



ugr

Universidad
de Granada

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.

TRABAJO FIN DE GRADO.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

EN ALUMNOS DE PRIMARIA Y SECUNDARIA.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

BLANCA MONTES LÓPEZ

2014

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN ALUMNOS DE PRIMARIA Y SECUNDARIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

AUTORA: BLANCA MONTES LÓPEZ (2014)

RESUMEN

La delimitación conceptual de los Trastornos Graves de Conducta y del Comportamiento es muy compleja, tanto por la dificultad que entraña delimitar criterios de normalidad o anormalidad en un determinado patrón de comportamiento, como por la multitud de factores implicados en su origen y mantenimiento, por ello es necesario empezar clarificando el propio concepto de trastorno comportamental aludiendo a la definición dada por el DSM V en el que se define como: “un patrón persistente y repetitivo de conducta, en el que destaca la violación de los derechos fundamentales de los demás, o las reglas o normas sociales adecuadas a la edad”.

El principal objetivo de este trabajo es ofrecer información actualizada sobre los trastornos de conducta, principalmente de sus características, etiología, clasificación, prevención, intervención, evolución e importancia en la esfera educativa. Para llevar a cabo este informe se utilizaron artículos de revistas científicas pedagógicas, psicológicas y médicas nacionales e internacionales. Estos materiales fueron obtenidos en la Biblioteca de la Facultad de Educación, en Bases de datos bibliográficos así como en blogs pedagógicos específicos.

Tras un exhaustivo análisis, llego a la conclusión de que los trastornos del comportamiento por su preocupante latencia, complejidad y consecuencias negativas en la esfera familiar, académica y social, requieren ser detectados y abordados tempranamente por profesionales del Magisterio, Pedagogos, Pediatras y Salud Mental.

En este sentido, es notable la urgencia de que los profesionales de la educación den una respuesta acorde a las necesidades del alumnado.

Palabras Clave: Trastorno de la conducta, Profesionales de la Educación, necesidades del alumnado.

Quiero dedicarle este trabajo a mi hermana, Ana Montes, que me ha dado toda la fortaleza para terminar el trabajo y por el esfuerzo, sacrificio y tiempo que le ha dedicado para la posible realización del mismo. A mis Padres por estar ahí cuando más los necesité. A mi tutor del TFG, por su ayuda y constante cooperación, y por entregarme sus conocimientos para realizar los propósitos que tengo en mente, y a mi novio por su apoyo, para que siguiese adelante con este objetivo, y ayudarme en los momentos más difíciles.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS.....	7
3. MÉTODO DE LOCALIZACIÓN, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIOS PRIMARIOS	8
4. ANÁLISIS DEL TEMA.....	9
4.1.EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS CONDUCTUALES.	9
4.2 CLÍNICA Y FORMAS DE PRESENTACIÓN.....	13
4.3. CLASIFICACIÓN Y PRINCIPALES MANIFESTACIONES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA.	14
4.4. LA FAMILIA ANTE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO	16
4.5. MODELOS EXPLICATIVOS DE ADQUISICIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA.	17
4.6. INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA.	20
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	21
6. BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS.....	32
ANEXO I.....	32
ANEXO II	34
ANEXO III.....	37
ANEXO IV.....	43

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un aumento de interés en la conceptualización, prevalencia, evaluación y tratamiento de los trastornos del comportamiento, debido a las importantes repercusiones que acarrea en todo el ciclo vital y en la esfera educativa, familiar y social de quienes lo padecen. Dentro de los trastornos psicopatológicos, los trastornos del comportamiento son unos de los trastornos con mayor impacto en el desarrollo y en la vida del niño, en su familia y en su entorno en general.

Las primeras descripciones de Trastornos del Comportamiento infantil aparecen a principios del S. XIX, donde ya se puede apreciar una dificultad para discernir su causalidad, al encontrar conductas llevadas a cabo por desprecio del entorno circundante, y sus componentes debidas a una “naturaleza malvada” sobre todo para los sucesos considerados como graves, confrontando a la vez, las conductas que se derivan de situaciones con escasos recursos y poco afecto en la infancia.

En el S. XX se sigue apreciando esta dualidad. En los años 80 aparecen las primeras diferencias entre niños/as con comportamiento alterado y disociales (Loeber, 1997) y es cuando se empieza a usar de manera universal entre los expertos los diagnósticos DSM y CIE, llegando en los años 90 a la descripción de los “Niños Infracontrolados” (Caspi y Silva, 1995) caracterizados por su: impulsividad, inquietud motora y distractibilidad como estilo de comportamiento. Por último, se llega a la definición de los llamados trastornos externalizantes aquellos, que se muestran fundamentalmente a través de alteraciones del comportamiento, a diferencia de los trastornos internalizantes expresados a través del ánimo y las emociones.

Hoy día se cuenta con una definición más actualizada, que se puede encontrar en el DSM V (2013) en el cual se consideran los trastornos del comportamiento como un patrón persistente y repetitivo de conducta, en el que destaca la violación de los derechos fundamentales de los demás, o las reglas o normas sociales adecuadas a la edad.

Las esferas a las que más afecta el padecimiento de este trastorno en los niños y jóvenes son; la esfera educativa, teniendo implicaciones negativas en su aprendizaje y éxito escolar, la social, afectando a una adecuada convivencia y relación social con los compañeros y profesores de sus centros educativos. La multitud de acciones que se llevan a cabo en los centros educativos no sólo acarrearán la finalidad de un aprendizaje

y adquisición de conocimientos eficaces sino también el alcance de objetivos referentes al desarrollo de la personalidad y de las aptitudes de los alumnos (Angulo, Fernández, García, Giménez, Ongallo, Prieto y Rueda, 2008).

Actualmente, es conocida la dificultad con la que se hallan la mayoría de los padres y profesores para conseguir identificar indicadores prematuros que puedan apuntar hacia un trastorno de la conducta; cuestión que incluye a pediatras, psiquiatras, psicólogos y pedagogos cuando se plantea quién o quiénes son los profesionales que deben participar en el diagnóstico y tratamiento de tales desórdenes (Mardomingo, 2004).

Esta cuestión ha venido teniendo distintas respuestas en función de la orientación sobre la etiología y efectos que tienen los trastornos anteriormente mencionados, así como las técnicas para tratarlos teniendo una gran influencia en ello la escasez de recursos (humanos y materiales) con la que se cuenta, lo cual dificulta aún más la detección y el diagnóstico primario de estudiantes con trastornos de la conducta.

El diagnóstico y los obstáculos en la prevención y el tratamiento (ej. falta de información en la familia, escasa formación del profesorado, ausencia de conocimiento de estrategias educativas y psicológicas para el tratamiento en el aula y el hogar, escasez de profesionales, etc.) son las dificultades más llamativas con la que se encuentran los padres, docentes y resto de profesionales implicados en la esfera de los trastornos conductuales.

Para facilitar esta labor de detección, prevención e intervención de este trastorno en el aula, he procedido a la realización de una revisión bibliográfica de los artículos y otras publicaciones relevantes y significativas.

2. OBJETIVOS

Como objetivo general, este TFG pretende mostrar una perspectiva del estado actual de los conocimientos sobre los trastornos de conducta, principalmente de sus características, etiología, clasificación, prevención, abordaje, evolución e importancia en la esfera educativa.

Pero, a partir de dicha investigación, también se pretende conseguir una serie de objetivos específicos que apoyaran a una mayor calidad del análisis:

1. Conocer, recopilar y comparar la información encontrada en diferentes artículos sobre trastornos del comportamiento.
2. Resaltar la importancia de una detección precoz.
3. Ofrecer una propuesta de mejora para fomentar la adquisición de habilidades y aptitudes educativas en los alumnos que padecen este trastorno.

3. MÉTODO DE LOCALIZACIÓN, SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIOS PRIMARIOS

Descripción del método: La búsqueda fue realizada utilizando manuales, revistas electrónicas de pedagogía, de psicopedagogía y consultando bases de datos accesibles (mencionadas al final del texto) a través de la biblioteca de la Universidad de Granada.

Para llevar a cabo la revisión del material se tomaron como referencia varias guías de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos graves de conducta, entre las que se encuentran las editadas por la Consejería de educación de la Junta de Andalucía, Gobierno de Aragón y Gobierno de Canarias, de las cuales se obtuvieron datos de incidencia, prevalencia, datos de evaluación e identificación del alumnado con trastorno grave de comportamiento, datos sobre actuación educativa y datos sobre actuación familiar, lo que me permitió valorar la magnitud de los trastornos de la conducta a nivel educativo .

Estas fuentes fueron seleccionadas en base a su confiabilidad, accesibilidad y disponibilidad.

Las revistas consultadas han sido:

- Electronic Journal of Research in Educational Psychology
- Revista Electrónica de Investigación Educativa
- Revista “Tendencias Pedagógicas”, teniendo en cuenta que son las más referidas en cuanto a su credibilidad y fácil acceso.

Otras de las revistas consultadas fueron las Revistas de Investigación Educativa de México.

Las bases de datos empleadas fueron Dialnet, Eric Data Base, Index y PsycInfo.

Las palabras claves consultadas en español en inglés han sido:

- Trastorno de Conducta, Conduct Disorder.
- Trastorno de Comportamiento, Behavioral Disorder.
- Adolescencia, Adolescence.

Estas palabras fueron seleccionadas por ser las palabras clave más utilizadas en los artículos que me han parecido más relevantes y significantes para mi estudio.

Los artículos se seleccionaron teniendo en cuenta como criterios de inclusión:

-Fecha de publicación no mayor a diez años hasta la fecha, específicamente aquellos que trataban sobre actualización de incidencia, prevalencia, etiología, intervención y manejo del trastorno.

-Trabajos Descriptivos Observacionales.

Criterios de exclusión: se excluyeron aquellos trabajos que incluían trastornos de conducta en personas adultas así como revistas sin indexar.

4. ANÁLISIS DEL TEMA

El análisis de la información recopilada de los artículos más relevantes seleccionados para la realización de mi trabajo me ha llevado al desarrollo de este apartado donde se contempla una visión actualizada sobre el tema de estudio, así como sus principales características y pautas de intervención con la finalidad de hacer cumplir con mis objetivos propuestos.

La mayoría de los artículos analizados coinciden en que la conducta se utiliza como expresión de la personalidad humana de tal forma que, en gran parte, somos lo que hacemos (Bender, 2007).

Si la conducta comienza a ser desviada, sobrepasa los límites de la normalidad establecidos para vivir o convivir en sociedad y afecta al ámbito personal, familiar y social del individuo, estaremos pues, hablando ya de un trastorno conductual que puede derivar en edades posteriores en trastornos de personalidad, que conducirán a patrones conductuales e interacciones interpersonales permanentes en los primeros años de la etapa adulta, con escasa probabilidad de cambio a lo largo de la vida (Oldham, Skodol y Bender, 2007), de ahí la importancia y justificación de una intervención precoz.

4.1.EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS CONDUCTUALES.

Existe una amplia bibliografía sobre la etiología y epidemiología de los trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia que nos proporciona una información importante sobre el incremento de los índices de prevalencia en los últimos

años, los factores que confluyen en su presentación y evolución, los diferentes subtipos, las características diferenciales según la edad de presentación y las diferencias entre sexos.

En la última década se ha producido un aumento en la prevalencia de los desórdenes comportamentales debido a las transformaciones sociales, culturales y educativas que estamos experimentando. En términos generales, el porcentaje de trastornos de la conducta diagnosticados en los años 90 no llegaba al 5% habiéndose triplicado en la actualidad, considerándose como trastornos comportamentales los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos negativistas desafiantes (TND) y trastornos disociales (TD) (Angulo et al, 2008).

Prácticamente todos los investigadores coinciden en la existencia de una continuidad que va desde la normalidad hasta los trastornos disociales, pasando por los problemas de conducta propios del desarrollo evolutivo normal del niño, los problemas paternofiliales, los comportamientos antisociales en la niñez o la adolescencia y el trastorno negativista desafiante (Moreno 2000).

Si nos centramos en los factores de riesgo de los tres tipos de desórdenes más comunes en la infancia y adolescencia(TDAH, TND y TD),podemos realizar la siguiente distinción entre: factores genéticos e individuales, familiares y del entorno, tal y como se muestra en la Tabla 1 (Angulo et al, 2008; Domínguez y Pino, 2008; Justicia et al, 2006; San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010) .

De forma concreta, uno de los factores considerados de mayor relevancia y que correlaciona de forma más positiva con el trastorno conductual y la conducta agresiva manifiesta por el sujeto, es el estilo de crianza de los padres (Raya, Pino y Herruzo, 2009).

Factores de Riesgo			
Genéticos / Individuales	Familiares	Ambientales	Escolares
Escasa habilidades sociales	Estilos parentales – Estilo educativo ineficaz – Baja supervisión – Baja estimulación	Grupo de iguales con conductas disruptivas	Escasa atención del profesorado (énfasis en el rendimiento académico y no en las necesidades

Factores de Riesgo			
	cognitiva – Escaso apoyo emocional		e intereses de los alumnos)
Pobreza en el manejo de conflictos	Desestructuración familiar: drogas, maltrato, conflictos intrafamiliares	Influencia de los medios de comunicación como transmisores de violencia permanente (exposición prolongada)	Conductas agresivas en la escuela (por ej.: bullying)
TDAH con mayor predominancia en la impulsividad	Pobreza comunicativa entre los miembros	Acceso libre a Internet sin supervisión	Vandalismo
Dificultades académicas y de aprendizaje	Estatus socioeconómico	Valores sociales: competitividad, intolerancia, fortaleza, insensibilidad	Clima de clase Inadecuado
Acceso a armas	Trastornos psiquiátricos o de personalidad y de la conducta en los padres	Afiliación a ideologías extremistas	Inteligencia limitada
Atribución externa de la conducta	Depresión post-parto	Rechazo a las normas sociales	Bajo rendimiento académico y fracaso escolar
Experiencias de aislamiento, rechazo, humillación	Separación o divorcio	Pertenencia a grupos sociales deprimidos	Valores culturales y pedagógicos (tradicionalista)

Factores de Riesgo		
Ser víctima de acoso (escolar o familiar)	Embarazo precoz y antecedentes de trastornos de conducta en los padres	Asimetría entre profesorado y alumnado (rechazo de las figuras de autoridad)
Inflexibilidad	Complicaciones perinatales	Separación/Atribución entre buenos y malos escolares
Baja capacidad de frustración	Depresión de la madre	Inexistencia de normas de convivencia
Consumo de sustancias		

Tabla 1. Factores de riesgo durante la infancia y la adolescencia. Adaptada de (Frías-Armenta, López-Escobar y Díaz-Méndez, 2003).

Como se puede observar en la tabla anterior, dentro de los factores de riesgo genético e individual podemos destacar conductas o cualidades de los sujetos tales y como:

- Pobreza en el manejo de conflictos, lo que puede aumentar aún más la frustración personal del niño.
- Consumo de sustancias, lo que lleva a un agravamiento y a una desviación mayor de la conducta.

Dentro de los factores de riesgo familiares cabe destacar factores tales y como;

- Desestructuración familiar, lo que puede llevar a ofrecer un escaso apoyo emocional, una baja supervisión, una pobreza comunicativa entre los miembros concluyendo todo ello en un estilo educativo ineficaz.
- Enfermedad psiquiátrica de los padres, lo cual puede llegar a dificultar aún más las relaciones intrafamiliares.

Dentro de los factores de riesgo ambientales cabe destacar factores como:

-La pertenencia del niño o adolescente a grupos con conductas disruptivas, lo que aumentaría actitudes y conductas de vandalismo, incumplimiento de normas sociales, robos, consumo de sustancias...

Los factores de riesgo escolares hacen referencia a factores relacionados con la capacidad cognitiva del niño, su relación con sus compañeros y/o profesores, acatamiento de las normas impuestas por los superiores...

4.2 CLÍNICA Y FORMAS DE PRESENTACIÓN.

Con mayor probabilidad quien observará mayores cambios conductuales en el niño dentro del aula en los comienzos de su desarrollo será el docente de educación primaria, así mismo serán los propios padres, en los horarios de atención a los niños, quienes van a experimentar mayores dificultades para un manejo adecuado. Entre estas dificultades expresadas las más comunes son; el exceso de rabieta o los problemas para relacionarse con sus iguales. El número de horas que comparte el docente con el niño y los comportamientos que muestra en el aula, hacen que el maestro esté en una posición idónea para detectar la presencia de estos trastornos conductuales.

La sintomatología de los trastornos de comportamiento viene definida en los criterios diagnósticos y estadísticos de las clasificaciones internacionales más comunes como son: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V TR) (APA, 2013) y la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y otros problemas de salud (CIE-10) (OMS, 2008). Del mismo manual (DSM V TR) podemos desprender 23 posibles síntomas o conductas manifiestas que los niños y adolescentes presentan a lo largo de su desarrollo y trastorno comportamental en los diversos contextos, ayudándonos a facilitar su detección y diagnóstico dentro y fuera del aula., tales como:

1. Presenta accesos de cólera anormalmente frecuentes y violentos, teniendo en cuenta su nivel de desarrollo.
2. Discute frecuentemente con los adultos.
3. Se opone activamente a las demandas de los adultos o desobedece.
4. Realiza frecuentemente, de forma deliberada, cosas que contrarían a los adultos.
5. Acusa frecuentemente a otros de ser responsables de sus faltas o de su mala conducta.

6. Es frecuentemente susceptible o contrariado por los demás.
7. Es frecuentemente rencoroso o vengativo.
8. Es frecuentemente malo o vindicativo.
9. Miente frecuentemente o no mantiene sus promesas, para obtener objetos o favores o para evitar obligaciones.
10. Comienza frecuentemente peleas (no tener en cuenta peleas entre hermanos y hermanas).
11. Ha utilizado un arma que puede herir seriamente a otro (por ejemplo un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma de fuego).
12. Permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición de los padres.
13. Ha sido físicamente cruel hacia personas.
14. Cruel hacia los animales.
15. Ha destruido deliberadamente bienes de los demás.
16. Ha prendido fuego pudiendo provocar, o para provocar destrozos importantes.
17. Robo de objetos de valor, sin enfrentarse a la víctima, en la casa o fuera de la casa
18. Hace novillos con frecuencia, desde la edad de 13 años o antes.
19. Se ha fugado al menos dos veces o al menos una vez no ha vuelto hasta el día siguiente, viviendo con sus padres o en acogida familiar (no cuentan las fugas para evitar el castigo).
20. Ha cometido algún delito con enfrentamiento a la víctima.
21. Ha obligado a alguien a tener una actividad sexual.
22. Molesta frecuentemente a otras personas (hiere, les hace sufrir, intimida..).
23. Ha entrado en la casa violentándola, o en un inmueble o en el coche de otra persona.

4.3. CLASIFICACIÓN Y PRINCIPALES MANIFESTACIONES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA.

Es necesario hacer mención de que la clasificación de los trastornos del comportamiento, difiere dependiendo de los criterios utilizados (Félix, 2007). Una primera clasificación hace referencia a la presencia (exceso) o ausencia (déficit) de cierta desviación con respecto a lo considerado normal en un determinado contexto.

Si se atiende a la dirección o consecuencias del comportamiento, podemos distinguir entre conductas externalizantes como la agresividad o internalizantes como la depresión o ansiedad, elementos existentes en los sujetos con trastornos comportamentales (López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López, 2009). La tercera clasificación más utilizada es la que atiende a los criterios diagnósticos presentes en el DSM V-TR y el CIE-10, en donde aparecen como trastornos de la conducta más comunes el TDAH, TND y TD.

Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El TDAH ,como trastorno psiquiátrico más frecuente y comúnmente diagnosticado durante la etapa escolar (Félix, 2007; San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010) es un síndrome caracterizado por un desarrollo alterado en los mecanismos reguladores de la atención y la reflexividad (Miranda, Jarque y Soriano, 1999) lo que supone un déficit de atención, en la actividad (hiperactividad) e impulsividad. El TDAH como trastorno más generalizado durante la infancia, supone más del 10% de los comportamientos disruptivos.

Aunque la prevalencia del trastorno puede variar en función de los criterios diagnósticos, la población, métodos o fuentes de información utilizadas (Artigas, 2003), así como la edad de los sujetos seleccionados, actualmente según los datos más recientes esta prevalencia oscila en torno al 2-12% en la población infanto-juvenil con una media de entre el 5-8% (San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010).

Los rasgos más comunes que presentan los niños con TDAH están relacionados con sus tres principales características: hiperactividad, impulsividad e inatención.

A la hora de llevar a cabo un diagnóstico de TDAH es importante que exista un consenso multidisciplinar, esto es, un acuerdo entre los diferentes profesionales implicados en el mismo. Con ello se evitaría el error de tipificar de hiperactivos a niños que en realidad no lo eran, y concretar aún más la prevalencia de este trastorno.

Trastorno Disocial (TD)

Los trastornos disociales son definidos como aquellos patrones conductuales a partir de los cuales el sujeto viola de forma persistente y permanente en el tiempo los derechos básicos de otras personas o transgrede normas sociales adecuadas para su edad (Angulo *et al*, 2008; APA, 2002; Obrero, 2009). La prevalencia de este trastorno se sitúa entre el 2 y el 10% en la población femenina y en porcentajes mayores entre los

hombres (6-16%) (Félix, 2007). Aunque en ocasiones puede confundirse con conductas disruptivas o conflictos puntuales en los centros educativos, es el trastorno que en mayor medida se manifiesta en las aulas.

Según el DSM V-TR los criterios diagnósticos o síntomas comunes manifiestos de este trastorno son cuatro:

1. Agresión a personas y animales.
2. Destrucción de la propiedad ajena
3. Robo
4. Violación grave de las normas sociales

Trastorno Negativista Desafiante (TND)

Se define por la presencia recurrente y mantenida en el tiempo de un comportamiento deliberado marcadamente desafiante, desobediente, provocador, no cooperativo, negativo, irritable, en constante mal humor y de oposición generalmente a figuras o personas que representen autoridad especialmente de la familia y la escuela (Angulo et al, 2008; Obrero, 2009; Soler, 2010), distinguiéndose del TD en cuanto que no atenta contra los derechos básicos de otras personas.

Estos niños muestran rencor, molestia o resentimiento permanente con todo y todos, son vengativos, poco tolerantes a la frustración, groseros, hacen un mal uso del lenguaje, mienten, tienen problemas académicos y se hacen las víctimas de su situación acusando a otros de su mal comportamiento (Félix, 2007; Obrero, 2009).

4.4. LA FAMILIA ANTE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

En nuestro contexto, la familia juega un papel primordial para el desarrollo del individuo. En su seno el niño realiza toda una serie de aprendizajes que le posibilitan su inserción en la sociedad. La forma en que estos aprendizajes se lleven a cabo y en que las necesidades afectivas se satisfacen influye notoriamente en el niño (Cagigal, 2004).

De los diferentes artículos revisados sobre la situación familiar, se deduce que: los problemas de convivencia, la inadecuada comunicación y el mal manejo de las tensiones entre los miembros de la familia provocan en el niño ciertas dificultades que pueden traducirse en conflictos psicológicos o comportamentales.

Con esto se puede llegar a demostrar que la familia ejerce una influencia decisiva en el origen y evolución de los trastornos de la conducta, aunque no necesariamente es el factor causal (Cervell, 2005)

En análisis más detallados (Díaz-Sibaja, Comeche, y Díaz, 2009) en los que se buscan elementos que relacionan a las familias disgregadas y los trastornos de conducta se apunta a que una influencia diferencial lo constituyen variables como la edad y el sexo.

Otros estudios realizados como el llevado a cabo por Horne (1981) se comprueba que el factor *broken home*, o lo que es lo mismo, familias disgregadas, desestructuradas, que pueden llegar a tener una repercusión negativa en la conducta del niño, puede resultar menos importante a la hora de explicar la conducta agresiva que el conocimiento adecuado de los patrones de interacción familiar.

Todo ello denota que la familia ejerce una fuerte influencia en la educación temprana de niños y niñas y que es extraordinariamente importante en el papel que puede llegar a jugar como primer agente de socialización. Estos valores o antivalores adquiridos en edades tempranas quedan muy arraigados en la estructura de la personalidad, lo cual hace muy difícil su posterior erradicación. De ahí la necesidad de que la educación desde los primeros años de vida sea lo más adecuada posible.

4.5. MODELOS EXPLICATIVOS DE ADQUISICIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA.

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

A) La pirámide evolutiva

Lahey y Loeber (1994) parten de la idea de que no es posible comprender un patrón conductual desadaptativo sin tener en cuenta su evolución que, según ellos, no es

aleatoria. Las relaciones entre estos comportamientos las describen a través de lo que denominan la «pirámide evolutiva» (ver figura 1).

La dimensión horizontal de esta pirámide representa la prevalencia y la vertical, de abajo a arriba, se refiere a la edad de inicio de las conductas (Fernández y Olmedo, 1999). En ella, las conductas del trastorno negativista están en la base y las del trastorno disocial en la cúspide.

Según su modelo, en la población general muchos niños presentan conductas oposicionistas, pero sólo algunos desarrollarán el número suficiente de conductas desadaptadas para ser calificadas como un trastorno de conducta.

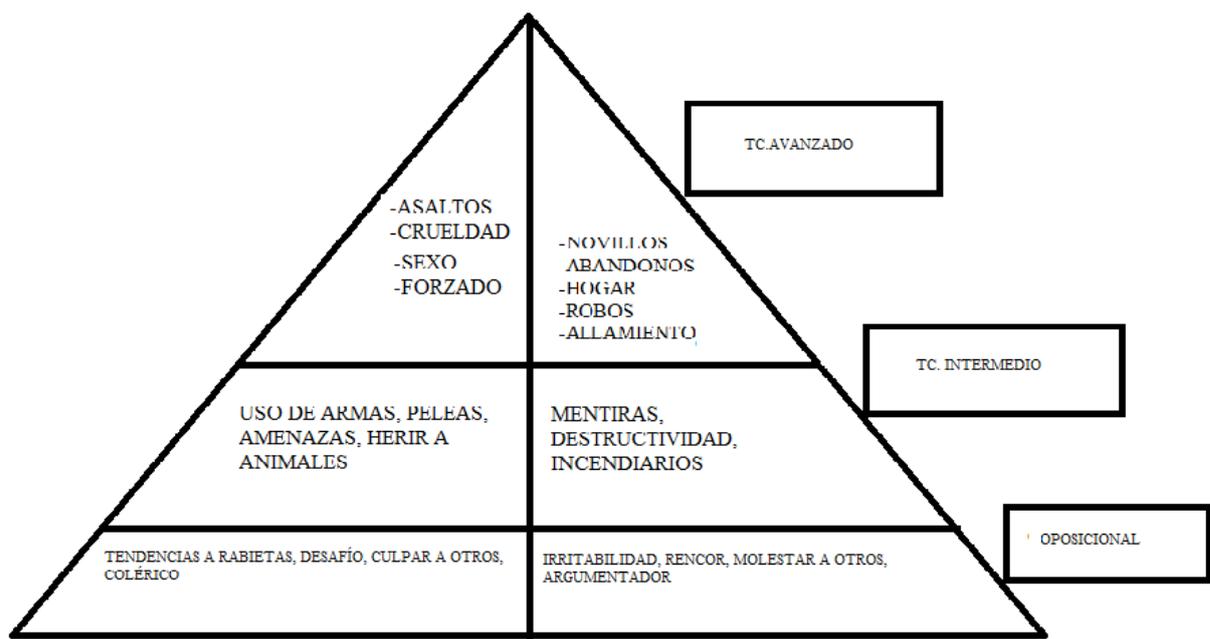


Figura 1. Pirámide de desarrollo de los problemas de conducta (adaptado de Fernández y Olmedo, 1995, p. 50).

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

Lahey y Loeber (1994) plantean este modelo como un continuo donde es difícil establecer límites claros. Así como hay algunas conductas que se sitúan claramente en un nivel (por ejemplo, las rabietas), otras resultan de difícil clasificación (por ejemplo,

los robos que cuando el niño es pequeño pueden ser de juguetes o algún material escolar y cuando son más mayores pueden ser coches).

B) Modelo del procesamiento de la información social de Dodge.

Dodge (1993) propone un modelo explicativo de la agresión y del mantenimiento de los trastornos de conducta basado en el procesamiento de la información. Según Dodge, las experiencias infantiles interactúan en la memoria con las estructuras de conocimiento. Estas estructuras son esquemas derivados de experiencias tempranas, expectativas sobre sucesos futuros y vulnerabilidad afectiva.

Cuando el niño o adolescente se expone a un estímulo social concreto, las estructuras de conocimiento organizan el proceso en esta situación. Estos procesamientos cuando son inadecuados y sesgados dan lugar a una conducta desviada o agresiva.

Este autor propone que experiencias tempranas de abuso físico, exposición a modelos agresivos y patrones de apego inseguros conducen al desarrollo de estructuras de memoria en el niño que le hacen concebir el mundo como un lugar hostil donde va a necesitar una conducta coercitiva para lograr los resultados deseados.

Más adelante, cuando se enfrente a situaciones sociales provocadoras, estas estructuras de conocimiento le van a llevar a centrarse más en los aspectos hostiles de las señales y a interpretarlas como una amenaza.

C) Modelo de Patterson de interacción coercitiva

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

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

factores importantes en su modelo que son el bajo rendimiento académico y la baja autoestima.

Este modelo supone una ventaja para la explicación de la influencia familiar y del entorno social ya que permite el desarrollo de procedimientos de entrenamiento de padres que desean modificar las interacciones familiares coercitivas. En este sentido, una intervención temprana que identifique las primeras secuencias conductuales coercitivas puede ser un buen momento para prevenir la escalada hacia un comportamiento agresivo.

4.6. INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA.

Es un hecho suficientemente conocido la dificultad con que se encuentra la inmensa mayoría de los padres y profesores para lograr identificar los indicadores prematuros que pueden apuntar hacia un trastorno de la conducta; dificultad que se amplía incluso a pediatras, psiquiatras, psicólogos y pedagogos cuando se plantea quién o quiénes son los profesionales que deben participar en el diagnóstico y tratamiento de tales desórdenes.

La detección en la escuela del alumnado con posible Trastorno de la Conducta (TC) surge, generalmente, como consecuencia de conductas disruptivas en el centro escolar y, frecuentemente, la solicitud de intervención a los EOEP (equipo de orientación educativo y psicopedagógico) o a los Servicios de Orientación del centro que se propone en los momentos y estados de conflicto que generan estas situaciones en la dinámica de aprendizaje y convivencia (García et al., 2011).

Para facilitar esta labor de detección e intervención en el aula, se han elaborado diferentes protocolos de observación sistemática, diversos documentos y guías de actuación (Fernández, 2002; Torrego y Moreno, 2003, Torrego, 2008) que proponen medidas encaminadas a que los centros gestionen los conflictos dentro del marco de convivencia y de régimen interno que tengan diseñados.

Son protocolos de actuación que presentan secuencias ordenadas de actuaciones encaminadas a la resolución colectiva de los conflictos. Estos documentos orientativos necesitan ser contextualizados y adaptados a los centros y su entorno, promoviendo un tratamiento integrado y global de la convivencia y precisan de la corresponsabilidad de la comunidad educativa en la gestión de los conflictos y la adopción de medidas preventivas que mejoren el clima general del centro.

Es importante destacar que las intervenciones en los problemas de conducta requieren de un trabajo coordinado y conjunto de todos los agentes implicados en el desarrollo psicosocial del niño. Para realizar con eficacia su intervención en los problemas de conducta, la escuela tiene que adoptar una estrategia de intervención que permita trabajar conjuntamente con otros estamentos y especialistas a la hora de abordar una problemática tan compleja, preocupante y retadora de la convivencia escolar.

La puesta en marcha de estos protocolos en las aulas servirá como detección e identificación primaria de estos trastornos, lo cual deberá ser corroborado en el tiempo con sucesivas cumplimentaciones (por el criterio diagnóstico que implica la permanencia en el tiempo de los trastornos de conducta). A todo ello se debe sumar, las diversas pruebas y un diagnóstico psicopedagógico más austero por parte de los Servicios de Orientación del Centro y demás agentes especializados del ámbito sanitario.

De esta forma, la información recogida de las diversas fuentes y observadores, permitirá realizar una evaluación interdisciplinar del menor para establecer el tratamiento más adecuado a sus necesidades o particularidades. Estos protocolos pueden consultarse en los Anexos I, II, III y IV.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una vez revisada y analizada la literatura encontrada sobre los trastornos de la conducta en alumnos de primaria y secundaria puedo concluir que:

La mayoría de los estudios y artículos seleccionados para llevar a cabo esta revisión bibliográfica coinciden en que dentro de los trastornos de conducta, los patrones que con más frecuencia se presentan entre los niños afectos, tienen que ver con los trastornos por déficit de atención fundamentalmente y en menor medida con comportamiento perturbador o antisocial.

Según se incrementa la edad, las conductas más relacionadas con el déficit de atención, evolucionan hacia patrones comportamentales más disruptivos o de carácter antisocial. También se incrementan las conductas de bajo interés y esfuerzo hacia las actividades de aprendizaje, presentando desajustes importantes en el modo de abordar las actividades escolares, apareciendo problemas de aprendizaje y de bajo rendimiento, protagonizando una historia de fracaso escolar continuo.

De forma general se podría afirmar que los factores de riesgo escolares, familiares y personales más relevantes identificados en poblaciones con problemas de conducta, tienen que ver con la falta de colaboración familia-centro, la actitud negativa de los compañeros hacia estos alumnos, el estilo educativo inapropiado por parte de los padres, la presencia de acontecimientos críticos, las situaciones de desestructuración familiar y la presencia de trastornos mentales.

Las manifestaciones conductuales más frecuentemente detectadas en los trastornos de conductas suelen ser: inquietud motora, impulsividad, agresiones verbales, mentiras, incumplimiento de normas, culpabilizar a otros de sus conductas y de forma significativa manifestaciones relacionadas con conductas de agresiones físicas y robos.

Estas conductas presentes en los niños afectados de este trastorno hacen necesario la presencia de intervenciones educativas específicas, precisión de múltiples y diversas actuaciones psicopedagógicas y de orientación a las familias.

Es llamativo, la coincidencia de la mayoría de los estudios analizados, en el bajo porcentaje de casos que se detectan con problemas de conducta por aislamiento social, es decir de aquellos niños que se relacionan poco con sus compañeros. Sólo cuando el patrón de conducta representa una amenaza para los demás cuando limita las oportunidades de aprender y de participar en la clase o cuando altera la dinámica de funcionamiento del grupo y pone en evidencia el control de la clase por parte del profesor, son derivados por éstos al profesional correspondiente para su evaluación psicopedagógica.

Estas circunstancias de alteración de la dinámica de funcionamiento en el aula que no se dan con los niños retraídos, explican que no sean identificados o que no se les conceda la importancia que requiere su atención educativa.

En general, se puede afirmar que los niños que presentan problemas de conducta despiertan escasa simpatía entre los demás compañeros. Son alumnos que corren un mayor riesgo de ser controvertidos, rechazados o ignorados por sus compañeros de clase, así al menos se pone de manifiesto en la mayoría de los estudios realizados al respecto. Estas actitudes harán que les resulte más difícil el establecimiento de unas relaciones sociales estables y satisfactorias.

La presencia de factores de riesgo personales, hace insistir en la necesidad de crear servicios de tratamiento para atender a la población infantil desde edades tempranas (0-6 años) de carácter público, en coordinación con los servicios de pediatría y equipos de atención temprana, para la pronta detección de estos alumnos y prevenir

los factores de riesgo personales y familiares que pudieran afectar seriamente al desarrollo social, emocional y cognitivo.

Sería muy importante que los padres estuvieran implicados directamente en los tratamientos de sus hijos para favorecer el desarrollo de actitudes y crear en ellos las habilidades educativas necesarias. También se considera necesario ampliar los servicios de salud (psiquiatría y psicología) ya existentes y concertar otros servicios, como los servicios de atención especializados en lenguaje, por su estrecha vinculación con estos problemas. De este modo se facilitaría el acceso de los alumnos que son considerados más desfavorecidos por sus circunstancias socio-familiares y económicas.

Aunque son escasas las evidencias de que las experiencias escolares sean el único origen de los problemas de conducta, según refieren la mayoría de autores de los artículos seleccionados, sí se sabe que determinadas actitudes por parte del profesorado, la falta de expectativas, técnicas de enseñanza inapropiadas, etc., pueden mantener o incluso incrementar patrones de conducta desadaptadas.

En la literatura revisada no se señalan de manera especialmente relevante estos factores, aunque sí parece ponerse de manifiesto una clara tendencia a atribuir a la falta de colaboración familia-centro y a las actitudes del grupo de compañeros hacia el alumno en cuestión como los principales factores de riesgo en la manifestación de los problemas comportamentales.

Creo que es necesario un análisis más profundo con respecto a los factores relacionados con el estilo de enseñanza del profesor y de las interacciones verbales y no verbales del profesor con estos alumnos, para así conocer mejor que grado de repercusión puede tener el estilo de enseñanza como factor de riesgo de los trastornos de conducta, aunque teniendo en cuenta el señalamiento de algunos estudios al respecto, las expectativas de los profesores hacia los niños con problemas de conducta suelen tener un carácter negativo, poniéndose de manifiesto que la calidad de las interacciones pueden ser diferentes puesto que recibe un mayor número de verbalizaciones críticas de forma continuada, muy centrado en la regulación del comportamiento cuando rompen o incumplen las normas establecidas.

Por todo ello, cabe dudar de la tendencia tan generalizada de atribuir los problemas de conducta a causas intrapsíquicas y a factores de entorno socio-familiares como únicas razones, que sin duda impiden una intervención educativa efectiva con estos alumnos.

Por otro lado, la mayoría de autores coinciden en la reivindicación de la necesidad de fomentar la colaboración familia-centro a través de la acción tutorial donde se podría acordar una unificación de criterios y pautas educativas para seguir en el ámbito familiar.

El hecho de ajustar patrones de actuación familia-centro, van a permitir unificar criterios de actuación que ayudarán a prevenir o eliminar las conductas inadecuadas y favorecer su desarrollo socioemocional.

En la mayoría de los artículos, el “estilo educativo de los padres” es evaluado como uno de los factores de riesgo más destacado que está presente en los niños con problemas de conducta, junto con desestructuración familiar y acontecimientos críticos en la vida del niño, si bien estos dos últimos en menor porcentaje.

La tensión que supone para la familia la presencia de un niño con problemas de comportamiento influye decisivamente en las relaciones con sus hijos y con sus profesores, quebrándose en muchas ocasiones. De ahí la necesidad de incidir en el ámbito de la orientación a familias con el objetivo de modificar determinadas actitudes y percepciones negativas que tienen hacia los hijos, así como las explicaciones causales erróneas que a veces realizan de sus conductas, potenciando las interacciones conductuales positivas y previniendo problemas posteriores más graves.

Basándome en los resultados de los diversos estudios analizados, es de subrayar la necesidad de intervenir en todos los ámbitos, desde las medidas grupales y de tutoría a las medidas individuales.

La mayoría de autores mantienen la idea que un enfoque interactivo de la intervención, en el que se contemplen actuaciones o medidas educativas de lo menos a más intrusivo para el alumno en cuestión, favorecerá el desarrollo integral del niño que será lo que le permita modificar las conductas desadaptadas y adquirir las habilidades sociales necesarias, para participar e integrarse en el grupo social en el que se desenvuelve.

Por último, insistir en la necesidad de una pronta detección y atención de estos niños, lo cual se podría conseguir si se tuviese en cuenta las múltiples variables relacionadas con los centros (medidas de atención educativa a la diversidad que se contemplan en los proyectos educativos de los centros, escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad o a necesidades de compensación educativa, recursos educativos, etc.) que están directamente relacionadas

con el tipo de actuación que requerirá por parte del orientador y la disponibilidad de este para atender a todos los casos que le son demandados.

Además si no existe una comunicación fluida entre los distintos profesionales que están implicados, se corren riesgos de solapar intervenciones o interferir en el logro de los objetivos de los tratamientos o medidas educativas adoptadas.

No debemos olvidar que los enfoques para abordar estos problemas puede ser diversos, desde tratamiento médico (farmacológico o nutricional), psicodinámico, conductista, cognitivo-conductual, ecológico, psicoeducativo, etc., y dependiendo de dónde nos posicionemos, se enfatizarán más unos aspectos sobre otros, pudiendo variar las recomendaciones e incluso llegar a ser contradictorias, influyendo a veces de forma desfavorable en el trabajo con padres y profesores.

6. BIBLIOGRAFÍA

Aláez, F.M, Martínez-Arias, R., y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.

Alonso, J., y Navazo, M. A. (2002). La agresividad escolar y su relación con el rendimiento escolar. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 5(1), 1-5.

American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-V-TR*. Barcelona: Masson.

Angulo, M. C.; Fernández, C., García, F. J., Giménez, A. M., Ongallo, C. M., Prieto, I., y Rueda, S. (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos graves de conducta*. Andalucía: Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Dirección General de Participación e Innovación Educativa.

Atienza, J. M. (n.d.). *Prevalencia de los trastornos de conducta* [en línea]. Disponible en: <http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/tc7.pdf> [consulta: 2011,12 de Marzo].

Barkley, R. A., Edwards, G. H., y Robin, A. L. (1999). *Defiant Teens. A Clinician's Manual for Assessment and Family Intervention*. New York: Guilford.

Bartau, I, Maganto, J., y Etxeberria, J. (2005). Los programas de formación de padres: una experiencia educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 25, 1-17. Departamento de Métodos de investigación y diagnóstico en educación. Universidad del País Vasco.

Bierderman, J., Mick, E.; Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T. E., Frazier, E., y Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159, 36-42.

Buela-Casal, G, Carretero-Dios, H., y Santos-Roig, M. (2002). *El niño impulsivo. Estrategias de evaluación, tratamiento y prevención*. Madrid: Pirámide.

Cagigal, V. (2004). *Colaboración y actuación con familias de niños con problemas de conducta*. *Encuentro anual de equipos de orientación, problemas de conducta y trastorno disocial*. Madrid: Instituto Universitario de la Familia-Proyecto METRA. Universidad Pontificia Comillas.

Calvillo, M., y Fernández, A. (2003). Tratamiento del comportamiento perturbador de niños preescolares basado en su análisis funcional. *Psicología Conductual*, 11(1), 115-133.

Caspi, A., y Silva, P. (1995). Temperamental qualities at age 3 predict personality traits in young adulthood. *Child Development*, 66, 486-498.

Cervell, M. (2005). Orientación e intervención familiar. Educación y futuro. *Revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 12, 131-140.

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

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

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

Domínguez, J., y Pino, M. R. (2008). Las conductas problemáticas en el aula: propuesta de actuación. *Revista Complutense de Educación*, 19(2), 447-457.

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

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

Estévez, E., Musitu, G., y Herrero, J. (2005). The influence of violent behavior and victimization at school on psychological distress: The role of parents and teachers. *Adolescence*, 40, 183-195.

Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.

Félix, V. (2007). *Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes* [en línea]. Disponible en: <http://www.uv.es/femavi/Elda2.pdf> [consulta: 2011, 3 de Marzo].

Fernández, M^a. P. (2009). Los estilos educativos de los padres y madres. *Innovación y experiencias educativas*, 16, 1-9. Disponible en: <http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/PILAR_FERNANDEZ_2.PDF>

Fernández, I. (Coord.) (2001). *Guía para la convivencia en el aula*. Barcelona: Cisspraxis.

Fernández, E., y Olmedo, M. (1999). *Trastorno del comportamiento perturbador*. Madrid: UNED-FUE.

Fernández, A., y Muñoz, L. (2005). Evaluación de los trastornos por déficit de atención y del comportamiento perturbador. En V. Caballo (Dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 279-311). Madrid: Pirámide.

Froján, M. X., Calero, A., y Montaña, M. (2006). Análisis de un caso de conductas disruptivas en la infancia. En F. X. Méndez, J. P. Espada, y M. Orgilés (Coords.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos* (pp. 343-364). Madrid: Pirámide.

Frías-Armenta, M., López-Escobar, A., y Díaz-Méndez, S. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8, 15-24.

García, A., Arnal, A., Bazanbide, E., Bellido, C., Calvario, M., Civera, B., González, P., Peña, R. A., Pérez, M., y Vergara, A. (2011). Un protocolo de «buenas prácticas» en la intervención con alumnos con trastornos de la conducta en centros educativos. *Apuntes de psicología*, 29: 319-336.

Gerard, R. (2002). *La agresividad* [en línea]. Disponible en: <http://www.apsique.com/wiki/AnorAgresividad2> [consulta: 2011, 3 de Marzo].

Greciano, I. (2001). Alteraciones del comportamiento en el aula [en línea]. Disponible en: http://www.eskolabakegune.euskadi.net/c/document_library/get_file?uuid=a1a1b8cb-8317-4fcf-a492-5e4656def19f&groupId=2546067.

Hill, J. (2003). Early identification of individuals at risk for antisocial personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 11-14.

Justicia, F.; Benítez, J. L.; Pichardo, M. C.; Fernández, E.; García, T., y Fernández, M. (2006). Aproximación a un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 4(9), 131-150.

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

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

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

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

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

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

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.

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

Mardomingo, M. J. (2004). *Detección y diagnóstico del alumnado con problemas de conducta* [en línea]. Disponible en: [http://www.redes-cepalcala.org/inspector/DOCUMENTOS%20Y%20LIBROS/DERECHOS DEBERESCONVIVENCIA/ DETECCION%20Y%20ODIAGNOSTICO%20PROBLEMAS% 20CONDUCTA.pdf](http://www.redes-cepalcala.org/inspector/DOCUMENTOS%20Y%20LIBROS/DERECHOS%20DEBERESCONVIVENCIA/DETECCION%20Y%20DIAGNOSTICO%20PROBLEMAS%20CONDUCTA.pdf) [consulta: 2011, 20 de Marzo].

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

Miranda, A., Jarque, S., y Soriano, M. (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurología*, 28(2), 182-188.

Montiel, C., y Peña, J. A. (2001). Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Revista de Neurología*, 32(6), 506-511.

Moreno, F. X. (2000). Diagnóstico de los Factores de Riesgo como Recurso Preventivo de los Problemas de Conducta en el Contexto Escolar. *Revista Electrónica Convid, II*, 29-44.

Moreno, F. X. (2001). *Análisis psicopedagógico de los alumnos de Educación Secundaria Obligatoria con problemas de comportamiento en el contexto escolar*. Tesis Doctoral inédita. Departament de Psicologia de la salut i Psicologia Social, Universitat Autònoma de Barcelona.

Nicolson, D., y Ayers, H. (2002) *Problemas de la adolescencia*. Madrid: Narcea.

Obrero, O. (2009). Los trastornos disociales en el aula. *Revista Digital Enfoques Educativos*, 37, 86-132.

Oldham, J. M., Skodol, A. E., y Bender, D. S. (2007). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: MASSON.

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

Palomero, J. E., y Fernández, M. R. (2001). La violencia escolar: un punto de vista global. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 41, 19-38.

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

Peña, J. A., y Montiel, C. (2003). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? *Revista de Neurología*, 36(2), 173-179.

Raya, A. F., Pino, M. J., y Herruez, J. (2009). La agresividad en la infancia: el estilo de crianza parental como factor relacionado. *European Journal of Educational and Psychology*, 2(3), 211-222.

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

Robles, Z., y Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de psicología*, 27(1), 86-101.

San Sebastián, J., Soutullo, C., y Figueroa, A. (2010). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), en C. Soutullo y M. J. Mardomingo, *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (pp. 55-78). Madrid: Médica Panamericana.

Sibon, A. M. (2010). Los trastornos de conducta en el aula. *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, 28, 1-11.

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

Soler, M. (2010). Problemas de comportamiento y técnicas de modificación de conducta. *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, 35 [en línea] Disponible en: http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_35/MIRIAM%20SOLER%20PENA_1.pdf [consulta: 2011, 12 de Marzo].

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 and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 126-141.

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

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

Vinet, E. V. (2010). Psicopatía infanto-juvenil: avances en la conceptualización, evaluación e intervención. *Terapia Psicológica*, 28, 1, 109-118.

ANEXOS

Estos anexos han sido recogidos de:

-Guía Práctica: Trastornos de la Conducta, Una guía de intervención en la Escuela.
Gobierno de Aragón.

ANEXO I

GUIÓN DE LA ENTREVISTA CON EL TUTOR

1. Datos personales del alumno:

Nombre y apellidos:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Curso/nivel de escolarización:

Centro escolar:

Fecha de la entrevista:

Entrevistador:

Entrevistado:

Asignaturas y número de horas que imparte al grupo:

2. Conductas que le preocupan del alumno:

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

Dirigidas a los objetos:

Dirigidas a los compañeros:

Dirigidas a los adultos:

Dirigidas a sí mismo:

Otras a destacar:

CONDUCTA CONSECUENCIAS FRECUENCIA MOMENTO DE APARICIÓN

3.1. Especificar los antecedentes o desencadenantes de dichas conductas:

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

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

3.4. ¿A qué atribuye el tutor esas conductas?

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

A nivel Curricular:

A nivel Social:

5. Descripción de las relaciones sociales con los compañeros:

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

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

7.1. ¿Lleva a cabo reuniones?

7.2. ¿Con quién?

7.3. Periodicidad de las mismas:

7.4. Finalidad de las reuniones:

8. Estilo de enseñanza del profesor:

8.1. Distribución del aula:

8.2. Reparto de responsabilidades:

8.3. Tipo de agrupamientos para las diferentes tareas:

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

8.5. ¿Se llevan a cabo adaptaciones de acceso?

8.6. ¿Se potencia el aprendizaje cooperativo?

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

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

8.9. Castigos y recompensas que se aplican:

8.10. Eficacia de dichas medidas.

ANEXO II

GUIÓN DE LA ENTREVISTA FAMILIAR

1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

CURSO/NIVEL DE ESCOLARIZACIÓN:

CENTRO ESCOLAR:

FECHA DE LA ENTREVISTA:

ENTREVISTADOR:

ENTREVISTADOS (Y RELACIÓN CON EL NIÑO):

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

HERMANOS (EIDADES):

DIRECCIÓN:

TELÉFONO/S:

2. ANAMNESIS

2.1. Desarrollo del embarazo y del parto:

2.2. Resultados del test de APGAR:

2.3. Temperamento del niño:

2.4. Desarrollo Temprano:

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

3. HISTORIAL DE SALUD

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

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

Asma

Alergias

Diabetes, artritis u otra enfermedad crónica

Epilepsia o un desorden convulsivo

Convulsiones febriles

Varicela u otras enfermedades comunes de la infancia

Problemas de corazón o de la presión sanguínea

Fiebre alta

Lesión en la cabeza con pérdida de conocimiento

Cirujía

Hospitalización prolongada

Problemas del habla o del lenguaje

Infecciones crónicas de oído

Dificultades de audición

Problemas de los ojos o de la visión

Dificultades motrices

Problemas de apetito (comer demasiado o muy poco)

Problemas para dormir (quedarse dormido, permanecer dormido)

Problemas de evacuarse encima

Problemas de orinarse encima

Otras dificultades de salud (por favor, describa).

ESTRUCTURA FAMILIAR

4.1. Hijo biológico / Adoptado (indicar):

4.2. N° Hermanos:

4.3. ¿Quiénes conviven en el domicilio familiar?

4.4. Relación entre los miembros:

4.5. Ocupación de los padres (situación laboral):

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

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

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

5. PRINCIPALES PREOCUPACIONES DE LOS PADRES

5.1. Problemas de conducta en el hogar:

5.2. Problemas emocionales:

5.3. Problemas de desarrollo:

- 5.4. Problemas y relación con el centro escolar:
- 5.5. Problemas en las relaciones sociales con la comunidad:
- 5.6. Otros problemas que les puedan preocupar:

6. EXPLORACIÓN DIAGNÓSTICA BÁSICA

- 6.1. ¿A quién han consultado por el problema actual del niño?
- 6.2. ¿Qué les han dicho?
- 6.3. ¿Ha recibido su hijo algún tratamiento?, ¿cuánto ha durado?, ¿ha sido eficaz?

7. MÉTODOS DE MANEJO DE CONDUCTAS DE LOS PADRES

- 7.1. ¿Su hijo cumple sus órdenes habitualmente?, ¿se las tienen que repetir varias veces?, ¿cuántas?, ¿las cumple finalmente?
- 7.2. ¿Están los padres de acuerdo con el tipo de normas que aplica cada uno?
- 7.3. ¿Qué hacen cuando quieren corregir el comportamiento de su hijo?
- 7.4. ¿Suelen utilizar las amenazas para conseguir que su hijo haga lo que le piden?
- 7.5. ¿Las ponen en práctica si su hijo no les obedece?
- 7.6. ¿Consideran eficaz este procedimiento para lograr que su hijo les obedezca?
- 7.7. ¿Le dejan al niño suficientemente claro lo que puede y lo que no puede hacer?
- 7.8. ¿Qué hace el padre y qué hace la madre habitualmente cuando su hijo se porta o se ha portado mal?
- 7.9. ¿Qué hace el padre y qué hace la madre habitualmente cuando su hijo se porta o se ha portado bien?
- 7.10. ¿Qué consecuencias suele tener?
- 7.11. Otros aspectos del comportamiento del padre y la madre: ¿Juegan normalmente con su hijo cada día o hacen algo juntos?, ¿le ayuda con los deberes?
- 7.12. ¿Hablan cada día sobre cómo le ha ido en la escuela o en otras actividades?

8. HISTORIAL ACADÉMICO

- 8.1. Rendimiento global del niño a lo largo de su escolaridad:
- 8.2. Rendimiento actual:
- 8.3. ¿Ha repetido algún curso?
- 8.4. ¿Tiene problemas de relación con su tutor?
- 8.5. ¿Tiene problemas de relación con sus compañeros?
- 8.6. ¿Recibe apoyo dentro o fuera del horario escolar?
- 8.7. ¿Ha sido expulsado del colegio en alguna ocasión.

ANEXO III

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL ALUMNO

ACE (Alteración del comportamiento en la escuela)

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Arias, A., Ayuso, L. M., Gil, G. y González, I.

EDITORIAL: TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2010

EDAD DE APLICACIÓN :Niños de 3 a 13 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: 10 minutos

QUÉ EVALÚA

1. Despistaje.
2. Orienta si es necesario evaluar posteriormente otros aspectos significativos.

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

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Ramos, R., Giménez, A. I., Muñoz-Adell, M. A. y Lapaz, E.

EDITORIAL: TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2006

EDAD DE APLICACIÓN: Niños de 9 a 13 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: Máximo 10 minutos (dependiendo de la capacidad lectora del niño)

QUÉ EVALÚA: Medición global de la autoestima.

BAS 1, 2 y 3 (Batería de socialización)

FICHA TÉCNICA

AUTORES: Silva, F. y Martorell, M. C.

EDITORIAL: TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2001

EDAD DE APLICACIÓN: Niños de 6 a 15 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: 20 minutos

QUÉ EVALÚA:

BAS 1: observación directa del profesor

BAS 2: observación directa de los padres

BAS 3: evaluación de la socialización de niños y adolescentes, en ambientes escolares y extraescolares

Mide varias escalas de estimación, tales como:

- Cuatro dimensiones facilitadoras de la socialización (liderazgo, jovialidad, sensibilidad social y respeto-autocontrol).
- Tres dimensiones perturbadoras de la socialización (agresividad, terquedad, apatía, retraimiento y ansiedad-timidez).
- Una escala global de adaptación social o criterial (socialización).

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

FICHA TÉCNICA:

AUTORES Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W.

EDITORIAL TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN 2007

EDAD DE APLICACIÓN: Niños de 3 años hasta adolescentes de 18 años

TIEMPO DE APLICACIÓN:

Escala para padres y profesores: 10-20 minutos

Escala de autoevaluación de niños y adolescentes: 30-45 minutos

Sistema de observación del sujeto

Formato de historia clínica

QUÉ EVALÚA:

Evalúa aspectos adaptativos (liderazgo, habilidades sociales y para el estudio, adaptabilidad, relaciones interpersonales, relaciones con los padres, autoestima y confianza en sí mismo) e inadaptativos (ansiedad, agresividad, problemas de atención, de aprendizaje, hiperactividad, retraimiento, búsqueda de sensaciones, problemas externalizados, internalizados, depresión, problemas de conducta, somatización, actitud negativa hacia el colegio, actitud negativa hacia los padres, locus de control, estrés social, sentido de incapacidad) de la conducta del niño.

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

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Barbaranelli, C., Caprara, G. V. y Rabasca, A.

EDITORIAL: TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2006

EDAD DE APLICACIÓN: Niños de 8 a 15 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: 25–30 minutos

QUÉ EVALÚA: Analiza cinco dimensiones de personalidad: conciencia, apertura, Extraversión, amabilidad e inestabilidad emocional.

CACIA (Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente)

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Capafons, A. y Silva, F.

EDITORIAL :TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2001

EDAD DE APLICACIÓN: Niños y adolescentes de 11 a 19 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: 30–40 minutos

QUÉ EVALÚA:

Valora los aspectos implicados en los modelos de autorregulación y autocontrol: motivación para el cambio, proceso de retroalimentación, procesos de anticipación de consecuencias, procesos de atribución causal, procesos de juicio y habilidades para la autodeterminación.

CAS (Cuestionario de ansiedad infantil)

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Gillis, J. S.

EDITORIAL: TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2003

EDAD DE APLICACIÓN: Niños de 6 a 8 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: 20–30 minutos

QUÉ EVALÚA: Nivel de ansiedad infantil

CBCL (Child Behavior Checklist)

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Achenbach, T. M. y Edelbrock, C., (1983). Versión para padres

EDITORIAL: Adaptación española de V. del Barrio, M.A. Cerezo y M.J. Cantero.

UNED. IV Congreso de evaluación psicológica. Santiago de Compostela

1994. Incluido en Trastornos del comportamiento perturbador (1999),

Fernández, E. y Olmedo, M. Madrid. UNED-FUE

AÑO DE PUBLICACIÓN: 1983

EDAD DE APLICACIÓN: Desde los 4 hasta los 16 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: Variable

QUÉ EVALÚA: Evaluación de conducta a través de 9 factores: agresividad, depresión, obsesión compulsiva, delincuencia, ansiedad somática, problemas somáticos, delincuencia no asociada, hiperactividad y retraimiento social.

CPQ (Cuestionario de personalidad para niños)

FICHA TÉCNICA:

AUTORES; Porter, R. B. y Cattell, R. B.

EDITORIAL: TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN :1995

EDAD DE APLICACIÓN: Niños de 8 a 12 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: Dos sesiones de unos 40 minutos cada una de ellas

QUÉ EVALÚA: Valoración de catorce rasgos de primer orden y tres de segundo orden de la personalidad.

EPQ-J (Cuestionario de personalidad para niños)

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G.

EDITORIAL: TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2000

EDAD DE APLICACIÓN: Niños de 8 a 15 años

TIEMPO DE APLICACIÓN :20 minutos aproximadamente (variable)

QUÉ EVALÚA: Evalúa tres dimensiones básicas de personalidad (neuroticismo, extraversión y psicoticismo o dureza) y sinceridad.

ESPQ (Cuestionario factorial de personalidad para niños)

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Coan, R. W. y Cattell, R. B.

EDITORIAL: TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2008

EDAD DE APLICACIÓN :Niños de 6 a 8 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: Entre 1 hora y 1:15 horas (30–40 minutos cada parte)

QUÉ EVALÚA: Personalidad desde la Teoría del Rasgo (concretamente 13 rasgos de primer orden y 2 de segundo orden)

HSPQ (Cuestionario de personalidad para adolescentes)

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Cattell, R. B., Beloff, H. y Coan, R. W.

EDITORIAL: TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2001

EDAD DE APLICACIÓN :Niños y adolescentes de entre 12 y 18 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: Entre 40 y 50 minutos (variable)

QUÉ EVALÚA: Evaluación de 14 factores primarios de personalidad. Con esta prueba

pueden obtenerse cuatro factores básicos secundarios.

NIÑOS DESAFIANTES

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Barkley, R. A. (Traducción de J. J. Bauermeister y asociados)

EDITORIAL :Guilford

AÑO DE PUBLICACIÓN: 1997

EDAD DE APLICACIÓN :Desde niños de educación infantil hasta adolescentes

TIEMPO DE APLICACIÓN: Variable

QUÉ EVALÚA: Evaluación de la conducta de los niños a través de la entrevista con los padres, encaminada a la intervención posterior.

MFF-20 (Test de emparejamiento de figuras conocidas)

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Cairns, E. D. y Cammock, J.

EDITORIAL: TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2005

EDAD DE APLICACIÓN: Niños de 6 a 12 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: Entre 15–20 minutos (variable)

QUÉ EVALÚA :Evaluación del estilo cognitivo: impulsividad-reflexividad.

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

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Spielberger, C. D.

EDITORIAL :TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2001

EDAD DE APLICACIÓN :Niños de 9 a 15 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: 15–20 minutos

QUÉ EVALÚA: Ansiedad desde dos aspectos: como estado y como rasgo.

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

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Del Barrio, V., Spielberger, C. D. y Aluja, A.

EDITORIAL: TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2007

EDAD DE APLICACIÓN. Niños y adolescentes de entre 8 y 17 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: Entre 15–30 minutos (variable)

QUÉ EVALÚA: Permite obtener una evaluación precisa de los diferentes componentes de la ira (experiencia, expresión y control) y sus facetas como estado y como rasgo de un modo ágil y sencillo.

ANEXO IV

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN FAMILIAR

PEF (Escala de identificación de Prácticas Educativas Familiares)

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Román, J. M. y Alonso, J.

EDITORIAL: CEPE

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2003

EDAD DE APLICACIÓN: Niños de 6 a 10 años y padres

TIEMPO DE APLICACIÓN: 30 minutos aproximadamente

MODO DE APLICACIÓN. Aplicación individual o colectiva a los padres e individual al alumno

QUÉ EVALÚA: Evalúa la percepción de las prácticas educativas o estilos educativos más frecuentemente utilizados por las madres y los padres. Recogen la percepción del adulto y la percepción infantil, por separado, para posibilitar su contraste.

PEE (Perfil de Estilos Educativos)

FICHA TÉCNICA:

AUTORES; Magaz, A. y García, E. M.

EDITORIAL; Grupo Albor

AÑO DE PUBLICACIÓN; 1998

EDAD DE APLICACIÓN; Padres de alumnos a partir de 18 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: 10-15 minutos (variable)

MODO DE APLICACIÓN: Individual o colectiva

QUÉ EVALÚA: Valora de manera cuantitativa y cualitativa las actitudes y valores ante la educación de hijos y alumnos. Variables que evalúa: sobreprotección educativa, inhibición educativa, punición educativa y aserción educativa.

ECPP. Escalas de Evaluación de la competencia parental:

1- ECPP-p: versión padres

2- ECPP-h: versión hijos

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

FICHA TÉCNICA:

AUTORES; Magaz, A. y García, E. M.

EDITORIAL: CEPE

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2008

EDAD DE APLICACIÓN: Padres con hijos de 3 a 18 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: Variable

MODO DE APLICACIÓN: Individual o colectiva

QUÉ EVALÚA: Evalúa las siguientes dimensiones de la competencia parental: la implicación escolar, la dedicación personal, el ocio compartido, el asesoramiento/orientación y la asunción del rol de ser padre.

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

FICHA TÉCNICA:

AUTORES, Bayot, A. y Hernández, J. V.

EDITORIAL; CEPE

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2008

EDAD DE APLICACIÓN :Hijos de 10 a 17 años

TIEMPO DE APLICACIÓN: Variable

MODO DE APLICACIÓN: Individual o colectiva

QUÉ EVALÚA: Evalúa las siguientes dimensiones de la competencia parental: la implicación escolar, la resolución de conflictos y la consistencia disciplinar.

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

FICHA TÉCNICA:

AUTORES: Hernández, P.

EDITORIAL: TEA

AÑO DE PUBLICACIÓN: 2004 (1ª edición 1983)

EDAD DE APLICACIÓN: De 8 a 18 años y adultos

TIEMPO DE APLICACIÓN: 30-40 minutos (variable)

MODO DE APLICACIÓN: Individual o colectiva

QUÉ EVALÚA :Evaluación de la inadaptación personal, social, escolar y familiar así como de las actitudes educadoras de los padres.

OTRAS PRUEBAS DE INTERÉS

▪ Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) (Armsden, G. C. y Greenberg, M. T., 1987):Consiste en un cuestionario de autoinforme para adolescentes que evalúa el afecto a los padres y a los iguales. El IPPA se compone de tres escalas (confianza, comunicación y alienación) que, combinadas, dan lugar a una puntuación total de afecto (confianza + comunicación - alienación).

▪ Parental Authority Questionnaire (PAQ) (Buri, J. R.,1991):

Está formado por 30 ítems de escala tipo Likert de 5 grados. Evalúa los tres prototipos parentales de autoridad descritos por Baumrind (1971): permisivo; autoritario y democrático. El cuestionario lo completan los hijos, y aporta 6 puntuaciones: 3 para los prototipos del padre y otros 3 para los de la madre.

- Escala de Evaluación de los Estilos Educativos (4E) (Palacios, J.,1994):

Es un cuestionario que completan los propios padres, y que consta de 20 ítems con cinco opciones de respuesta (desde «totalmente en desacuerdo» a «totalmente de acuerdo»). Está formado por cuatro subescalas compuestas cada una de ellas por entre cuatro y seis ítems. Las escalas contienen las siguientes dimensiones: comunicación, afecto, nivel de exigencia y grado de control.