para comparar, al final de la intervención, los cambios producidos. Agradecemos mucho tu colaboración y te pedimos que respondas con la máxima sinceridad posible. Todos los datos que aportes se tratarán de forma anónima y confidencial.

Cuando decimos “tus padres” equivale a decir “responsables legales” con los que convives (ya sean tíos, abuelos, tutores en centros de acogida, etc.).

Las preguntas se refieren a determinados aspectos antes de tu participación en el Programa Trampolín.

Los tipos de preguntas propuestos en este cuestionario son los siguientes:

Tipo 1. Las preguntas que valoran el grado de desacuerdo/acuerdo con las afirmaciones planteadas en una escala graduada de 10 puntos, en la que el 1 indica total desacuerdo y el 10 máximo acuerdo.



Tipo 2. Aquellas preguntas que permiten seleccionar la(s) respuesta(s) elegida(s) en relación a una propuesta.

Si No

En caso afirmativo, señala una opción:

- Nunca
 De vez en cuando
 Con frecuencia
 Todos los días

Tipo 3. Preguntas abiertas que permiten matizar, aclarar o profundizar tu opinión sobre los aspectos planteados.

I – ASPECTOS RELATIVOS A LA CONFLICTIVIDAD.

1. Indica qué tipo de conflictividad manifiestas en tu entorno social.

- No solía meterme en líos.
- Insultos hacia otras personas.
- Peleas con otros de mi edad.
- Pintadas por la calle.
- Vandalismo (daños a la propiedad).
- Robos.
- Amenazas.
- Otras formas de conflictividad (especificálas):

2. ¿Tienes problemas con tu comportamiento y si es así, a qué crees que es debido?

Si No

En caso afirmativo, señala el motivo:

- A un trastorno psicológico.
- Al fracaso escolar.
- Al entorno social.
- A las amistades.
- Al funcionamiento familiar.
- Otros motivos (especificálos):

3. ¿Suelo tener conflictos con alguien?

Si No

En caso afirmativo, señala con quién y con qué frecuencia:

| | Nunca | De vez en cuando | Con frecuencia | Siempre (todos los días) |
|-----------------------|-------|------------------|----------------|--------------------------|
| Padre..... | | | | |
| Madre..... | | | | |
| Hermanos..... | | | | |
| Vecinos..... | | | | |
| Amigos..... | | | | |
| Profesores..... | | | | |
| Desconocidos..... | | | | |
| Otros (indica quién): | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |

4. ¿Tienes alguna(s) causa(s) pendiente(s) con la justicia?

Si No

En caso afirmativo, señala el motivo:

- Por insultos.
- Por amenazas.
- Por vandalismo.
- Por robo.
- Por agresiones.
- Otros motivos:

5. Indica la frecuencia de tu conflictividad en clase

- Nunca.
- Sí, de vez en cuando.
- Sí, con frecuencia.
- Sí, todos los días.

6. Indica el tipo de conflictividad que manifiestas en clase:

- Me comportaba de forma normal.
- No participaba (estaba a lo mío).
- Me levantaba con frecuencia.
- Interrumpía las explicaciones.
- Molestaba a mis compañeros.
- Abandonaba el aula sin permiso.
- Faltaba al respeto a los compañeros.
- Faltaba al respeto a los profesores.
- Destrozaba material escolar.
- Agredía a compañeros.
- Agredía a profesores.
- Otros tipos, especifícalos:

II – SOBRE LA ADAPTACIÓN AL SISTEMA ESCOLAR.

| | Máximo Desacuerdo | Máximo Acuerdo | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| No lo sé | | | | | | | | | | | |
| 7. Estoy motivado en relación a los estudios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Asisto regularmente a las clases | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Me comporto correctamente en mi Centro educativo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Soy capaz de tolerar la frustración ante problemas cotidianos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. ¿Hay algún aspecto que quieras destacar, y que pueda resultar de utilidad en la intervención?

Gracias por tu ayuda.

Fecha de cumplimiento del cuestionario:

ANEXO II. Cuestionario para alumnos.

Evaluación final multidimensional.



Departamento de Psicología

Cuestionario para alumnos

Evaluación final multidimensional

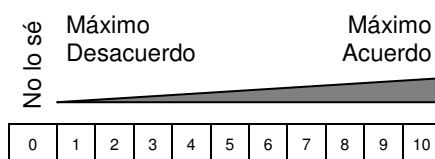
El objetivo de este cuestionario es identificar determinados indicadores conductuales que pueden ser considerados de riesgo, además servirá para comparar, al final de la intervención, los cambios producidos. Agradecemos mucho tu colaboración y te pedimos que respondas con la máxima sinceridad posible. Todos los datos que aportes se tratarán de forma anónima y confidencial.

Cuando decimos “tus padres” equivale a decir “responsables legales” con los que convives (ya sean tíos, abuelos, tutores en centros de acogida, etc.).

Las preguntas se refieren a determinados aspectos después de tu participación en el Programa Trampolín.

Los tipos de preguntas propuestos en este cuestionario son los siguientes:

Tipo 1. Las preguntas que valoran el grado de desacuerdo/acuerdo con las afirmaciones planteadas en una escala graduada de 10 puntos, en la que el 1 indica total desacuerdo y el 10 máximo acuerdo.



Tipo 2. Aquellas preguntas que permiten seleccionar la(s) respuesta(s) elegida(s) en relación a una propuesta.

Si No

En caso afirmativo, señala una opción:

- Nunca
 De vez en cuando
 Con frecuencia
 Todos los días

Tipo 3. Preguntas abiertas que permiten matizar, aclarar o profundizar tu opinión sobre los aspectos planteados.

I – ASPECTOS RELATIVOS A LA CONFLICTIVIDAD.

1. Indica qué tipo de conflictividad manifiestas en tu entorno social.

- No solía meterme en líos.
- Insultos hacia otras personas.
- Peleas con otros de mi edad.
- Pintadas por la calle.
- Vandalismo (daños a la propiedad).
- Robos.
- Amenazas.
- Otras formas de conflictividad (especificálas):

2. ¿Tienes problemas con tu comportamiento y si es así, a qué crees que es debido?

Si No

En caso afirmativo, señala el motivo:

- A un trastorno psicológico.
- Al fracaso escolar.
- Al entorno social.
- A las amistades.
- Al funcionamiento familiar.
- Otros motivos (especificálos):

3. ¿Suelo tener conflictos con alguien?

Si No

En caso afirmativo, señala con quién y con qué frecuencia:

| | Nunca | De vez en cuando | Con frecuencia | Siempre (todos los días) |
|-----------------------|-------|------------------|----------------|--------------------------|
| Padre..... | | | | |
| Madre..... | | | | |
| Hermanos..... | | | | |
| Vecinos..... | | | | |
| Amigos..... | | | | |
| Profesores..... | | | | |
| Desconocidos..... | | | | |
| Otros (indica quién): | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |

4. ¿Tienes alguna(s) causa(s) pendiente(s) con la justicia?

Si No

En caso afirmativo, señala el motivo:

- Por insultos.
- Por amenazas.
- Por vandalismo.
- Por robo.
- Por agresiones.
- Otros motivos:

5. Indica la frecuencia de tu conflictividad en clase

- Nunca.
- Sí, de vez en cuando.
- Sí, con frecuencia.
- Sí, todos los días.

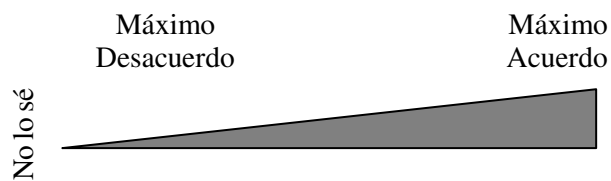
6. Indica el tipo de conflictividad que manifiestas en clase:

- Me comportaba de forma normal.
- No participaba (estaba a lo mío).
- Me levantaba con frecuencia.
- Interrumpía las explicaciones.
- Molestaba a mis compañeros.
- Abandonaba el aula sin permiso.
- Faltaba al respeto a los compañeros.
- Faltaba al respeto a los profesores.
- Destrozaba material escolar.
- Agredía a compañeros.
- Agredía a profesores.
- Otros tipos, especifícalos:

II – SOBRE LA ADAPTACIÓN AL SISTEMA ESCOLAR.

| | Máximo Desacuerdo | Máximo Acuerdo |
|---|----------------------|--------------------|
| 7. Estoy motivado en relación a los estudios | No lo sé | |
| 8. Asisto regularmente a las clases | 1 | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 9. Me comporto correctamente en mi Centro educativo | 1 | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 10. Soy capaz de tolerar la frustración ante problemas cotidianos | 1 | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 11. Ahora me comporto mejor..... | 1 | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 12. Estoy más contento/a con mi comportamiento | 1 | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| 13. Espero seguir formándome..... | 1 | 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

III – METODOLOGÍA Y EVALUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL PROGRAMA TRAMPOLÍN.



- 14.El empleo de métodos de corrección de conductas (aula cero, asambleas Hojas de registro de puntos ...).....

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 15 La repercusión en el Programa De mi actitud en el IES

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 16.La utilización de premios y castigos consecuentes con mis acciones

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 17. Las llamadas semanales para motivarme.....

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 18 Los proyectos que realizo (cohetes, tráfico, las drogas ...).....

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 19.La ayuda que me dan para relacionarme con mis padres

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 20.La ayuda que me dan para relacionarme con mis profesores

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 21.La forma de dar las clases me facilita el aprendizaje

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 22.La relación de los profesores de Trampolín conmigo.....

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 23.Equipo de Alteraciones del Comportamiento (EAC)

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 24 Profesionales del IES

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 25 Tu tutor en Trampolín

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 26 Profesores de Trampolín

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 27 Terapeuta.....

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 28.Conductor-educador

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 29.Director del centro.....

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

30. Señala que medidas concretas crees que pueden contribuir a mejorar el Programa Trampolín.

Gracias por tu ayuda.

Fecha de cumplimiento del cuestionario:

ANEXO III. Cuestionario para familias.

Evaluación inicial multidimensional.



Departamento de Psicología

Cuestionario para familias

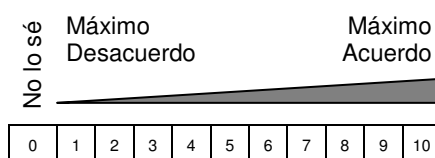
Evaluación inicial multidimensional

El objetivo de este cuestionario es identificar determinados indicadores conductuales que pueden ser considerados de riesgo, además servirá para comparar, al final de la intervención, los cambios producidos. Agradecemos mucho tu colaboración y te pedimos que respondas con la máxima sinceridad posible. Todos los datos que aportes se tratarán de forma anónima y confidencial.

Las preguntas se refieren a determinados aspectos antes de su participación en el Programa Trampolín.

Los tipos de preguntas propuestos en este cuestionario son los siguientes:

Tipo 1. Las preguntas que valoran el grado de desacuerdo/acuerdo con las afirmaciones planteadas en una escala graduada de 10 puntos, en la que el 1 indica total desacuerdo y el 10 máximo acuerdo.



Tipo 2. Aquellas preguntas que permiten seleccionar la(s) respuesta(s) elegida(s) en relación a una propuesta.

Si No

En caso afirmativo, señala una opción:

- Nunca
- De vez en cuando
- Con frecuencia
- Todos los días

Tipo 3. Preguntas abiertas que permiten matizar, aclarar o profundizar tu opinión sobre los aspectos planteados.

I – ASPECTOS RELATIVOS A LA CONFLICTIVIDAD DE TU HIJO.

1. Indica qué tipo de conflictividad manifiesta tu hijo en su entorno social.

- No solía meterme en líos.
- Insultos hacia otras personas.
- Peleas con otros de su edad.
- Pintadas por la calle.
- Vandalismo (daños a la propiedad).
- Robos.
- Amenazas.
- Otras formas de conflictividad (especificálas):

2. ¿Tienes problemas con su comportamiento y si es así, a qué crees que es debido?

Si No

En caso afirmativo, señala el motivo:

- A un trastorno psicológico.
- Al fracaso escolar.
- Al entorno social.
- A las amistades.
- Al funcionamiento familiar.
- Otros motivos (especificálos):

3. ¿Suele tener conflictos con alguien?

Si No

En caso afirmativo, señala con quién y con qué frecuencia:

| | Nunca | De vez en cuando | Con frecuencia | Siempre (todos los días) |
|-----------------------|-------|------------------|----------------|--------------------------|
| Padre..... | | | | |
| Madre..... | | | | |
| Hermanos..... | | | | |
| Vecinos..... | | | | |
| Amigos..... | | | | |
| Profesores..... | | | | |
| Desconocidos..... | | | | |
| Otros (indica quién): | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |

4. ¿Tiene alguna(s) causa(s) pendiente(s) con la justicia?

Si No

En caso afirmativo, señala el motivo:

- Por insultos.
- Por amenazas.
- Por vandalismo.
- Por robo.
- Por agresiones.
- Otros motivos:

5. Indica la frecuencia de su conflictividad en clase

- Nunca.
- Sí, de vez en cuando.
- Sí, con frecuencia.
- Sí, todos los días.

6. Indica el tipo de conflictividad que manifiesta en clase:

- Se comportaba de forma normal.
- No participaba (estaba a lo suyo).
- Se levantaba con frecuencia.
- Interrumpía las explicaciones.
- Molestaba a mis compañeros.
- Abandonaba el aula sin permiso.
- Faltaba al respeto a los compañeros.
- Faltaba al respeto a los profesores.
- Destrozaba material escolar.
- Agredía a compañeros.
- Agredía a profesores.
- Otros tipos, especifícalos:

II – SOBRE LA ADAPTACIÓN AL SISTEMA ESCOLAR DE TU HIJO.

| | Máximo Desacuerdo | | | | | | | | | Máximo Acuerdo | |
|--|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|----|
| 7. Esta motivado en relación a los estudios | No lo sé | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 8. Asiste regularmente a las clases | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 9. Se comporta correctamente en su Centro educativo | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 10. Es capaz de tolerar la frustración ante problemas cotidianos | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

11. ¿Hay algún aspecto que quieras destacar, y que pueda resultar de utilidad en la intervención?

Gracias por tu ayuda.

Fecha de cumplimiento del cuestionario:

ANEXO IV. Cuestionario para familias
Evaluación final multidimensional



Departamento de Psicología

Cuestionario para familias

Evaluación final multidimensional

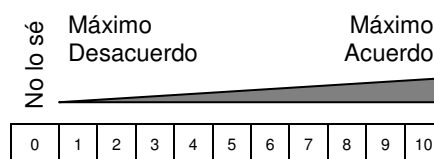
El objetivo de este cuestionario es identificar determinados indicadores conductuales que pueden ser considerados de riesgo, además servirá para comparar, al final de la intervención, los cambios producidos. Agradecemos mucho tu colaboración y te pedimos que respondas con la máxima sinceridad posible. Todos los datos que aportes se tratarán de forma anónima y confidencial.

Cuando decimos “tus padres” equivale a decir “responsables legales” con los que convives (ya sean tíos, abuelos, tutores en centros de acogida, etc.).

Las preguntas se refieren a determinados aspectos después de su participación en el Programa Trampolín.

Los tipos de preguntas propuestos en este cuestionario son los siguientes:

Tipo 1. Las preguntas que valoran el grado de desacuerdo/acuerdo con las afirmaciones planteadas en una escala graduada de 10 puntos, en la que el 1 indica total desacuerdo y el 10 máximo acuerdo.



Tipo 2. Aquellas preguntas que permiten seleccionar la(s) respuesta(s) elegida(s) en relación a una propuesta.

Si No

En caso afirmativo, señala una opción:

- Nunca
 De vez en cuando
 Con frecuencia
 Todos los días

Tipo 3. Preguntas abiertas que permiten matizar, aclarar o profundizar tu opinión sobre los aspectos planteados.

I – ASPECTOS RELATIVOS A LA CONFLICTIVIDAD DE TU HIJO.

1. Indica qué tipo de conflictividad manifiesta tu hijo en su entorno social.

- No solía meterse en líos.
- Insultos hacia otras personas.
- Peleas con otros de su edad.
- Pintadas por la calle.
- Vandalismo (daños a la propiedad).
- Robos.
- Amenazas.
- Otras formas de conflictividad (especificálas):

2. ¿Tiene problemas con su comportamiento y si es así, a qué crees que es debido?

Si No

En caso afirmativo, señala el motivo:

- A un trastorno psicológico.
- Al fracaso escolar.
- Al entorno social.
- A las amistades.
- Al funcionamiento familiar.
- Otros motivos (especificalos):

3. ¿Suele tener conflictos con alguien?

Si No

En caso afirmativo, señala con quién y con qué frecuencia:

| | Nunca | De vez en cuando | Con frecuencia | Siempre (todos los días) |
|-----------------------|-------|------------------|----------------|--------------------------|
| Padre..... | | | | |
| Madre..... | | | | |
| Hermanos..... | | | | |
| Vecinos..... | | | | |
| Amigos..... | | | | |
| Profesores..... | | | | |
| Desconocidos..... | | | | |
| Otros (indica quién): | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |

4. ¿Tiene alguna(s) causa(s) pendiente(s) con la justicia?

Si No

En caso afirmativo, señala el motivo:

- Por insultos.
- Por amenazas.
- Por vandalismo.
- Por robo.
- Por agresiones.
- Otros motivos:


5. Indica la frecuencia de su conflictividad en clase

- Nunca.
- Sí, de vez en cuando.
- Sí, con frecuencia.
- Sí, todos los días.

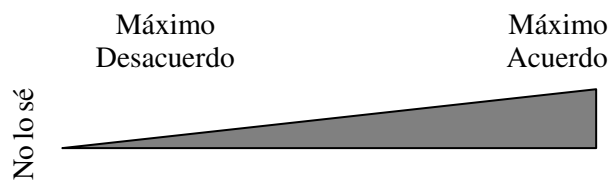
6. Indica el tipo de conflictividad que manifiesta en clase:

- Se comportaba de forma normal.
- No participaba (estaba a lo suyo).
- Se levantaba con frecuencia.
- Interrumpía las explicaciones.
- Molestaba a sus compañeros.
- Abandonaba el aula sin permiso.
- Faltaba al respeto a los compañeros.
- Faltaba al respeto a los profesores.
- Destrozaba material escolar.
- Agredía a compañeros.
- Agredía a profesores.
- Otros tipos, especifícalos:

II – SOBRE LA ADAPTACIÓN AL SISTEMA ESCOLAR DE TU HIJO.

| | Máximo Desacuerdo | Máximo Acuerdo |
|--|--------------------------|--|
| | No lo sé |  |
| 7. Está motivado en relación a los estudios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Asiste regularmente a las clases | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Se comporta correctamente en su Centro educativo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Es capaz de tolerar la frustración ante problemas cotidianos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ahora se comporta mejor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Está más contento/a con su comportamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Espera seguir formándose..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III – METODOLOGÍA Y EVALUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL PROGRAMA TRAMPOLÍN.



- 14.El empleo de métodos de corrección de conductas (aula cero, asambleas Hojas de registro de puntos ...).....

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 15 La repercusión en el Programa de su actitud en el IES.....

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 16.La utilización de premios y castigos consecuentes de sus acciones

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 17.Las llamadas semanales para motivarle

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 18 Los proyectos que realiza (cohetes, tráfico, las drogas ...).....

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 19.La ayuda que me dan para relacionarme con mi hijo

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 20.La ayuda que le dan para relacionarse con sus profesores.....

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 21.La forma de dar las clases le facilita el aprendizaje

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 22.La relación de los profesores de Trampolín con mi hijo.....

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 23.La información que me da el Equipo Trampolín.....


| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 24 La información sobre aspectos positivos y negativos relacionados con mi hijo

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 25 La consideración de mis ideas y sugerencias en la educación de mi Hijo

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
- 26 La forma de motivar a mi hijo.....

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

¿Qué puntuación darías a los siguientes recursos y servicios del Programa Trampolín? Siendo 1 la mínima puntuación y 10 la máxima.

| | | Máximo Desacuerdo | | Máximo Acuerdo | | | | | | | |
|---|--------------------------|--|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|----|
| | |  | | | | | | | | | |
| 27 Aulas | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 28 Espacios de reuniones | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 29 Puntualidad del transporte..... | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 30 La accesibilidad de los profesionales | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 31 La preparación técnica de los profesionales del equipo..... | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 32 Equipo de Alteraciones del Comportamiento (EAC)..... | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 33 Profesionales del IES | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 34 Tutor de tu hijo/a en Trampolín | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 35 Profesores de Trampolín | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 36 Terapeuta..... | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 37. Conductor-educador..... | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 38. Director del centro..... | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

39. Señala que medidas concretas crees que pueden contribuir a mejorar el Programa Trampolín.

Gracias por tu ayuda.

Fecha de cumplimiento del cuestionario:

ANEXO V. Cuestionario para orientadores.

Evaluación inicial multidimensional.



Departamento de Psicología

INICIALES DEL ALUMNO: _____

Cuestionario para orientadores

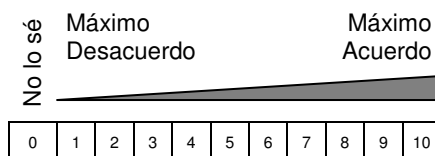
Evaluación inicial multidimensional

El objetivo de este cuestionario es identificar determinados indicadores conductuales que pueden ser considerados de riesgo, además servirá para comparar, al final de la intervención, los cambios producidos. Agradecemos mucho tu colaboración y te pedimos que respondas con la máxima sinceridad posible. Todos los datos que aportes se tratarán de forma anónima y confidencial.

Las preguntas se refieren a determinados aspectos antes de su participación en el Programa Trampolín.

Los tipos de preguntas propuestos en este cuestionario son los siguientes:

Tipo 1. Las preguntas que valoran el grado de desacuerdo/acuerdo con las afirmaciones planteadas en una escala graduada de 10 puntos, en la que el 1 indica total desacuerdo y el 10 máximo acuerdo.



Tipo 2. Aquellas preguntas que permiten seleccionar la(s) respuesta(s) elegida(s) en relación a una propuesta.

Si No

En caso afirmativo, señala una opción:

- Nunca
 De vez en cuando
 Con frecuencia
 Todos los días

Tipo 3. Preguntas abiertas que permiten matizar, aclarar o profundizar tu opinión sobre los aspectos planteados.

I – ASPECTOS RELATIVOS A LA CONFLICTIVIDAD DEL ALUMNO.

1. Indica qué tipo de conflictividad manifiesta el alumno en su entorno social.

- No solía meterme en líos.
- Insultos hacia otras personas.
- Peleas con otros de su edad.
- Pintadas por la calle.
- Vandalismo (daños a la propiedad).
- Robos.
- Amenazas.
- Otras formas de conflictividad (especificálas):

2. ¿Tienes problemas con su comportamiento y si es así, a qué crees que es debido?

Si No

En caso afirmativo, señala el motivo:

- A un trastorno psicológico.
- Al fracaso escolar.
- Al entorno social.
- A las amistades.
- Al funcionamiento familiar.
- Otros motivos (especificálos):

3. ¿Suele tener conflictos con alguien?

Si No

En caso afirmativo, señala con quién y con qué frecuencia:

| | Nunca | De vez en cuando | Con frecuencia | Siempre (todos los días) |
|-----------------------|-------|------------------|----------------|--------------------------|
| Padre..... | | | | |
| Madre..... | | | | |
| Hermanos..... | | | | |
| Vecinos..... | | | | |
| Amigos..... | | | | |
| Profesores..... | | | | |
| Desconocidos..... | | | | |
| Otros (indica quién): | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |

4. ¿Tiene alguna(s) causa(s) pendiente(s) con la justicia?

Si No

En caso afirmativo, señala el motivo:

- Por insultos.
- Por amenazas.
- Por vandalismo.
- Por robo.
- Por agresiones.
- Otros motivos:

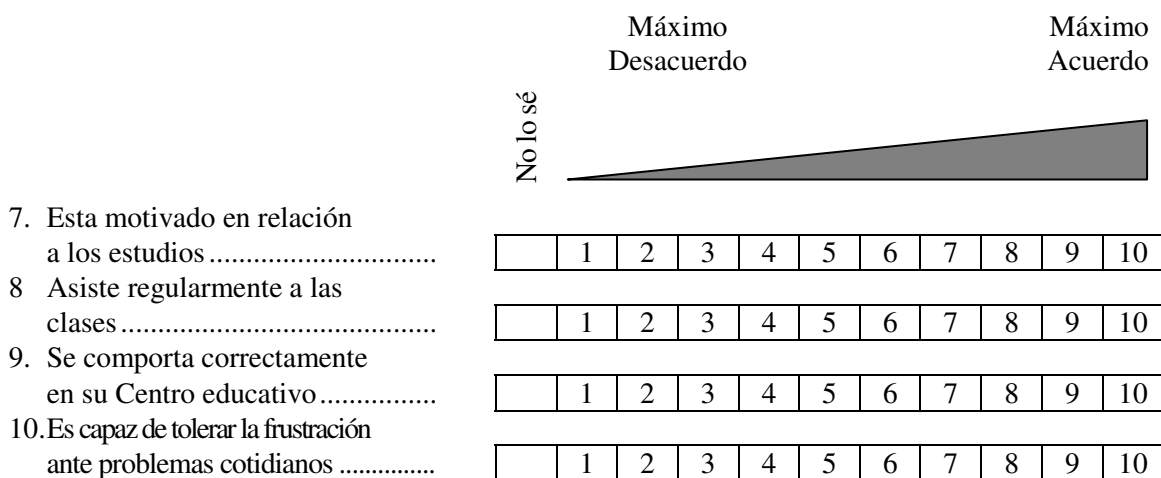
5. Indica la frecuencia de su conflictividad en clase

- Nunca.
- Sí, de vez en cuando.
- Sí, con frecuencia.
- Sí, todos los días.

6. Indica el tipo de conflictividad que manifiesta en clase:

- Se comportaba de forma normal.
- No participaba (estaba a lo suyo).
- Se levantaba con frecuencia.
- Interrumpía las explicaciones.
- Molestaba a mis compañeros.
- Abandonaba el aula sin permiso.
- Faltaba al respeto a los compañeros.
- Faltaba al respeto a los profesores.
- Destrozaba material escolar.
- Agredía a compañeros.
- Agredía a profesores.
- Otros tipos, especifícalos:

II – SOBRE LA ADAPTACIÓN AL SISTEMA ESCOLAR.



III – OTROS ASPECTOR RELEVANTES

11. Grupo étnico al que pertenece.

- Ninguno
- Gitano
- Sudamericano
- Africano

- Asiático
- Países del Este
- Otro (indica cual)

12. Absentismo.

- Nunca
 De vez en cuando
 Muchas veces
 Siempre

13. Colaboración familiar.

- Nula
 Baja
 Normal
 Buena
 Muy buena

14. Respeto social.

- Siempre es víctima
 Algunas veces es víctima
 Nunca tiene problemas
 Nunca tiene problemas pero incita
 Nunca tiene problemas pero de vez en cuando agrede
 Es temido
 Ejerce control sobre el grupo

15. Éxito social.

- Rechazado
 Desapercibido
 Destaca
 Líder

16. Estilo educativo.

- Permisivo
 Autoritario
 Democrático
 Desconocido

17. Otros datos.

- Es alumno de NEE
 ¿Tiene ACI?:
 ¿Es significativa?
 Atención salud mental
 Tratamiento farmacológico
 Atención Servicios Sociales

SI EL ALUMNO MANIFIESTA ALGUNA CONDUCTA DISRUPTIVA, CONTESTA TACHANDO O NO LAS SIGUIENTES OPCIONES:

18. Medidas tomadas de carácter punitivo

- Amonestación verbal
 Partes
 Expulsiones
 Tiempo fuera
 No excursiones
 Otras medidas

Nota: (1) Se refiere algún plan consensuado por los docentes para atajar el problema (2) Dadas por la Dirección, Equipo de orientación, EAC o Inspección.

19. Medidas tomadas de carácter no punitivo.

- Horarios flexibles
 Grupos flexibles
 Reducción jornada escolar
 Protocolo atención individualizada (1)
 Pautas para reestructuración familiar
 Pautas concretas a profesores (2)
 Otras medidas

20. Lugar donde manifiesta las conductas

- Fuera de la escuela
- Durante las clases
- Durante los recreos
- En las clases y recreos
- En cualquier lugar

21. Frecuencia de las conductas problemáticas

- Esporádica
- Frecuente
- Continua

22. ¿Hay algún aspecto que quieras destacar, y que pueda resultar de utilidad en la intervención?

Gracias por tu ayuda.

Fecha de cumplimiento del cuestionario:

ANEXO VI. Cuestionario para orientadores.

Evaluación final multidimensional.



Departamento de Psicología

INICIALES DEL ALUMNO: _____

Cuestionario para orientadores

Evaluación final multidimensional

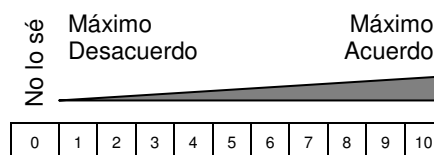
El objetivo de este cuestionario es identificar determinados indicadores conductuales que pueden ser considerados de riesgo, además servirá para comparar, al final de la intervención, los cambios producidos. Agradecemos mucho tu colaboración y te pedimos que respondas con la máxima sinceridad posible. Todos los datos que aportes se tratarán de forma anónima y confidencial.

Cuando decimos “tus padres” equivale a decir “responsables legales” con los que convives (ya sean tíos, abuelos, tutores en centros de acogida, etc.).

Las preguntas se refieren a determinados aspectos después de su participación en el Programa Trampolín.

Los tipos de preguntas propuestos en este cuestionario son los siguientes:

Tipo 1. Las preguntas que valoran el grado de desacuerdo/acuerdo con las afirmaciones planteadas en una escala graduada de 10 puntos, en la que el 1 indica total desacuerdo y el 10 máximo acuerdo.



Tipo 2. Aquellas preguntas que permiten seleccionar la(s) respuesta(s) elegida(s) en relación a una propuesta.

Si No

En caso afirmativo, señala una opción:

- Nunca
 De vez en cuando
 Con frecuencia
 Todos los días

Tipo 3. Preguntas abiertas que permiten matizar, aclarar o profundizar tu opinión sobre los aspectos planteados.

I – ASPECTOS RELATIVOS A LA CONFLICTIVIDAD DEL ALUMNO.

1. Indica qué tipo de conflictividad manifiesta el alumno en su entorno social.

- No solía meterse en líos.
- Insultos hacia otras personas.
- Peleas con otros de su edad.
- Pintadas por la calle.
- Vandalismo (daños a la propiedad).
- Robos.
- Amenazas.
- Otras formas de conflictividad (especificálas):

2. ¿Tiene problemas con su comportamiento y si es así, a qué crees que es debido?

Si No

En caso afirmativo, señala el motivo:

- A un trastorno psicológico.
- Al fracaso escolar.
- Al entorno social.
- A las amistades.
- Al funcionamiento familiar.
- Otros motivos (especificálos):

3. ¿Suele tener conflictos con alguien?

Si No

En caso afirmativo, señala con quién y con qué frecuencia:

| | Nunca | De vez en cuando | Con frecuencia | Siempre (todos los días) |
|-----------------------|-------|------------------|----------------|--------------------------|
| Padre..... | | | | |
| Madre..... | | | | |
| Hermanos..... | | | | |
| Vecinos..... | | | | |
| Amigos..... | | | | |
| Profesores..... | | | | |
| Desconocidos..... | | | | |
| Otros (indica quién): | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |
| _____ | | | | |

4. ¿Tiene alguna(s) causa(s) pendiente(s) con la justicia?

Si No

En caso afirmativo, señala el motivo:

- Por insultos.
- Por amenazas.
- Por vandalismo.
- Por robo.
- Por agresiones.
- Otros motivos:


5. Indica la frecuencia de su conflictividad en clase

- Nunca.
- Sí, de vez en cuando.
- Sí, con frecuencia.
- Sí, todos los días.

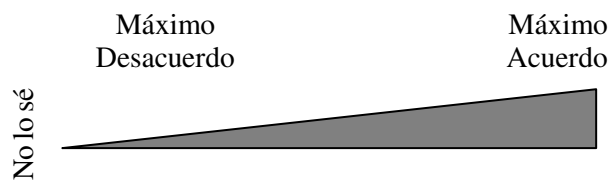
6. Indica el tipo de conflictividad que manifiesta en clase:

- Se comportaba de forma normal.
- No participaba (estaba a lo suyo).
- Se levantaba con frecuencia.
- Interrumpía las explicaciones.
- Molestaba a sus compañeros.
- Abandonaba el aula sin permiso.
- Faltaba al respeto a los compañeros.
- Faltaba al respeto a los profesores.
- Destrozaba material escolar.
- Agredía a compañeros.
- Agredía a profesores.
- Otros tipos, especifícalos:

II – SOBRE LA ADAPTACIÓN AL SISTEMA ESCOLAR.

| | Máximo Desacuerdo | Máximo Acuerdo |
|--|----------------------|--|
| 7. Está motivado en relación a los estudios | No lo sé |  |
| 8. Asiste regularmente a las clases | 1 | 10 |
| 9. Se comporta correctamente en su Centro educativo | 1 | 10 |
| 10. Es capaz de tolerar la frustración ante problemas cotidianos | 1 | 10 |
| 11. Ahora se comporta mejor | 1 | 10 |
| 12. Está más contento/a con su comportamiento | 1 | 10 |
| 13. Espera seguir formándose..... | 1 | 10 |

III – METODOLOGÍA Y EVALUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL PROGRAMA TRAMPOLÍN.



| | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 14.La coordinación entre instituciones (IES, Equipo de Alteraciones de Conducta EAC, Servicios Sociales,...).. | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 15 La información que me da el equipo Trampolín..... | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 16.El empleo de métodos de corrección de conductas (aula cero, asambleas Hojas de registro de puntos ...)..... | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 17.La utilización de premios y castigos consecuentes de sus acciones | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 18 Las llamadas semanales para motivar al Alumno/a..... | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 19 Aulas | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 20 Espacios de reuniones | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 21.La adecuación del número de Profesionales a las necesidades | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 22.La accesibilidad de los profesionales | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 23.Equipo de Alteraciones del Comportamiento (EAC)..... | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 24 Profesores de Trampolín | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 25 Terapeuta de Trampolín | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 26 Director del centro Trampolín..... | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

27. Señala que medidas concretas crees que pueden contribuir a mejorar el Programa Trampolín.

Gracias por tu ayuda.

Fecha de cumplimiento del cuestionario:

**ANEXO VII. Cuestionario sociodemográfico
para profesionales de Trampolín.
Evaluación final multidimensional.**



Departamento de Psicología

INICIALES DEL ALUMNO: _____

Cuestionario sociodemográfico para profesionales de Trampolín

Evaluación final multidimensional

I – CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS ALUMNOS.

1. Fecha de nacimiento

2. Genero del sujeto

Masculino
 Femenino

3. Edad del sujeto al inicio del problema

4. ¿Se encuentra con tratamiento farmacológico?

Si No

5. Enfermedades psicosomáticas asociadas

Si No

6. Características del trastorno de la conducta

Desobediencia
 Arrogancia
 Actitud desafiante
 Rebeldía
 Negativismo
 Oposicionismo
 Actitud exigente y tiránica
 Reacciones explosivas
 Actitud provocadora
 Rudeza
 Sarcasmo
 Expresiones soeces
 Actitud. taciturna y malhumor.
 Desconfianza paranoica
 Humor sádico

7. ¿Dificultades físicas asociadas?

Si No

8. Agresividad física o psicológica manifestada en grupo Trampolín

Pacífico, nunca tiene enfrentamientos con iguales
 De vez en cuando tiene algún problema
 Con frecuencia tiene problemas
 Siempre tiene problemas con iguales

9. Consumo droga.Si No

- tabaco
 alcohol
 porros
 pastillas
 otras

10. Cantidad población localidad.

- Hasta 5000
 De 5001 a 20000
 De 20001 a 50000
 de 50001 a 100000
 Más de 100000

11. Tipo de localidad.

- Rural <=2000
 Semiurbana >2000 y <10000
 Urbana >=10000

12. Recursos alternativos de ocio.

- Deportes
 Centros Día
 Asociaciones juveniles
 Otros

13. Atención servicios sociales.Si No **14. Atención salud mental.**Si No **15. Situación legal después de la intervención.**

- No ha sido procesado
 Condenado servicios a la comunidad
 Condenado en un centro de menores
 Condenado subsanar daños (económico)

16. Después de Trampolín nº veces procesado hasta fecha de hoy

- Nunca ha sido procesado
 Procesado entre 1 y 3 veces
 Procesado entre 4 y 6 veces
 Procesado más de 6 veces
 No ha vuelto a ser procesado

17. Situación legal actualidad.

- No cumple ninguna pena
 A la espera de ser juzgado
 Cumpliendo pena

18. Situación laboral en la actualidad.

- Inactivo
 Desempleado
 Ocupado
 No tiene edad legal

19. Número de trabajos hasta la fecha (estabilidad laboral)

20. Situación personal (convivencia)

- Vive solo
 Con sus padres, familiares o tutores
 Con su pareja y sus padres, familiares o tutores
 Con su pareja
 En un Centro de alojamiento juvenil
 En un Centro de menores sin libertad

21. Situación personal (pareja)

- No ha tenido pareja y ahora tampoco
 Ha tenido pareja y ahora no
 Ha tenido pareja y ahora tiene otra
 Tiene la misma pareja de siempre

22. Situación académica después intervención

- Abandona estudios o formación
 Continúa estudios secundaria
 Realiza Garantía Social o PCPI
 Realiza curso formación ocupacional
 Realiza curso escuela taller
 Realiza diversificación curricular
 Realiza otros cursos formativos

23. Situación académica actual.

- No estudia ni se forma
 Continúa estudios secundaria
 Realiza Garantía Social o PCPI
 Realiza curso formación ocupacional
 Realiza curso escuela taller
 Realiza diversificación curricular
 Realiza otros cursos formativos

24. Nombre población residencia

25. Nivel socioeconómico entorno próximo.

- Muy bajo
 Bajo
 Medio
 Alto
 Muy alto

26. Número hermanos incluyéndose

27. Posición respecto hermanos contándose él.

28. Acogimiento si o no

Si No

29. Edad del sujeto comienzo acogimiento.

30. Estructura familiar

- Monoparental
 Biparental
 Al cuidado de parientes
 Centro de acogida
 Progenitor y su pareja
 Padres adoptivos

31. Tutor legal

- Padres
 Madre
 Padre
 Abuelo/a
 Tío/a
 Otros parientes
 Tutor en centro de acogida
 Padres adoptivos

32. Tipo orfandad del sujeto.

- No huérfano
 Huérfano de padre
 Huérfano de madre
 Huérfano de padre y madre

33. Profesión padre

- Inactivo
 Desempleado
 Ocupado sector servicios
 Ocupado sector construcción
 Ocupado sector industria
 Jubilado

34. Situación penal: padre

- Sin causas pendientes
 En prisión
 En libertad condicional
 Ha tenido causas con la justicia

35. Conflictividad paterna.

- Alcohol
 Drogas
 Presencia de psicopatologías
 Maltratador

36. Profesión madre.

- Inactivo
 Desempleado
 Ocupado sector servicios
 Ocupado sector construcción
 Ocupado sector industria
 Jubilado

37. Situación penal: madre

- Sin causas pendientes
 En prisión
 En libertad condicional
 Ha tenido causas con la justicia

38. Conflictividad materna.

- Alcohol
 Drogas
 Presencia de psicopatologías
 Maltratadora

39. Pertenencia minoría social S/NSi No **40. Tipo minoría social.**

- Ninguna
 Asiático
 Gitano
 Países del Este
 Sudamericano
 Africano
 Otra:
-
-

41. Nivel sociocultural familiar (tutela).

- Muy bajo
 Bajo
 Medio-Bajo
 Medio-Alto
 Alto
 Muy Alto

42. Nivel económico familiar (tutela).

- Muy bajo
 Bajo
 Medio-Bajo
 Medio-Alto
 Alto
 Muy Alto

43. Colaboración familiar (tutela).

- Nula
 Baja
 Normal
 Buena
 Muy Buena

44. Tipo de educación familiar (tutela).

- Autoritario
 Permisivo
 Democrático
 En centro de acogida
 desestructurado
 Desconocido

45. Dificultades detectadas por el EAC.

- Poca colaboración. familiar
 Sobreprotección. familiar
 Discrepancias padres
 Discrepancias profesores
 Interferencia servicios
 Alto nivel absentismo
 Conducta irresponsable de los padres
 Falta estimulación hogar
 Falta autoridad hogar
 Falta norma
 Familia próxima encarcelada
 Precariedad económica
 Modelo parental no adecuado

46. Patología diagnosticada.

- Psíquico ligero
 Disocial
 Hiperactivo
 Negativista-desafiante
 Psicótico
 Otros
-
-

47. Tipo Centro Educativo (última intervención. EAC)

- CP Infantil y Primaria
 Colegio Concertado Infantil y Primaria
 CP Infantil, Primaria y Secundaria
 Colegio Concertado de Infantil, Primaria y secundaria
 IES
 CEE público
 CEE Concertado

48. Localidad Centro

- Rural <=2000
 Semiurbana >2000 y <10000
 Urbana >=10000

49. Indica el momento en que repitió el alumno.

- 1 ciclo prim
 2 ciclo prim
 3 ciclo prim
 1 ESO
 2 ESO
 3 ESO

50. ¿Es ANEE?

Si No

51. Tipo de NEE.

- Sociocultural: de privación social
 Sociocultural: minoría étnico-cultural
 Sociocultural: inmigrante
 Psico-educativa: capacidad límite
 Psico-educativa: trastorno grave del aprendizaje
 Psico-educativa: retraso madurativo
 Discapacidad: trastorno de la personalidad
 Discapacidad: psíquico ligero

52. ¿Tiene ACI?

Si No

53. ¿Es un ACI significativa?

Si No

54. Situación académica: competencia curricular durante la intervención

- Infantil
 Primer ciclo de Primaria
 Segundo ciclo de Primaria
 Tercer ciclo de Primaria
 Primer ciclo de Secundaria
 Segundo ciclo de Secundaria

55. Nivel de absentismo

- Ninguno
 De vez en cuando pira (horas o 1 día semanal)
 Pira muchas veces (dos o tres días semanales)
 Pira siempre (pira más de lo que asiste)

56. Situación académica: repite S/N

Si No

57. Conducta centro de referencia

- Indisciplina
 No trabaja
 Falta de respeto
 Interrumpe
 Agresiones verbales
 Agresiones físicas
 Robos
 Desafiante
 No integrado se aísla
 Rechazado por iguales
 Fracaso escolar

58. Lugar donde manifiesta la conducta negativa

- Fuera de la escuela
 Durante las clases
 Durante los recreos
 En las clases y en los recreos
 En cualquier lugar
 Desconocido
 En ningún lugar

59. Frecuencia con que manifiesta la conducta negativa durante la intervención en su centro de referencia

- Esporádica
 Alta
 Continua
 Nunca

60. Fecha primera intervención EAC

61. Edad sujeto primera intervención EAC

62. Edad sujeto última intervención EAC

63. Nombre Centro Educativo (última intervención. EAC)

64. Localidad Centro Educativo (última intervención. EAC)

65. Fecha de ingreso en el Centro (última intervención. EAC)

66. Fecha última demanda ayuda EAC

67. Último curso intervención EAC

- 6° de Primaria
- 1° de la ESO
- 2° de la ESO
- 3° de la ESO
- 3° de diversificación curricular
- PCPI

68. Dificultades físicas asociadas.

- Hipoacusia
- Visuales
- Motóricas
- Asma
- Otras

69. Éxito social grupo Trampolín

- Rechazado
- Indiferente (uno más de la masa)
- Destaca, al lado de los líderes
- Líder

70. Respeto social en el grupo Trampolín

- Víctima, siempre es blanco violencia grupo
- Víctima, algunas veces tiene problemas
- Nunca tiene problemas
- Nunca tiene problemas pero incita a la violencia (manipulador)
- Nunca tiene problemas pero de vez en cuando agrede físicamente
- Es temido, ejerce el control sobre el grupo

71. Rasgos o características de las conductas manifestadas durante la intervención:

Máximo Desacuerdo Máximo Acuerdo

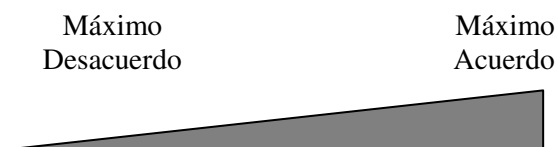
El alumno fue:



| | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Desobediente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Arrogante..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Desafiante..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Rebelde..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Negativista..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Oposicionista..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Tiránico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Explosivo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Provocador | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Rudo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sarcástico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Soez..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Malhumorado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Paranoico..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sádico..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

72. Sobre determinadas mejoras detectadas después de la intervención:



| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Mejoran las expectativas en general.. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Mejora la competencia Curricular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Mejora la conducta en general..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No comete delitos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Disminuye la frecuencia de conflictos ... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

73. Mejoras personales escolares

- Motivación hacia los estudios
- Asiste a las clases con frecuencia
- Comportamiento correcto en clase
- Tolerancia a la frustración
- Se comporta mejor
- Está contento con su comportamiento
- Espera seguir formándose

74. Itinerario formativo previsto después de la intervención

- Abandona estudios o formación
- Continúa estudios secundaria
- Realiza Garantía Social o PCPI
- Realiza curso formación ocupacional
- Realiza curso escuela taller
- Realiza diversificación curricular
- Realiza otros cursos formativos

Gracias por tu ayuda.

Fecha de cumplimiento del cuestionario:

**ANEXO VIII. Contrato de contingencias o contrato
conductual.**

Aceptar éste contrato significa la obligación de cumplir todas las normas que se establecen. El incumplimiento del contrato significa NO CONTINUAR en dicho programa y por tanto perder todos los privilegios y beneficios que supone estar en él.

Lee bien el contrato y SI CREES ESTAR SEGURO DE PODER CUMPLIRLO firma:

Yo alumno:..... del curso:.....,

del Programa TRAMPOLÍN me comprometo a poner en práctica las siguientes normas de carácter general. La vigencia de éste contrato comprende desde fecha de hoy hasta el final de la estancia en el Programa:

1. Evitar conductas agresivas.
2. Respetar al profesor y a los compañeros.
3. Obedecer las instrucciones del profesor.
4. Permanecer tranquilo y atento en el sitio.
5. Respetar el material y las instalaciones.

El CUMPLIMIENTO de las normas llevará asociado el derecho a PERMANECER EN EL PROGRAMA TRAMPOLÍN, así como la obtención de PUNTOS (necesarios para conseguir premios y promocionar de nivel, logrando con ello privilegios) y el RECONOCIMIENTO TANTO DE COMPAÑEROS, COMO DE TUTORES Y PROFESORES. Ahora bien el INCUMPLIMIENTO de las normas, traerá unas consecuencias que dependerán de la GRAVEDAD y la REINCIDENCIA de las mismas y podrán ser, de menor a mayor gravedad, las siguientes: la PÉRDIDA DE PUNTOS, LA DECEPCIÓN de tus compañeros y del resto del colectivo educativo por haber traicionado al Programa y, en casos muy graves, la NO CONTINUIDAD EN EL PROGRAMA TRAMPOLÍN.

Sí, estoy dispuesto a cumplir las normas.

Firma:

Fecha: En Oviedo a dede 200_

Figura 1.19. Modelo del contrato de participación en el Programa Trampolín. Fuente: material original del Programa Trampolín para alumnos con alteraciones graves de la conducta.

ANEXO IX. Youth self report (YSR).

VIII. A continuación se enumeran diversas frases que describen algunas conductas. En cada frase describe lo que a ti te pasa *ahora* o durante los *últimos 6 meses* rodeando con un círculo el 2 si lo que dice es *muy cierto* o te ocurre *frecuentemente*; el 1 si la frase es *algo cierta* o te sucede a veces; y el 0 si *no es cierta*.

0 = No es verdad 1 = Algo verdadero o verdad a medias 2 = Muy verdadero o frecuentemente es verdad

- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-----|---|---|---|---|-----|--|
| 0 | 1 | 2 | 1. | Me comporto como si tuviera menos edad de la que tengo | 0 | 1 | 2 | 32. | Pienso que tengo que ser perfecto |
| 0 | 1 | 2 | 2. | Padezco alguna alergia (describela): | 0 | 1 | 2 | 33. | Pienso que nadie me quiere |
| | | | | | 0 | 1 | 2 | 34. | Creo que los demás quieren fastidiarme o que vienen a por mí. |
| | | | | | 0 | 1 | 2 | 35. | Pienso que no valgo para nada o que soy inferior |
| 0 | 1 | 2 | 3. | Discuto mucho | 0 | 1 | 2 | 36. | Con frecuencia me hago daño sin querer |
| 0 | 1 | 2 | 4. | Tengo asma | 0 | 1 | 2 | 37. | Me meto en muchas peleas |
| 0 | 1 | 2 | 5. | Me comporto como las personas del otro sexo | 0 | 1 | 2 | 38. | Me toman mucho el pelo |
| 0 | 1 | 2 | 6. | Me gustan los animales | 0 | 1 | 2 | 39. | Suelo andar con chicos que se meten en problemas |
| 0 | 1 | 2 | 7. | Suelo fanfarronear | 0 | 1 | 2 | 40. | Oigo cosas que ninguna otra persona parece oír (describelas): |
| 0 | 1 | 2 | 8. | Tengo problemas para concentrarme o mantener la atención | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 9. | No puedo apartar la mente de ciertos pensamientos (describelos): | | | | | |
| | | | | | 0 | 1 | 2 | 41. | Actúo sin pararme a pensar |
| 0 | 1 | 2 | 10. | Tengo dificultad para mantenerme sentado | 0 | 1 | 2 | 42. | Me gusta estar solo |
| 0 | 1 | 2 | 11. | Dependo demasiado de las personas mayores | 0 | 1 | 2 | 43. | Miento o engaño |
| 0 | 1 | 2 | 12. | Me siento solo | 0 | 1 | 2 | 44. | Me muerdo las uñas |
| 0 | 1 | 2 | 13. | Me siento confuso o incapaz de comprender las cosas | 0 | 1 | 2 | 45. | Soy nervioso |
| 0 | 1 | 2 | 14. | Lloro mucho | 0 | 1 | 2 | 46. | Tengo tics o movimientos nerviosos en algunas partes de mi cuerpo (describelos): |
| 0 | 1 | 2 | 15. | Soy bastante honrado | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 16. | Soy tacaño con los demás | 0 | 1 | 2 | 47. | Tengo pesadillas |
| 0 | 1 | 2 | 17. | A menudo "sueño despierto" (es decir, me entrego a fantasías) | 0 | 1 | 2 | 48. | No les gusto a los demás |
| 0 | 1 | 2 | 18. | Deliberadamente he tratado de hacerme daño a mí mismo o suicidarme | 0 | 1 | 2 | 49. | Puedo hacer algunas cosas mejor que la mayoría |
| 0 | 1 | 2 | 19. | Trato de llamar mucho la atención | 0 | 1 | 2 | 50. | Soy demasiado miedoso o ansioso |
| 0 | 1 | 2 | 20. | Destrozo mis cosas | 0 | 1 | 2 | 51. | Siento vértigo |
| 0 | 1 | 2 | 21. | Destrozo las cosas de los demás | 0 | 1 | 2 | 52. | Siento demasiada culpabilidad |
| 0 | 1 | 2 | 22. | Desobedezco a mis padres | 0 | 1 | 2 | 53. | Como demasiado |
| 0 | 1 | 2 | 23. | Desobedezco en el colegio | 0 | 1 | 2 | 54. | Me siento muy cansado o agotado |
| 0 | 1 | 2 | 24. | Soy mal comedor | 0 | 1 | 2 | 55. | Tengo excesivo peso |
| 0 | 1 | 2 | 25. | No me relaciono con los demás | | | | 56. | Tengo problemas físicos sin una causa médica conocida: |
| 0 | 1 | 2 | 26. | No me siento culpable cuando hago algo que está mal | 0 | 1 | 2 | a. | Dolores o achaques |
| 0 | 1 | 2 | 27. | Siento celos de los demás | 0 | 1 | 2 | b. | Dolores de cabeza |
| 0 | 1 | 2 | 28. | Estoy dispuesto a ayudar a los demás cuando lo necesitan | 0 | 1 | 2 | c. | Nauseas y mareos |
| 0 | 1 | 2 | 29. | Le tengo miedo a algunos animales, situaciones o lugares, aparte del colegio (describelas): | 0 | 1 | 2 | d. | Problemas con la vista (describelos): |
| | | | | | 0 | 1 | 2 | e. | Sarpullidos o erupciones en la piel |
| | | | | | 0 | 1 | 2 | f. | Dolores o calambres en el estómago |
| | | | | | 0 | 1 | 2 | g. | Vómitos |
| | | | | | 0 | 1 | 2 | h. | Otros (describelos): |
| 0 | 1 | 2 | 30. | Tengo miedo de ir al colegio | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 31. | Tengo miedo de pensar o hacer algo malo | 0 | 1 | 2 | 57. | Ataco físicamente a la gente |

- 0 1 2 **58.** Me picoteo o pellizco la piel u otras partes del cuerpo (describelas):
- 0 1 2 **59.** Puedo ser bastante simpático
- 0 1 2 **60.** Me gusta intentar cosas nuevas
- 0 1 2 **61.** Mi rendimiento escolar es flojo
- 0 1 2 **62.** Soy algo torpe o coordino mal los movimientos
- 0 1 2 **63.** Me gustaría más estar con chicos mayores que con los de mi edad
- 0 1 2 **64.** Me gustaría más estar con chicos más pequeños que con los de mi edad
- 0 1 2 **65.** Me niego a hablar
- 0 1 2 **66.** Repito constantemente algunas acciones (describelas):
- 0 1 2 **67.** Me escapé de casa
- 0 1 2 **68.** Grito mucho
- 0 1 2 **69.** Soy reservado o me guardo las cosas para mi mismo
- 0 1 2 **70.** Veo cosas que nadie más parece ser capaz de verlas (describelas):
- 0 1 2 **71.** Soy inseguro o fácilmente me siento desconcertado
- 0 1 2 **72.** Provoco incendios
- 0 1 2 **73.** Puedo trabajar bien con mis manos
- 0 1 2 **74.** Suelo presumir o darme importancia
- 0 1 2 **75.** Soy tímido
- 0 1 2 **76.** Duermo menos que la mayoría
- 0 1 2 **77.** Duermo más que la mayoría durante el día o por la noche (describelo):
- 0 1 2 **78.** Tengo buena imaginación
- 0 1 2 **79.** Tengo algún problema de lenguaje (describelo):
- 0 1 2 **80.** Sé defender mis derechos
- 0 1 2 **81.** Robo cosas en mi casa
- 0 1 2 **82.** Robo cosas en otros lugares fuera de casa
- 0 1 2 **83.** Almaceno cosas que no necesito (describelas):
- 0 1 2 **84.** Hago cosas que a otros les pueden parecer extrañas (describelas):
- 0 1 2 **85.** Tengo pensamientos que otros creerían que son extraños (describelos):
- 0 1 2 **86.** Soy terco
- 0 1 2 **87.** Mi humor o estado de ánimo cambia repentinamente
- 0 1 2 **88.** Me gusta estar en compañía de otras personas
- 0 1 2 **89.** Soy desconfiado
- 0 1 2 **90.** Hago juramentos o utilizo un lenguaje sucio
- 0 1 2 **91.** Pienso en suicidarme
- 0 1 2 **92.** Me gusta hacer reír a los demás
- 0 1 2 **93.** Hablo demasiado
- 0 1 2 **94.** Molesto mucho a los demás
- 0 1 2 **95.** Tengo un carácter fuerte
- 0 1 2 **96.** Pienso demasiado en el sexo
- 0 1 2 **97.** Amenazo con hacer daño a la gente
- 0 1 2 **98.** Me gusta ayudar siempre a los demás
- 0 1 2 **99.** Me obsesiono demasiado con estar limpio y bien cuidado
- 0 1 2 **100.** Tengo problemas para dormir (describelos):
- 0 1 2 **101.** Falto a clase o dejo de acudir al colegio
- 0 1 2 **102.** No tengo mucha energía
- 0 1 2 **103.** Me siento desgraciado, triste o deprimido
- 0 1 2 **104.** Cuando hablo, grito más que los demás o impongo mi opinión levantando la voz
- 0 1 2 **105.** Consumo alcohol o drogas no prescritas por el médico (describelas):
- 0 1 2 **106.** Procuro ser amable con los demás
- 0 1 2 **107.** Disfruto cuando alguien cuenta un buen chiste
- 0 1 2 **108.** Me tomo la vida con calma
- 0 1 2 **109.** Procuro ayudar a la gente cuando puedo
- 0 1 2 **110.** Me gustaría pertenecer al otro sexo
- 0 1 2 **111.** Evito mezclarme con los demás
- 0 1 2 **112.** Me preocupo mucho

Por favor, escribe a continuación cualquier otra cosa que describa tus sentimientos, conductas o intereses:

ASEGURATE DE QUE HAS CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS

| Formato de corrección del YSR | |
|--------------------------------------|--|
| Dimensión | Ítems |
| Ansioso/depresiva | 14,29,30,31,32,33,35,45,50,52,71,91,112 |
| Depresiva/aislamiento | 42,65,69,75,102,103,111 |
| Quejas somáticas | 47,51,54,56a,56b,56c,56d,56e,56f,56g |
| Problemas sociales | 11,12,25,27,34,36,38,48,62,64,79 |
| Problemas de pensamiento | 9,18,40,46,58,66,70,76,83,84,85,100 |
| Problemas de atención | 1,8,10,13,17,41,61 |
| Romper las normas/reglas | 26,39,43,63,67,72,81,82,90,96,101,105 |
| Comportamiento agresivo | 3,16,19,20,21,22,23,37,57,68,86,87,89,94,95,97,104 |