

Investigación sobre Trastornos del Comportamiento en niños y adolescentes

Proyecto Esperi



INDICE:

Prólogo: D. Javier Herrero Sorriqueta. Vicepresidente de la Fundación Iberdrola

Introducción General: El Proyecto Esperi y los Trastornos del Comportamiento

Parte I

- Estrategias de intervención con adolescentes con Trastornos del Comportamiento. **Cristina Silvoso Basabe**
- Trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
Javier San Sebastián Cabases

Parte II

- Cuestionario Esperi para la detección de los trastornos del comportamiento. Desarrollo y valores normativos.
María José Parellada Redondo.
- Los cuestionarios ESPERI para la detección de trastornos de comportamiento en los centros educativos.
Rosario Martínez Arias

Parte III

- Habilidades sociales para adultos de referencia que trabajan con menores con trastornos del comportamiento. **Manuel Segura Morales.**
- Herramientas de intervención para padres y educadores.
 - A. Desobediencia
 - B. Impulsividad
 - C. Violencia
 - D. Hiperactividad
 - E. Déficit de Atención

Anexo I

- Cuestionario Esperi para niños de 7 a 11 años.
- Cuestionario Esperi para jóvenes de 12 a 17 años.
- Cuestionario Esperi para padres.
- Cuestionario Esperi para docentes.

Anexo II

- Guía de Recursos Sanitarios Públicos para los Trastornos del Comportamiento de España.

PRÓLOGO

Las brevísimas reflexiones que quiero aportar desde estas líneas, en nombre de la institución a la que me honro en representar —en sus dos facetas, Fundación y cabecera del Grupo— y en el mío propio, se refieren a la preocupación que para nosotros supone el objeto de esta magna reunión: los Trastornos de comportamiento social en niños y adolescentes.

Es esta una cuestión que apreciamos singularmente en sus aspectos más humanos, como otras muchas que afectan a nuestro entorno, y en la que hemos decidido intervenir modestamente porque entendemos que, como institución preocupada por el acontecer de lo que nos rodea y de la calidad de vida de las personas a las que servimos —y que junto con nosotros mismos conforman nuestra sociedad—, podemos aportar algo sustancial para que todo lo que rodea a su problemática alcance una notoriedad y un análisis suficientes para que las autoridades a quienes corresponda, o los estamentos de la Sociedad Civil que les interese, se movilicen para tratar de resolver o paliar en el futuro.

El motivo que nos mueve no es una mera razón instrumental, es, insisto, un profundo sentimiento humano de solidaridad para con los afectados y para con sus familias, así como el convencimiento de poder coadyuvar en su tratamiento y erradicación, si ello es posible.

Fruto de nuestra colaboración con la Fundación O'Belén y otras instituciones locales o internacionales en las que hemos estado presentes, lanzamos en su momento el que denominamos Proyecto Esperi.

Se trata de un proyecto en el que, tanto la institución a la que represento como los que trabajamos en ella, hemos puesto mucha ilusión, esperanza y esfuerzo a través de la colaboración con las personas presentes en esta mesa y las instituciones que representan.

Permítanme que, antes de nada, en este contexto de actuación o intervención social, les encuadre someramente los planteamientos de la Fundación Iberdrola y por qué participamos en este proyecto.

La Fundación Iberdrola, que empezó sus actividades en el año 2002, centra sus actividades en tres ámbitos de actuación concretos:

- La acción social
- La promoción cultural
- La empresa, la energía y el desarrollo.

Centrándome en el capítulo al que se adscribe el proyecto al que me refiero, de la acción o intervención social —quizás el más importante en este momento de la vida de la Fundación—, quisiera apuntarles que nuestra estrategia está presidida por el deseo de servicio y la colaboración e integración con nuestro entorno; en definitiva con el bien común y la calidad de vida de las personas que se relacionan con nosotros.

Desde el respeto a la libertad empresarial e individual, y en el marco de una sociedad abierta como la nuestra, queremos que la Fundación Iberdrola, en colaboración con otros agentes sociales, impulse actividades de la sociedad civil donde nuestros conocimientos, y capacidades tecnológicas, financieras y relacionales, contribuyan a potenciar la calidad de los resultados que se persiguen.

No pretendemos realizar tareas que no nos son propias, ni enmendar la plana a ninguna institución, simplemente queremos enriquecer la función social de la actividad y servicios que presta nuestra Fundadora, y que, allí donde estemos presentes, contribuyamos a la mejora de la calidad de vida material, cultural y social de las personas con las que nos relacionamos todo los días. Queremos que esta forma de proceder se aprecie en sentido positivo en beneficio de nuestro quehacer cotidiano y prestigio empresarial y social.

Por ello, pretendemos conectar con las aspiraciones y necesidades que más se valoran socialmente por su importancia y repercusión positiva. Creemos que trabajar en parcelas como la educación de niños y adultos, la integración social de discapacitados e inmigrantes y la atención a personas desfavorecidas y mayores pueden tener efectos muy positivos para todos.

Buscamos proyectos innovadores, viables, que tengan auténticas expectativas de rentabilidad e impacto social, que se materialicen allí donde estamos presentes —por proximidad geográfica, temática, etc.— y que podamos seguir de cerca su evolución, contribuyendo a su viabilidad de forma que a medio plazo, tengan vida propia a partir del apoyo inicial que les proporcione nuestra Fundación.

Otro aspecto que nos proponemos conseguir es que los proyectos que apoyemos signifiquen un hito fundamental para la entidad con la que colaboremos. El “después” del correspondiente proyecto —por el hecho de ir con nosotros o por la magnitud de lo acometido— debiera suponer para esa entidad un salto cualitativo o cuantitativo importante en cuanto a su proyección social, la transferencia de sus conocimientos a otras entidades similares, el ámbito de sus actuaciones, su aplicación territorial, desenvolvimiento futuro, etc.

Después de estas referencias de nuestro anclaje filosófico y vital, se deduce fácilmente que los trastornos de conducta en niños y adolescentes, en general, y Esperi en particular, es uno de estos proyectos importantes, o *leit motifs*, a los que me he referido.

Además de cumplir con creces todas las características y requisitos que he comentado, se ha gestado en un ambiente de estrecha colaboración y buenos resultados con la Fundación O'Belén. De ésta formamos parte de su Patronato desde hace más de un lustro y con ella que hemos desarrollado otros proyectos de muy buenos frutos.

No me quiero distraer de compartir con los lectores de este libro la preocupación —profunda preocupación— que nos supone a todos este problema de los trastornos de conducta y los parámetros en los que nos estamos moviendo.

El que el objeto de esta preocupación puede afectar a un colectivo de alrededor de 700.000 individuos de nuestro futuro más cercano, la juventud de nuestro país, y por extensión a una cifra cualitativamente similar de la población de economías avanzadas, y el hecho de que, desgraciadamente, según avanza nuestro Mundo —en muchos sentidos, como el económico, social, etc., puede que no en otros— más se arraiga este problema, nos ha hecho inclinarnos a hacer algo: a actuar de la mejor manera que sabemos y podemos.

Esperi lo hemos concebido como un Proyecto con componentes decididamente innovadores, que, con los pies en el suelo, haga un recorrido multidisciplinar, a la vez que integrador, de diferentes perspectivas de estudio y respuesta o soluciones.

Queremos que Esperi marque un hito relevante para la percepción social de los trastornos de conducta y que las diferentes administraciones involucradas en esa

percepción en nuestro país y, si puede ser, en los países de nuestro entorno natural, lo acojan entre los muchos problemas a los que dan cobertura asistencial, clínica, etc., como ya lo hacen con otros que cuantitativamente atienden a colectivos de menor número de afectados.

También quiero desde estas líneas invitar a colaborar con nosotros a las instituciones que tienen responsabilidades en el dominio de actuación de Esperi y, con el equipo de expertos que hemos logrado conjuntar, profundizar en un trabajo profesional y riguroso, que el problema se merece en beneficio de todos.

Concluyo con unos versos de Antonio Machado que sintetizan lo que subyace en las ideas que he querido transmitirles:

Moneda que está en la mano
quizá se deba guardar,
la monedita del alma
se pierde si no se da.

La sociedad reclama cada vez más del empresario, del directivo o “ejecutivo” en general, una visión más amplia del hombre y sus intereses. Limitarse a ver recursos o razones instrumentales en los hombres es auto limitarse en las posibilidades de recorrer caminos hacia la felicidad.

D. Javier Herrero Sorriqueta
(Vicepresidente de la Fundación Iberdrola)

EL PROYECTO ESPERI Y LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

La mayoría de los adolescentes que se atienden en los Centros de Acogida o Centros Terapéuticos de la Fundación O'Belén presentan trastornos del comportamiento de muy distintos orígenes, los que se llevan gestando muchos años antes de que reciban una atención psiquiátrica y/o psicológica específica. Evaluando las historias personales de estos jóvenes, se observa la presencia de conductas anómalas y señales de alarma años antes de que reciban tratamiento. En muchos casos, cuando lo reciben, la patología ya está cristalizada, estructurada de una manera difícil de modificar.

Sabemos por las investigaciones de seguimiento de menores con trastornos del comportamiento que una de las principales variables que pueden mejorar el pronóstico es la detección y tratamiento precoces. Dejados a su propia evolución, los chicos con trastornos del comportamiento con frecuencia evolucionan a adultos con trastornos de la personalidad, dados al consumo de alcohol o de tóxicos, y que continúan mostrando trastornos de conducta o, como ocurre en el caso de las mujeres, presentan trastornos afectivos. La gravedad de los trastornos, la cantidad de conductas antisociales diferentes capaces de desplegar o la edad de inicio son otros aspectos importantes de cara al pronóstico.

En este contexto de conocimiento surge el proyecto ESPERI, llevado adelante por la Fundación Internacional O'Belén, la Fundación Iberdrola y la Fundación Accenture. Con una primera intención de crear un instrumento de valoración aplicable en las escuelas para detectar, lo más tempranamente posible, a aquellos jóvenes que empiezan con problemas de comportamiento, el proyecto ha buscado, además, servir de orientación y ayuda a las familias, sensibilizando al mismo tiempo a la sociedad y, ha realizado diversas acciones de formación destinadas a profesionales del área. Tal es el caso del *Primer Congreso Internacional sobre Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes*, realizado en Madrid los días 4 y 5 de noviembre de 2004 y, de

los diferentes cursos y jornadas de formación en donde se ha presentado la investigación producida por el proyecto ESPERI.

Como parte del proyecto, se desarrolla entonces un instrumento de valoración completo que permita, de forma masiva, detectar chicos y chicas con un problema incipiente, hacer una primera categorización del tipo de problema que tienen en los dominios sintomáticos que han demostrado tener especificidades pronosticas y terapéuticas, y valorar la intensidad del problema. Con todos estos datos, se pretende hacer una primera aproximación a cada chico con problemas ofertando a las familias, educadores y a los propios chicos, información, derivación a dispositivos especializados o medidas terapéuticas.

Existen en el ambito psicológico distintos instrumentos de evaluación de problemas del comportamiento y psicopatología en general. Entre ellos, los de mayor difusión son, entre otros, el Conners Rating Scale, el Child Behaviour Checklist, el Strengths and Difficulties Questionnaire. La decisión de crear un instrumento nuevo como medida inicial del proyecto ESPERI se basa en los siguientes argumentos:

-Los cuestionarios existentes se centran en síntomas conductuales, de inatención e hiperactividad, no incluyendo otras variables relevantes para el pronóstico y tratamiento. Se crea con el Cuestionario ESPERI un instrumento capaz de categorizar los problemas existentes en una serie de dominios sintomáticos que acerquen la valoración inicial al diagnóstico. Así, de cada valoración emergen cinco índices: conducta predisocial, conducta disocial, conducta impulsiva, hiperactividad/intención y psicopatía. En el grupo de niños más pequeños, se busca una aproximación a la conducta oposicionista específicamente.

-Se construye el cuestionario de manera que en su puntuación emerja un índice de gravedad, que oriente sobre la orientación terapéutica necesaria.

-Se construye un instrumento autoaplicado que permita la administración a grandes grupos de jóvenes.

En definitiva, se trata de un cuestionario que se aplicará de forma generalizada en las escuelas, para detectar y categorizar los problemas existentes de comportamientos perturbadores. En paralelo con el desarrollo del instrumento de evaluación, se está recogiendo información sobre posibles herramientas de intervención para los distintos problemas detectados, ya sean intervenciones para realizar en la familia, en la escuela o que precisen la derivación a recursos especializados. La detección y especificación de la problemática generará una demanda que se podrá especificar permitiendo el desarrollo de recursos de intervención claramente carentes para atender a la población de niños y adolescentes en nuestra población.

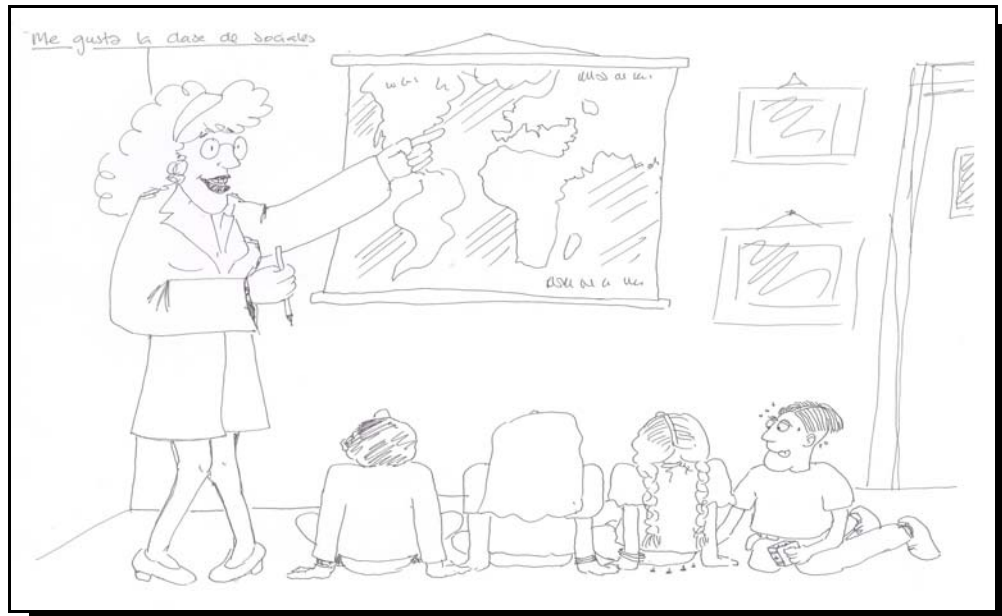
El Equipo de Expertos que participan del Proyecto está constituido por profesionales de reconocido prestigio en la investigación y prevención a nivel nacional e internacional, provenientes de diversas áreas profesionales:

- Emilio Pinto:** Director del Proyecto y presidente de la Fundación Internacional O'Belén
- Cristina Silvoso:** Psicóloga, Psicopedagoga y Directora Técnica del Proyecto ESPERI.
- Antonio Agüero:** Profesor titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y jefe de la sección de Psiquiatría Infantil del Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- Joseph Cornellà i Canals:** Presidente de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente y coordinador del programa de intervención con jóvenes en riesgo disocial en Girona.
- Boris Cyrulnik:** Neuropsiquiatra, Psicoanalista y Etólogo. Director de Docencia de la Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Universidad de Toulon (Francia).
- Mara Parellada:** Psiquiatra del Hospital Marañón-Unidad de Adolescentes.
- Javier San Sebastián:** Jefe de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Ramón y Cajal.
- Mariano Velilla:** Presidente de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Zaragoza.
- Silvia Cantis:** Médico y Psicoanalista de la IPA.
- M^a José Díaz-Aguado:** Catedrática de Psicología Evolutiva de la Universidad Complutense de Madrid y directora de la Unidad de Psicología Preventiva.
- Antonio Gamonal:** Asesor del gabinete técnico del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid.
- Rosario Martínez:** Catedrática de Metodología de Ciencias del comportamiento de la Universidad Complutense.
- Juan Carlos Torrego:** Profesor Titular del Área de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad de Alcalá de Henares.



ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Lda. Cristina Silvos Basabe¹. Directora Técnica Proyecto Esperi
Fundación Internacional O'Belén



(Trabajo presentado por el profesor de Educación Infantil del colegio Los Sauces (Vigo) D. José González Sobrino. La consigna de trabajo fue: "Dibuja alguien que enseña y alguien que aprende. En la escena alguien parece expresar un T.C.")

1- ¿Qué implica la evaluación de un niño y la formulación de un diagnóstico?

A la hora de acordar un diagnóstico, los distintos profesionales que trabajamos con niñ@s, sabemos de la dificultad de “etiquetar” a quien aún está en tiempo de crecer y cambiar. Dado que poner un nombre es, parafraseando a Leopoldo Marechal “recibir un destino”, no solemos proponer diagnósticos cerrados, en la confianza, de que aún es posible facilitarle a este niñ@ los elementos para que potencie lo mejor de si y compense aquello que hoy vemos como “trastorno - enfermedad -síndrome - cuadro”. Al decir de Maud Mannoni:

“... Lo importante para quien recibe el nombre de enfermo mental es que la etiqueta de ‘ trastorno del comportamiento ’ no se le pegue a la piel para siempre y que pueda encontrar su identidad en un tejido social dado ... ”

¹ Directora técnica del Proyecto Esperi.

Además, particularmente en el área de los trastornos del comportamiento, convergen distintas especialidades que aportan cada una su particular mirada del problema. Cada “experto” aporta su propio marco teórico desde donde interpreta la conducta del niño.

Pediatras, psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, maestros, trabajadores y educadores/as sociales, sociólogos, antropólogos,...incluso, según la escuela donde hallan estudiado, tienen distintas lecturas a la hora de interpretar cada “*historia clínica*”. No nos referiremos entonces a “casos” sino a personas. No nos denominaremos hoy “especialistas” sino profesionales. Buscamos consolidar así una comunicación básicamente humana: de persona a persona.

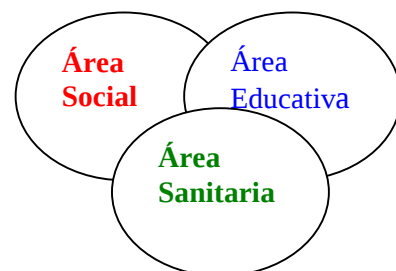
Sumaremos incluso al análisis nuestro propio posicionamiento, que descarta la posibilidad de la “subjetividad”, de la instrumentalidad rigurosa, de la asepsia personal, porque sabemos por experiencia que siempre la relación terapéutica es de sujeto a sujeto y que sólo los objetos, pueden ser objetivos...” *la alteridad del otro permanece reabsorbida en nuestra identidad y la refuerza todavía más; la hace posible, más arrogante, más segura y más satisfecha de sí misma. A partir de este punto de vista, el loco confirma y refuerza nuestra razón; el niño, nuestra madurez; el salvaje, nuestra civilización; el marginal, nuestra integración; el extranjero, nuestro país y el deficiente, nuestra normalidad*”.²

Ahora bien, a la hora de compartir información y entendernos, necesitamos buscar cierta terminología común que nos ayude a “comprender” mejor el problema e intercambiar experiencias. En este sentido el DSM IV, nos ha aportado una denominación orientativa que utilizamos en la estructuración del diagnóstico.

A modo de síntesis, y entendiendo que una de las dificultades de la conceptualización del problema es su multicausalidad, destacaremos las distintas áreas de conocimiento en las que se organizan los tres factores fundamentales que operan en la constitución de este tipo de trastornos:

1. Factores socio históricos y culturales
2. Factores intrafamiliares
3. Factores biológicos.

Que se organizan en 3 áreas de intervención complementarias:



² Larrosa y Pérez de Lara, en *Imagens do outro*, 1998

A fin de poder establecer un diagnóstico de la situación actual de los TC, elaboramos una técnica de cribaje o screening que detecta áreas vulnerables en lo que se refiere a los TC en niños y adolescentes. Se trata de un cuestionario de autoadministración para niños de 8 a 11 años y para adolescentes de entre 12 y 17 años. Los resultados, los hemos agrupado en 5 factores de primer orden:

Impulsividad
H/A- D/A
Predisocial
Disocial
Psicopatía

A su vez los perfiles los hemos graduado como:

LEVES - MODERADOS - SEVEROS

2- Ahora bien: ¿Cómo ponernos de acuerdo en la terminología, cómo confiar en que vamos a hablar de lo mismo, cómo pensar en intervenciones posibles conjuntas, cómo hacer realidad el abordaje interdisciplinar?

El desafío ahora es poder sumar - y no yuxtaponer - las experiencias de tratamiento y abordaje que nos son eficaces dentro de cada disciplina. Consultamos con profesionales e investigamos las posibilidades de intervención terapéutica desde distintos marcos teóricos y escuelas académicas:

Sistémica; Estructuralista; Familiar Multisistémica; Cognitivo-Conductual; Constructivista; Existencialista; Logoterapia; Psicodinámica; Psicoanalítica; etc.
--

Comprobamos con satisfacción que efectivamente a lo largo de la historia hay cantidad de autores, que han sumado sus ideas en la construcción de un mejor abordaje de la problemática de los trastornos de conducta; no obstante los resultados obtenidos desde los distintos tipos de intervención, no están a la fecha, suficientemente contrastados.

Nosotros intentamos en primer lugar, no perder de vista el sentido común y desestimar toda posibilidad de intervención “mágica”. Entendemos que, un trabajo de investigación, se define, por el carácter fragmentario y provisional de aquello que se

inicia y se va re-trabajando; sobre lo que se duda, se revisa y se interroga en forma constante, en la dialéctica del diálogo entre teoría y práctica.

La vida misma, nos propone constantemente movimiento; el mundo gira y la rigidez conlleva a la fractura. Vivir es adaptarse, cambiar. No apostamos a la homogenización, sino a la diferencia. Al reconocimiento de la originalidad de lo “vivo” en contrapartida a la inmovilidad que es la muerte.

Intentar pensar será entonces, buscar formas de sostener la vida. Intentar reflexionar sobre el tratamiento y abordaje de los problemas de comportamiento de los niñ@s es también buscar las diferencias, lo distinto que hay en cada uno y adaptarnos e interpretar la originalidad que ocultan.

Los modos de existencia actuales hacen estallar cualquier categoría ordenadora. Parafraseando a Humberto Eco, nos quedaron los nombres “niño, adolescente, adulto”, sin la cosa que nombran; sin saber exactamente a lo que nos referimos; sin poder delimitar con claridad el paso de un estadio a otro; y con la confusión propia de no poder definir la especificidad de cada término en cada época y cultura.

Particularmente en la juventud, las nuevas generaciones, cuestionan lo dado, embanderando la posibilidad de cambio. Se trata de una etapa de la vida muy caótica, donde en expresiones tales como el arte, la política y la ciencia, aparecen los jóvenes incorporando elementos revolucionarios, como rito social que se repite de generación en generación.

De hecho en 1610 William Shakespeare ya expresaba en *Un cuento de invierno* el sentir del joven: “...Desearía que no hubiese edad intermedia entre los 16 y los 23 años, o que la juventud durmiera hasta hartarse, porque nada hay entre esas edades como no sea dejar embarazadas a las chicas, agraviar a los ancianos, robar y pelear.”

Efectivamente más allá de las connotaciones particulares que se le han atribuido a la juventud en cada época y en cada grupo social, siempre ha sido y es identificado este período de la vida, como aquel de la desmedida, la trasgresión, la rebeldía. Los jóvenes, por definición, vienen a cuestionar lo instaurado, lo institucionalizado...lo definía claramente Arminda Aberasturi como el “síndrome normal de la adolescencia “

3- Pero ¿Cuál es el límite, la medida, el parámetro entendido como aceptable?

En relación a los trastornos de comportamiento diremos, una vez más, que aquello que está en pugna es la adaptación de un niño/adolescente a su entorno más directo. El conflicto está planteado con la ley, la norma, lo establecido, los límites o la autoridad. El conflicto existe porque las reglas comunes se cuestionan, lo dado se desconoce y esto genera un choque entre los intereses particulares y aquellos que son comunes, diferencia que se resuelve a través de la trasgresión.

Esta lucha de fuerzas entre lo propio y lo grupal va socavando una herida, que suele producir confusión y dolor en los adultos que actúan como referentes. Por eso es importante no perder el “norte” y entender estos procesos como parte del desarrollo evolutivo y distinguirlos de los procesos patológicos.

Aun así volvemos a preguntarnos, ¿Por qué un profesor entiende cierta contestación del alumno como expresión de un problema y lo deriva al departamento psicopedagógico, mientras que otro lo califica de mal educado y otro más, felicita al adolescente por ser tan ocurrente?

La “regla” como unidad de medida para medir distancias, o como instrumento que sirve para trazar líneas rectas (para que no salgan “torcidas”)...hace referencia también a lo que se debe obedecerse o seguir por estar así establecido y convenido por un determinado grupo (reglas del colegio)...es además la Ley o norma...es el conjunto de instrucciones que indican cómo hacer algo o cómo comportarse (las reglas de un juego)...es el orden y concierto invariable que guardan las cosas naturales y por el que se desarrollan de un determinado modo...son los principios básicos de algo... Las reglas son un modo común de organización, que en principio deben ser:

- a) Acordadas, consensuadas, o como mínimo conocidas por todos los miembros .Enunciadas y anticipadas - nunca retroactivas- para garantizar su cumplimiento, (no se puede jugar sin conocer las reglas).
- b) Deben permanecer durante el tiempo acordado o hasta su revisión.
- c) En la medida de lo posible han de registrarse por escrito (simbólicamente, como se inscribieron en la historia las tablas de la ley)
- d) Es importante garantizar su cumplimiento por TODOS y aplicar las penalizaciones de forma inmediata (tampoco estas son eficaces fuera de tiempo)
- e) Existe un margen de maniobra para que las normas puedan ser “adaptadas” u otorgar ciertas licencias según el contexto (la excepción hace la regla). *“Todavía nos falta en la regla una licencia que, aunque no cupiese*

en la regla, pudiera ser ordenada en ella y pudiese permanecer sin crear mucha confusión ni estropear el orden”³.

f) A fin de ser más didácticos en la distinción de las conductas observables esperables en la adolescencia, de aquellas que estarían más directamente asociadas (por su aparición temprana, su recurrencia o su implicación) con cuadros psicopatológicos más severos, las hemos estructurado de la siguiente manera:

1. **DESOBEDIENCIA**
2. **AGRESIÓN**
3. **VIOLENCIA**
4. **HIPERACTIVIDAD**
5. **DEFICIT DE ATENCIÓN**
6. **IMPULSIVIDAD**
7. **MANIPULACIÓN**
8. **CONDUCTAS DELICTIVAS**
9. **INTIMIDACIÓN**
10. **PSICOPATÍAS**

La agresividad, por ejemplo es una conducta inherente a la naturaleza del hombre y a la hora de aprender a defenderse, es un mecanismo de defensa natural a la especie humana. La guerra y la violencia es uno de los métodos predilectos para dominar e imponerse un grupo humano sobre otro. La intolerancia y la incapacidad para el diálogo son las marcas del siglo XXI y parte de los mensajes que se venden y compran cada día por TV.

El punto es: ¿en qué medida esta conducta es esperable, saludable, medicable, adaptada, desadaptada, normal, patológica, heredada, aprendida, etc.?

La pregunta nos remite a los conceptos de salud y enfermedad ampliamente tratados en la historia de la psicología: ¿qué diferencia una alucinación de un pensamiento místico o una expresión artística? La respuesta primera la encontramos en la apreciación del contexto, del todo y no de la parte.

En este sentido, consideramos imprescindible, el establecer, por parte del profesional interviniente, el correspondiente diagnóstico diferencial, para distinguir con exactitud por ejemplo:

³ **Vasari, Giorgio,** *Vida de pintores, escultores y arquitectos ilustres*, Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1945

Hiperkinésia / Hipermotilidad / Hiperactividad /
Pasionalidad / Desajustes Psicosociales / Impulsividad /
Trastornos ansiosos / TDAH / Trastorno Oposicionista
Desafiante/ TC.

4- ¿Cómo intervenir entonces, cuando observamos que hay indicios suficientes de que “algo no está bien”, en el desarrollo de este niño/adolescente?

En el ámbito de la salud “mental” si ante los primeros síntomas de desajuste nos hacemos los distraídos apelando a argumentos tales como: “es pequeño...ya se le pasará...es la primera vez que lo hace....no tiene mala intención...es que ha sufrido mucho...está celoso...etc., etc., etc., las posibilidades de prevenir problemas mayores se reducirán significativamente.

Prevenir los trastornos de comportamiento es como querer ponerle “puertas al campo”. Dada la gran cantidad de factores etiopatogénicos que influyen en la aparición de un trastorno y, ante la inexistencia de una única teoría que explique por sí misma la génesis de la enfermedad, la prevención se vuelve una tarea muy compleja.

El plantearnos trabajar en prevención, pasaría por identificar los factores de vulnerabilidad y hacer una serie de cambios de tendencia de clara orientación psicopedagógica como:

- Recuperación de valores éticos,
- Potenciación de figuras de autoridad (que no autoritarias),
- Facilitar el aumento del contacto y la comunicación social,
- Disminuir las actitudes de sobreprotección del niño,
- Favorecer en el adolescente mayor autonomía y responsabilidad
- Estimular la mejora de la capacidad de frustración,
- Movilizar el aumento de la autocrítica y disminución de la autocomplacencia.

La urgencia de contar con un tratamiento conveniente y multidisciplinar es la única vía para evitar que, en el futuro, estos niños se conviertan en adultos con importantes trastornos de personalidad, engrosando las estadísticas y las tasas de incidencia.

Respecto al aumento de los trastornos de comportamiento, la presencia en los recursos de salud mental infanto - juvenil, de una gran cantidad de padres

desbordados ante los graves trastornos de conducta de sus hijos adolescentes, (cada vez más niños), es contundente. Muchos, al verse ampliamente superados por la situación y por una falta casi absoluta, o por lo menos escasamente operativa, de soluciones optan por “dimitir” de su paternidad.

Por otra parte existe una relación ampliamente constatada en la literatura científica entre conducta antisocial e incompetencia parental; esta observación, sostiene la hipótesis de que la modificación de las estrategias educativas de los padres, unida a la mejora de la competencia social conjunta de los jóvenes antisociales, reduciría cuantitativamente el riesgo de reincidencia en aquellos adolescentes que presentan comportamientos antisociales como producto de los desajustes en el funcionamiento del sistema familiar.

Entendemos así que la primera herramienta de trabajo, somos nosotros mismos, es el mismo adulto, que ha de estar “entero” para poder contener el desborde que supone atender a un niño con TC. Revisar nuestros propios fantasmas, miedos, inseguridades, conceptos y preconceitos...antes de señalar a un niño con “problemas”: *“La diferencia entre una persona normal y una estigmatizada es una cuestión de perspectiva: el estigma, así como la belleza, está en los ojos del que observa”* (E. Goffman).

5-¿Qué estrategias de abordaje -herramientas- se muestran más eficaces a la hora de intervenir con niñ@s/ adolescentes con TC ?

Un mismo problema psicológico puede ser tratado, más o menos exitosamente, con diferentes alternativas de tratamiento, y aparentemente la elección de la alternativa va a depender más de la historia de aprendizaje del terapeuta que la aplica, que de lo que establecen los estudios científicos al respecto.

En la última década en Estados Unidos los servicios de salud mental, han estado solicitando criterios para seleccionar tratamientos psicológicos eficaces. Este anhelo coincide con una corriente general de la investigación en psicoterapia, los grandes estudios de los 80 habían dejado bien establecido que la psicoterapia es más eficaz que la no psicoterapia o los tratamientos placebo (APA, 1982; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Smith, Glass y Miller, 1980). Las nuevas preguntas que los investigadores se hacen sobre la psicoterapia son: qué tratamientos, llevados a cabo por quién, son más efectivos para un individuo concreto, con un problema específico que está en unas determinadas circunstancias.

Nacen así los *Tratamientos Empíricamente Validados*, (TEV) y con ellos una etiqueta, un nombre que, como todos, empieza a construir una realidad. Ha llegado el

momento de decidir sobre criterios, de imponer la ética a la estética y elegir aquellos tratamientos que demuestren ser más eficaces, en el menor tiempo y con el menor coste posible.

Según Lamber (1992) , son efectivamente las variables relacionadas con el paciente las que explican hasta un **40%** de la mejoría experimentada en psicoterapia (Lambert y Anderson, 1996; Lambert y Asay, 1984). La relación terapéutica y las variables más contextuales explicarían otro **30%** de la varianza de los resultados; otro **15%** de la varianza del cambio tiene que ver con las expectativas que se generan en torno al tratamiento y, el **15%** restante sí se atribuiría directamente a la técnica utilizada (Hubble, Duncan y Miller, 1999). La conclusión a extraer de los datos parece obvia: la técnica, al menos como variable aislada, no parece ser el elemento esencial del proceso terapéutico. El héroe de este proceso, como dicen Duncan y Miller (2000), es el paciente; mientras que los aspectos que parecen depender más de los terapeutas son: su habilidad para establecer una buena relación terapéutica, su capacidad para generar expectativas de cambio y, también, su acierto al elegir una buena técnica e implementarla de forma competente. Nuestra idea es, además, que todos estos aspectos tienen efecto sumatorio.

De la misma manera que en una academia de conducir enseñan a manejar los diferentes aspectos implicados en la conducción (normas de tráfico, cambiar marchas, girar, frenar), pero no explican lo que hay que hacer si al adelantar un camión te encuentras otro de frente: ¿acelerar? o ¿frenar?; dependerá del contexto, y este no puede describirse porque las posibilidades son infinitas. Podemos concluir, entonces, que la "manualización", por ser más fácil en unos modelos que en otros, crea sesgos en la investigación de resultados. ¿Cómo se pueden validar los tratamientos que tienen dificultades para ser "manualizados"? (Alberto Rodríguez Morejón, 2004).

Por lo antedicho, escribir nuestra experiencia de trabajo conlleva el temor de dar a conocer lo propio y exponerse; pero aún así, queremos poner en común aquello que hemos aprendido; comentaremos ahora algunas de las herramientas de trabajo psico- educativo, que utilizamos en el tratamiento de menores con trastornos del comportamiento.

6-¿ Qué competencias parentales identificamos como básicas a la hora de poner en juego, estrategias de afrontamiento familiar?

“...Se trata de un concepto relativo, ya que no existe una única manera de ser buen padre....pero nos referimos al hecho de que un padre posea las cualidades

necesarias que le permitirán lograr con éxito la culminación de sus funciones educativas...” (Pourtois -1984)

No podemos establecer una definición de padres competentes o incompetentes, sino de estrategias más o menos eficaces. Se trata de aprovechar lo que nos es útil y deshacernos de lo accesorio. Concentrarnos en lo esencial, ser capaces de establecer prioridades y jerarquizar. *“El problema, no estriba en meterse en la cabeza ideas nuevas, sino en cómo sacarse de la cabeza las ideas viejas “* (Tom Peters).

Se trata de un conjunto de estrategias educativas utilizadas por los padres con la finalidad de satisfacer las necesidades socio-emocionales que reclaman los hijos a lo largo de todo su proceso evolutivo, fundamentalmente durante el proceso de consolidación del yo social e interpersonal.

1) Identificar el problema: A la hora de definir una situación conflictiva, las personas, solemos incluir más información de la necesaria, mezclar sucesos importantes con otros intrascendentes, remontarnos en el tiempo confundiendo episodios aislados de otros recurrentes... (ponemos los elementos según se nos ocurren y encendemos la batidora). Se termina no entendiendo nada. Es importante llamar a las cosas por su nombre y delimitar el problema que necesitamos solucionar con la mayor precisión posible. Se trata de observar la situación como utilizando un ZOOM que deje fuera los detalles y se centre en aquello que es el foco de atención.

2) Contextualizar el problema: Una conducta disruptiva es la expresión - la punta del iceberg - el síntoma que expresa el desajuste de un sistema. Hay alguien en el grupo (familia o grupo escolar) que abanderará, que hace de fusible de un conflicto que está presente en la dinámica vincular, pero que necesariamente alguien tiene que dar a conocer (paradójicamente el “débil” del grupo es el que se encarga de dar a conocer lo que está oculto). Todos los que participan en la “escena” tienen un papel importante que jugar, por tanto la búsqueda de la resolución del conflicto, necesita también de la involucración de todos los “actores” participantes. “El todo es mucho más que la suma de las partes”.

Siguiendo el pensamiento de Michel Foucault, entendemos que una de las propiedades que definen a un sistema operativo (familia / institución), es que compromete a todos los integrantes y en todos los aspectos de la vida de cada uno (gestos, personalidad, hábitos, comportamientos cotidianos). Tanto en la génesis de un problema, como en su solución, están implicados TODOS los miembros del equipo (incluso algún abuelo, un vecino, un amigo de la familia...). Es importante que la

función de cada uno este asignada con claridad (evitar los roles “implícitos”) y que se dejen fuera los “dobles mensajes”.

3) Redefinir el problema: Nos referimos a la capacidad de reestructurar el planteamiento del conflicto de una manera diferente a la habitual. Desde un pensamiento lateral, podemos evitar el modelo conductista tradicional de resolución de conflictos: Si A entonces B...estimulo/respuesta. Siempre hay más de una puerta de salida; se trata de buscar la forma más original de lograr el objetivo deseado, sin recurrir a los modelos arcaicos. La pérdida del esquema conocido, puede generar cierta sensación de vértigo, que confirma que estamos reciclando (el problema- la basura) y haciendo reingeniería. “El que no arriesga, se expone a mayores peligros”.

4) Asociarse con otros: En este sentido, la posibilidad de establecer grupos de referencia, para padres y para educadores donde se pueda compartir experiencias, discutir y constituir verdaderos espacios de aprendizaje común, suele ser evaluada como muy positiva, en la medida en que los objetivos, la tarea y el marco de trabajo estén claros para todos los miembros y la participación sea voluntaria. En ocasiones, un equipo de exploradores, orienta más que un simposio de expertos.

En la psicoterapia de grupo, uno de los factores curativos se desencadena cuando una persona se da cuenta de que hay otras que también tienen problemas semejantes y que le pueden aportar algo. Además, cada uno, tiene aspectos enfermos, pero también otros sanos y, en una situación de grupo, se pueden redescubrir estos últimos. Los resultados son buenos ya que cuando una persona tiene un problema es como si olvidara sus propios recursos. Por ello, parte de la psicoterapia consiste en que redescubra lo que tiene y ha dejado de usar. La tarea es aprender a descubrir qué factores de riesgo están operando, para aprender a detectarlos a tiempo.

5) Pedir ayuda especializada: Nadie duda en concurrir al despacho de un abogado, cuando se enfrenta a una demanda legal. En cambio, la mayoría de las personas adultas evitan solicitar los servicios de un profesional de la Salud Mental, por lo menos hasta tanto la situación se torne verdaderamente insostenible. Además, si somos capaces de establecer “redes” de ayuda, si estamos conectados, al menos algunos no tendrán que hacer ese desgastante “peregrinaje” en busca de ayuda especializada.

6) Capacidad de cambio y adaptación: La tendencia a la homeostasis hace que las familias tiendan a intentar mantener el “status quo” dentro del sistema a cualquier precio. Una y otra vez repiten las mismas estrategias, aunque estas sean absolutamente inefectivas.

Padre demanda al niño + Niño no obedece + Padre grita + Niño no obedece y grita + Padre arremete + Niño agrede al padre + Padre protesta y se retira = **(círculo vicioso)**

- El padre al no conseguir controlar la situación experimenta sentimiento de ineficacia.
- El niño consigue lo que desea y aprende a conseguir lo que desea a través del enfrentamiento y desobediencia.
- Si este aprendizaje se generaliza a otros contextos el niño realizará sus demandas utilizando métodos coercitivos.

Se hace necesario atravesar el temor al cambio y buscar “otras estrategias”. Lo único que permanece constante es el cambio y solo sobrevivirán los sistemas que adquieran capacidad de modificar su rumbo durante la marcha. Adoptar las herramientas que permitan hacerlo en forma natural, aún en contextos de crisis, es vital (círculo virtuoso). “Sólo los peces muertos siguen siempre la corriente del río”

Las familias con hijos con TC suelen emplear estrategias de disciplina inefectivas, que no logran controlar la conducta de los jóvenes, ni con la antelación a la realización de conductas asociales, ni después de producirse éstas. (Synder y Patterson - 1987). Repetir las estrategias que aseguraron el éxito en otros tiempos (cuando vivía el abuelo...) no necesariamente nos valen hoy. Los modelos de educación también se agotan. En tiempos de crisis, volver sobre el éxito del pasado y reeditar las historias de las batallas ganadas, es parte de la resistencia a imaginar una salida propia, a inventar una solución original.

La capacidad de adaptación, se refiere a la capacidad de la familia para manejar las crisis o retos a su estabilidad a lo largo del ciclo vital (p. e escolarización de los niños, casamiento de los hijos, muerte de un cónyuge, etc.). Cuando una familia tiene una pobre capacidad de adaptación suele recurrir a generar un paciente identificado que mantiene su equilibrio a costa de disminuir el grado de singularidad de sus miembros y de impedir la evolución del sistema.

7) Estructura y comunicación: Se refiere al grado de claridad de los límites familiares (quienes pueden acceder a discutir y decidir sobre determinados temas o

decisiones), las jerarquías y tareas (quién esta a cargo de quién y de qué) y la diferenciación (el grado en que sus miembros tienen identidades y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión familiar).

Un aspecto relevante de la disfunción estructural de una familia es la Triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas (p.e. de los padres) involucrando a una tercera (p.e. un hijo). La información se refiere a la manera en que se comunican los miembros de la familia que también suele ser habitual. Aspectos disfuncionales de esta comunicación son los fenómenos del doble vínculo, la escalada simétrica (que se refiere al aumento de la frecuencia o intensidad de la comunicación (p.e. pautas de discusión de la pareja donde cada uno culpa al otro y vuelta a empezar...), y la complementariedad donde cada parte en la relación toma roles que se complementan (p.e. padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y rígidos y niño sumiso, etc.) (Foster y Gurman, 1988).

8) Historicidad, pertenencia y aprendizaje: La biografía de cada uno, de cada familia es única. Buena o mala es la propia y eso la hace interesante. La historia se construye; como un mosaico cada acontecimiento - positivo o negativo- se traduce en aprendizaje. El sentimiento de los adolescentes de pertenencia a la familia, evaluado a partir de su grado de implicación en actividades familiares, tiene una correlación inversa con el comportamiento desadaptado. Cuanto mayor sea la integración de los jóvenes dentro de la propia familia, hay una menor probabilidad de desajuste en el comportamiento social. (Canter, 1982)

Leer, informarse, aprender de otros, ser inquieto, salir a buscar alternativas, preguntar, cuestionarse....así como mostrar lo que sabemos hacer, enseñar, valorar lo que por nuestra propia cuenta descubrimos, escribir la propia experiencia, compartirla, construirnos y proyectarnos ...“Si te lo digo, pronto lo olvidarás. Si te lo demuestro, quizá lo recuerdes. Si lo intentas y lo experimentas, lo aprenderás.”

9) Presencia y Contención: Es el vínculo establecido con adultos (padres- profesores- parientes) o pares de referencia, el salvavidas que rescata al adolescente que está atravesando alguna fase de este tipo de trastorno. La intervención terapéutica o curativa, viene siempre de la mano de un “otro” que se constituye en alguien en quien se puede confiar. Un referente fiable: confianza, responsabilidad y afecto.

La expresión del afecto, la responsabilidad y la dedicación de los padres al niño, la aceptación que tiene el niño en su casa y el grado en que los padres y otros familiares adultos se “ocupan” de él, favorecen la estructuración de estrategias de

afrontamiento de los adolescentes. Aunque en muchas ocasiones los padres son el origen primero de esta relación inapropiada, puede suceder también que el comportamiento antisocial del hijo origine procesos de rechazo hacia él. (Pons-Salvador y Cerezo, 1999).

10) Estilos de control y supervisión: Las estrategias de control paterno son aquellos estilos de funcionamiento que se relacionan con las demandas que se le hacen al niño y con el control que se ejerce sobre él. Son aquellos estilos que tienen los padres o quienes se encargan del niño de hacerle demandas y de controlar su conducta (Pons-Salvador, 2003). Apostamos a trabajar con objetivos firmes y estrategias creativas y flexibles. “Es necesario tener reglas, porque a los humanos nos fallan a veces los principios”. En cuanto a la supervisión, no nos referimos a “persecución” sino a una adecuada mirada atenta a los hijos; Implica estar pendiente de ellos, corregir sus conductas inapropiadas e indicarles nuevos comportamientos más adecuados.

11) Mediación activa y cooperación: Hablar, opinar, criticar o ponderar con los adolescentes, los programas de televisión, las películas de cine, o las propuestas publicitarias, es la forma más efectiva para poner freno a las tendencias agresivas como consecuencia negativa de la influencia de los medios de comunicación social.

La competencia social, ayuda al adolescente a desarrollarse en aquellas áreas que aseguran un adecuado ajuste personal y social, de tal manera, que la adaptación surgirá como resultado de poseer y poner en práctica un conjunto de características consideradas social y culturalmente como positivas: ser tolerante, autónomo, seguro emocionalmente, solidario, respetar las normas y valores sociales...en definitiva, conductas pro sociales de cooperación.

12) Modelos de aprendizaje: Los comportamientos afectivos, como también los agresivos, se aprenden (berrinches, golpes, peleas). La violencia se imita; los cariños también. Desde pequeños aprendemos un modo personal de transitar por el mundo, e incorporar lo nuevo. En el ámbito psicopedagógico, podemos afirmar que los niños que transitan un TC suelen tener una matriz de aprendizaje Hiper-asimilativa / Hipo- acomodativa, en tanto les resulta muy complejo adaptarse a lo pre-establecido. En el contexto educativo por tanto, pueden ser “separados” del grupo, lo que reduce sus posibilidades de conexión con el grupo de pares y sus oportunidades de acción. Nos sumergimos así en un círculo vicioso: cuanto peor se comporta, más se lo excluye...cuanto más se lo excluye, peor se comporta...

13) Afrontamiento: (Coping)

a) APROXIMACIÓN: análisis lógico de los problemas, solución de problemas, búsqueda de guía, etc.

b) EVITACIÓN: descarga emocional, evitación cognitiva, búsqueda de gratificaciones alternativas, etc. *“...En intervenciones con adolescentes con problemas de conducta, se torna necesario una intervención dirigida al desarrollo de actividades de coping a fin de que estos adolescentes puedan superar el ciclo vicioso establecido entre la evitación del problema y el desarrollo de psicopatologías asociadas. Se ha encontrado que el hecho de padecer algún trastorno psicológico lleva a un mayor uso de estrategias centradas en la emoción o en la evitación del problema”* (Investigación: Univ. Católica de Goiás - Brasil / Univ. Barcelona-España.)

14) Habilidades cognitivas: Pueden ayudar a los niños a enfrentarse a presiones ambientales o personales hacia el comportamiento antisocial, y a relacionarse con su ambiente de forma más adaptada. Es un factor de protección en tanto ofrece herramientas para la resolución de problemas. Se trata de estimular la construcción de un pensamiento lógico formal.

El motor del aprendizaje es la pregunta. Si no hay necesidad, curiosidad y apetencia por resolver los conflictos que nos plantea el día a día, no se sale a buscar soluciones. Siempre por encima de la respuesta, está el cuestionamiento de base que lo movilizó. El ejercicio del pensamiento puede ser entendido como un “músculo” que se desarrolla con el entrenamiento.

Hay niñ@s/adolescentes que consiguen evitar comportamientos desajustados a pesar de las condiciones adversas que les rodean, y parte de esa fortaleza, parece estar relacionada con un conjunto de habilidades de cognición social (planificación, generación de soluciones alternativas a los problemas y pensamiento de medios-fines) (Garrido y López- 1995).

15) Resiliencia: Las niñ@s que afrontan exitosamente diversas fuentes de estrés en la vida, son aquell@s que son activos frente a estas situaciones. Cuando los “recursos ambientales” no son suficientes, los buscan como forma de suplir sus necesidades. (Milgram y Palti, 1993).

Características personales del resiliente:

- **INTROSPECCIÓN:** (insight) Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una autorespuesta honesta. Cuestionamiento personal, prevalece el principio de realidad.
- **INDEPENDENCIA:** Es la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse. Se traduce en “ no complicarse la vida”
- **CAPACIDAD DE RELACIONARSE:** Habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas para balancear la propia necesidad de simpatía y aptitud para brindarse a otros.
- **INICIATIVA:** Es el placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.
- **HUMOR:** Alude a la capacidad de encontrar lo cómico e irónico en la tragedia. Se mezcla el absurdo y el horror en lo risible de la combinación. También es saber reírse de uno mismo. Como advertía el bibliotecario ciego de “El nombre de la rosa”, la risa desdibuja el orden del mundo y quien ríe no teme aquello de lo que ríe.
- **CREATIVIDAD:** Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. En la infancia se expresa en la creación y los juegos, que son las vías para revertir la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza.
- **MORALIDAD:** Actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo, lo importante y lo innecesario.
- **COMUNICACIÓN CLARA:** Capacidad de emitir mensajes que no generen confusión. Evitar un lenguaje paradójico y/o ambivalente.

“En una sociedad, ya sea por guerra, miseria o falta de cultura, lo que más se desarrolla es la negligencia afectiva... Un mismo suceso no tiene el mismo efecto, varía según el entorno afectivo de la persona golpeada” (Boris Cyrulnik, 2004).

BIBLIOGRAFÍA

BASANTA DOPICO, Juan Luis. Intervención psicopedagógica en menores. Ed. Xunta de Galicia. La Coruña 2000.

BETTELHEIM, Bruno. No hay padres perfectos. El arte de educar a los hijos sin angustias ni complejos. Ed. Crítica. Barcelona. 2003

BISQUERRA ALZINA, Rafael (coord.). Modelos de orientación e intervención psicopedagógica. Editorial CISS PRAXIS. Madrid 1998.

CYRULNIK, Boris. “Cinco horas con Boris Cyrulnik”. Revista Menores. Nº 4. Guadalajara. Marzo 2004.

DOLTO, Fançoise. La causa de los niños. Siglo XXI, Buenos Aires.1987.

Id. Psicoanálisis y pediatría. Siglo XXI, Buenos Aires.1987.

LABRADOR, Francisco J. y otros. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. ED Pirámide. Madrid. 2002.

MARDOMINGO, María José. Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y arte. Ed. Narcea. Madrid 2002.

MÉNDEZ, Francisco Xavier y MACIA ANTÓN, Diego (coord.) Modificación de conducta con niños y adolescentes. Editorial. Pirámide. España. 2002.

OLIVARES RODRÍGUEZ, José y otros. Tratamientos conductuales en la Infancia y Adolescencia. Bases históricas, conceptuales y metodológicas. Situación actual y perspectivas futuras. Editorial Pirámide. Madrid 2003.

RODRÍGUEZ MOREJÓN, Alberto. La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. Universidad de Málaga. Papeles del Psicólogo. 2004.

SCANDAR, Rubén O. El niño que no podía dejar de portarse mal. Editorial Distal. Buenos Aires. 2003.

SELVINI Y PALAZZOLI, Mara. El mago sin magia . Editorial Paidos. Buenos Aires 1998.

Id. Paradoja y contraparadoja. Editorial Paidos. Buenos Aires, 2000.

SERVERA BARCELÓ, Matéu (coord.). Intervención en los Trastornos del Comportamiento Infantil. Una perspectiva conductual de sistemas. Editorial Pirámide. Madrid 2002.

TONUCCI, Francesco. Como ser niño. Editorial Rei. Buenos Aires 1993.

Id. Con ojos de niño. Editorial Rei. Buenos Aires 1988.

Id. Niño se nace. Editorial Rei. Buenos Aires 1989.

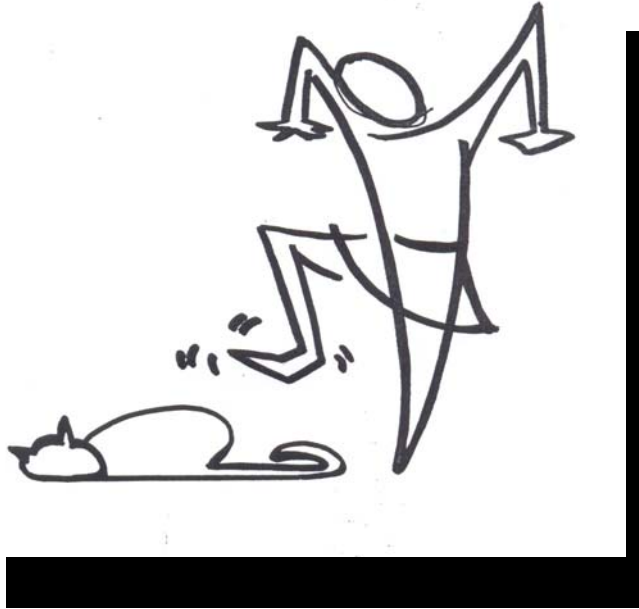
V.V. A.A. Infancias y adolescencias. Teorías y experiencias en el borde. Ed.Novedades Educativas. Bs. As. 2003.

WINNICOTT, D. W. Deprivación y delincuencia. Buenos Aires. Editorial Paidos 1996.



TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD
(T.D.A.H.)
Un trastorno del comportamiento precursor de otros

Javier San Sebastián Cabasés⁴



Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos **más prevalentes** de inicio en la infancia .Es, además, la alteración del comportamiento (neuroconductual) más diagnosticada en niños en edad escolar **(1)**.

Afecta, en función de distintos estudios epidemiológicos, hasta a un 6-10 por ciento por ciento de los niños mayores de 6 años **(2)**, si bien su prevalencia puede estimarse en un **3-5 por ciento** de población infanto-juvenil. Se asocia con retraso y dificultades en el funcionamiento académico y social **(3)**.

De forma no infrecuente, evoluciona hacia trastorno negativista-desafiante y disocial en la infancia, siendo elevada su comorbilidad con otros trastornos **(4)** ; se complica con consumo de sustancias, alta tasa de accidentes etc., en la adolescencia y puede , en el adulto, abocar a diversa psicopatología y trastornos, como Trastorno

⁴ Experto del Proyecto Esperi. Jefe de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Ramón y Cajal. Docente de la Universidad de Alcalá (Madrid).

del control de los impulsos, Trastorno hiperquinético y Trastorno antisocial de la personalidad . Todo ello hace muy importante su rápido y correcto diagnóstico, así como su adecuado tratamiento en la infancia.

Debido a las características de este problema, constituido por un núcleo central que es la condición biológica, de naturaleza cada vez mejor conocida, que denominamos “Déficit de Atención con Hiperactividad”, es una cuestión que implica a los servicios sanitarios, ya que debe procederse a un diagnóstico precoz y diferencial con otros posibles problemas neurológicos y psiquiátricos, así como a un tratamiento multimodal. Ahora bien, en tanto en cuanto no es un estado físico alterado de manera transitoria, sino permanente, que afecta al desarrollo escolar, social y personal de los individuos, corresponde también a los servicios educativos la detección en el ámbito escolar y la atención especializada a los niños que, a causa de la interacción entre esta condición biológica y otros factores aptitudinales y ambientales, pudieran estar en riesgo de fracasar escolarmente o sufrir problemas de exclusión social en las escuelas.

Es de destacar la situación actual, en la cual las familias, los profesores y orientadores psicopedagógicos, desconocedores de la naturaleza de este problema, de sus características y de las alternativas de tratamiento preventivo y sintomático-etiológico, se sienten incapaces de ofrecer ayuda adecuada a estos niños e incluso les malinterpretan en su conducta, procediendo a una cierta marginación y a la consideración de niños malos, revoltosos, rebeldes, etc. En la actualidad estos escolares reciben la calificación de niños desmotivados, sin interés por el aprendizaje, indisciplinados, transgresores de normas, resultado de una mala educación familiar y, su tratamiento educativo se suele centrar en dos medidas: aislamiento en el aula o expulsiones durante la Educación Primaria y expedientes disciplinarios orientados a la expulsión de los Centros, en Educación Secundaria.

La principal explicación a esta forma inadecuada de actuar la constituye el hecho antes mencionado de un gran desconocimiento sobre este problema, lo que impide seleccionar formas alternativas de actuación por parte de las familias y del sistema educativo.

Merece destacarse, por último, que se trata de un trastorno infradiagnosticado en España, por distintas razones:

1. Escasez de equipos y de profesionales adecuadamente formados y actualizados.
2. Inexistencia de la especialidad o subespecialidad médica a cuyo campo de conocimientos la OMS atribuye el diagnóstico y tratamiento integrales del TDAH.
3. Excesiva influencia de doctrinas que atribuyen al TDAH a causas dispares

Además, inadecuadamente derivado:

1. Se detecta sobre todo en la escuela pero no siempre se deriva a los servicios de salud
2. Se interpreta como un trastorno exclusivamente neurológico, cuando en el enfoque diagnóstico y terapéutico deben intervenir otros profesionales, coordinados por el paidopsiquiatra, dado el riesgo evolutivo y la comorbilidad.

El TDAH en España, es, además, con frecuencia inadecuadamente tratado por diversas razones:

1. Abundancia, todavía, de “soluciones alternativas” (desde gafas de colores, hasta dietas especiales, fármacos inadecuados o terapias de total ineficacia)
2. -Resistencia familiar a tratamientos psicofarmacológicos de los niños

En su etiología está comprobada la causalidad biológica y genética, con alteraciones anatómicas y de la neurotransmisión Dopaminérgica y Noradrenérgica. El tratamiento debe ser multimodal, y debe hacerse en el ámbito sanitario a cargo del Equipo Paidopsiquiátrico, con la adecuada formación actualizada, intervención de distintos especialistas y profesionales, en estrecha relación con el colegio y las familias. Todos los subtipos de TDAH responden bien al tratamiento farmacológico con psicoestimulantes: En el Estudio MTA (Jensen y cols, 2001), se comprobó la superior eficacia del Metilfenidato, en prescripción adecuada, sobre cualquier otra medida terapéutica, excepto en el subgrupo comórbido con trastornos emocionales (igual eficacia que terapia cognitivo-conductual)

Historia

El síndrome fue descrito a finales del siglo XIX con términos como “*locos idiotas*”, “*locura impulsiva*” y “*inhibición defectuosa*”. La primera descripción clínica, equivalente a las actuales, del trastorno por hiperactividad fue hecha por Still en 1902, que describió a los niños como padeciendo “*efectos mórbidos del control moral*”. Tras la epidemia de encefalitis letárgica que siguió a la I Guerra Mundial, muchos de los niños que sobrevivieron presentaron trastornos de la conducta con hiperactividad. En los años '50 se definió el “*síndrome del daño cerebral mínimo*” para englobar a niños con hiperactividad, distrabilidad, impulsividad, perseveración y defectos cognitivos, en los que no se pudo demostrar una etiología orgánica, pese a la sospecha clínica. El término síndrome hiperactivo de la infancia surge en la ICD-9 de 1965 y en el DSM-II

de 1968. En el DSM-III pasa a denominarse *“trastorno por déficit de atención”* con o sin hiperactividad y en el DSM-III-R se da de nuevo más importancia a la hiperactividad, con la denominación *“trastorno hiperactivo con déficit de atención”*.

En la CIE-10 estos trastornos se clasifican bajo el epígrafe F90-98 *“Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”*, en el apartado F90 Trastornos hipercinéticos: F90.0 *Trastorno de la actividad y de la atención*, incluye trastorno por déficit de atención y síndrome de déficit de atención con hiperactividad, F90.1 *Trastorno hipercinético disocial*, cuando se satisface el conjunto de pautas para el trastorno hipercinético y para el trastorno disocial, F90.8 *Otros trastornos hipercinéticos*, y F90.9 *Trastorno hipercinético sin especificación*. En el apartado F91 Trastornos disociales se incluyen: *Trastorno disocial limitado al contexto familiar, en niños no socializados, en niños socializados, desafiante y oposicionista, otros trastornos disociales y el trastorno disocial sin especificación*. La CIE-10 rechaza el término “trastorno por déficit de atención” porque implica un conocimiento de procesos psicológicos del que carece y englobaría niños con problemas muy distintos (soñadores, apáticos o ansiosos), aunque reconoce que el déficit de atención constituye clínicamente un rasgo central de los síndromes hiperkinéticos.

La clasificación DSM-IV los engloba bajo el epígrafe Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, dentro del capítulo dedicado a los *“Trastornos de inicio en la infancia, en la niñez o en la adolescencia”*. En este apartado incluye las siguientes categorías: F90.0 *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado*, F98.8 *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio del déficit de atención*, F90.0 *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio hiperactivo-impulsivo*, F90.9 *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado*, F91.8 *Trastorno disocial*, F91.3 *Trastorno negativista desafiante* y F91.9 *Trastorno de comportamiento perturbador no especificado*.

En la escuela francesa el cuadro se denomina inestabilidad psicomotriz. En el periodo entre 2-3 años la atención del niño es naturalmente lábil y su explosiva motricidad le impulsa a multiplicar sus descubrimientos y experiencias. Esta conducta puede ser mal tolerada por el ambiente y las exigencias inaccesibles del medio pueden acentuar la inestabilidad del niño y hacer que se instale en una auténtica inestabilidad reactiva.

Clínica del TDAH

La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón de comportamiento persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, más frecuente y grave que lo esperado para la edad o el nivel de desarrollo. Generalmente el diagnóstico se hace después de años de trastornos de conducta y suele ser después de los 7 años de edad, cuando se afecta la adaptación escolar, aunque suele comenzar durante los primeros cinco años de vida. No se realiza el diagnóstico si aparece una esquizofrenia, trastorno generalizado del desarrollo u otro trastorno psicótico o si se puede explicar por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, de ansiedad, disociativo o trastorno de la personalidad. En el 10-60% de los casos el trastorno persiste en la adolescencia y edad adulta, aunque en general las alteraciones sintomáticas van atenuándose durante la adolescencia. Algunos adultos siguen presentando un síndrome completo, aunque en general persisten únicamente algunos síntomas, que permiten realizar el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en remisión parcial.

Es mucho más frecuente en varones (4:1 en la población general y 9:1 en la población clínica). La prevalencia estimada oscila en torno al 3-5% de los niños en edad escolar. Las cifras de prevalencia pueden variar entre el 1/1000 en Gran Bretaña (Rutten) y el 20% en USA, dependiendo, fundamentalmente, de diferencias metodológicas (diferencias en la terminología, en el punto de corte a la hora de utilizar escalas diagnósticas, de la cantidad y calidad de los informantes precisos para realizar el diagnóstico, del rango de edades estudiadas y de la rigidez al utilizar los criterios diagnósticos). La prevalencia máxima (8%) se da en niños entre 6-9 años, siendo menor en preescolares y adolescentes. Es más frecuente en áreas urbanas que en áreas rurales.

Las **deficiencias de la atención** (inatención o inestabilidad psíquica) pueden surgir en forma de despistes, falta de atención a los detalles en el contexto escolar, familiar o social, sobre todo en actividades que conllevan la participación de procesos cognitivos. Esto conlleva que los trabajos pueden ser sucios, descuidados, realizados sin reflexión, ya que generalmente les cuesta mucho trabajo persistir en una tarea hasta terminarla. Con frecuencia parecen estar despistados, con la mente en otras cosas, se despistan con estímulos irrelevantes o hechos triviales ("el vuelo de una mosca"), cambiando constantemente de una a otra actividad. Debido a esto, les cuesta organizar sus actividades, y viven las que suponen un esfuerzo sostenido como desagradables y aversivas (tareas domésticas o escolares). En algunos casos estas dificultades acaban generando un negativismo secundario. Las actividades cotidianas les suponen un gran esfuerzo y es frecuente que las olviden. En las conversaciones

parecen no escuchar, cambian de un tema a otro, son incapaces de seguir las normas del juego o los detalles de las actividades.

La **hiperactividad (inestabilidad motriz)** se observa en la inquietud, en la dificultad para permanecer sentado tranquilo. El niño puede estar corriendo, saltando y sin parar de moverse en situaciones en las que resulta inadecuado; por ello son más propensos a los accidentes y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados, por falta de premeditación. Le cuesta realizar actividades tranquilas, aunque sean de ocio, no paran de hablar. El cuadro clínico puede variar con la edad y el nivel del desarrollo. En los preescolares el diagnóstico ha de hacerse con cautela, pero estos niños están continuamente en movimiento, tocando todo y poniéndose en peligro, les cuesta anormalmente estar sentados oyendo un cuento, p. ej. (los niños promedio de 2-3 años pueden permanecer sentados al lado de un adulto mirando los grabados de un libro durante un rato). Los escolares “no paran quietos”, mueven continuamente los miembros, se levantan en clase o durante la comida, hablan en exceso o resultan demasiado ruidosos incluso llevando a cabo actividades tranquilas. En adolescentes y adultos los síntomas de hiperactividad no son tanto en forma de movimiento continuo como sentimientos de inquietud motora (desazón interna) y dificultades para dedicarse a actividades sedentarias tranquilas. El grado de hiperactividad es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio. La inestabilidad motriz se acompaña de inestabilidad postural y de “reacción de prestancia”, definida por Wallon como actitudes afectadas y adultomorfias.

La **impulsividad** se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas, dificultad para esperar el turno o interrumpir o interferir a otros hasta el punto de tener problemas en los ámbitos escolar, social o familiar. Además de la inadecuación social, la impulsividad facilita la aparición de accidentes o la realización de actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias.

Generalmente, los niños tienen más trastornos de conducta en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de novedad o atractivo intrínsecos. Cuando existe mucho control externo, ante situaciones nuevas o especialmente interesantes, en una relación personal cara a cara o gratificaciones frecuentes por el buen comportamiento, los signos del trastorno pueden ser mínimos. El cuadro suele ser más severo en situaciones de grupo.

En algunos casos puede predominar la inatención sobre la hiperactividad-impulsividad o viceversa, por lo que el DSM-IV admite los subtipos combinado, con

predominio del déficit de atención y con predominio hiperactivo-impulsivo, cuando uno de los subtipos ha estado presente durante más de seis meses. Durante la evolución clínica el cuadro puede pasar de uno a otro tipo. La CIE-10 define los subtipos en función de la presencia de síntomas de trastorno disocial.

Muchas veces al cuadro clínico se asocian características de baja tolerancia a la frustración, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, así como síntomas emocionales: labilidad, disforia, desmoralización, baja autoestima y rechazo por parte de los iguales, pudiendo llegar a ser niños aislados. El rendimiento escolar se deteriora y ocasiona problemas con los padres y los profesores, ya que es percibido como perezoso, irresponsable y con un comportamiento oposicionista. La variabilidad sintomática confirma la idea que tiene la familia de que el comportamiento es voluntario, generando una dinámica familiar alterada. En general, el rendimiento académico y laboral que alcanzan es inferior al de sus compañeros, y su CI suele ser algo inferior al normal. Cuando es grave es muy perturbador, y con frecuencia se asocia con un trastorno negativista desafiante o con un trastorno disocial. Puede conllevar, así mismo, la presencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje y trastornos de la comunicación. Se puede asociar con síndrome de la Tourette, y generalmente su inicio es previo a éste. Son muy frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje, así como problemas de lectura y del aprendizaje.

La CIE-10 define como rasgos asociados, que apoyan el diagnóstico aunque no son necesarios, la desinhibición en la relación social, falta de precaución en situaciones de riesgo y quebrantamiento impulsivo de algunas normas sociales. Los trastornos del aprendizaje y la torpeza de movimientos que acompañan al síndrome hiperkinético se codifican aparte.

A veces se asocia con otras manifestaciones psicopatológicas, como eneuresis o trastornos del sueño.

Etiología

La evidencia clínica parece sostener que este trastorno es la vía final de una vulnerabilidad biológica que interactúa con otras variables de tipo ambiental. En los últimos años se ha avanzado en el conocimiento sobre las bases biológicas del TDAH en tres líneas fundamentales: La genética, la neurotransmisión y la neuroimagen.

En algunos casos se han encontrado antecedentes de maltrato y/o abandono, situaciones de adopción o acogida, exposición a **neurotóxicos** (plomo), **infecciones** (encefalitis), **exposición prenatal** a fármacos, peso bajo al nacer o retraso mental.

Existe una disfunción cerebral uniforme, cada vez mejor conocida. La expresión de dicha hipotética disfunción se observaría en las dificultades en el control, como en la organización del procesamiento de la información, atención, respuestas sociales y la inhibición apropiada.

Genética

Se conoce una vulnerabilidad y heredabilidad genética, ya que es más frecuente en los familiares de primer grado de los niños con déficit de atención con hiperactividad el presentar el mismo cuadro. También se ha encontrado una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje, trastornos relacionados con sustancias y trastorno antisocial de la personalidad en los padres biológicos. En los padres adoptivos de niños hiperactivos no se han encontrado cifras de psicopatología mayores que las de los padres adoptivos de niños normales, lo que indicaría un origen genético más que un origen ambiental. El riesgo de padecer un trastorno por hiperactividad en los hermanos de niños hiperactivos es el doble del de la población general. Factores genéticos conocidos (4):

- Asociación clara en mellizos homocigotos
- Implicación del gen transportador de Dopamina (DAT1), ubicado en el cromosoma 5
- Implicación del gen receptor de dopamina (DRD4), en el cromosoma 11
- Implicación de genes de la vía de la Noradrenalina

Neurotransmisión

Se conoce la existencia de una **disfunción del sistema dopaminérgico-adrenérgico**, debido a la buena respuesta ante los estimulantes y otros hallazgos. Se han encontrado hallazgos de alteraciones en la regulación del metabolismo adrenérgico. La Disfunción del sistema **dopaminérgico** implicaría :

- Disminución de la concentración, dificultad organización - planificación de actividades complejas, dificultad en el aprendizaje. Todo ello a través de la vía DA meso – cortical
- Disminución de la adherencia a las actividades. Y del refuerzo. A través de la vía DA Ganglio- Estriado- Ventral
- Hiperactividad, impulsividad, a través de la vía DA Nigro-estriada

La Disfunción del sistema **noradrenérgico** implicaría:

- Disminución de la Atención, a través de la vía NA Locus Coeruleus –
Córtex prefrontal

Alteraciones morfológico funcionales: Las Técnicas de Neuroimagen (PET, SPECT, RMN y RMNf) han aportado datos acerca de las alteraciones morfológico-funcionales en el TDAH, cuya síntesis sería:

• *Los estudios de neuroimagen muestran evidencias de disfunción anatómica y funcional en los pacientes con TDAH*

–Disminución del volumen cerebral

–Especialmente en regiones frontoestriatales y cerebelosas ricas en proyecciones dopaminérgicas (vermis inferior); corteza prefrontal, núcleo caudado y vermis cerebeloso

–Menor actividad metabólica cortical

• *Correlación entre disminución del tamaño y síntomas*

–La disfunción del núcleo caudado y la hipofunción de la corteza prefrontal serían los lugares principales de alteración en el TDAH

• *El tratamiento con estimulantes activa las regiones cerebrales metabólicamente deficitarias en el TDAH*

Datos de SPECT/PET

• *Disminución de la actividad en regiones subcorticales* (Lou et al, 1990)

• *Disminución del metabolismo cortical global* (Zametkin et al, 1990)

• *El tratamiento con Metilfenidato incrementa la perfusión en la corteza prefrontal y núcleo caudado* (Kim et al, 2001)

Datos con RMNf

• Disminución de la actividad fronto-estriada

• *Los estudios con metilfenidato muestran una mejoría en la funcionalidad*

–Incremento de la actividad metabólica fronto-estriada

–Correlación entre la mejoría en las respuestas del paciente y la actividad metabólica (Vaidya et al., 2001)

• En un estudio reciente, llevado a cabo con 23 niños con TDAH y 24 controles, utilizando Resonancia Magnética funcional (RMN f) los autores concluyen “Nuestros datos apuntan al córtex prefrontal superior derecho como la parte que más contribuye a las anomalías observadas. Este área de anormalidad en TDAH está relacionado con el funcionamiento de la atención”(5).

Los **lóbulos frontales**, mediante mediadores adrenérgicos, ejercen una influencia inhibitoria en las estructuras estriatales inferiores, mediada por dopamina. El

córtex orbito-frontal parece estar implicado en las conductas impulsivas y agresivas. Mediante PET se ha observado diferencias en la utilización de la glucosa y el flujo cerebral de los lóbulos frontales entre los niños hiperactivos y los normales. Además, con la administración de metilfenidato se observa un aumento del flujo sanguíneo en el mesencéfalo y los ganglios basales, con disminución en las áreas motoras corticales, que podría explicar el efecto terapéutico del metilfenidato.

Otras teorías etiopatogénicas

Aunque popularmente se ha relacionado el síndrome con los **aditivos alimentarios y el azúcar**, en los estudios clínicos no se ha demostrado dicha correlación. La escuela francesa relaciona la inestabilidad con un estado reactivo a una **situación traumatizante** o ansiógena para el niño, basándose en que cuanto menor es el niño, más tiende a expresar el malestar o la tensión psíquica mediante su cuerpo. La inestabilidad reactiva puede aparecer tras intervenciones quirúrgicas, separaciones, disociaciones familiares, etc.

La respuesta intolerante del medio, o unas exigencias excesivas, ante un niño con una motricidad congénitamente más “explosiva” que en otros niños puede ocasionar la fijación de la reacción motriz en un estado patológico, determinando de algún modo una forma peculiar de ser como es la inestabilidad.

En otros casos, se observa la aparición de conductas provocadoras y peligrosas, como si el niño intentara castigarse o que lo castigarán. En estos casos la inestabilidad puede significar la búsqueda de autopunición, como en los niños con culpabilidad neurótica. La inestabilidad constituye la respuesta a una angustia permanente, sobre todo si dominan los mecanismos mentales proyectivos persecutorios o un equivalente de la defensa maníaca frente a angustias depresivas o de abandono. La inestabilidad puede ser, así mismo, un elemento más de una organización psicótica o prepsicótica.

Los factores familiares contribuyen a la persistencia y severidad del cuadro clínico (especialmente la mala relación madre-hijo). La presencia de una vulnerabilidad biológica expondría al niño a un riesgo mayor de estar afectado por cualquier forma de estrés familiar o escolar.

Diagnóstico:

No se han encontrado hallazgos de laboratorio o de exploraciones cognitivas específicas. Con mayor frecuencia que en la población general se observan algunas anomalías físicas menores, como hipertelorismo, implantación baja de los pabellones

auriculares o paladar ojival. Son más frecuentes las lesiones físicas, fundamentalmente derivadas de accidentes.

En estudios de laboratorio no se ha encontrado con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva. El estudio del tono permite, según algunos autores, distinguir una inestabilidad con paratonía, caracterizada por un fondo permanente de contracturas o de tensión, en la que la inestabilidad aparece como una “fuga” en relación con dicho estado de control, y una inestabilidad en la que el equilibrio tónico es normal, pero con numerosos signos de emotividad intensa, incluso caótica: mirada inquieta, sobresalto evidente ante la menor sorpresa, temblor de manos, sonrojo, etc. Son niños que parecen estar en estado de permanente hipervigilancia, como si en todo momento el entorno pudiera resultar peligroso o desmoralizador.

La entrevista psicodinámica y la utilización de tests de personalidad y proyectivos (Rorschach, T.A.T., Patte Noire) permiten situar el nivel de desorganización de la personalidad.

Evaluación diagnóstica en TDAH

- **Entrevista clínica**
 - Generalmente es la única herramienta (2-3 visitas para asentar el diagnóstico). Diferencia trastornos psiquiátricos (depresión, psicosis)
- **EEG**
 - Evaluación de epilepsia (sobre todo ausencias)
- **Valoración oftalmológica/ORL**
 - Evaluación de inatención por déficit sensoriales
- **Cociente de Inteligencia**
 - Evalúa retraso mental
- **Analítica**
 - Sospecha de hipertiroidismo
- **Escalas**
 - Necesidad de homogeneizar instrumentos de evaluación

Existen **escalas específicas para el TDAH**, entre las cuales podemos mencionar:

1. Escalas para los profesores:

- Instrumentos únicamente para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

1. *CAP Scale (Childhood Attention Problems)*: con dos subescalas: inatención e hiperactividad

2. *Conners Abbreviate Symptom Questionnaire (CASQ)*: similar a la anterior

3. *The ADHD Rating Scale*: mide Inatención-Hiperactividad e Impulsividad-Hiperactividad

- Instrumentos para el TDAH y otros síntomas

1. *Conners Teacher Rating Scale*: tiene 4 subescalas: problemas de conducta, inatención, tensión/ansiedad e hiperactividad, así como un factor de sociabilidad

2. *The ADD-H: Comprehensive Teacher Rating Scale (ACTeRS)*: puntúa atención, hiperactividad, habilidades sociales, conducta oposicionista. Es sensible al tratamiento.

3. *The IOWA Conners Teacher's Rating Scale*: Hiperactividad (inatención-hiperactividad) y problemas de conducta (agresión)

2. Escalas para los padres

- Instrumentos para TDAH sólo:

1. *CASQ*

2. *ADHD Rating Scale*, adaptado a los criterios diagnósticos DSM IV. La aplica el evaluador

- Instrumentos para TDAH y otros síntomas:

1. *Conners Parents Rating Scale (CPRS)*: tiene dos versiones, una larga, con 8 subescalas (trastornos de conducta, ansiedad-timidez, inquietud-desorganización, problemas de aprendizaje, síntomas psicósomáticos, síntomas obsesivo-compulsivos, conducta antisocial e hiperactividad-inmadurez), y una breve, con 5 subescalas (trastornos de conducta, problemas de aprendizaje, síntomas psicósomáticos, hiperactividad-impulsividad y ansiedad)

2. *The Yale Children's Inventory (YCI)*: evalúa atención, hiperactividad, impulsividad, sociabilidad, habituación, trastornos de conducta socializados, trastornos de conducta agresivos y afecto negativo

3. Escalas de autoevaluación

- Diseñada por Conners y Wells para los adolescentes (*ADD-H Adolescent Self-Report Scale*), que evalúa problemas de concentración, inquietud, autocontrol, enojo, problemas con amigos, confidencialidad y aprendizaje

4. Escalas específicas de situación:

- Preguntan por situaciones específicas, mas que valoraciones globales. Existen varias: *Werry-Weiss-Peters Activity Scale*, para padres y cuidadores, *Home Situations Questionnaire* y *School Situations Questionnaire*.

Criterios diagnósticos DSM-IV para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad

- A. (1) o (2)

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

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

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

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: si se satisface el criterio A1 pero no el A2 en los últimos 6 meses

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el criterio A2 pero no el A1 durante los últimos 6 meses.

Comorbilidad en TDAH

Muy elevada. Aproximadamente el 80% de los pacientes tienen al menos un trastorno comórbido (4). Asociada a:

- Factor común de vulnerabilidad TDAH y otro Trastorno (Tr.de La Tourette)
- TDAH como factor de riesgo en el sentido de estigmatizar y marginar al paciente: Rechazo escolar y social, baja autoestima del paciente, respuesta desajustada.
- Trastornos asociados:
 - Trastorno Oposicionista Desafiante (30-50%)
 - Trastorno Disocial (14%)
 - Trastornos Emocionales: Del estado de ánimo(15-75%) y de ansiedad (25-35%)
 - Trastornos de la comunicación
 - Retrasos específicos del desarrollo motor y del lenguaje (30%)
 - Trastornos del aprendizaje (15-30%)
 - Tr. Tics y G de la a Tourette (11%)

Diagnóstico diferencial

En primer lugar hay que descartar que el comportamiento hiperactivo del niño sea el correspondiente al **propio de la edad** de un niño activo. Los niños con **retraso mental**, sobre todo si están escolarizados en un colegio normal pueden presentar síntomas de desatención, que sólo deben recibir el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad si son claramente excesivos para la edad mental del niño.

En el caso opuesto, los niños con una **capacidad intelectual elevada** pueden manifestar síntomas de déficit de atención en ambientes poco estimulantes. Cuando coexiste un **trastorno generalizado del desarrollo**, éste tiene preferencia para el

diagnóstico. La CIE-10 sitúa el principal diagnóstico diferencial con el trastorno disocial, aunque cuando existen rasgos de trastorno hiperactivo y disocial, permite hacer el diagnóstico de trastorno hiperactivo disocial.

La hiperactividad y falta de atención pueden ser síntomas de un **trastorno de ansiedad** grave o de un **trastorno depresivo** agitado, que tienen prioridad para ser codificados como diagnóstico principal. También es importante considerar la posible existencia de un **episodio maníaco**, que cursa con sintomatología similar al TDAH, y, aunque muy infrecuente en la infancia, puede presentarse.

Cuando el inicio es agudo suele ser secundario a otro trastorno (psicógeno u orgánico), un estado maníaco, una esquizofrenia o un trastorno neurológico, como la fiebre reumática. La **disfunción cerebral mínima** se ha descrito en niños con dificultades motrices (desde la torpeza hasta las dispraxias), que incluyen la hiperkinesia, dificultades de concentración y de fijación ante una tarea, dificultades cognitivas (anomalías en nociones temporoespaciales, dificultades en retener las secuencias rítmicas y perturbaciones en el test de Bender), dificultades escolares (dislexia o déficits específicos o globales del aprendizaje), dificultades de control pulsional (deficiente control de esfínteres e impulsividad), dificultades de relación (facilidad para la cólera y dificultad para aceptar consejos), dificultades afectivas (labilidad afectiva, reactividad ante las frustraciones, agresividad y disforia), dificultades familiares, síntomas neurológicos discretos ("soft"): deficiente coordinación de la motricidad fina, movimientos coreiformes, zurdería, lenguaje mediocre y estigmas físicos: anomalía del epicantus o de las orejas, bóveda palatina acentuada, estrabismo, tercer dedo del pie largo y aplanado, cráneo pequeño o en exceso puntiagudo. Se ha sugerido la hipótesis de que este cuadro se deba a una disfunción fisiológica que afectaría al metabolismo monoaminérgico.

Tratamiento

El tratamiento debe depender de la reacción del ambiente ante la hiperactividad. Esta reacción puede variar desde el castigo o la coacción hasta la complacencia o la provocación. Puede depender de la existencia o no de trastornos asociados o de la profundidad de los trastornos de personalidad. La acción terapéutica puede orientarse hacia una reorganización educativa, y siempre debe contemplar la **psicoeducación** con los padres, la familia y los profesores y ámbito escolar: consejos educativos a los padres y a la escuela, práctica de un deporte o centro recreativo; hacia un intento de catexis libidinal positiva del conjunto corporal estático (relajación) o

dinámico: juegos psicomotores, danza rítmica o hacia la búsqueda de solución de los conflictos psicoafectivos: psicoterapia.

El tratamiento farmacológico con **psicoestimulantes** (anfetaminas) ha sido utilizado en niños hiperactivos y con disfunción cerebral mínima, encontrándose tasas de mejoría entre los dos tercios y los cuatro quintos. La dextroanfetamina y el metilfenidato aumentan la neurotransmisión dopaminérgica y noradrenérgica incrementando la liberación de dopamina, bloqueando la recaptación presináptica e inhibiendo la actividad de la monoamino oxidasa. La dextroanfetamina también incrementa la transmisión de serotonina y el metilfenidato tiene una actividad postsináptica agonista directa. La pemolina afecta la transmisión dopaminérgica, con escasos efectos simpaticomiméticos.

El estimulante más utilizado en niños hiperactivos es el **metilfenidato**, fundamentalmente por tener menos efectos adversos sobre el crecimiento que las otras dos moléculas estimulantes usadas también (dextroanfetamina y pemolina). La **pemolina**, el más moderno de los tres, se diferencia de ellos en que tiene una acción terapéutica retardada 3 semanas; cuando se produce la respuesta terapéutica, el efecto de una dosis es más largo (5-6 horas frente a las 3-4 horas de los otros). La dosis media de pemolina es entre 37.5 y 112.5 mg/día. El efecto secundario más importante es la disfunción hepática, que puede no revertir tras la discontinuación del tratamiento, por lo que se requiere el control analítico.

El **metilfenidato** mejora la capacidad de atención y la hiperactividad sin objetivo, así como la motivación, la capacidad de aprendizaje y el control inhibitorio. En la práctica clínica, el 70% de los niños hiperactivos mejoran con psicoestimulantes. En dosis superiores a 0,6 mg/kg., mejora, así mismo, las respuestas sociales, aunque siguen siendo percibidos por sus iguales como hiperactivos. La interacción con la madre suele mejorar, siendo capaz esta de proporcionar más comentarios positivos a la conducta del niño. La respuesta individual es muy variable. La dosis óptima para mejorar el comportamiento social (1mg/kg) puede deteriorar el aprendizaje. El efecto es dosis-lineal y suele estar entre 0,1-0,6mg/kg, aunque algunos niños precisan dosis superiores a 1 mg/kg. Dosis superiores a ésta no se recomiendan por la aparición de efectos secundarios y porque no suelen ser necesarias. En general se da en dos dosis: desayuno y comida, siendo la del desayuno doble que la de la comida, para evitar el insomnio.

Los efectos secundarios más frecuentes son la pérdida de apetito y la dificultad para conciliar el sueño y, en algunos casos, cefalea o gastralgia. Estos efectos secundarios suelen desaparecer reduciendo la dosis, aunque generalmente disminuyen con el tiempo. Uno de los efectos de los estimulantes es el retardo del

crecimiento, observándose una recuperación rápida durante las vacaciones de la medicación. El que menos produce este efecto es el metilfenidato. Las dosis bajas tienen menos efecto sobre el crecimiento, aunque en general, incluso a dosis altas, durante un periodo prolongado de tiempo y sin vacaciones, los efectos finales son pequeños. Hay que tener cuidado, fundamentalmente durante la adolescencia, monitorizando el peso y la talla. Tienen, también efectos cardiovasculares: aumento de la tasa cardíaca y de la presión sistólica, pero no son clínicamente significativos. Se discute si pueden exacerbar los síntomas de un trastorno de Gilles de la Tourette o precipitarlo en niños predispuestos genéticamente, por lo que se recomienda evitar su uso en estos casos. En otros estudios, sin embargo, en niños con ambas patologías, se han utilizado estimulantes observándose una reducción de los tics a dosis de 15mg dos veces al día, por lo que la prescripción debe ser individualizada. En raras ocasiones pueden aparecer síntomas psicóticos, más frecuentemente en forma de alucinaciones táctiles que de delirios, que ceden cuando se retira el estimulante.

No se ha observado correlación clínica entre el efecto terapéutico y los niveles sanguíneos de metilfenidato. La decisión de pautar un tratamiento con estimulantes debe ser individualizada, en función de las alteraciones académicas y/o familiares y el grado de incapacidad que producen en el niño, así como de la respuesta a tales moléculas. Generalmente no son precisas en preescolares, en los que el consejo a los profesores y a los padres puede ser suficiente si el trastorno no es muy severo. En principio, deben evitarse durante la adolescencia por los efectos sobre el crecimiento, pero debe seguirse la administración si el trastorno sigue produciendo alteraciones severas del comportamiento o del rendimiento laboral o académico.

Alternativas farmacológicas en TDAH

En los últimos años, la investigación farmacológica ha permitido el desarrollo de fármacos que, manteniendo altos niveles de eficacia y seguridad, evitan los problemas que planteaba el Metilfenidato de liberación inmediata (Taquifilaxia aguda, discontinuidad en el efecto, incomodidad al tener que tomar medicación en el colegio, ausencia de efecto por la tarde, incumplimientos etc).

Entre estos fármacos están: Metilfenidato de acción retardada por sistema O.R.O.S. (concerta), antidepresivos (Bupropion, Atomoxetina), otros Noradrenérgicos (Clonidina), Agonistas nicotínicos de la ACH (Donepezilo).

Antidepresivos en TDAH

Indicados por su acción noradrenérgica y serotoninérgica. Constituyen la alternativa al tratamiento con psicoestimulantes y el tratamiento de elección si fracasan.

AD tricíclicos: comunicada eficacia con Amitriptilina, Imipramina, Desipramina, Clorimipramina y Nortriptilina. En los estudios abiertos se obtuvieron tasas de respuesta entre 60 y 90% pero en los estudios controlados las respuestas han sido de entre el 48 y 68 %. Ventajas de los AD: Larga vida media que permite flexibilizar las tomas, disminuir su número y minimizar el riesgo de abuso y dependencia. Efectos beneficiosos en la ansiedad y depresión frecuentemente comórbidas. En los últimos años se han sumado nuevos estudios con antidepresivos en TDAH:

ISRS : Fluoxetina

Inhibidores de la recaptación de Serotonina y Noradrenalina: Venlafaxina

Agonistas dopaminérgicos y noradrenérgicos : Bupropion

Inhibidores selectivos de la recaptación de Noradrenalina : Atomoxetina

Bupropion

AD con efecto agonista indirecto dopaminérgico y noradrenérgico. Potencialmente eficaz en tratamiento del TDAH. Recientemente comercializado en España, pero sólo como fármaco para el tratamiento del tabaquismo (imposible su prescripción en población infantil). El estudio de Connors et al (1996) es el más riguroso y más amplio con este fármaco, obteniéndose una mejoría significativa del grupo de pacientes, detectada desde el tercer día de tratamiento (CPRS y CTRS) y mejorías con tendencia a la significación en otros instrumentos de medida (CPT etc). Sin embargo, la ICG no reveló resultados significativos. Los autores concluyen que los resultados obtenidos son menores que los que aportan los estudios con psicoestimulantes.

Atomoxetina (STRATTERA)

Es un AD inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. Inhibición del transportador noradrenérgico presináptico. Escasa afinidad por sistemas muscarínico, colinérgico, histaminérgico, serotoninérgico y α_1 y α_2 adrenérgico. Vida media en plasma de 4 a 19 horas. Metabolización mediante el citocromo P450 2D6. Un metabolito activo (4-hidroxiatomoxetina). No comercializado todavía, si bien ya está comercializado en EEUU.

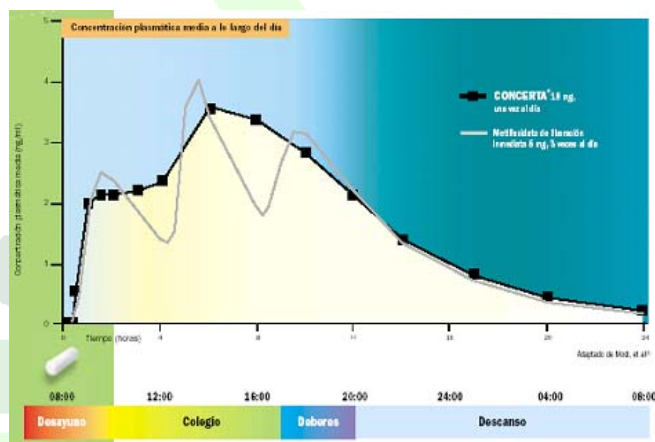
Probablemente sea el fármaco que mejores perspectivas ofrece en cuanto a eficacia, seguridad y ventajas sobre el Metilfenidato por su vida media más larga que permite la prescripción en dos tomas (mañana y noche), sin discontinuidad terapéutica y por la ausencia de efectos secundarios reseñables, sobre todo hiporexia e insomnio.

Hay ya muchas investigaciones y ensayos con distinta metodología que avalan la eficacia y seguridad de este fármaco, de los que merecen mencionarse dos:

- Michelson et al.(2001): Estudio multicéntrico, con muestra de 297 niños entre 8 y 18 años, randomizado, de 8 semanas, doble ciego versus placebo (N=84), con dosis variables de atomoxetina (0.5,1.2 y 1.8 mg/Kg/día). Evaluación mediante ICG, CHQ, ADHD-RS-IV y CPRS-RS. Se obtuvieron cambios significativos en distintos ítems de las escalas de medida (ADHD-RS-IV y CPRS-RS) , con las tres pautas de dosis, excepto en la inatención con dosis de 0.5 mg/Kg/día. Efectos adversos en más del 5% de los sujetos.
- Kratochvil et al., 2001 : Estudio multicéntrico, abierto, de 10 semanas, randomizado, con muestra de 228 niños de 7 a 15 años, comparativo de Metilfenidato (N=44) y Atomoxetina (N=184). Evaluación mediante la ADHD-RS-IV y CPRS-RS. Dosis flexibles en función de respuesta y efectos secundarios. No siendo ninguna de las diferencias significativas, se obtuvieron resultados algo mejores con Metilfenidato en las puntuaciones de la ADHD-RS-IV y favorables a atomoxetina en la ICG y CPRS-RS.La tasa de finalizaciones/abandonos fue similar y la de efectos adversos inferior en los pacientes que recibieron atomoxetina

Metilfenidato de liberación gradual (CONCERTA)

El fármaco activo (Metilfenidato) recubre y se encuentra en el interior de la cápsula, cuya estructura permite su liberación gradual y paulatina a lo largo de unas 10 horas después de su toma única matutina. Esto evita los inconvenientes que se mencionaban acerca del Metilfenidato clásico, manteniéndose unas concentraciones plásmáticas uniformes durante todo el día , con control de los síntomas hasta la noche .Así, la farmacocinética resulta idónea, mejorándose el cumplimiento terapéutico



El Metilfenidato O.R.O.S. (Concerta) también ha sido objeto de numerosos ensayos que avalan su eficacia y seguridad, entre los que destaca el de Wolraich et al (2001):

Estudio randomizado y doble ciego, de 28 días de duración.

N = 277 niños, todos en tratamiento con metilfenidato

3 grupos de tratamiento:

- Placebo
- Metilfenidato (3 veces al día)
- Concerta®

71 abandonos (25,6%):

- 59 por falta de eficacia
- 2 por efectos adversos
- 10 por otros factores

Medidas de eficacia:

Escala IOWA de Conners

SNAP-IV

C-GAS

CGI

Evaluadores: Padres, profesores e investigador

El Concerta mostró una eficacia significativamente superior al placebo, similar al Metilfenidato en las escalas evaluadas por profesores y algo superior al Metilfenidato en las escalas evaluadas por padres.

Sin diferencias en efectos secundarios entre metilfenidato y Concerta®

Agonistas nicotínicos de la Acetilcolina (Donepezilo)

Los receptores nicotínicos de la acetilcolina tienen una localización amplia (córtex, sustancia gris periacueductal, ganglios de la base, tálamo, hipocampo, cerebelo) y están implicados en funciones cognitivas (atención, memoria, aprendizaje, control motor). Son además reguladores de la liberación de diversos neurotransmisores (DA y NA entre otros) en un efecto similar al de los psicoestimulantes.

No existen estudios de la suficiente entidad como para avalar estos fármacos en el tratamiento del TDAH. Destaca el trabajo de Wilens et al. (2000) con 5 pacientes de entre 8 y 17 años con antecedentes de mala respuesta a otros tratamientos. Con dosis medias de 9.5 mg/Kg/día se produjo una disminución estadísticamente significativa de la ICG y efectos adversos en un paciente (diarrea que remitió en 2 semanas). Dada la mala respuesta a otros tratamientos previos, este resultado puede considerarse esperanzador.

Tratamientos no farmacológicos

La **terapia conductual** no ha demostrado su eficacia, al depender de controladores externos, al igual que la medicación, por lo que no proporciona tareas de

autorregulación de atención, motora y sociales apropiadas y sus efectos tienen una vida media corta.

El **entrenamiento cognitivo** se basa en la enseñanza al niño hiperactivo de estrategias más eficaces de autocontrol y resolución de problemas. No se ha demostrado aún su eficacia en estudios a largo plazo.

El **entrenamiento en habilidades sociales** generalmente se focaliza en el aprendizaje de respuestas adecuadas a las reglas de conducta, la auto-percepción adecuada y la práctica en distintas áreas, como el trabajo en equipo, la cooperación, el manejo de la crítica y la sensibilización ante las necesidades de los otros. Normalmente se utilizan refuerzos positivos en forma de autoevaluaciones positivas.

En cuanto a la **reeducación** se deben explorar las dificultades específicas del aprendizaje, enseñar organización y un estilo menos impulsivo e ineficaz de resolución de problemas. Estas técnicas son más eficaces en pequeños grupos de niños.

El **entrenamiento de los padres** o la información puede ayudar disminuyendo la ansiedad de éstos ante las conductas de sus hijos.

La **terapia individual** resulta muy difícil de llevar a cabo. La terapia tradicional de juego psicoanalítico resulta imposible ya que no paran quietos, se aburren y no atienden. Una terapia de apoyo, en la que se ofrezca una persona adulta en la que confiar, que comprenda el trastorno y le plantee la esperanza de poder cambiar, puede resultar muy útil.

Aunque no existen estudios sobre la terapia combinada, el sentido común indica que la combinación de tratamientos, con la mejoría en determinadas áreas, puede hacerse extensiva a las demás y mejorar el trastorno a largo plazo.

Pronóstico

Se acepta mayoritariamente que es una enfermedad crónica. En la adolescencia se suele observar una mejoría del grado de inquietud psicomotriz, la impulsividad y el déficit de atención, pero suelen persistir problemas académicos y baja auto-estima y el 25% presentan un comportamiento antisocial.

En estudios de seguimiento prospectivos a largo plazo, se han dado cifras de 1/3 que tienen el síndrome completo a los 18 años, comportamiento disocial o trastornos de conducta en 25-50% y un nivel de educación inferior que los controles. Los niños hiperactivos tienen más riesgo de presentar psicopatología (más diagnósticos psiquiátricos, más intentos de suicidio, aislamiento social, baja auto-estima) que los controles, pero no más riesgo de un trastorno bipolar, trastorno

depresivo mayor o esquizofrenia. También se ha presentado mayor incidencia de separaciones, carreras inacabadas, despidos laborales (Barkley, 1990). El 30% tienen una remisión completa en la adolescencia (Gittelman, 1985). El 30-50% de los niños con diagnóstico de TDAH continúan presentando síntomas en la edad adulta (Jackson, Farrugia, 1997). Frecuentemente los adultos son diagnosticados retrospectivamente cuando reconocen sus propios síntomas de TDAH cuando eran niños.



BIBLIOGRAFÍA

KAPLAN. Comprehensive textbook of Psychiatry, 7th edition; 2679-2691

SOUTULLO C., Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Med Clin (Barc) 2003; 120 (6): 222-6.

ARTIGAS-PALLARÉS J: Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev Neurol 2004; 38 (Supl. 1), 117-23.

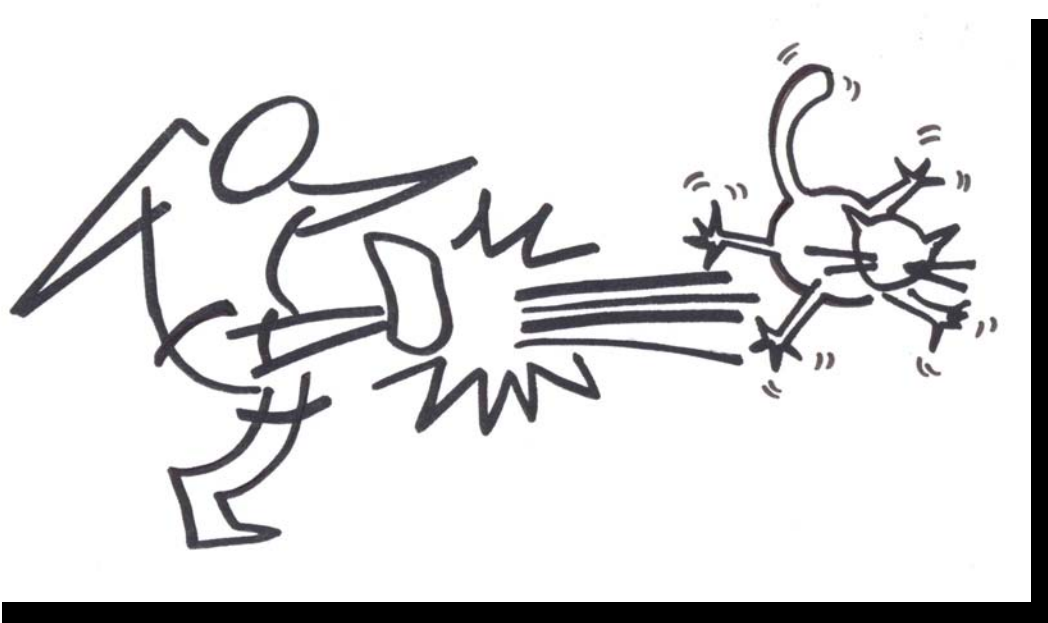
MTA, Multimodal Treatment Study of Children with ADHD) Jensen et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001; 40: 147-58.

KENT L. Recent advances in the genetics of attention deficit hyperactivity disorder., Curr Psychiatry Rep. 2004 Apr;6(2):143-8.

HILL ET AL. Magnetic Resonance Imaging correlates of ADHD in children. Neuropsychology. 2003; Vol.17, No.3, 496-506.

CUESTIONARIO ESPERI PARA EL CRIBAJE DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO. DESARROLLO Y VALORES NORMATIVOS.

María José Parellada Redondo⁵



1. LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

La conducta antinormativa es frecuente en el desarrollo evolutivo de los niños y es importante intentar delimitar cuando constituye un problema de importancia clínica y cuando constituye un paso más en la trayectoria evolutiva normal de los niños y adolescentes. Es decir, no todo comportamiento antisocial justifica una consideración psicopatológica o un tratamiento psiquiátrico. A partir de esta consideración se constituye de una importancia clara la evaluación de los problemas de comportamiento y su especificación como problemas aislados, comportamientos de riesgo o conjunto de síntomas que configuran un trastorno como tal (Steiner, 1997). Delincuencia es un término legal, comportamiento antisocial se refiere a comportamiento que viola los principios sociales, normas o leyes de una sociedad, y trastorno del comportamiento es un término psiquiátrico, diagnóstico, que se refiere a un conjunto de síntomas que incluye lo anterior y que son considerados desde el punto de vista de la psicopatología. En este sentido diagnóstico, los trastornos del comportamiento se caracterizan por un patrón repetitivo de comportamiento disocial, provocadora o agresiva (CIE-10, Clasificación Internacional de las Enfermedades, de la OMS). En

⁵ **María José Parellada Redondo:** Experto del Proyecto Esperi. Unidad de Adolescentes. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

grado extremo, puede llegar a violaciones de las normas y leyes, excesivas para el carácter y edad del individuo. Por tanto, son comportamientos que van más allá de la simple travesura infantil o rebeldía adolescente. Como previamente se apuntaba, los actos criminales no son en sí mismo suficientes para el diagnóstico.

A veces los trastornos de conducta son secundarios a otros trastornos psiquiátricos, o a trastornos neurológicos, cuya presencia conviene determinar en la evaluación de los niños, para darles una atención apropiada.

Cuando se evalúan los comportamientos de un niño es fundamental tener en cuenta su edad y su nivel de desarrollo, pues la mayoría de las conductas de los niños disociales pueden ser normales en una determinada edad o situación, y lo que es patológico puede ser la edad en que aparecen, el contexto, y la frecuencia. Por ejemplo, un niño de tres años con una rabieta en una situación de frustración no podría ser catalogado como patológico excepto que la violencia desplegada fuese extraordinaria o la frecuencia de las rabietas fuese muy alta. En cambio, una “rabieta” en un adolescente acompañada de rotura de objetos, agresividad hacia personas y pataleos, difícilmente podrá considerarse normal.

Los trastornos de comportamiento son el problema más frecuente de demanda de atención en los centros de salud mental de niños y adolescentes (Kazdin, 1985), pero son objeto también de atención por parte de instituciones educativas, judiciales y sociales. El origen suele ser multifactorial, igual que lo es el tratamiento. Por un lado, no conviene “psiquiatrizar” excesivamente los trastornos, en casos en que el componente educativo o socio-familiar en el origen de la problemática sea esencial. Por otro lado, el retraso del diagnóstico, y el consecuente retraso en el inicio de una intervención terapéutica son factores que condicionan una peor evolución del problema, con mayor posibilidad de cronificación. No hay que olvidar que hasta un 40% de los niños con trastornos del comportamiento pueden evolucionar en adultos con trastorno antisocial de la personalidad (Kazdin, 1985), que es la variante de personalidad más perniciosa socialmente.

1.1 Evolución

La evolución de los trastornos del comportamiento es muy variable. Se sabe que en muchos casos el problema desaparece al llegar a la madurez de la vida adulta. Sin embargo, un porcentaje importante de casos evolucionan hacia trastornos crónicos que continúan en la vida adulta. Desde el punto de vista psiquiátrico, la evolución puede ser hacia la continuidad de los trastornos, hacia el desarrollo de trastornos de la personalidad, el abuso de alcohol u otras sustancias o hacia trastornos afectivos u otros trastornos psiquiátricos. Una de las evoluciones más graves es hacia el trastorno antisocial de la personalidad, que consiste en una manera de ser fría, con

comportamientos con frecuencia agresivos, sin preocupación o empatía alguna hacia los demás.

En la mayoría de los casos, los trastornos de conducta se asocian con ambientes de crianza desfavorables, fracaso escolar, familias desestructuradas, aspectos que es necesario tener en cuenta para un abordaje integral y adecuado de los problemas del menor.

1.2 Diagnóstico

Teniendo en cuenta lo anterior, una evaluación adecuada es un factor importante para un adecuado diseño de intervención terapéutica. Para que una intervención sea efectiva, debe ser exquisitamente coordinada, y específica para los problemas prioritarios del menor en cada momento, para evitar la cronificación y complicación de la problemática.

El diagnóstico final, psiquiátrico, multifactorial, de un niño o adolescente como trastorno de conducta, lo debe hacer siempre un clínico. El diagnóstico se basa en principio, en el cumplimiento de una serie de criterios de conductas perturbadas, durante un determinado tiempo y con un impacto en el funcionamiento normal. Pero para hacer el diagnóstico es necesario también realizar un diagnóstico diferencial, es decir, descartar otras patologías (psiquiátricas u orgánicas) que puedan justificar, acompañar o aumentar, las conductas alteradas. Jerárquicamente, el trastorno del comportamiento es inferior a otros trastornos psiquiátricos, al menos en las clasificaciones europeas (CIE-10). Es decir, si un adolescente tiene comportamientos agresivos pero padece un trastorno psicótico (por ejemplo, una esquizofrenia) en principio no se le puede diagnosticar de trastorno de conducta. Es verdad que con frecuencia el trastorno de conducta se solapa con otros trastornos (se habla entonces de comorbilidad), lo cual es importante determinar pues tiene importantes implicaciones para el tratamiento. Por ejemplo, un adolescente con un trastorno disocial depresivo (trastorno de conducta añadido a trastorno depresivo) es más susceptible de un tratamiento con una psicoterapia más introspectiva, mientras que un adolescente con un trastorno disocial puro, muy agresivo, es más susceptible de mejorar con terapia cognitivo-conductual y quizás con fármacos que atemperen la agresividad hasta que la psicoterapia pueda hacer efecto.

Tipos de trastorno de conducta

Tradicionalmente se han visto los trastornos de conducta desde dos perspectivas básicas. Una que consideraba la presencia de un déficit interno como nuclear en el trastorno, y otra en que una adaptación ecológica a circunstancias

extraordinarias y adversas eran el eje fundamental de la patología. La segunda perspectiva proviene especialmente del estudio de los jóvenes delincuentes, criados en ambientes “psicosocialmente tóxicos” (Gabarino, 1995). La primera perspectiva se nutre fundamentalmente del estudio de adultos con defectos graves en la formación del carácter (“psicópatas”). Además de estas dos perspectivas básicas se han considerado muchas otras, incluyendo explicaciones que tienen en cuenta explicaciones inconscientes a las conductas antisociales en algunos individuos.

Según las clasificaciones internacionales DSM-IV (americana) y CIE-10 (de la OMS), se contemplan tres tipos de trastornos del comportamiento: el trastorno disocial o trastorno de conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y el trastorno oposicionista desafiante. Además, la DSM-IV considera dos especificaciones para hacer en todos los casos diagnosticados de trastorno de conducta, por considerar que tienen importantes implicaciones pronósticas y terapéuticas. La primera, la edad de inicio, considerando que el inicio anterior (inicio infantil) o posterior a los 10 años (inicio adolescente). La otra especificación es la severidad, marcando como leves aquellos casos con un número de criterios escasamente superior al necesario para el diagnóstico y con escasa repercusión dañina hacia otras personas, como graves aquellos con muchos más criterios diagnósticos que los imprescindibles para el diagnóstico y con importante daño para otros y como moderados aquellos entre los dos subgrupos anteriores.

Muchas otras especificidades de distintos trastornos del comportamiento se conocen desde hace tiempo, pero no tienen su reflejo en las clasificaciones ni instrumentos de evaluación actuales, a pesar de que en muchos casos se conocen los tipos de mejor o peor pronóstico y los distintos abordajes terapéuticos adecuados para ellos. Como diremos más adelante, este es uno de las carencias esenciales de los actuales instrumentos de evaluación que queremos subsanar con el desarrollo del cuestionario ESPERI.

Algunas características estudiadas se comentarán a continuación. El género es una de las principales. Se sabe que en preadolescentes, los trastornos del comportamiento son 5 veces más frecuentes en niños que en niñas y que en adolescentes, los porcentajes se igualan. Una de las explicaciones a tal diferencia es que quizás los instrumentos de medida tienen más en cuenta síntomas más característicos de los niños como la agresividad explícita, y que modos de actuar antisociales más típicamente femeninos como la agresividad encubierta (rumorear, lanzar falsos testimonios, hacer el vacío, humillar) podrían estar infra-representados entre los criterios de diagnóstico, llevando a una falsa apreciación de que el trastorno es muchísimo más frecuente en niños. Otro aspecto en la presencia de hiperactividad y déficit de atención. Además de que ya todas las clasificaciones lo consideren un subtipo nosológico con entidad propia, la existencia de un componente de TDAH en

todo trastorno de comportamiento tiene importancia pronóstica y condiciona el tratamiento.

Un aspecto con importantes implicaciones para el manejo del caso es el tipo cognitivo en cuanto a la capacidad empática y de preocupación por los demás, la disfunción en la interpretación de situaciones sociales ambiguas, la capacidad de arrepentimiento y la autoestima. Una combinación de déficit psicológicos en estas áreas caracteriza a los llamados por Cleckney “psicópatas” (término que se ha utilizado para muchas otras acepciones), que tienen una evolución peor porque resulta especialmente complicado establecer una mínima alianza terapéutica o vínculo desde el cual trabajar psicoterapéuticamente hacia el cambio.

La diferenciación entre individuos con un trastorno de comportamiento socializado o no socializado se mantiene en la CIE-10 pero ha desaparecido en la última versión de la clasificación americana (estaba presente en el DSM-III-R y no en el DSM-IV) y sigue siendo debatida en cuanto a su relevancia.

“Screening” o despistaje diagnóstico.

El concepto “screening” hace referencia a una primera evaluación de un sujeto en busca de indicadores de probabilidad de que padezca un determinado trastorno. Las técnicas de evaluación son más sencillas que para el diagnóstico, la necesidad de formación de la persona que las aplica es menor y se pueden administrar a grandes grupos, de forma grupal (no como el diagnóstico, que es un proceso más individualizado, tedioso y con requerimientos de más tiempo y de mayor especialización en la persona que lo realiza). Los cuestionarios de screening se aplican desde un momento anterior al diagnóstico, y sirven para una evaluación primera, para una medida de la importancia del problema y para un seguimiento de los síntomas a lo largo del tiempo.

Las herramientas de “screening” son distintas que las de diagnóstico. Sus características técnicas fundamentales para valorar su calidad son la validez, la especificidad y la sensibilidad. La validez se refiere a la capacidad de la prueba para evaluar lo que debe evaluar, la especificidad se refiere a la capacidad de la prueba para detectar casos reales del diagnóstico (verdaderos casos o verdaderos positivos) y la sensibilidad se refiere a la capacidad del instrumento para detectar el mayor número de casos posible (aún a costa de que incluya como casos algunos que luego se descarten como verdaderos).

En el caso de los niños, y especialmente en el de los trastornos de comportamiento en los niños es imprescindible para la evaluación la información aportada por más de un informante (niño y padres, o profesores). Las personas con trastornos de conducta tienden a mentir o a ocultar los comportamientos socialmente

reprobables, y los niños tienen a veces dificultades para ubicar temporalmente sus conductas, así como a reconocer o asimilar determinadas conductas con determinadas formulaciones de las mismas (preguntas). Por ello, el que la información se recoja de más de un informador es un valor añadido casi fundamental para validar dicha información.

Uno de los instrumentos para evaluar los trastornos de comportamiento más utilizados desde su desarrollo son las escalas de Conners, con varias versiones por edades, para padres y profesores, etc (Conners Parent-Teacher Rating Scales, 1973), que se ha utilizado de referencia para validar el cuestionario ESPERI.

1.3 Antecedentes de los instrumentos de evaluación de los trastornos de comportamiento. Justificación para el desarrollo de un nuevo instrumento.-

Ya se ha señalado que las clasificaciones psiquiátricas al uso (DSM-IV y CIE-10) recogen tres tipos de trastornos del comportamiento:

- trastorno disocial o de conducta
- trastorno oposicionista desafiante o negativista desafiante
- trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Además, se recogen como subtipos/especificidades relevantes:

- edad de inicio (DSM-IV y CIE-10)
- socializado/no socializado (CIE-10)
- restringido al ambiente familiar (CIE-10)
- severidad (DSM-IV)

En reuniones de un grupo de expertos de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, se estudiaron estas clasificaciones diagnósticas y los instrumentos básicos de despistaje (screening): CBCL (Child Behaviour Checklist, Achenbach, 1981), Conners (Conners Parent-Teacher Rating Scale, Conners, 1973), SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman,), Cleckney (Hare Psychopathy Checklist, Hare 1991).

Las carencias fundamentales que se encontraron, teniendo como referente básico la experiencia clínica de evaluar y tratar chicos y chicas con trastornos de comportamiento fueron:

- 1.-falta de un diagnóstico donde la impulsividad sea el núcleo fundamental problemático
- 2.-falta de la consideración de un tipo “psicopático” según definición de Cleckney
- 3.-la falta de consideración tanto en los criterios diagnósticos como en los instrumentos de screening de los comportamientos antisociales encubiertos

4.-la falta de diferenciación en los diagnósticos de un tipo pre-delictivo o pre-conductual

5.- falta de criterios adecuados de severidad

1.- La importancia de detectar en la infancia y adolescencia el componente impulsivo está por un lado en que el tratamiento se debe centrar en muchas ocasiones en este síntoma. Existen intervenciones psicológicas específicas para el tratamiento de la impulsividad (intervenciones cognitivo-conductuales centradas en el control de la rabia e impulsividad), intervenciones farmacológicas específicas (inhibidores de la recaptación de la serotonina, fármacos anticonvulsivantes) y además, hay un importante grado de consenso en que un alto nivel de impulsividad orienta hacia tratamientos poco introspectivos al menos hasta la resolución parcial de la misma.

2.- La presencia de componentes psicopáticos de la personalidad en el sentido de falta de empatía, incapacidad para sentir culpa o arrepentimiento, frialdad afectiva, orienta hacia un desarrollo moral muy carencial, y dificulta de manera importante las intervenciones psicoterapéuticas, por el riesgo alto de ineficacia y por la posibilidad de instrumentalización o perversión de las mismas.

3.- Los comportamientos antisociales encubiertos, que como hemos señalado anteriormente caracterizan a una parte de las conductas disociales femeninas, se han olvidado en gran medida en los instrumentos de screening y en los criterios diagnósticos, lo que lleva al infra-diagnostico de casos de trastorno de comportamiento en niñas no acompañados de agresividad explícita.

4.- Los capítulos de trastorno disocial del DSM-IV, y menos, de la CIE-10, consisten en un listado de comportamientos antinormativos con escaso énfasis en las características psicológicas del sujeto. El listado discrimina poco entre casos de mal pronóstico, por la ubicuidad, frecuencia y cantidad de distintos comportamientos patológicos y otros que están en una fase inicial de comportamientos antinormativos, más fácilmente reversibles.

5.- Los criterios que incluye la DSM-IV de severidad se limitan a la cantidad de síntomas presentes y al daño a otras personas, no estableciendo otras diferencias cualitativas entre los mismos, permitiendo una muy escasa diferenciación entre casos de mejor o peor pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach TM and Edelbrock CS, *Behavioural problemas and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen*, 1981.

CONNERS CK, SITARENIOS G, PARKER JD, EPSTEIN JN, *The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity*, *J Abnorm Child Psychol.* Aug; 26(4):257-68, 1998.

CIE-10, Clasificación Internacional de las Enfermedades, Organización Mundial de la Salud (OMS).

DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual, Text Revision, American Psychiatric Association (APA).

GOODMAN, R, *Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire*, *J Am Acad. Child Adolesc Psychiatry*, Nov;40(11):1337-45, 2001.

HILL J AND MAUGHAN B, *Conduct disorders in childhood and adolescence*, *Cambridge Child and Adolescent Psychiatry*, Cambridge University Press, 2001.

STEINER, H, *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder*, *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, Oct;36(10 Suppl):122S-39S,1997.

LOS CUESTIONARIOS ESPERI PARA LA DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS.

Rosario Martínez Arias⁶

1. METODO SEGUIDO EN LA CONSTRUCCIÓN DE LOS CUESTIONARIOS

El proyecto Esperi abordó la construcción de cuestionarios específicos para la evaluación de los trastornos del comportamiento en el aula, que además tuviesen propiedades psicométricas adecuadas y que permitan abordar los síndromes de Inatención-Hiperactividad, Oposicionismo y Predisocial y Disocial. Se construyeron varias versiones:

- Cuestionario Esperi para niños de 11/12-18 años, de aplicación en la Educación Secundaria.
- Cuestionario Esperi para niños de 8-11 años, de aplicación en la Educación Primaria
- Cuestionario para Educadores, aplicable en ambos niveles educativos, con 5 preguntas más para la Educación Secundaria

En este capítulo se presentan las propiedades psicométricas y normas de corrección para los citados cuestionarios.

También se abordó la construcción de una escala para padres, que en el momento actual se encuentra en su fase inicial y del que se presentan algunos resultados preliminares.

1.1. Desarrollo de las especificaciones

Para asegurar una adecuada *validez de contenido*, el diseño inicial de los cuestionarios comenzó con el desarrollo de la matriz de especificaciones de los trastornos de comportamiento en la infancia y en la adolescencia, tal como aparecen presentados en la DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), en la que se presentan tres tipos de trastornos básicos: inatención-hiperactividad (que puede ser clasificado en inatención, hiperactividad e impulsividad), oposicionismo desafiante y trastorno de conducta. Un equipo de profesionales expertos en psiquiatría infanto-juvenil, desarrollaron las especificaciones, que fueron las mismas para los cuatro

⁶ **Rosario Martínez Arias:** Experto del Proyecto Esperi. Profesora Titular de la Universidad Complutense de Madrid.

cuestionarios. A partir de la matriz se redactó un conjunto extenso de elementos (aproximadamente 90 para cada uno de los cuestionarios) dirigidos a la medida de los diferentes conjuntos de síntomas. Básicamente, los elementos fueron los mismos, excepto por algunas diferencias relativas a la edad de los sujetos, que desaconsejaron la inclusión de determinadas conductas, según la edad de los sujetos.

1.2. Estudios piloto

Para la validación de los diferentes cuestionarios se procedió en primer lugar a un estudio piloto con muestras de sujetos de 8-11 años, de educación primaria (n=269), 12-18 años matriculados en la Educación Secundaria Obligatoria (n=415), ambos grupos de centros públicos y privados. En el estudio piloto también se recogió una muestra de padres (n = 62) y una reducida muestra de educadores (n=20). A partir de los resultados de este estudio se llevó a cabo en todos los casos un análisis del conjunto de elementos iniciales, encontrando que el número de factores se adecuaba, en general, a las matrices de especificaciones desarrolladas por los expertos: Impulsividad, inatención, conducta disocial, conducta pre-disocial y Psicopatía. En ninguno de los auto-informes aparecía como un factor claro el Oposicionismo Desafiante. Los análisis de elementos y de la fiabilidad de las escalas permitieron una reducción del número de elementos a entre 60 y 47 elementos para la medida de los factores objetivo en los autoinformes, según la versión del cuestionario. En todos los cuestionarios se incluyeron además algunos elementos que evalúan aspectos de conducta positivos, que no se utilizan en la puntuación.

Para el análisis de la sensibilidad y especificidad del cuestionario se utilizó un grupo de sujetos residentes en instituciones para jóvenes de la Fundación O'Belem, de los que se disponía además de diagnóstico, así como de datos del "Cuestionario del Educador", así como de grupos de sujetos procedentes de consultas, de los que se dispone además de diagnóstico. No se presentan aquí los resultados de este estudio, ya que la recogida de datos es lenta, debido a la necesidad de disponer de los datos de diagnóstico y el estudio se encuentra aún en proceso.

1.3. Procedimiento

Los cuestionarios ESPERI se aplicaron de forma colectiva en las diferentes aulas seleccionadas. La presencia de miembros del equipo en las aplicaciones permitió controlar bien el proceso de recogida, cuidándose la clara comprensión de las instrucciones y que los sujetos respondían adecuadamente, especialmente en el grupo de 8-11 años. En el grupo de 12-18 años, en aulas seleccionadas, también se aplicó el cuestionario Children Behavior Check List, CBCL (Achenbach 1991). En el grupo de 8-

11 años no fue posible el uso de este cuestionario por no existir versión auto-informe para esta edad.

Los educadores que cumplimentaron los cuestionarios de la versión para el educador, eran profesores de algunos de los niños y adolescentes de las respectivas muestras. Para algunos de los sujetos de 12-18 años, los profesores cumplimentaron un breve “checklist” sobre aspectos de conducta de los sujetos.

Excepto en los casos en los que se recogieron evaluaciones de los profesores, y de algunos de padres, en los que era necesario relacionar los datos del auto-informe con los hetero-informes, se mantuvo el anonimato, permitiendo que los adolescentes estableciesen un código personal, lo que permitió relacionar los resultados del ESPERI con el CBCL.

En total se recogieron aproximadamente unos 3000 cuestionarios, de los que se eliminaron todos aquellos incompletos o indebidamente cumplimentados. En los diferentes apartados que siguen a continuación, referidos a cada uno de los cuestionarios, se indica el número de cuestionarios válidos sobre los que se realizaron los análisis.

1.4. Propiedades psicométricas de los cuestionarios

Un test es un instrumento o procedimiento de evaluación en el que se obtiene una muestra de la conducta de los sujetos en un dominio especificado. Posteriormente, esta muestra de conducta, representada en las respuestas es puntuada por medio de un procedimiento estandarizado, común para todos los sujetos. Los tests deben tener una serie de propiedades que garantizan su adecuación. Estas normas están recogidas en los *Standards for Educational and Psychological Tests* (AERA, APA, NCME, 1999). Las principales propiedades se resumen bajo las evidencias de Validez, Fiabilidad, Análisis de elementos y Normas de Interpretación. En la construcción del cuestionario Esperí se ha seguido dicha normativa.

Para el análisis de la fiabilidad y de los elementos se tomó como referencia la Teoría Clásica de los Tests (Martínez Arias, 1995), evaluando la fiabilidad como consistencia interna por medio del coeficiente alpha y utilizando en el análisis de elementos media y varianza de los mismos y los índices de discriminación. Como evidencias de validez se utilizaron dos aproximaciones, la evidencia de estructura interna, por medio de procedimientos de análisis factorial exploratorio y relaciones con dos factores del CBCL, muy utilizados internacionalmente para el diagnóstico de los problemas objetivo evaluados en estos cuestionarios en el grupo de 12-18, en el que se dispuso de esta información.

En el análisis de los elementos se siguió como guía la derivada de la Teoría Clásica de los tests.

Las normas para la determinación de las puntuaciones se establecieron en forma de rangos percentiles y de grupos de gravedad o severidad de los diferentes trastornos, con puntos de corte basados en ellos.

A continuación se presentan separadamente los resultados para cada uno de los instrumentos.

A continuación se describen las principales características y resultados obtenidos con los dos auto-informes y con el cuestionario de educadores. Por dificultades en la recogida de los datos, el cuestionario de padres será objeto de posteriores estudios de validación.

Se presentan separadamente los resultados de los estudios de validación de cada uno de los cuestionarios.

2. EL AUTO-INFORME ESPERI DE 12-18 AÑOS

2.1. Participantes

El número total de respondientes al cuestionario fue de $n = 1206$ sujetos, de varias Comunidades Autónomas del Norte y Centro de España. Las edades de los sujetos oscilaron entre los 11 y 18 años, que representan la población objetivo del cuestionario. La edad media fue de 13,05, con una desviación típica de 1,42. Todos ellos se encontraban cursando Educación Secundaria Obligatoria. De ellos, 596 fueron mujeres (49,7%), 602 varones (50,3%) y ocho sujetos que no identificaron el sexo en el cuestionario.

En la figura 1 se presenta una descripción gráfica de la composición de la muestra en términos de curso y sexo.

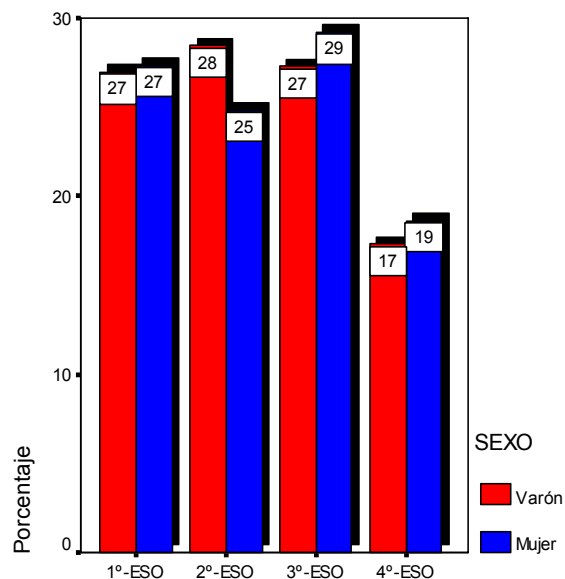


Figura 1. Descripción de la muestra según curso y sexo.
La descripción por edades y sexos se representa en la figura 2.

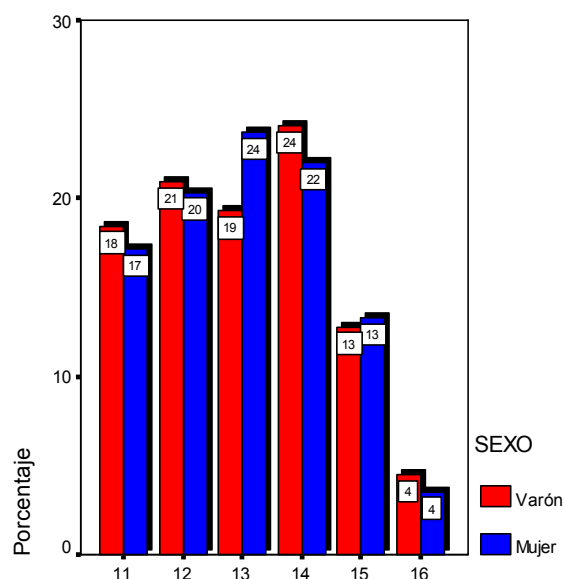


Figura 2. Descripción de la muestra según edad y sexo.

2. 2. Propiedades psicométricas deL cuestionario.

2.2.1. Evidencias de validez

En el apartado anterior se ha descrito el procedimiento seguido en la validación de contenido de todos los cuestionarios, por lo que aquí se describirán únicamente otras evidencias de validez, basadas en análisis estadísticos: estructura interna o dimensionalidad del cuestionario y correlaciones con otras variables.

2.2.1.1. Estructura interna y dimensiones del cuestionario.

Las correlaciones entre las diversas respuestas a los ítems fueron sometidas a un análisis factorial para establecer las dimensiones del cuestionario. Previamente se estableció que el procedimiento era adecuado, ya que el índice de Kaiser-Meyer-Olkin, alcanzó un valor muy alto, próximo a 1 (.931), encontrándose además que la matriz de correlaciones fue estadísticamente significativa, según la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < .001$). El procedimiento seguido para la obtención de los factores fue el método de Factores Principales. Este procedimiento determina cuántos factores o dimensiones explican las correlaciones, pero estos están indeterminados y son difíciles de interpretar. Por este motivo suelen someterse a una fase posterior, la Rotación, que por medio de un cambio de base en el espacio de los factores comunes, permite lograr una interpretación más clara, intentando llegar al objetivo de la estructura simple. El procedimiento elegido de rotación admite correlaciones entre los factores, y es el PROMAX. Decidimos permitir esta correlación ya que los Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador en la infancia y adolescencia, suelen estar asociados, según evidencias encontradas en las referencias bibliográficas (Pillow et al., 1998).

Puesto que efectivamente los factores mostraron importantes correlaciones, estas fueron sometidas a un nuevo análisis factorial, denominado en este caso de *segundo orden*, ya que se obtiene sobre correlaciones entre factores de primer orden. Este nuevo análisis estableció dos grandes factores, que pueden asimilarse a los dos grandes bloques del trastorno: Trastorno disocial y Déficit de Atención e Hiperactividad. Estos dos factores facilitan la interpretación de las puntuaciones.

Estos dos factores a su vez, mostraron una importante correlación (.50), lo que permite sumar sus puntuaciones y obtener una única puntuación total para el diagnóstico, cuando sea necesario.

Se presenta a continuación un resumen de los principales resultados de los análisis factoriales.

Estructura y composición de los cinco factores de primer orden

El conjunto de los cinco factores explicó el 43% de la varianza total, valor que es aceptable cuando se trata de análisis factorial de ítems. Los ítems que componen cada uno de los cinco factores, junto con su descripción y la saturación se presentan en las tablas 1 a 5. Una saturación puede interpretarse como una correlación del ítem o elemento con el factor. Como se recordará la correlación está acotada en valor absoluto en el intervalo $[0,1]$ y cuanto más próxima esté del valor 1, más representativo es el ítem del factor en cuestión. Como la técnica utilizada ha sido el análisis factorial exploratorio, no existen procedimientos para la significación estadística de la saturación, no obstante, suele considerarse la regla de 0.35-0.40

como los niveles mínimos para considerar que un ítem es un indicador del factor (Stevens, 2002). En algunos casos y en aras de mantener la validez de contenido, se ha mantenido algún ítem como una saturación algo inferior.

Los valores de las saturaciones mostrados en las tablas corresponden a la matriz de configuración factorial, que es más fácil de interpretar.

Tabla 1. Elementos que componen el Factor 1 - Trastorno Disocial - y sus saturaciones.

<i>Elementos del cuestionario</i>	<i>Saturación</i>
Fumo porros	,848
Me emborracho	,723
He vendido drogas o cosas robadas	,686
He pasado noches fuera de casa sin permiso	,646
He tenido problemas por consumir alcohol-drogas	,633
He entrado en propiedades privadas para robar	,624
Hago pellas /campana	,616
He robado en casa, tiendas. o por la calle	,564
He destrozado o roto cosas en lugares públicos	,471
He prendido fuego a propósito	,446
Cojo cosas que no son mías y me las quedo	,435
He utilizado armas para hacer daño a alguien	,419
He atracado a alguien amenazándole	,317

Tabla 2. Elementos que componen el Factor 2- Impulsividad- y sus saturaciones.

<i>Elementos del cuestionario</i>	<i>Saturación</i>
Hago cosas sin pensar de las que luego me arrepiento	,722
Hago cosas sin pensar en las consecuencias	,708
Cometo muchos errores por no fijarme	,706

Me distraigo con facilidad	,675
Pierdo muchas cosas	,636
Dejo muchas tareas sin completar, o a medias	,596
Hago las cosas según se me ocurren	,510
Soy desobediente	,413
Interrumpo a los demás o contesto antes de que terminen de preguntarme	,384
Me canso enseguida de hacer lo mismo	,380
Llevo la contraria por todo	,343
Me dicen que soy atolondrado	,319

Tabla 3. Elementos que componen el factor 3 - Trastorno Pre-Disocial y sus saturaciones.

<i>Elementos del cuestionario</i>	<i>Saturación</i>
Peleo con otros	,787
He pegado a otras personas	,739
Humillo a otras personas	,707
He hecho sufrir a compañeros en el colegio /instituto	,622
Dejo en ridículo a otros	,599
Amenazo o provoco a otros	,571
Voy en pandilla a pelearme con otros	,556
He contado mentiras de otras personas para hacer daño	,544
He hecho el vacío a alguien para hacerle daño	,531

Tabla 4. Elementos que componen el factor 4 – Psicopatía- y sus saturaciones.

<i>Elementos del cuestionario</i>	<i>Saturación</i>
Sólo me interesan mis asuntos	,679
El sufrimiento de los demás me da igual	,555
Todo me irrita	,504

Creo que los demás tienen la culpa de mis problemas	,471
Me cuesta esperar mi turno en una fila	,470
Creo que nadie merece la pena	,420
Me cuesta esperar	,443
Puedo ser cruel sin inmutarme	,334
Hago lo que sea para conseguir lo que quiero	,330

Tabla 5. Elementos que componen el factor 5 –Hiperactividad- y sus saturaciones.

<i>Elementos del cuestionario</i>	<i>Saturación</i>
I28 Me cuesta mucho estar quieto	,745
I6 Soy muy inquieto, me muevo mucho	,710
I42 Me siento todo el tiempo acelerado, como una moto	,567
I23 Me cuesta controlar mis impulsos	,334
I34 Pierdo el control con frecuencia	,325

La matriz de correlaciones entre los anteriores factores se presenta en la tabla 6. Puede observarse que las correlaciones son bastante elevadas, lo que indica la frecuencia de la comorbilidad de los trastornos.

Tabla 6. Matriz de correlaciones entre los factores de primer orden (n = 1206)

	Disocial	Impulsiv.	Pre-disocial	Psicopatía	Hiperactividad
Disocial	1				
Impulsividad	,472**	1			
Pre-disocial	,627**	,524**	1		
Psicopatía	,506**	,551**	,592**	1	,488**
Hiperactividad	,431**	,616**	,485**	,488**	1

** La correlación es significativa al nivel 0,001

El conjunto de las puntuaciones factoriales anteriores fue sometido a un análisis factorial de segundo orden (análisis factorial que parte de las correlaciones entre los factores de primer orden) encontrándose una solución de 2 grandes factores. Como puede verse en la tabla 7 el primero de los factores agrupa Disocial, predisocial y psicopatía, mientras que en el segundo se concentran los dos factores de

Impulsividad-Inatención. Los dos factores también muestran una importante correlación ($r = 0.50$).

Tabla 7. Matriz de configuración de los factores de segundo orden

Factores de primer orden	Componente	
	1	2
Disocial	,883	
Predisocial	,881	
Psicopatía	,615	
Impulsividad		,991
Hiperactividad	,305	,637

Como puede observarse, el factor 1 agrupa las características de conducta antisocial y negativismo y está formado por los factores 1 (disocial), 3 (predisocial) y 4 (psicopatía). El factor 2 aglutina los dos factores características del síndrome de hiperactividad-déficit de atención: Factor 2: Impulsividad y el Factor 5: Hiperactividad.

Dada la elevada correlación entre los factores de segundo orden (.50) y por tratarse de un cuestionario de *screening*, también puede utilizarse la puntuación total para la clasificación de los sujetos.

2.2.1.2 Relaciones con otras variables

Para determinar la validez convergente y discriminante de los factores se utilizó la aproximación de las relaciones con otras variables, semejantes y diferentes. Para ello fue aplicado el cuestionario Children Behavior Checklist en su versión de Auto-informe para jóvenes (Achenbach, 1991) a una muestra de $n = 420$ sujetos, en combinación con el cuestionario Esperi.

El cuestionario utilizado mide las siguientes dimensiones:

Conducta Delincuente
Agresividad

Retraimiento
Problemas Somáticos
Ansiedad/Depresión
Problemas Sociales
Problemas de Pensamiento
Problemas de Atención

Para la validez convergente se espera que los factores de Disocial, Predisocial y Psicopatía muestren correlaciones elevadas con las escalas de Conducta Delincuente y en menor medida con Agresividad. Los dos factores relacionados con Impulsividad-Hiperactividad, deben mostrar correlaciones altas con la escala de Problemas de Atención.

En cuanto a la validez discriminante, es esperable que los factores muestren correlaciones más bajas con las restantes escalas del CBCL.

En la tabla 9 se presentan las correlaciones de los factores del Esperi con las escalas del CBCL.

Tabla 9. Correlaciones entre los factores del Esperi y las escalas del CBCL.

	Disocial	Impulsividad	Pre-Disocial	Psicopatía	Hiperactividad
Conducta Delincuente	0,763**	0,504**	0,497**	0,445**	0,423**
Agresividad	0,501**	0,608**	0,501**	0,447**	0,546**
Retraimiento	0,092	0,174(*)	0,097	0,224**	0,085
Prob.Somáticos	0,283**	0,246**	0,085	0,164*	0,298**
Ansiedad/Depresión	0,266**	0,404**	0,143*	0,289**	0,433**
Prob. Sociales	0,192**	0,314**	0,140	0,221**	0,297**
Prob. Pensamiento	0,312**	0,460**	0,143*	0,202**	0,434**
Prob. Atención	0,239**	0,557**	0,159*	0,243**	0,477**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como puede observarse en la tabla, los valores de las correlaciones coinciden con los hipotetizados:

- Los factores disocial, predisocial y psicopatía muestran altas correlaciones con conducta delincuente y agresividad
- Los factores de Impulsividad e Hiperactividad muestran altas correlaciones con problemas de atención
- También son destacables las elevadas correlaciones de impulsividad e hiperactividad con conducta delincuente y agresividad.

- Las restantes correlaciones son menores, tal como se esperaba, lo que evidencia la validez discriminante del cuestionario.

En la tabla 9 se presentan las correlaciones de los dos factores de segundo orden y de la puntuación total con las escalas del CBCL.

Tabla 9. Correlaciones de los factores de segundo orden y de la puntuación total con las escalas del CBCL.

	Factor 1: Disocial	Factor 2: Hiperactividad	Puntuación Total
Conducta delincuente	0,708**	0,526**	0,705**
Agresividad	0,585**	0,648**	0,688**
Retraimiento	0,158*	0,159*	0,176*
Prob. Somáticos	0,217**	0,290**	0,277**
Ansiedad-Depresión	0,275**	0,459**	0,395**
Prob. Sociales	0,220**	0,338**	0,302**
Prob. Pensamiento	0,268**	0,497**	0,408**
Prob. Atención	0,255**	0,583**	0,439**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Las correlaciones mostradas con la valoración de los profesores fueron en general bajas, en torno a .20-.25, siempre en el sentido esperado, y mayores que las obtenidas entre las escalas del CBCL y las mismas valoraciones del profesor. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas con los factores Disocial y Predisocial, pero no con los componentes del factor de Impulsividad- Hiperactividad.

2.2.1.3. Coeficientes de fiabilidad de los factores e índices de discriminación de los ítems.

En la tabla 10 se presentan de forma resumida las principales características relacionadas con el coeficiente de fiabilidad y análisis de ítems. Los coeficientes de fiabilidad fueron obtenidos con el *Coeficiente alpha de Cronbach*, que es el procedimiento más común para determinar la fiabilidad de los factores derivados de los cuestionarios. Recordamos que el coeficiente alpha está acotado en el intervalo [0-1] y que, por convención se recomienda que sus valores en los cuestionarios sean iguales o mayores que 0,70. En la tabla se presentan valores para los cinco factores de primer orden, los dos de segundo orden y la puntuación total.

Escala	Número de ítems	Coeficiente Fiabilidad	IC 95%	Mediana Índices Discrim.	Correl. media ítems	Error típico de medida
Disocial	13	0,87	.85-.88	0,53	0,34	2,40
Impulsividad	12	0,82	.80-.83	0,47	0,27	3,15

Predisocial	9	0,85	.84-.87	0,62	0,39	2,20
Psicopatía	9	0,71	.69-.74	0,39	0,22	2,85
Hiperactiv.	5	0,78	.75-.80	0,54	0,41	2,04
Factor 1	31	0,91	.91-.92	0,51	0,27	4,49
Factor 2	17	0,87	.86-.88	0,53	0,28	3,85
P Total	48	0,93	.93-.94	0,58	0,24	6,17

Como puede observarse en la tabla los coeficientes de fiabilidad son muy elevados, tanto para los factores simples como para los compuestos. Únicamente resulta algo más bajo el coeficiente del factor de Psicopatía, no obstante se encuentra dentro de los límites aceptados.

La elevada consistencia mostrada tanto en los factores de segundo orden, como en la puntuación total, permite utilizar estas puntuaciones compuestas en el diagnóstico.

Los valores de los índices de discriminación de los ítems son en general muy elevados, superando en todos los casos el límite convencional de 0.30. En la tabla se presenta un resumen, que es la mediana de los índices de discriminación del conjunto de los ítems que componen cada factor. Puede observarse que es de nuevo el factor de Psicopatía el que muestra propiedades menos óptimas también en este sentido.

2.3. Diferencias en los resultados del cuestionario Esperi por grupos sociodemográficos

En los trabajos publicados sobre el Trastorno se encuentran con frecuencia diferencias relacionadas con el género de los sujetos y la edad, especialmente en el caso del género con el componente disocial del trastorno. También son esperables diferencias relacionadas con la edad, ya que en general muestran puntuaciones más elevadas los sujetos mayores.

2.3.1. Diferencias relacionadas con el género de los sujetos.

En la tabla 11 se presentan los estadísticos descriptivos y el valor del contraste *t de Student* utilizado en la prueba de diferencias de medias, con los grados de libertad entre paréntesis

Tabla 11. Resultados en los factores del Esperi según el género

Factores Esperi	Sexo	N	Media	Desv. Típica	T (gl)
Disocial	Varón	602	19,07	7,53989	6,59*** (1093)
	Mujer	596	16,57	5,43199	

Impulsividad	Varón	602	30,13	7,36455	-1,57 (1196)
	Mujer	596	30,81	7,52589	
Pre-Disocial	Varón	602	16,81	6,04769	8,50*** (1153)
	Mujer	596	14,11	4,92342	
Psicopatía	Varón	602	19,69	5,47489	3,72*** (1196)
	Mujer	596	18,56	5,02410	
Hiperactividad	Varón	602	13,18	4,35513	1,425 (1196)
	Mujer	596	12,82	4,32384	
Factor 1 (Disocial)	Varón	602	55,59	16,29478	7,51*** (1196)
	Mujer	596	49,25	12,70305	
Factor 2 (Hiperactividad)	Varón	602	43,31	10,50330	-0,517 (1196)
	Mujer	596	43,63	10,86914	
Puntuación Total	Varón	602	98,90	24,55083	4,505***
	Mujer	596	92,88	21,56946	(1196)

*** Las diferencias son estadísticamente significativas al .001, con contraste unilateral.

Pueden asumirse varianzas iguales entre los dos grupos en todas las puntuaciones excepto en Disocial, Predisocial y en el Factor 1. Los contrastes t de Student se realizaron con varianzas iguales y grados de libertad convencionales en todos los factores, menos en los tres mencionados.

Los contrastes pusieron de relieve diferencias estadísticamente significativas en el factor 1 y en los tres factores que lo componen: Disocial, predisocial y psicopatía (siempre superiores los varones). Dado el peso que este factor tiene en la puntuación total, también se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total. Como puede observarse no se encontraron diferencias en los factores relacionados con Hiperactividad-Impulsividad, ni en el factor 2 que agrupa estos factores.

En las figuras 3 y 4 se presentan diagramas de barras con las medias en los cinco factores primarios (figura 3) y en los macro factores (figura 4)

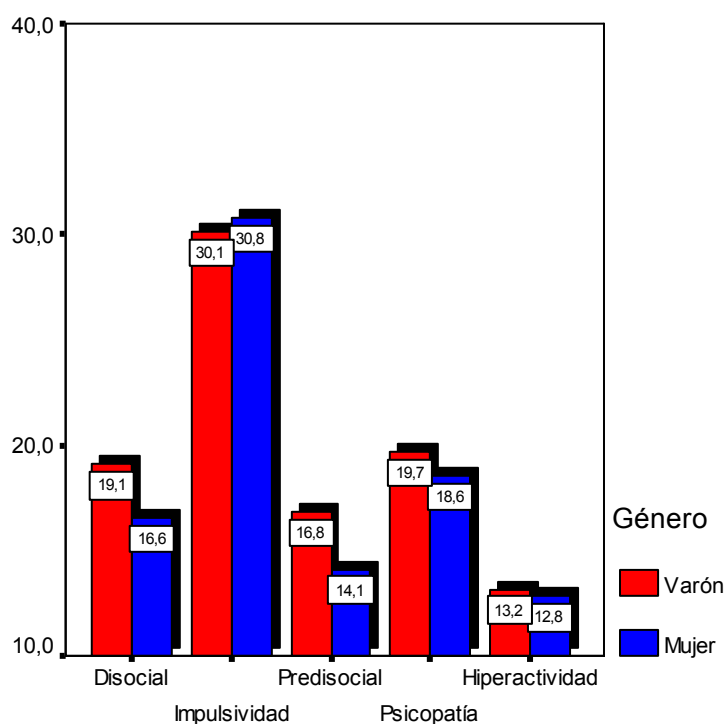


Figura 3. Medias en los factores de primer orden del Esperi según el género

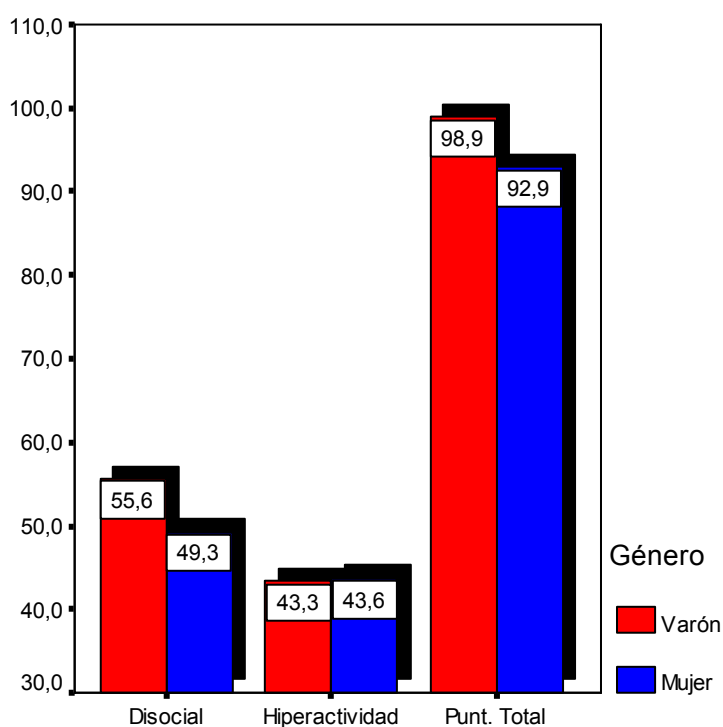


Figura 4. Medias en los factores de segundo orden del Esperi según el género

2.3.2. Diferencias relacionadas con la edad de los sujetos.

Está ampliamente mostrado en la Psicopatología del Desarrollo que la manifestación de las conductas objeto de este estudio varían con la edad de los sujetos. Para examinar las posibles diferencias se dividió la edad en tres grupos:

- Edad 1: 11-12

- Edad 2: 13-14
- Edad 3: 15 años o más

Por medio de un análisis de varianza se examinaron las diferencias entre los tres grupos de edad. Posteriormente, en los factores en las que se mostraron diferencias estadísticamente significativas, se analizaron las diferencias entre los tres grupos con los contrastes de Bonferroni (en el caso de igualdad de varianzas) y de Games-Howell (en el caso de varianzas desiguales entre los grupos). Los contrastes previos se realizaron con el F de Snedecor convencional en el caso de igualdad de varianzas entre los grupos y el de Brown-Forsythe, en el caso de varianzas desiguales.

En la tabla 12 se presentan los estadísticos resumen de los tres grupos de edades. Los números de sujetos en cada grupo fueron: 11-12, n=463; 13-14, n= 537; 15-16, n= 205

Tabla 12. Resultados en los factores del C. Esperi según la edad.

Factores Esperi		Media	Desv. típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Disocial	11-12	15,37	4,23	14,98	15,75
	13-14	18,50	6,98	17,91	19,09
	15-16	21,59	8,12	20,47	22,70
	Total	17,82	6,68	17,44	18,20
Impulsividad	11-12	28,98	7,53	28,29	29,67
	13-14	31,00	7,07	30,40	31,60
	15-16	32,42	7,60	31,38	33,47
	Total	30,46	7,45	30,04	30,89
Predisocial	11-12	14,68	5,33	14,20	15,17
	13-14	15,73	5,78	15,2462	16,22
	15-16	16,61	6,05	15,7789	17,44
	Total	15,48	5,70	15,1609	15,80
Psicopatía	11-12	18,29	4,84	17,8564	18,74
	13-14	19,33	5,32	18,8863	19,78
	15-16	20,53	5,82	19,7303	21,33
	Total	19,14	5,29	18,8426	19,44

Hiperactividad	11-12	12,11	4,36	11,7209	12,51
	13-14	13,38	4,30	13,0191	13,74
	15-16	14,01	4,10	13,4536	14,58
	Total	13,00	4,34	12,7599	13,25
FACTOR 1	11-12	48,36	12,09	47,2557	49,46
	13-14	53,58	15,44	52,2704	54,88
	15-16	58,73	16,90	56,4062	61,06
	Total	52,45	14,98	51,6043	53,29
FACTOR 2	11-12	41,10	10,68	40,1264	42,07
	13-14	44,38	10,27	43,5149	45,25
	15-16	46,44	10,72	44,9704	47,92
	Total	43,47	10,69	42,8705	44,07
Punt. Total	11-12	89,46	20,61	87,5802	91,34
	13-14	97,96	23,42	95,9796	99,95
	15-16	105,2	24,95	101,74	108,6
	Total	95,92	23,35	94,6061	97,24

Omitimos la presentación de los resultados de los contrastes y simplemente se enumeran las diferencias encontradas. Los estadísticos globales (F en unos casos y Brown-Forsythe, en otros, según se ha señalado anteriormente) mostraron diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la edad en las ocho puntuaciones, con nivel de significación .001.

En los contrastes a posteriori (Bonferroni o Games-Howell, según los casos) se encontraron las siguientes diferencias ($p < .01$), que se resumen a continuación:

- Disocial: Se encontraron diferencias entre todos los grupos, aumentando las medias con la edad
- Impulsividad: Se encontraron diferencias significativas entre los sujetos de 15-18 y los de 11 y 12, puntuando más alto los mayores
- Predisocial: Los dos grupos de mayor edad superan a los menores, no encontrándose diferencias entre los dos primeros
- Psicopatía: Se encontraron diferencias entre todos los grupos, aumentando las medias con la edad
- Hiperactividad: Los dos grupos de mayor edad superan a los menores, no encontrándose diferencias entre los dos primeros
- Factor 1 (Disocial): Se encontraron diferencias entre todos los grupos, aumentando las medias con la edad
- Factor 2 (Hiperactividad-Impulsividad): Los dos grupos de mayor edad superan a los menores, no encontrándose diferencias entre los dos primeros
- Se encontraron diferencias entre todos los grupos, aumentando las medias con la edad

Los resultados ponen de relieve que la edad es una variable importante que se deberá tener en cuenta a la hora de valorar las puntuaciones.

En la figura 5 y siguientes se presentan los diagramas de barras con las medias por edades para los cinco factores. En las figuras 6 a 8 se presentan *Diagramas de Error* para los factores amplios. El diagrama de error representa la media con su intervalo de confianza. Cuando se representan varios grupos conjuntamente, si no existen solapamientos entre los límites de los intervalos de cada grupo, es que entre los grupos no solapados existen diferencias estadísticamente significativas. Para la interpretación de los gráficos debe tenerse en cuenta que las puntuaciones están en distinta escala, por lo que las comparaciones válidas son solamente entre grupos.

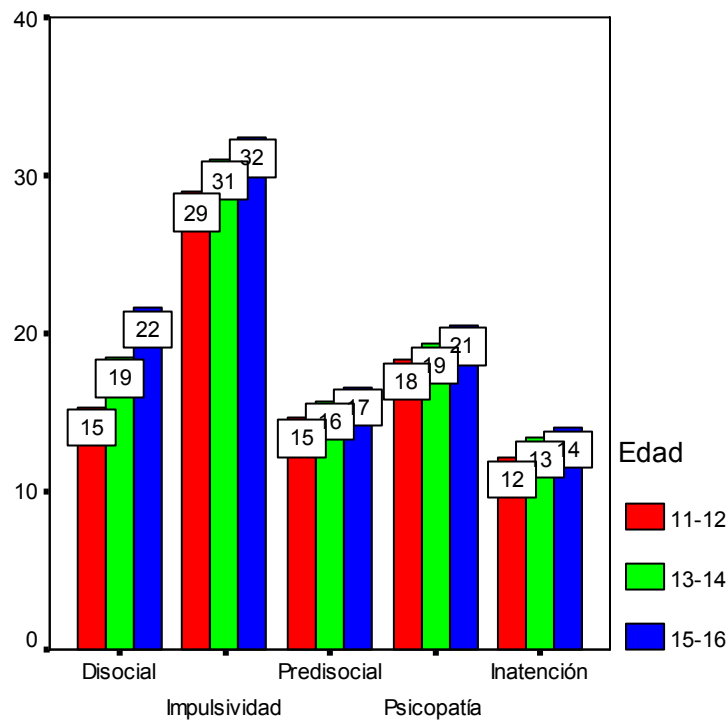


Figura 5. Medias en los factores del C. Esperi según la edad

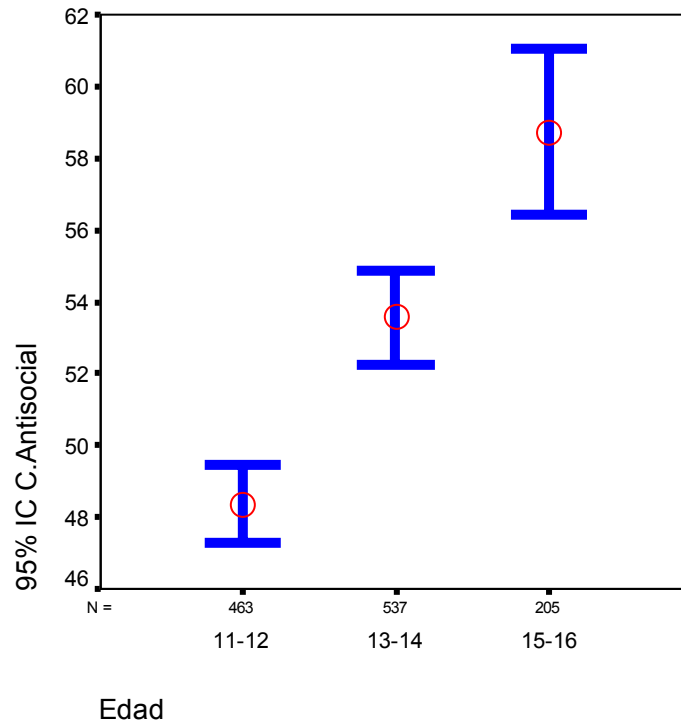


Figura 6. Diagramas de Error en el factor 1 (Disocial)

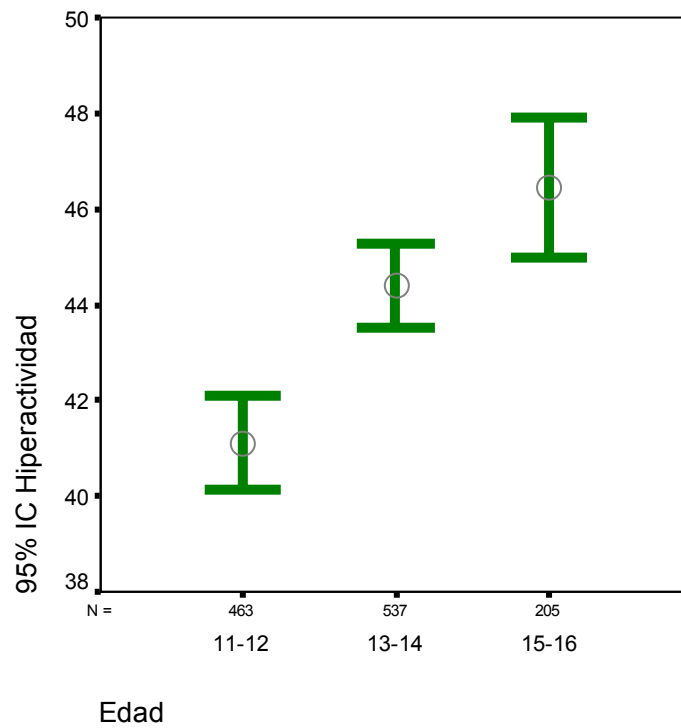


Figura 7. Diagramas de Error en el factor 2 (Hiperactividad-Impulsividad)

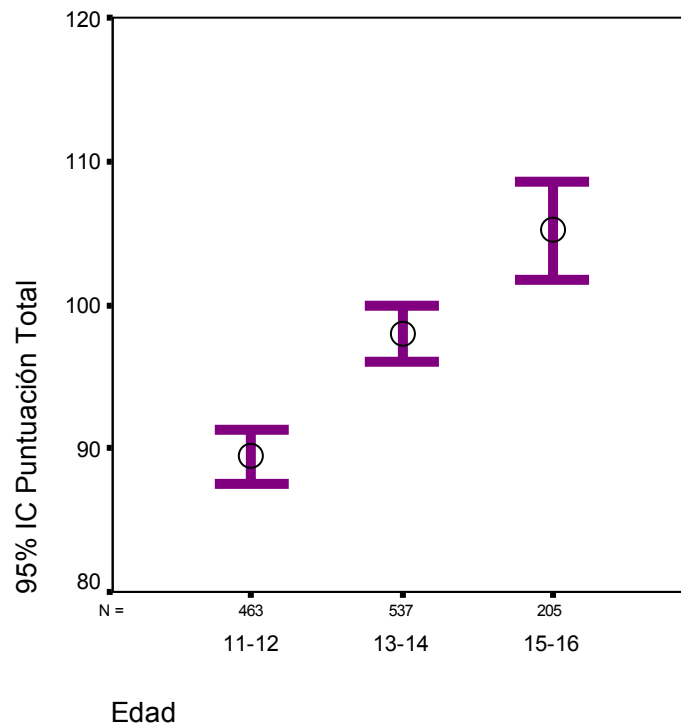


Figura 8. Diagramas de Error en la Puntuación total.

También se llevó a cabo un análisis de varianza factorial, considerando como factores la edad y el género de los sujetos, con objeto de examinar las posibles interacciones. Dado el tamaño de la muestra se consideraron únicamente las significaciones estadísticas con p-valor menor que .01. No obstante, ninguno de los efectos de interacción resultó estadísticamente significativo, lo que pone de relieve que las diferencias entre las edades son comunes o se mantienen en los dos sexos.

Se presentan a continuación en las figuras 9 a 11 los gráficos conjuntos de edad y género para los dos factores de segundo orden y la puntuación total.

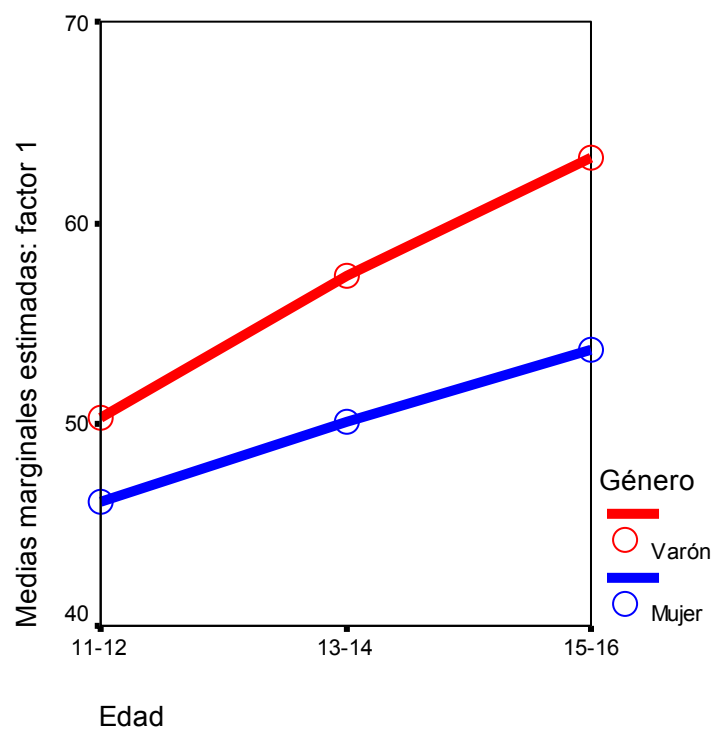


Figura 9. Medias conjuntas de edad x género en el factor 1.

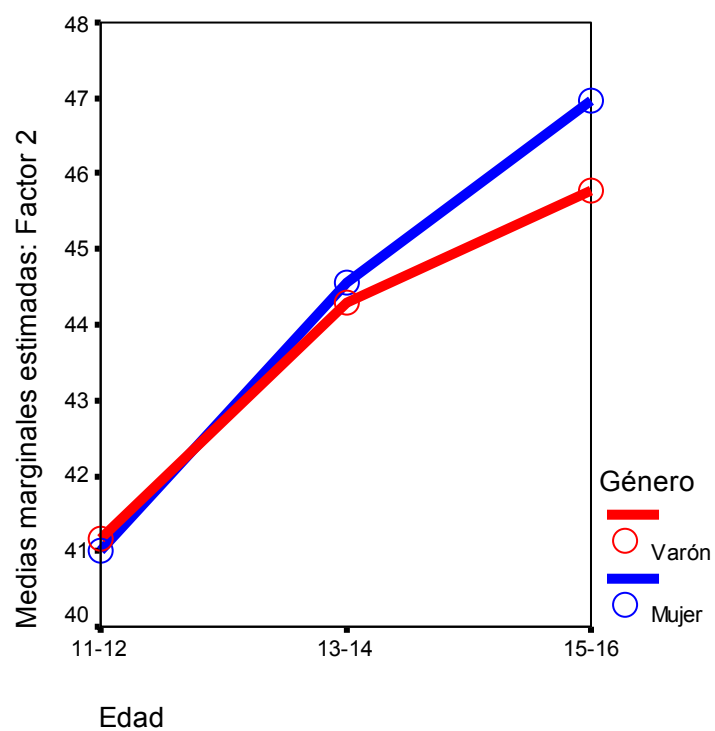


Figura 10. Medias conjuntas de edad x género en el factor 2.

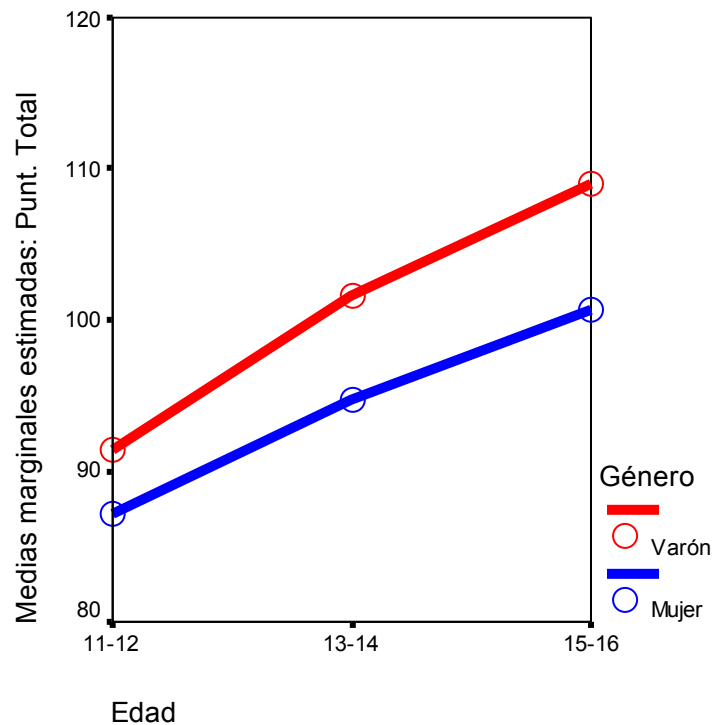


Figura 11. Medias conjuntas de edad x género en la puntuación total.

2.4. Tipologías de gravedad en el trastorno por medio de los factores del C. Esperi.

2.4.1. Tipología general

En un intento de poder establecer niveles de gravedad del trastorno y pautas de atención a los sujetos, se llevó a cabo una clasificación por medio del *Análisis de Conglomerados de K-medias*. De las diversas soluciones analizadas, la más adecuada para la finalidad pretendida fue la que produjo cuatro grupos de sujetos, que se presenta a continuación. Las tipologías fueron formadas con las cinco puntuaciones en los factores de primer orden.

En la tabla 13 se presentan los centroides o vectores de medias de los conglomerados o tipos en las cinco puntuaciones.

Tabla 13. Medias de los conglomerados o tipos en los cinco factores

Factores Esperi	Conglomerados			
	1	2	3	4
Disocial	1 4,59	3 6,85	1 6,48	2 5,66
Impulsividad	2 4,46	4 5,69	3 4,04	3 5,60
Predisocial	1 2,18	2 8,94	1 5,26	2 2,23
Psicopatía	1 5,65	2 9,27	2 0,35	2 3,88
Hiperactividad	1	2	1	1

Todas las variables muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$) entre los grupos e intervienen en la formación de los tipos.

El número de casos en cada uno de los tipos formados, con la muestra total de $n = 1206$ sujetos, es el siguiente:

- Tipo 1: 538
- Tipo 2: 49
- Tipo 3: 440
- Tipo 4: 179

En la figura 12 se representan por medio de un diagrama de líneas los perfiles correspondientes a los 4 tipos.

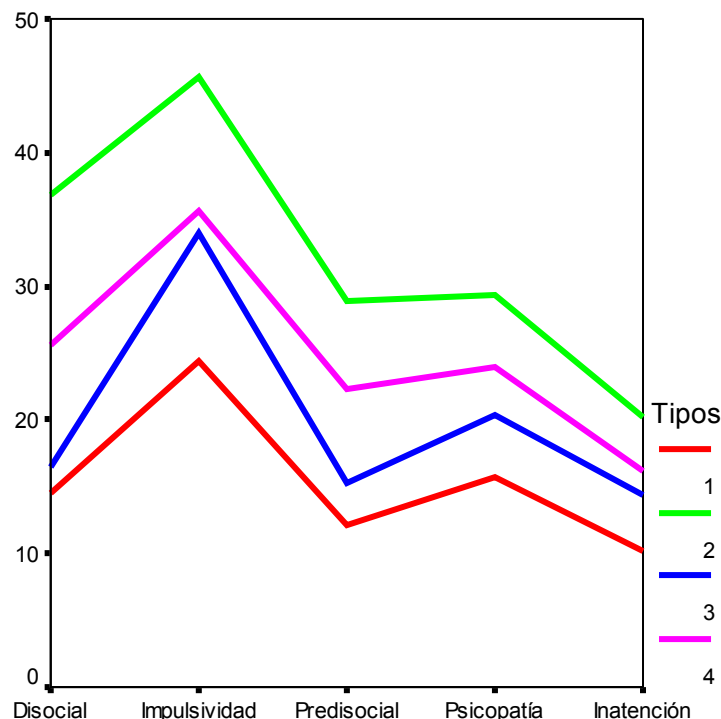


Figura 12. Perfiles de los cuatro tipos en los factores del C. Esperi

Un examen de las medias de la tabla y de los correspondientes perfiles, pone de relieve que los tipos permiten clasificar a los sujetos por *niveles de severidad o gravedad* en el trastorno objeto del estudio. Puede observarse que el tipo 2 representa a los casos graves, el tipo 1, el más numeroso, a los “sujetos normales”. El tipo 4, formado por 179 sujetos, está formado por los sujetos que se pueden considerar moderados o “en riesgo”, y finalmente, el tipo 3, representa a sujetos leves, cuyo principal problema se encuentra relacionado con la *impulsividad*, pero que no destaca en el componente disocial del trastorno. Son los sujetos de los tipos 2 y 4 los que requieren atención, especialmente los primeros.

Si representamos los grupos en las puntuaciones de los macrofactores, obtenemos los resultados presentados en la figura 13.

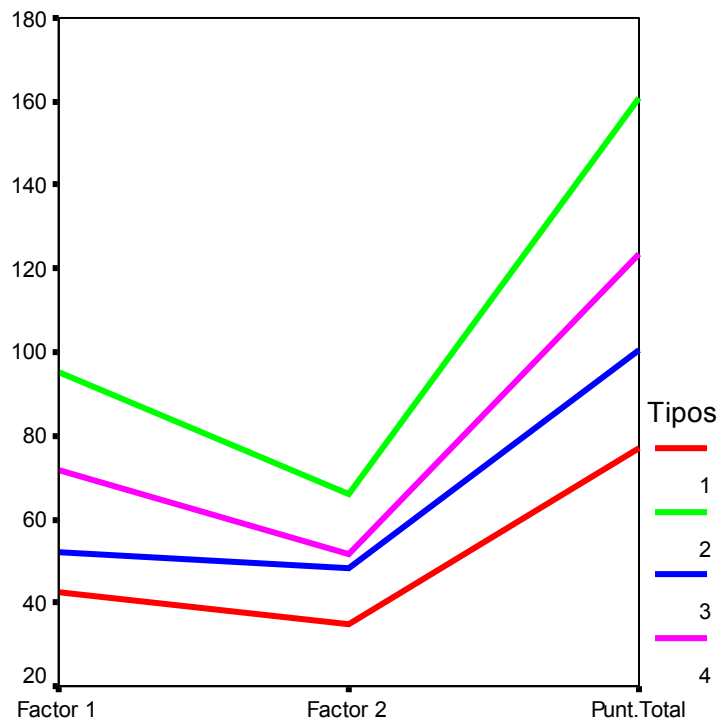


Figura 13. Perfiles de los cuatro tipos en los factores totales del C. Esperi

Una vez visto que el análisis de conglomerados permite establecer tipologías según la gravedad del trastorno y teniendo en cuenta las diferencias encontradas anteriormente en relación con la edad, se aplicó el procedimiento para cada uno de los tres grupos de edad antes presentados. Las tipologías resultantes servirán como pauta para establecer los puntos de corte y las clasificaciones provisionales de los sujetos en niveles de gravedad. Los puntos de corte definitivos, así como la sensibilidad y especificidad del instrumento se establecerán en la siguiente fase del estudio.

Como se puede ver en los resultados presentados a continuación, los cuatro niveles se repiten en cada uno de los grupos de edad, variando simplemente las puntuaciones medias de los conglomerados.

2.4.2. Tipología en el grupo de edad de 11-12 años.

En la tabla 14 se presentan los centroides o vectores de medias de cada uno de los tipos o conglomerados en este nivel de edad.

Tabla 14. Medias de los conglomerados o tipos en los cinco factores. Edad 11-12 años.

	Conglomerados			
	1	2	3	4
Disocial	3,61	6,63	5,06	6,75

Impulsividad	3,89	4,54	7,61	0,24
Predisocial	1,71	5,99	4,10	8,78
Psicopatía	5,60	6,72	9,39	1,31
Hiperactividad	,68	8,07	4,37	4,35

Todas las variables intervienen de forma significativa en la formación de los tipos ($p < .001$). El número de casos en cada uno de los grupos, sobre un total de $n = 463$ casos, es el siguiente:

- Tipo 1: 242
- Tipo 2: 26
- Tipo 3: 79
- Tipo 4: 116

Se obtuvieron los contrastes de diferencias entre los cuatro grupos en las puntuaciones de los factores amplios y en la puntuación total, que servirán como base para la corrección, con el estadístico de Brown-Forsythe, puesto que las varianzas son desiguales. En las tres variables se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$). En la tabla 15 se presentan las medias, desviaciones típicas e intervalos de confianza para las medias en las tres puntuaciones. Los intervalos de confianza servirán como base para establecer los niveles de la corrección.

Tabla 15. Estadísticos de los cuatro grupos de la edad 1 en las puntuaciones de los factores amplios y en la puntuación total.

FACTORES		Media	Desv. típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		Min.	Máx.
				Límite inferior	Límite super.		
Factor 1. Disocial		40,90	4,97	40,27	41,53	31	57
		79,33	13,06	74,05	84,61	60	122
		48,54	6,48	47,09	49,99	35	60
		56,83	7,99	55,36	58,30	45	81
	total	48,36	12,09	47,25	49,46	31	122
Factor 2. Hiperactiv. Impulsividad		33,56	5,60	32,85	34,27	17	46
		62,61	10,49	58,37	66,84	43	85
		51,98	5,99	50,63	53,32	39	63
		44,59	5,24	43,63	45,55	31	56

	total	41,10	10,69	40,12	42,07	17	85
Puntuación total		74,47	8,40	73,41	75,53	50	8
		141,94	16,37	135,33	148,55	121	183
		100,52	10,41	98,19	102,85	81	122
		101,43	10,18	99,55	103,30	87	130
	total	89,46	20,61	87,58	91,34	50	183

El contraste de Games-Howell pone de relieve la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los factores 1 y 2 entre todos los grupos. No se mostraron diferencias significativas en la puntuación total entre el grupo 3 y el 4.

En el diagrama de error de la figura 14 se presentan las medias con sus intervalos de confianza para las tres puntuaciones en los cuatro grupos.

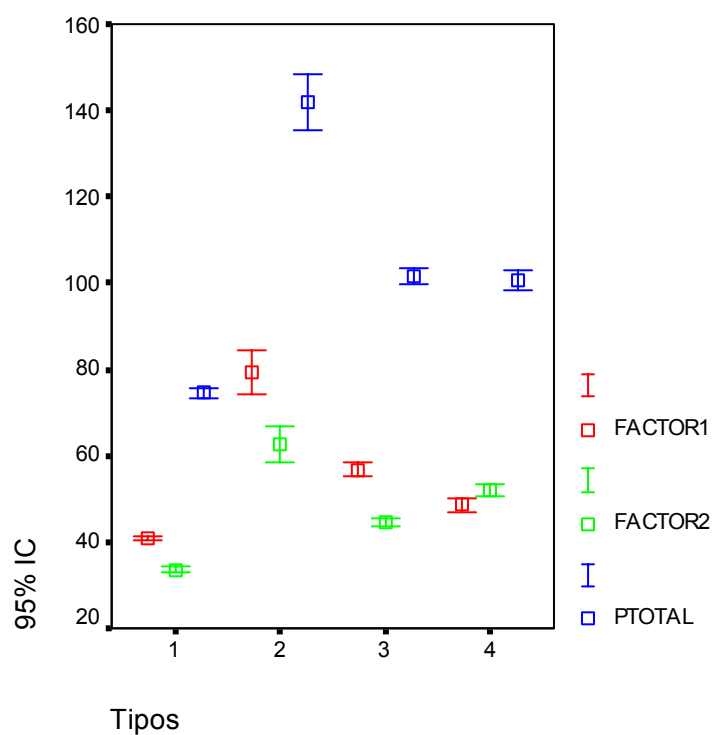


Figura 14. Medias e intervalos de confianza de las tres puntuaciones totales en los cuatro tipos.

En las figuras 15 a 17 se presentan los gráficos de caja de cada una de las tres variables.

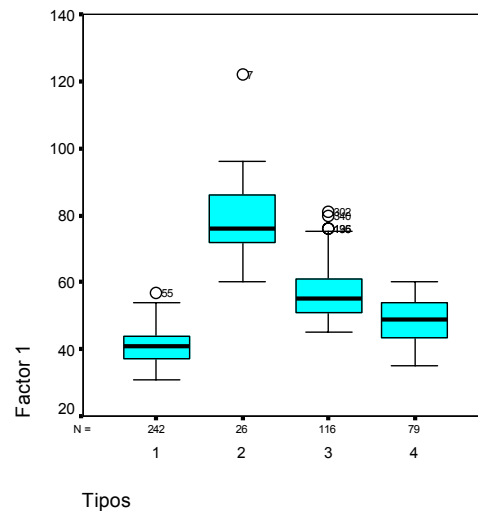


Figura 15. Diagramas de caja de los cuatro grupos en el factor 1 (Disocial)

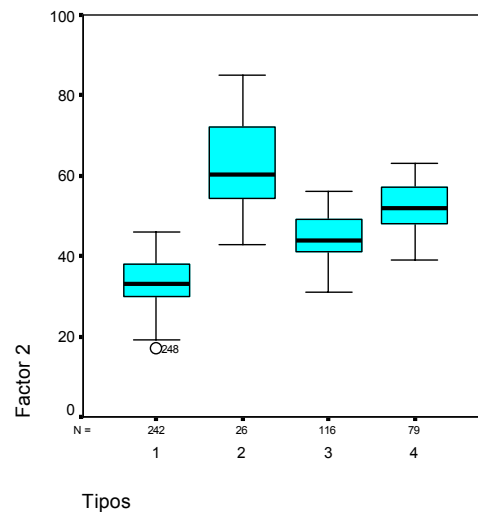


Figura 16. Diagramas de caja de los cuatro grupos en el factor 2 (Hiperactividad- Impulsividad)

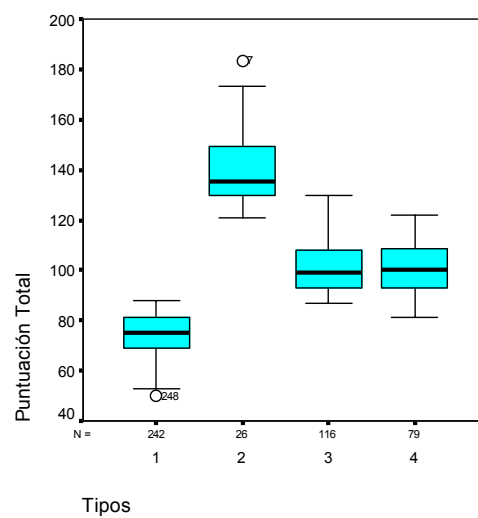


Figura 17. Diagramas de caja de los cuatro grupos en la puntuación total.

En los gráficos puede observarse el solapamiento de las puntuaciones entre los grupos 3 y 4, especialmente en la puntuación total. Por este motivo, en este grupo de edad resultará más difícil diferenciar entre los sujetos leves y moderados.

2.4.3. Tipología en el grupo de edad de 13-14 años.

Como en el grupo anterior se llevó a cabo un análisis de conglomerados de K-medias sobre las puntuaciones en los cinco factores primarios, para establecer cuatro tipos según niveles de gravedad. Los centroides o vectores de medias de los cuatro tipos resultantes se presentan en la tabla 16.

Tabla 16. Medias de los conglomerados o tipos en los cinco factores. Edad 13-14 años.

	<i>Conglomerados</i>			
	1	2	3	4
Disocial	14,80	40,72	16,96	26,80
Impulsividad	25,12	41,69	34,09	37,36
Predisocial	12,35	33,31	15,29	21,88
Psicopatía	15,55	29,69	20,62	24,25
Hiperactividad	10,65	18,12	14,28	17,44

Todas las variables intervienen de forma significativa en la formación de los tipos ($p < .001$). El número de casos en cada uno de los grupos, sobre un total de $n = 537$ casos, es el siguiente:

- Tipo 1: 234
- Tipo 2: 16
- Tipo 3: 190
- Tipo 4: 97

En la tabla 17 se presentan los estadísticos resumen de las tres variables amplias, que se utilizarán en la corrección, los dos factores de segundo orden y la puntuación total.

Tabla 17. Medias de los conglomerados o tipos en los dos factores de segundo orden y en la puntuación total.

	tipo	Media	Desv. típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		ín.	áx.
				Límite inferior	Límite superior		
Factor 1		42,69	6,10	41,91	43,48	1	2
Disocial		103,72	11,39	97,64	109,71	0	31
		52,87	6,22	51,98	53,76	0	0
		72,93	7,60	71,40	74,46	7	0,
	yotal	53,57	15,44	52,27	54,88	1	31
		59,8095	9,50	54,74	64,87	5	
		48,3749	5,87	47,53	49,21	3, 0	8
		54,80	8,80	53,03	56,58	5	7
	total	44,38	10,27	43,51	45,25	0	3
		78,47	8,92	77,32	79,62	4	9
		163,53	18,62	153,60	173,45	36	14
P.Total		101,25	7,94	100,11	102,38	4	22
		127,74	11,48	125,42	130,05	05	50
	total	97,96	23,42	95,97	99,95	4	14

Los contrastes de igualdad de las medias fueron realizados todos con el estadístico de Brown-Forsythe, dado que las varianzas de los grupos no eran homogéneas. En las tres variables se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p < .001$).

Las pruebas a posteriori, para establecer entre qué grupos se encuentran las diferencias se llevaron a cabo con el contraste de Games-Howell, encontrando que no hay diferencias en el factor 2 (Impulsividad-Hiperactividad) entre los grupos 3 y 4. Sí se mostraron diferencias entre todos los grupos en el factor 1 (Disocial) y en la puntuación total, en la que el factor 1 tiene un fuerte peso.

En la figura 18 se presenta el diagrama de error, con las medias y sus intervalos de confianza en las tres variables para los 4 grupos.

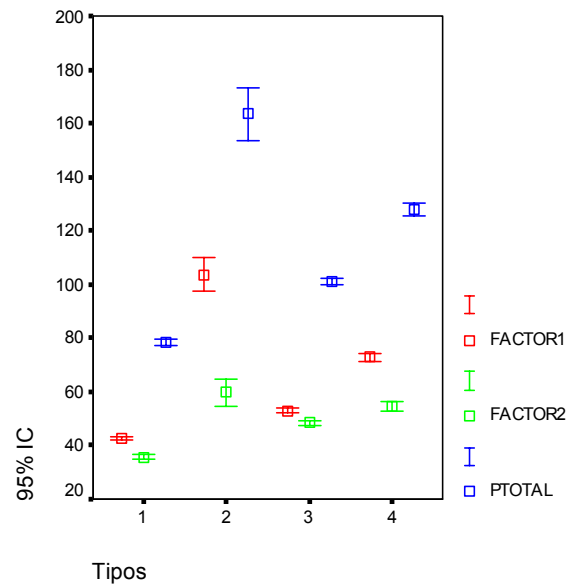


Figura 18. Medias e intervalos de confianza de las tres puntuaciones totales en los cuatro tipos en la edad de 13-14 años.

En las figuras 19 a 21 se presentan los gráficos de caja de cada una de las tres variables.

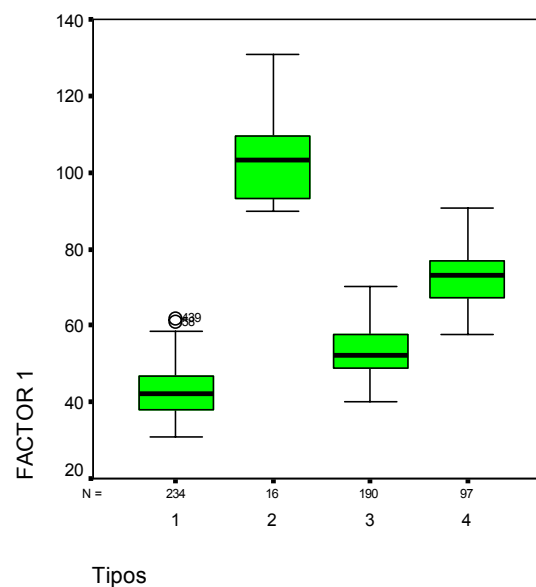


Figura 19. Diagramas de caja de los cuatro grupos en el factor 1 (Disocial)

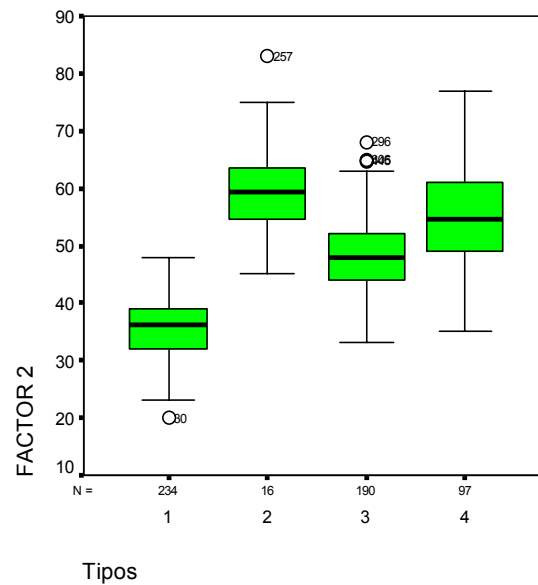


Figura 20. Diagramas de caja de los cuatro grupos en el factor 2 (Impulsividad-Hiperactividad)

En la figura puede apreciarse el solapamiento de puntuaciones de los grupos 3 y 4 en el factor 2 de Impulsividad-Hiperactividad.

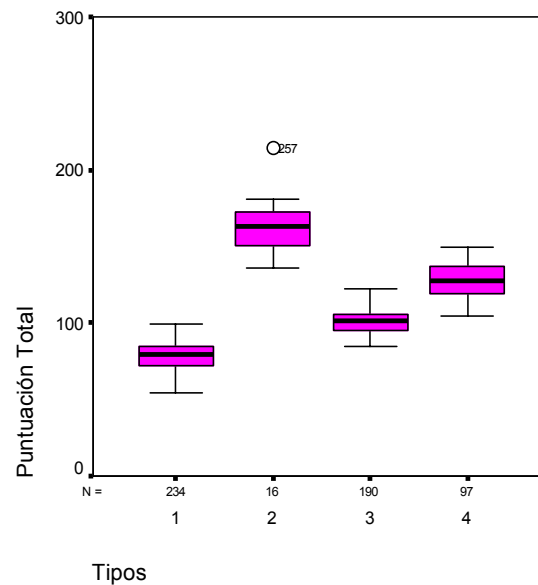


Figura 21. Diagramas de caja de los cuatro grupos en la puntuación total

2.4.4. Tipología en el grupo de edad de 15-18 años

Como en los otros dos grupos de edad se llevó a cabo un análisis de conglomerados de k-medias con objeto de establecer una tipología de sujetos por niveles de gravedad. El resultado es similar al encontrado en los otros grupos, pudiendo establecer cuatro tipos que reflejan los cuatro niveles deseados: normal,

leve, moderado y severo. Los centroides o vectores de medias de los cuatro tipos resultantes se presentan en la tabla 18.

Tabla 18. Medias de los conglomerados o tipos en los cinco factores. Edad 15-18 años.

	Conglomerado			
	1	1	3	4
Disocial	48,43	18,25	18,85	29,36
Impulsividad	49,14	25,14	34,75	38,54
Predisocial	31,14	13,86	15,01	22,96
Psicopatía	35,39	16,98	20,86	24,07
Hiperactividad	21,57	10,85	14,64	17,50

La distribución de los 205 sujetos en los cuatro tipos es la siguiente:

- Tipo 1: 7
- Tipo 2: 85
- Tipo 3: 75
- Tipo 4: 38

En la tabla 19 se presentan los estadísticos de los cuatro grupos en los dos factores de segundo orden y en la puntuación total.

Tabla 19. Estadísticos de los cuatro grupos en los factores de segundo orden y en la puntuación total.

		Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
ACTO R1		114,9599	14,69654	101,3679	128,5519	100,00	142,00
		49,0907	9,82660	46,8298	51,3516	33,00	80,00
		54,7171	7,85655	53,0225	56,4117	37,00	73,55
		76,3946	7,95223	73,7808	79,0084	64,80	93,00
	total	58,7340	16,90425	56,4062	61,0618	33,00	142,00
ACTO R2		70,7143	6,10230	65,0706	76,3580	65,00	82,00
		35,9916	4,48572	34,9595	37,0236	26,44	45,00
		49,3853	5,91807	48,1088	50,6618	38,82	66,00
		56,0395	7,79490	53,4774	58,6017	41,00	81,00

	total	46,4469	10,72245	44,9704	47,9235	26,44	82,00
TOTAL		185,674 2	20,29910	166,9006	204,4477	166,00	224,00
		85,0823	11,15851	82,5150	87,6496	59,44	112,00
		104,102 4	8,74823	102,2155	105,9894	88,00	123,00
		132,434 2	11,52079	128,6474	136,2209	109,90	157,00
	total	105,181 0	24,95089	101,7451	108,6169	59,44	224,00

Puede observarse que en este caso es el Tipo 1 el que representa a los sujetos severos, el 4 a los moderados, el 3 a los leves y el 2 a los normales.

Puesto que las varianzas de los grupos son heterogéneas, se utilizó como contraste de la igualdad de las medias el estadístico de Brown-Forsythe, en el que se pusieron de relieve diferencias estadísticamente significativas en las tres variables (.001). Como contraste a posteriori se utilizó el de Games-Howell, mostrando diferencias significativas entre todas las comparaciones y en el sentido esperado. En las tres variables, las medias pueden ordenarse de mayor a menor según el siguiente orden de grupos : $1 > 4 > 3 > 2$.

En la figura 22 se representan las medias de los cuatro grupos en las tres variables, con los correspondientes intervalos de confianza.

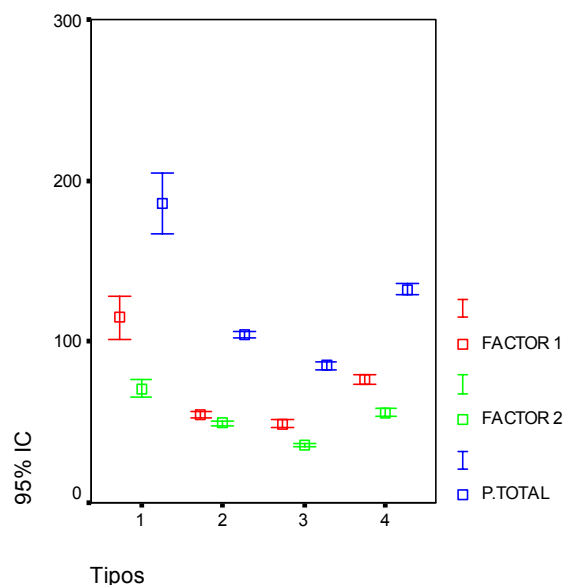


Figura 22. Medias e intervalos de confianza de las tres puntuaciones totales en los cuatro tipos en la edad de 15-16 años.

En las figuras 23 a 25 se presentan los diagramas de caja de las tres variables en los cuatro tipos.

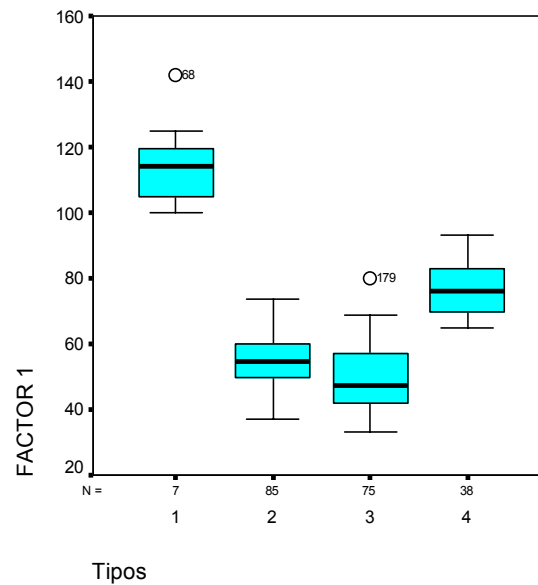


Figura 23. Diagramas de caja de los cuatro grupos en el factor 1 (Disocial)

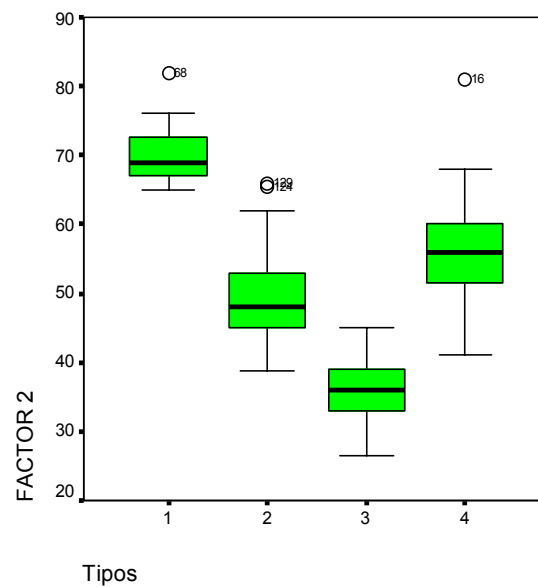


Figura 24. Diagramas de caja de los cuatro grupos en el factor 2 (Impulsividad-Hiperactividad)

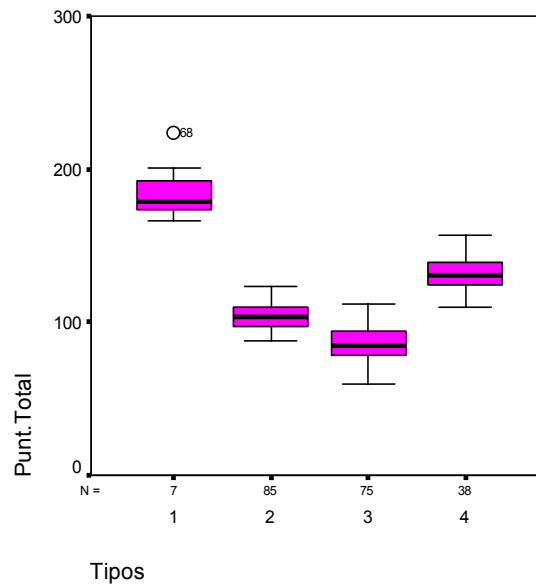


Figura 25. Diagramas de caja de los cuatro grupos en la puntuación total

2.5. Normas de corrección y puntuación

2.5.1. Normas de corrección

De los 58 elementos del cuestionario, solamente 48 intervienen en la obtención de las puntuaciones, ya que los 10 restantes son preguntas con contenidos positivos introducidas en el protocolo para evitar posibles tendencias de respuesta.

A partir de los 48 elementos pueden obtenerse puntuaciones en cada uno de los cinco factores de primer orden, en los dos de segundo orden y en la puntuación total. Se recomienda obtener puntuaciones en los factores de segundo orden y una puntuación total, aunque en algunos casos el usuario del cuestionario puede estar interesado también en obtener puntuaciones en alguno de los factores primarios.

Para obtener puntuaciones directas en cada uno de los factores se sumarán las puntuaciones de los ítems que los componen, tal como se indica a continuación:

Factores de primer orden:

Disocial

La puntuación directa total se obtiene sumando las puntuaciones de los 13 ítems que componen la escala:

$$2 + 7 + 12 + 17 + 20 + 26 + 33 + 39 + 43 + 46 + 54 + 51 + 58$$

Impulsividad

La puntuación directa total se obtiene sumando las puntuaciones de los 12 ítems que componen la escala:

$$1 + 4 + 8 + 11 + 13 + 19 + 21 + 30 + 35 + 40 + 45 + 49$$

Pre-Disocial

La puntuación directa total se obtiene sumando las puntuaciones de los 9 ítems que componen la escala:

$$5 + 15 + 16 + 31 + 37 + 38 + 44 + 47 + 52$$

Psicopatía

La puntuación directa total se obtiene sumando las puntuaciones de los 9 ítems que componen la escala:

$$3 + 9 + 24 + 25 + 29 + 53 + 56 + 57 + 59$$

Hiperactividad

La puntuación directa total se obtiene sumando las puntuaciones de los 5 ítems que componen la escala:

$$6 + 23 + 28 + 34 + 42$$

Factores de segundo orden:

Factor 1: Trastorno disocial (Conductas antisociales):

Puede obtenerse una puntuación directa sumando las puntuaciones de los factores de primer orden : Disocial + Predisocial + Psicopatía, o bien directamente los 31 ítems que componen los factores de primer orden.

Factor 2: Hiperactividad-Impulsividad.

_ Puede obtenerse una puntuación total en este factor sumando las puntuaciones de los dos factores de primer orden que lo componen: Impulsividad + Hiperactividad, o bien los 17 ítems que los componen

Puntuación Total

Puesto que los factores muestran elevadas correlaciones y la consistencia interna del conjunto de los 48 ítems es elevada, puede calcularse una puntuación total sumando las respuestas de los 48 ítems, o bien los cinco factores de primer orden o los dos de segundo orden.

Para la interpretación de las puntuaciones pueden consultarse las tablas de rangos percentiles, que se presentan al final de este apartado. Hay tablas con dichos rangos para los factores primarios, los de segundo orden y la puntuación total. Con estas últimas puntuaciones también se presentan rangos de puntuaciones que permiten clasificar a los sujetos en niveles de severidad: normales, leves, moderados y severos. Estas normas son provisionales y están establecidas por medio de las tipologías explicadas en el apartado anterior.

Se presentan los rangos percentiles para los diferentes niveles de edad.



Edad de 11-12 años. Rangos percentiles y estadísticos descriptivos en los factores**Tabla 20. Rangos Percentiles en los factores primarios, secundarios y en la puntuación total**

		Estadísticos							
		disocial	impulsiv	predisoc	psicopat	inaten	factor1	factor2	ptotal
N	Válidos	463	463	463	463	463	463	463	463
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Percentiles	5	13,00	19,00	9,00	11,00	6,00	34,00	26,00	62,00
	10	13,00	20,00	9,00	12,00	7,00	36,00	29,00	67,00
	15	13,00	21,00	10,00	13,00	8,00	37,00	30,00	70,00
	20	13,00	22,30	10,00	14,00	8,00	39,00	31,00	72,00
	25	13,00	23,00	11,00	15,00	9,00	40,00	33,00	74,00
	30	13,00	25,00	11,00	15,71	9,00	41,00	35,00	77,00
	35	13,00	25,47	12,00	16,00	10,00	42,00	36,00	79,00
	40	13,00	26,00	12,00	17,00	11,00	43,00	38,00	82,00
	45	13,52	27,00	13,00	17,00	11,00	44,00	39,00	83,00
	50	14,00	28,00	13,00	18,00	12,00	46,00	40,00	86,00
	55	14,00	29,00	14,00	18,25	12,00	47,00	41,00	88,00
	60	14,05	30,00	15,00	19,00	13,00	48,00	42,00	91,00
	65	15,00	31,00	15,00	20,00	13,00	50,00	43,60	94,00
	70	15,00	32,00	16,00	20,66	14,00	52,00	45,80	98,00
	75	16,00	34,00	17,00	21,00	15,00	54,00	48,00	102,00
	80	17,00	35,00	18,00	22,00	16,00	56,00	50,00	105,00
	85	18,00	36,13	19,00	23,00	17,00	59,00	52,00	109,00
	90	20,00	39,00	22,00	25,00	18,00	63,00	55,00	115,00
	95	22,93	43,00	26,00	27,92	20,00	73,00	59,00	129,80

En los estudios epidemiológicos suelen considerarse como casos de riesgo los que se encuentran con puntuaciones *en y por encima del percentil 90*. Podrían considerarse casos moderados los que se encuentran por encima del percentil 75.

No obstante, la clasificación de los sujetos se establecerá en niveles de gravedad a partir de la puntuación total, y se realizará en 4 niveles, como se explica más adelante.

Los percentiles de los factores primarios resultan útiles para establecer perfiles de los sujetos.

Edad 13-14 años

Tabla 21. Rangos percentiles en los factores primarios, secundarios y puntuación total

		Estadísticos							
N	Válidos	disocial	impulsiv	predisoc	psicopat	inaten	factor1	factor2	ptotal
	Perdidos	205	205	205	205	205	205	205	205
		0	0	0	0	0	0	0	0
Percentiles	5	13,0000	21,0000	9,0000	12,0000	7,6103	38,0000	31,0000	71,0000
	10	13,8670	23,0000	10,0000	13,0000	9,0000	40,6000	33,0000	78,1665
	15	14,0000	24,0000	11,0000	14,9575	9,9000	43,0000	35,0000	82,8053
	20	15,0000	25,3946	11,0000	16,0000	10,0000	45,0000	36,5779	86,0750
	25	16,0000	27,0000	12,0000	17,0000	11,0000	47,0000	37,5000	89,0000
	30	16,1324	28,0000	12,8790	17,0000	11,1700	49,0000	39,8750	92,8222
	35	17,0000	29,0000	13,0000	18,0000	12,0000	51,0000	41,0443	95,0000
	40	18,0000	30,0000	14,0000	18,0000	13,0000	53,0000	43,0000	97,0000
	45	19,0000	31,0000	15,0000	19,0000	13,0000	54,0000	45,0000	98,0000
	50	20,0000	32,0000	15,0000	20,0000	14,0000	55,0000	45,3752	101,0000
	55	20,0607	33,0000	16,0000	20,8334	14,0000	57,0607	46,4137	102,8287
	60	21,4005	33,6650	17,0000	21,0000	15,0000	59,0000	48,0000	106,6000
	65	22,9668	34,2982	17,6798	22,0000	16,0000	61,0000	50,9000	109,0000
	70	24,0000	36,0000	18,0265	23,0000	16,2000	63,0000	52,0000	112,0000
	75	25,0000	37,1876	19,0000	23,5756	17,0000	66,2568	53,1657	116,0000
	80	26,0000	39,0000	21,0000	24,5449	18,0000	69,9335	56,0000	122,0000
	85	29,0000	40,0000	22,0000	26,0000	19,0000	73,6927	58,0000	129,0166
	90	32,0000	42,0000	25,0000	29,0000	20,0000	80,6436	60,0000	134,6244
	95	36,7000	46,0000	28,7000	31,0000	20,7045	89,0000	66,0000	153,6622

Edad 15-18**Tabla 22. Rangos percentiles en los factores primarios, secundarios y puntuación total**

		Estadísticos							
		disocial	impulsiv	predisoc	psicopat	inaten	factor1	factor2	ptotal
N	Válidos	205	205	205	205	205	205	205	205
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Percentiles	5	13,0000	21,0000	9,0000	12,0000	7,6103	38,0000	31,0000	71,0000
	10	13,8670	23,0000	10,0000	13,0000	9,0000	40,6000	33,0000	78,1665
	15	14,0000	24,0000	11,0000	14,9575	9,9000	43,0000	35,0000	82,8053
	20	15,0000	25,3946	11,0000	16,0000	10,0000	45,0000	36,5779	86,0750
	25	16,0000	27,0000	12,0000	17,0000	11,0000	47,0000	37,5000	89,0000
	30	16,1324	28,0000	12,8790	17,0000	11,1700	49,0000	39,8750	92,8222
	35	17,0000	29,0000	13,0000	18,0000	12,0000	51,0000	41,0443	95,0000
	40	18,0000	30,0000	14,0000	18,0000	13,0000	53,0000	43,0000	97,0000
	45	19,0000	31,0000	15,0000	19,0000	13,0000	54,0000	45,0000	98,0000
	50	20,0000	32,0000	15,0000	20,0000	14,0000	55,0000	45,3752	101,0000
	55	20,0607	33,0000	16,0000	20,8334	14,0000	57,0607	46,4137	102,8287
	60	21,4005	33,6650	17,0000	21,0000	15,0000	59,0000	48,0000	106,6000
	65	22,9668	34,2982	17,6798	22,0000	16,0000	61,0000	50,9000	109,0000
	70	24,0000	36,0000	18,0265	23,0000	16,2000	63,0000	52,0000	112,0000
	75	25,0000	37,1876	19,0000	23,5756	17,0000	66,2568	53,1657	116,0000
	80	26,0000	39,0000	21,0000	24,5449	18,0000	69,9335	56,0000	122,0000
	85	29,0000	40,0000	22,0000	26,0000	19,0000	73,6927	58,0000	129,0166
	90	32,0000	42,0000	25,0000	29,0000	20,0000	80,6436	60,0000	134,6244
	95	36,7000	46,0000	28,7000	31,0000	20,7045	89,0000	66,0000	153,6622

2.6. Clasificación de los sujetos en niveles de severidad: Puntos de corte.2.6.1. Edad 11-12 años

Provisionalmente se establecen los puntos de corte a partir de las tipologías presentadas en el apartado 3.4. Estos puntos de corte se establecen sobre la puntuación total. En dicho apartado se clasificó a los sujetos de este nivel en cuatro tipos, que podían asimilarse a las categorías de: 1, sujetos normales; 2: Severos; 3,

Leves y 4, Moderados. El tipo 3 destaca sobre todo en Impulsividad, siendo muy similar a los normales en los restantes factores. EN la puntuación total se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos.

A pesar de las diferencias estadísticamente significativas, existen solapamientos en las puntuaciones de los sujetos de grupos próximos. En los cuatro tipos establecidos en el nivel de edad de 11-12 años, las puntuaciones mínima y máxima de los grupos son las siguientes:

- Tipo 1 (Normales) : 50-96
- Tipo 2 (Severos): 144-183
- Tipo 3 (Leves): 82-122
- Tipo 4 (Moderados): 104-146

Para evitar solapamientos se ha seguido el criterio de que el punto de corte incluya al menos al 95% de los sujetos del grupo del grado y menos del 10% de los sujetos del siguiente nivel. Con este criterio, los puntos de corte que permiten clasificar a los sujetos en niveles de severidad sobre la puntuación total son los siguientes:

1. Sujetos normales: Puntuaciones iguales o menores que 87
2. Leves: Sujetos con puntuaciones comprendidas entre 88 y 112, ambas inclusive
3. Moderados: Sujetos con puntuaciones comprendidas entre 113 y 138, ambas inclusive.
4. Severos: Sujetos con puntuaciones iguales o superiores a 139

Con este sistema de clasificación, los 430 sujetos de la muestra de este nivel de edad quedarían clasificados como muestra la figura 26.

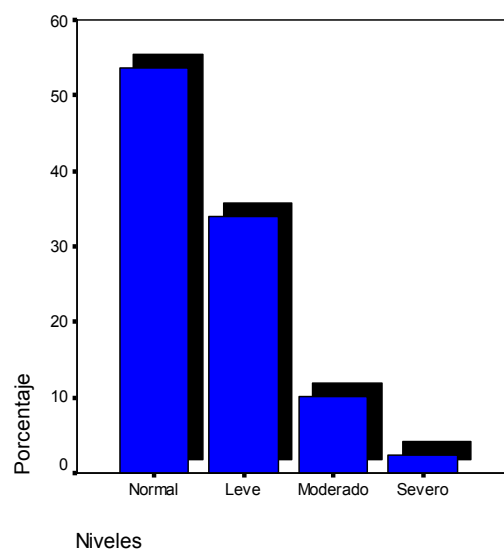


Figura 26. Clasificación de los sujetos de la muestra de 11-12 años

2.6.2. Edad 13-14 años.

Clasificación de los sujetos en niveles de severidad: Puntos de corte.

Provisionalmente, como en el apartado anterior se establecieron los puntos de corte a partir de las tipologías establecidas en el apartado 6.2. También aquí, a pesar de las diferencias estadísticamente significativas, existen solapamientos en las puntuaciones de los sujetos de grupos próximos. En los cuatro tipos establecidos en el nivel de edad de 13-14 años, las puntuaciones mínima y máxima de los grupos son las siguientes:

- Tipo 1 (Normales) : 54-99
- Tipo 2 (Severos): 136-214
- Tipo 3 (Leves): 85-122
- Tipo 4 (Moderados): 105-150

Para evitar solapamientos se ha seguido el criterio de que el punto de corte incluya al menos al 95% de los sujetos del grupo de nivel menos grado y menos del 10% de los sujetos del siguiente nivel. Con este criterio, los puntos de corte que permiten clasificar a los sujetos en niveles de severidad sobre la puntuación total son los siguientes:

1. Sujetos normales: Puntuaciones iguales o menores que 91
2. Leves: Sujetos con puntuaciones comprendidas entre 92 y 113, ambas inclusive
3. Moderados: Sujetos con puntuaciones comprendidas entre 114 y 135, ambas inclusive.
4. Severos: Sujetos con puntuaciones iguales o superiores a 136

Con este sistema de clasificación, los 537 sujetos de la muestra de este nivel de edad quedarían clasificados como muestra la figura 27.

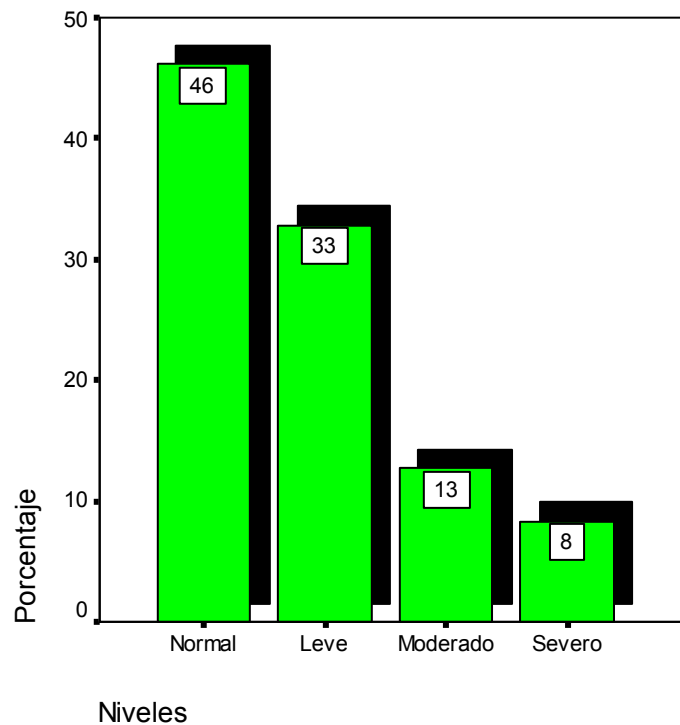


Figura 27. Clasificación de los sujetos de la muestra de 13-14 años

2.6.3. Edad de 15-16 años.

Provisionalmente, como en el apartado anterior se establecieron los puntos de corte a partir de las tipologías establecidas en el apartado 3.4. También aquí, a pesar de las diferencias estadísticamente significativas, existen solapamientos en las puntuaciones de los sujetos de grupos próximos. En los cuatro tipos establecidos en el nivel de edad de 15-18 años, las puntuaciones mínima y máxima de los grupos son las siguientes:

- Tipo 3 (Normales) : 59-112
- Tipo 1 (Severos): 153-224
- Tipo 2 (Leves): 88-123
- Tipo 4 (Moderados): 109-157

Para evitar solapamientos se ha seguido el criterio de que el punto de corte incluya al menos al 95% de los sujetos del grupo de nivel menos grado y menos del 10% de los sujetos del siguiente nivel. Con este criterio, los puntos de corte que

permiten clasificar a los sujetos en niveles de severidad sobre la puntuación total son los siguientes:

1. Sujetos normales: Puntuaciones iguales o menores que 91
2. Leves: Sujetos con puntuaciones comprendidas entre 92 y 116, ambas inclusive
3. Moderados: Sujetos con puntuaciones comprendidas entre 117 y 152, ambas inclusive.
4. Severos: Sujetos con puntuaciones iguales o superiores a 153

Con este sistema de clasificación, los 205 sujetos de la muestra de este nivel de edad quedarían clasificados como muestra la figura 28.

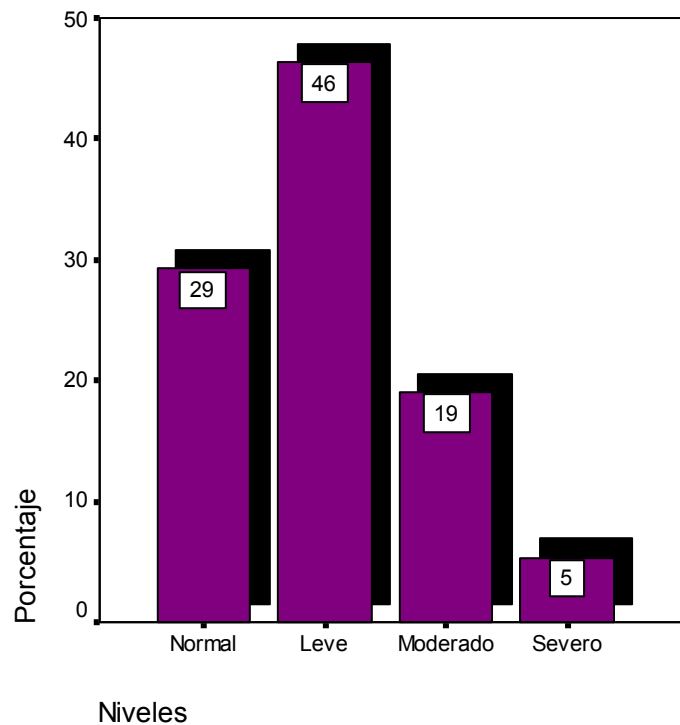


Figura 28. Clasificación de los sujetos de la muestra de 15-18 años

3. AUTO-INFORME ESPERI PARA NIÑOS DE 8 A 11 AÑOS.

Los procedimientos seguidos para la validación del autoinforme y el desarrollo de los sistemas de puntuación son similares a los seguidos en el auto-informe de 12-18 años.

3.1. Participantes

Una vez eliminados los cuestionarios incompletos e incorrectamente cumplimentados, el número de participantes sobre el que se realizó el estudio de validación fue de 1126. De ellos, el 51,3% fueron varones y el 48,7% mujeres. Los diferentes participantes procedían de varias Comunidades Autónomas del Norte, Centro y Este de España. Los sujetos proceden tanto de centros públicos como privados y privados concertados.

En la figura 29 se presenta la clasificación por sexos.

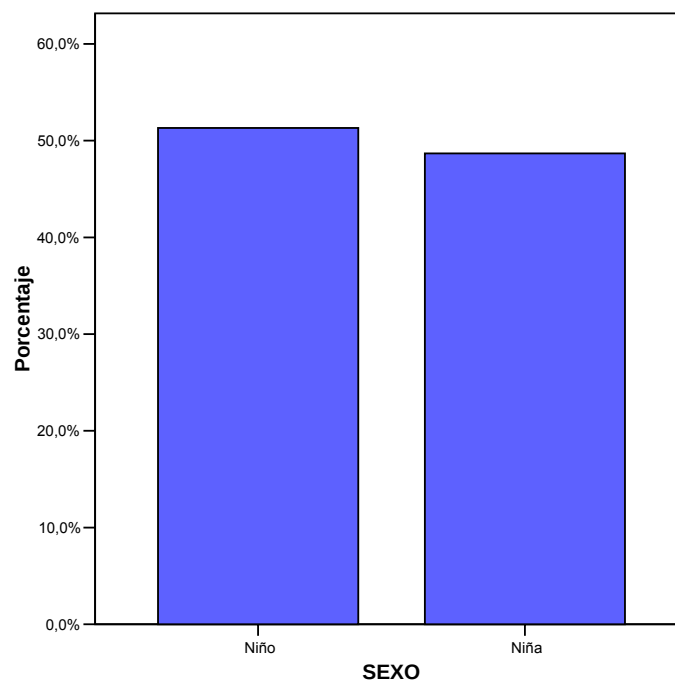


Figura 29. Distribución de los sujetos por sexos.

La edad media de los participantes del grupo de 8-11 años fue de 9,43 años, con una desviación típica de 1,19 y un rango de 8-12 años, aunque solamente hubo 4 sujetos de 12 años, que no corresponden a la población objetivo.

En la figura 30 se presenta la clasificación de los sujetos por edades.

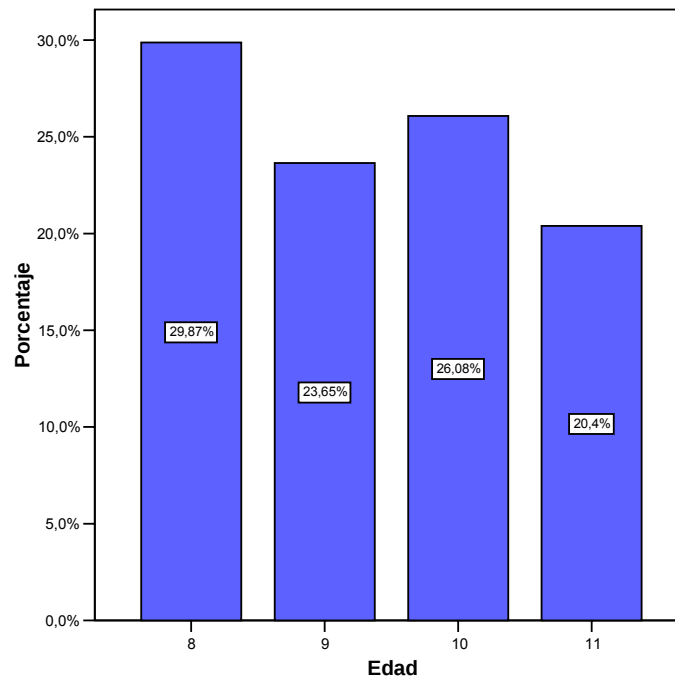


Figura 30. Distribución de los participantes según la edad

3.2. Dimensionalidad y evidencias de validación como estructura interna.

Se llevaron a cabo varios análisis factoriales por el procedimiento de Ejes principales con rotación oblicua (Promax), dada la hipotética correlación esperada entre los factores.

Los estadísticos previos basados en las matrices de correlaciones entre los elementos pusieron de relieve la adecuación de los datos para llevar a cabo una reducción de la dimensionalidad mediante el análisis factorial. El valor del índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,952 (máximo 1) y la prueba de esfericidad de Bartlett proporcionó un estadístico χ^2_{561} de 11666,75 ($p < .001$). Se examinaron soluciones con 2, 3, 4 y 5 factores. El scree test apoyaba una solución de tres factores. De entre las soluciones exploradas, es también la de tres factores la que mejor se adecuaba a las dimensiones hipotetizadas, explicando un 34% de la varianza total. Un examen de esta solución mostraba claras evidencias de los factores siguientes:

- Síndrome de inatención-impulsividad-hiperactividad (13 ítems)
- Predisocial (10)
- Disocial (8)

El problema se encontraba con el Oposicionismo Desafiante, cuyos ítems no mostraron un factor claro, sino que se repartían a lo largo de los restantes factores. Dada la importancia del trastorno para el diagnóstico en este nivel de edad, se procedió a mantener sus elementos fuera del análisis factorial y mantenerlos como una escala separada, tal como se hace en muchos cuestionarios utilizados para el diagnóstico clínico (por ejemplo con el cuestionario CBCL de Achenbach, ya mencionado). Se examinaron las correlaciones entre estos elementos, así como su consistencia interna, para determinar si se podía establecer como una subescala separada, útil en el diagnóstico. Todas las correlaciones fueron positivas y estadísticamente significativas, con valores en general superiores a 0.25 (valor mínimo recomendado en la literatura psicométrica). Las correlaciones elemento-total fueron todas superiores a 0,35 y la consistencia interna fue de 0,73. Todos estos indicadores apuntan a la posibilidad de mantener esta subescala como una escala separada válida para el diagnóstico.

Los análisis factoriales realizados con los mismos métodos de extracción y de rotación ya señalados, con los restantes elementos, apuntan ahora a una solución con los mismos tres factores señalados anteriormente: Inatención-Hiperactividad-Impulsividad, Predisocial y Disocial, que conjuntamente representan el 45% de la varianza total.

En las tablas 23, 24 y 25, se presentan los elementos que componen los tres factores extraídos mediante análisis factorial, junto con sus correspondientes saturaciones.

Tabla 23. Elementos que componen el factor Inatención-Impulsividad-Hiperactividad.

<i>Elementos</i>	<i>Saturación</i>
Me cuesta concentrarme, me distraigo	,685
Pierdo muchas cosas	,660
Me tropiezo con las cosas	,633
Soy desordenado/a	,625
Me canso enseguida de hacer lo mismo	,592
Me dicen que no escucho	,590
Me cuesta esperar	,586
Me muevo mucho, soy revoltoso/a	,521

Interrumpo cuando hablan otras personas	,513
Me cuesta esperar en las filas	,459
Hago las cosas sin pensar antes	,447
Me levanto del pupitre cuando debería estar sentado/a	,368
Pierdo el control y grito	,341

Tabla 24. Elementos que componen el factor Disocial

<i>Elementos</i>	<i>Saturación</i>
Hago pellas/campana	,674
Amenazo a otros niños/as	,666
Me gusta prender fuego a las cosas	,649
Invento cosas de otras personas para hacerles daño	,596
Me gusta molestar a otros niños/as	,584
Utilizo mi fuerza para pegar a otros niños/as	,566
Algunos compañeros/as son débiles y hay que molestarles	,506
He hecho daño a otros niños/as o animales	,469
Hago gamberradas con mi grupo	,400
Me burlo de otras personas	,395

Tabla 25. Elementos que componen el factor predisocial

<i>Elementos</i>	<i>Saturación</i>
He robado cosas en el colegio u otro lugar	,634
Insulto a mis padres o profesores/as	,543
Hago trampas y miento	,535
Me gusta decir tacos	,496

He obligado a algún otro niño/a a hacer cosas que no quería	,463
Hablo con los compañeros y juego durante las clases	,447
Mis amigos/as son los que peor se portan de la clase	,373
Rompo juguetes o material escolar	,349

En la tabla 26 se presentan los elementos que componen el factor Oposicionismo-Desafiante, pero sin saturaciones factoriales, ya que no se obtuvieron por este procedimiento.

Tabla 26. Elementos que componen el factor Oposicionismo-Desafiante

<i>Elementos</i>
Soy desobediente
Soy peleón
Me gusta llevar la contraria
Me enfado cuando no me dejan hacer algo
Me cuesta cumplir las reglas
Me peleo con otros niños/as
Me enfado mucho
Estoy de malhumor
Contesto mal a mis padres o profesores

Se obtuvieron puntuaciones para los sujetos en cada uno de los factores anteriores, mostrando todas ellas elevadas correlaciones, como puede observarse en la tabla 27.

Tabla 27. Matriz de correlaciones entre los factores de primer orden

	adhd	oposic	predisoc	disocial
adhd	-			
oposic	,722(**)	-		
predisoc	,531(**)	,630(**)	-	
disocial	,521(**)	,661(**)	,703(**)	-

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Dadas las elevadas correlaciones entre los factores, se procedió a realizar un análisis factorial de segundo orden sobre la matriz de correlaciones, dando lugar a dos factores con el patrón presentado en la tabla 28.

Tabla 28. Estructura factorial de segundo orden. Matriz de configuración.

	Factor	
	1	2
Disocial	,886	
Predisocial	,720	
Inatención-hiperactividad		,848
Oposicionismo		,739

Como puede observarse, el primer factor agrupa los factores de primer orden Predisocial y Disocial, mientras que el segundo está formado por Inatención-Hiperactividad y Oposicionismo-Desafiante.

La correlación entre los factores de segundo orden también resultó ser muy elevada ($r = 0,759$), lo que justifica el uso de una puntuación total para el diagnóstico en función de la gravedad.

3.3. Fiabilidad de las puntuaciones y análisis de los elementos

En la tabla 28 se presentan de forma resumida las principales características relacionadas con el coeficiente de fiabilidad y análisis de ítems. Los coeficientes de fiabilidad fueron obtenidos con el *Coeficiente alpha de Cronbach*, como en el cuestionario anterior. En la tabla se presentan los resultados para los cuatro factores, los tres procedentes del análisis factorial y el de oposicionismo, así como para la puntuación total. Los factores de segundo orden no son interesantes para el diagnóstico, excepto el primero que agrupa predisocial disocial, pero ya se obtienen puntuaciones separadas en los de primer orden.

Tabla 28. Estadísticos de fiabilidad y análisis de elementos

Escala	Número de ítems	Coeficiente Fiabilidad	IC 95%	Mediana Índices Discrim.	Correl. media ítems	Error típico de medida
Predisocial	10	0,75	0,72-0,77	0,44	0,23	1,88

Proyecto Esperi

Disocial	8	0,75	0,72-0,77	0,44	0,27	1,63
Oposicionismo	9	0,79	0,77-0,81	0,48	0,30	1,21
Inatención-Hiperactividad	13	0,81	0,80-0,83	0,46	0,26	3,43
Puntuación total	40	0,92	0,91-0,93	0,47	0,22	5,04

Como puede observarse en la tabla los coeficientes de fiabilidad son muy elevados, tanto para los factores simples como para la puntuación total, encontrándose todos ellos por encima de los niveles mínimos recomendados.

Los valores de los índices de discriminación de los ítems son en general muy elevados, superando en todos los casos el límite convencional de 0.30, en todos los factores. En la tabla se presenta un resumen, que es la mediana de los índices de discriminación del conjunto de los ítems que componen cada factor.

3.4. Puntuaciones en el cuestionario Esperi y variables sociodemográficas

3.4.1. Relaciones con el género de los sujetos

En la tabla 29 se presentan los estadísticos de las puntuaciones del cuestionario Esperi según el sexo de los sujetos. Se llevó a cabo un contraste *t* de Student con objeto de establecer las posibles diferencias estadísticamente significativas. En los factores Pre-disocial y disocial, no se cumplió el supuesto de la igualdad de las varianzas con el contraste de Levene ($p < .05$), por lo que la significación de las diferencias se estableció con varianzas separadas y grados de libertad corregidos.

Tabla 29. Estadísticos descriptivos según sexos y contraste *t* de Student

	Sexo	Media	Desv. típica	T
Inatención-Hiperactividad	Niño	30,25	7,84	1,62 (ns)
	Niña	28,67	8,07	
Oposicionismo Desafiante	Niño	19,05	5,23	1,86*
	Niña	17,85	5,298	

Predisocial	Niño	16,02	4,56	2,67**
	Niña	14,66	3,68	
Disocial	Niño	12,76	4,36	3,56***
	Niña	11,13	3,05	
Puntuación total	Niño	78,09	18,98	2,58**
	Niña	72,31	17,63	

* (p < .05); ** (p < .01); *** (p < .001). Hipótesis unilateral

Puede observarse la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas en todos los factores excepto en Inatención-Hiperactividad.

En la figura 31 se presentan gráficamente los resultados en relación con el género.

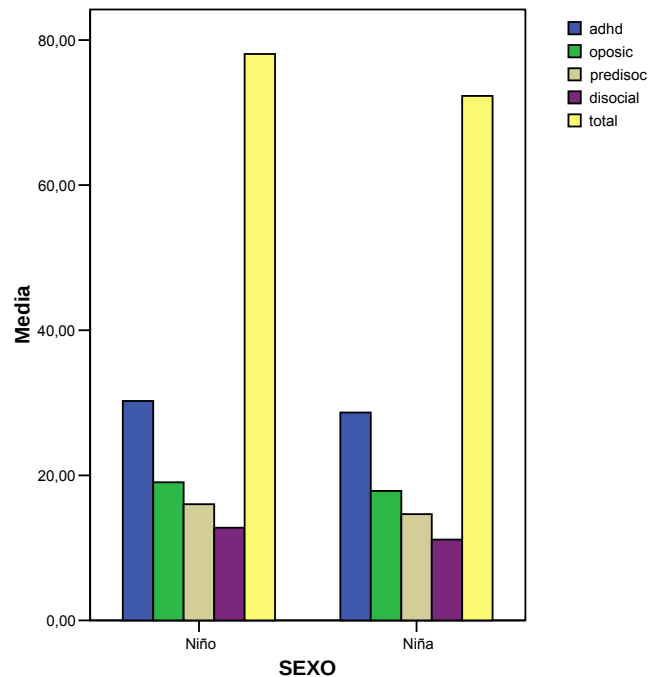


Figura 31. Medias de los sujetos en relación con el sexo de los sujetos

3.4.2. Diferencias relacionadas con la edad de los sujetos

En la tabla 32 se presentan los estadísticos descriptivos de los diferentes grupos de edad, junto con los intervalos de confianza para las medias corregidos mediante la corrección de Bonferroni.

Tabla 32. Estadísticos descriptivos de los grupos de edad.

Factores	Edad	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Inaten-Hiper	8	331	25,81	7,81	24,97	26,66
	9	262	28,08	8,39	27,06	29,10
	10	289	28,54	7,66	27,65	29,43
	11	226	28,87	7,62	27,87	29,87
	Total	1108	27,68	7,96	27,21	28,15
Oposic	8	331	15,08	4,55	14,59	15,58
	9	262	16,74	4,99	16,16	17,38
	10	289	17,07	4,68	16,52	17,61
	11	226	17,42	4,27	16,86	17,98
	Total	1108	16,48	4,72	16,20	16,75
Prediso c	8	331	12,66	3,30	12,30	13,02
	9	262	13,56	4,17	13,05	14,06
	10	289	13,53	3,37	13,14	13,92
	11	226	14,70	3,89	14,19	15,21
	Total	1108	13,51	3,73	13,30	13,74
Disocial	8	331	9,81	2,69	9,52	10,10
	9	262	10,47	3,08	10,10	10,84
	10	289	10,52	3,24	10,14	10,89
	11	226	11,37	3,78	10,88	11,87
	Total	1108	10,47	3,21	10,28	10,66
P.total	8	331	63,38	15,48	61,71	65,06
	9	262	68,89	17,80	66,72	71,05
	10	289	69,67	16,14	67,80	71,53
	11	226	72,38	16,58	70,20	74,55
	Total	1108	68,16	16,76	67,17	69,15

En la tabla 33 se presentan los resultados del Análisis de Varianza, la prueba F en todos los casos, excepto en los factores Predisocial, Disocial y Puntuación total en los que no se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas según el contraste de Levene ($p < .01$) y el F convencional se ha sustituido por el F de Brown-Forsythe.

Tabla 33. Contrastes de igualdad de medias en relación con la edad.

(a) Prueba F

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inatención-Hiperact.	Inter-grupos	1727,373	3	575,791	9,272	,000
	Intra-grupos	68555,438	1104	62,097		
	Total	70282,811	1107			
Oposic.	Inter-grupos	967,997	3	322,666	14,971	,000
	Intra-grupos	23793,426	1104	21,552		
	Total	24761,424	1107			

(b) Brown-Forsythe

		Estadístico(a)	gl1	gl2	Sig.
Predisocial	Welch	14,076	3	580,145	,000
	Brown-Forsythe	13,466	3	982,688	,000
Disocial	Welch	10,285	3	574,634	,000
	Brown-Forsythe	10,412	3	931,527	,000
P. Total	Welch	16,262	3	587,270	,000
	Brown-Forsythe	15,052	3	1035,722	,000
	Brown-Forsythe	14,146	3	956,528	,000

Se examinaron las diferencias “post-hoc” utilizando los contrastes de Bonferroni con los dos primeros factores y de Games-Howell (robusto frente a la desigualdad de varianzas) con los dos últimos y la puntuación total. Los resultados fueron los siguientes:

- Inatención-Hiperactividad: los niños de 8 años puntúan menos que los de los otros tres grupos ($p < .01$), no encontrándose diferencias significativas entre los tres grupos restantes
- Oposicionismo desafiante: el patrón es similar al anterior, puntuando significativamente menos los niños de 8 años que los de los otros tres grupos. No se muestran diferencias significativas entre los otros tres grupos

- Predisocial: los niños de 8 años puntúan significativamente msnos que los de los restantes grupos. También los de 9 y los de 10 años puntúan menos que los de 11 años ($p < .05$).
- Disocial: Aparece el mismo patrón que en el factor predisocial
- Puntuación total: los niños de 8 años puntúan significativamente menos que los de los otros tres grupos, no apareciendo diferencias estadísticamente significativas entre estos últimos.

En las figuras 32 a 36 se presentan los diagramas de error para cada uno de los factores y la puntuación total.

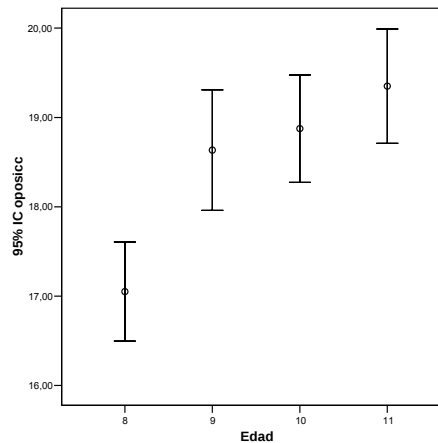
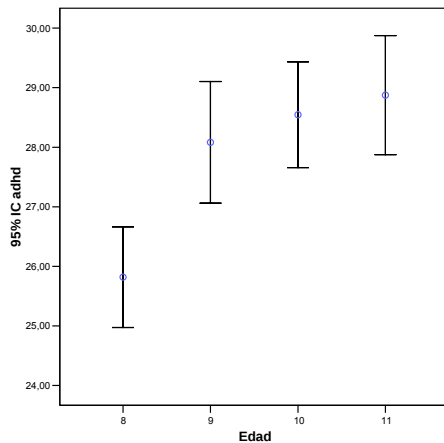


Figura 32. Inatención-Hiperact.

Figura 33. Oposicionismo

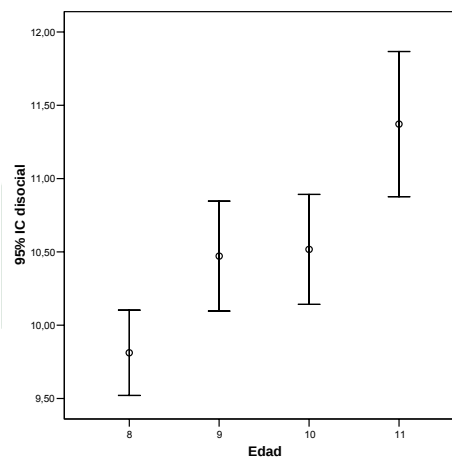
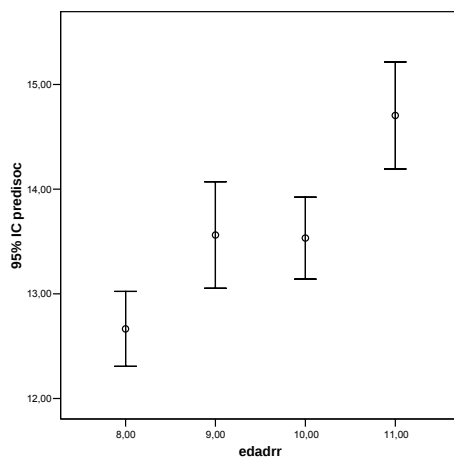


Figura 34. Predisocial

Figura 35. Disocial

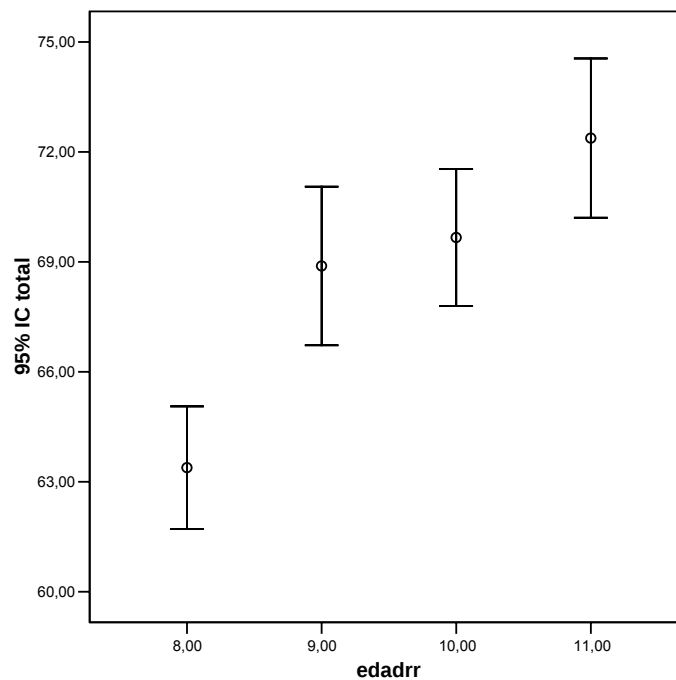


Figura 36. Diferencias en la puntuación total.

3.5. Establecimiento de niveles de gravedad mediante análisis de conglomerados.

3.5.1. Tipología para el grupo total

Para el establecimiento de los niveles de gravedad en este grupo de edad se realizaron análisis de conglomerados como en el caso del Esperi 12-18 años, con la idea de que esta técnica permitiría encontrar grupos que difieren en la severidad del trastorno. Se probó inicialmente con la técnica del análisis de conglomerados de K-medias, tal como se había realizado con los sujetos de 12-18 años. Posteriormente se probó la técnica del *análisis de conglomerados en dos fases*, encontrándose una solución más adecuada. Los resultados que se presentan a continuación son los procedentes de esta última técnica.

Se realizó en primer lugar una agrupación con todos los sujetos. Dadas las diferencias encontradas, se establecieron posteriormente tipologías de gravedad para los sujetos de 8 años separados de los restantes, de 9-10 y de 11 años.

La técnica de análisis clasificó los sujetos en cuatro grupos con los tamaños que se especifican en la tabla 34 y en la figura 37.

Tabla 34. Grupos formados en el análisis de conglomerados en dos etapas

		N	% de combinados	% del total
Conglomera do	4	69	6,1%	6,1%
	3	193	17,1%	17,1%
	2	389	34,5%	34,5%
	1	475	42,2%	42,2%
	Combinados	1126	100,0%	100,0%
Total		1126		100,0%

En la figura 37 se representan en diagramas de sectores los tamaños de los grupos.



Figura 37. Tamaño de los conglomerados

Los centroides o puntos medios de los grupos en los diferentes trastornos se presentan en la tabla 35, junto con las correspondientes desviaciones típicas

Tabla 35. Centroides o medias de los grupos y desviaciones típicas

Inatención-Hiperact.		Predisocial		Disocial		Oposicionismo	
Media	Desv. típica	Media	Desv. Típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
39,1127	7,43870	23,0624	4,96252	19,4457	4,04394	28,6374	5,28791
35,7513	6,43094	16,5808	2,78372	12,9664	2,14233	23,6044	3,34202
29,7143	4,84802	13,0568	1,89781	9,9640	1,66758	19,3388	2,45955
21,1324	3,85119	11,3280	1,43661	8,6526	,98973	14,0077	2,44146
27,7048	7,96757	13,5447	3,77057	10,5064	3,26124	18,3908	5,26490

En las figuras 38 a 41 se presentan los diagramas de error para cada uno de los factores. La línea de referencia en los gráficos es en todos los casos la media global en el factor.

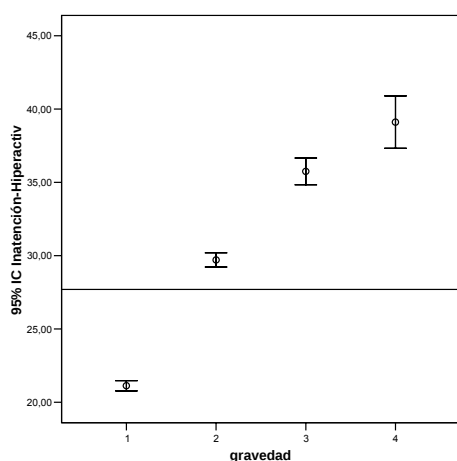


Figura 38. Inatención

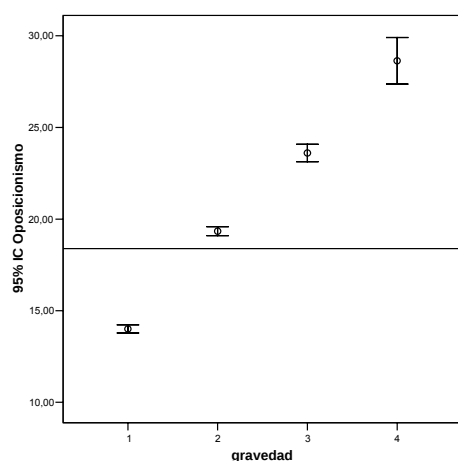


Figura 39. Oposicionismo

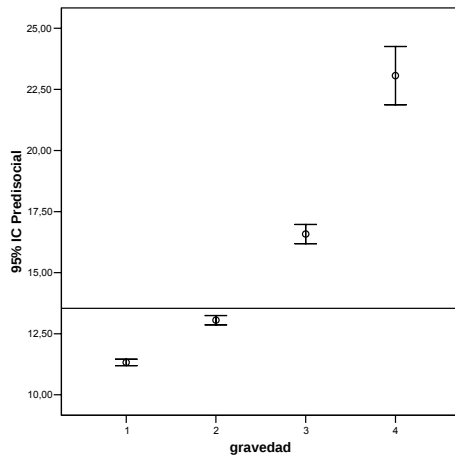


Figura 40. Predisocial

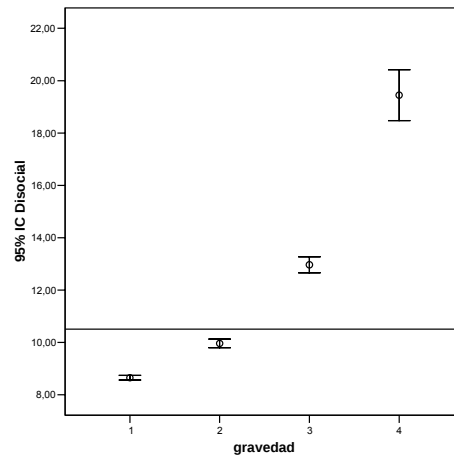


Figura 41. Disocial

3.5.2. Tipología para el grupo de 8 años

En la tabla 36 se presentan los centroides de los grupos y las desviaciones típicas de cada uno de los conglomerados establecidos por el procedimientos de conglomerados en dos fases.

Puede observarse que los grupos difieren en sus niveles medios en los cuatro factores. Los grupos podrían clasificarse como:

- Grupo 1. Bajo
- Grupo 2. Leve
- Grupo 4. Moderado
- Grupo 3: Severo

Tabla 36. Centroides y desviaciones típicas de los conglomerados

G	Inatención-Hiperactividad		Oposicionismo		Predisocial		Disocial	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
1	33,6162	7,45188	23,2233	3,65161	15,3973	3,07685	12,5556	1,95541
2	39,9189	7,62817	27,1270	6,53699	22,5295	5,37013	17,7692	5,06876
3	29,1367	4,83543	18,5853	2,72076	12,9193	1,91320	9,4160	1,44583
4	20,5549	3,93092	13,5337	2,41322	10,9237	1,14539	8,5492	,97037
Todos	25,8192	7,81384	17,0512	5,12291	12,6655	3,30961	9,8127	2,69113

En la figura 42 se presentan en diagrama de sectores los números de sujetos que componen cada conglomerado.

Tamaño de conglomerado

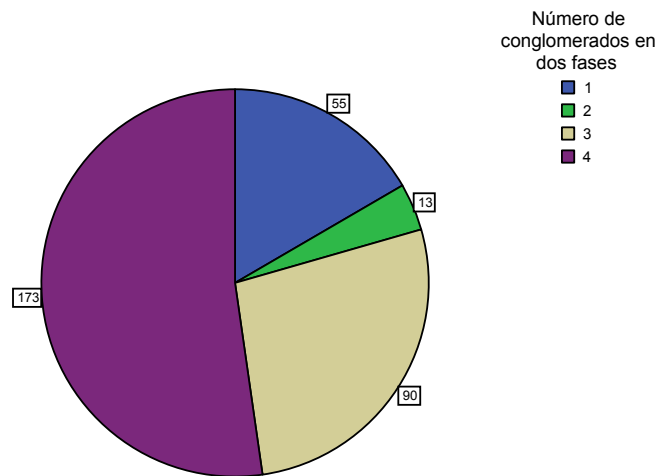


Figura 42. Tamaños de los conglomerados

En las figuras 43 a 46 se presentan los diagramas error que representan las medias y sus intervalos de confianza del 95% para cada uno de los factores.

Intervalos de confianza al 95% simultáneos para las medias

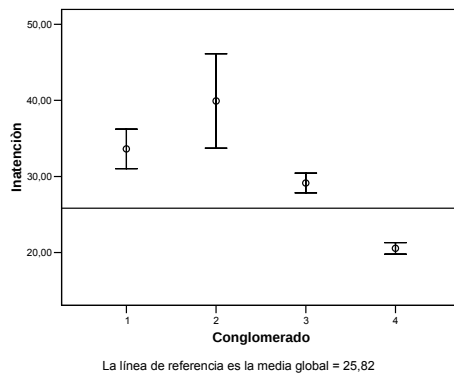


Figura 43. Inatención-Hiperac.

Intervalos de confianza al 95% simultáneos para las medias

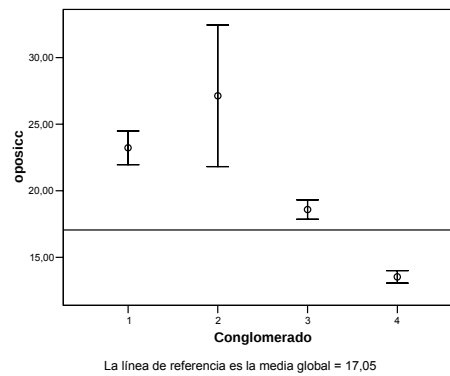


Figura 44. Oposicionismo

Intervalos de confianza al 95% simultáneos para las medias

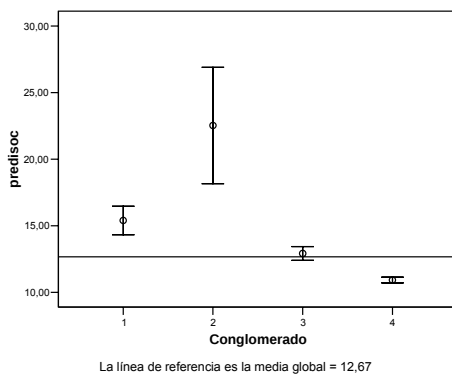


Figura 45. Predisocial

Intervalos de confianza al 95% simultáneos para las medias

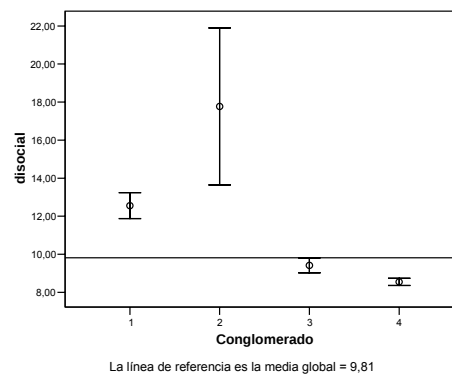


Figura 46. Disocial

En los gráficos puede observarse que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en los factores Predisocial y Disocial. No se muestran por el contrario estas diferencias en los factores de Inatención-Hiperactividad y Oposicionismo entre los grupos Moderado (4) y Severo (3).

En la figura 47 se presentan los tamaños de los conglomerados.

3.5.2. Tipología para el grupo de 9-10 años

En la tabla 37 se presentan los centroides de los grupos y las desviaciones típicas de cada uno de los conglomerados establecidos por el procedimientos de conglomerados en dos fases.

Puede observarse que los grupos difieren en sus niveles medios en los cuatro factores. Los grupos podrían clasificarse como:

- Grupo 1. Bajo
- Grupo 2. Leve
- Grupo 4. Moderado
- Grupo 3: Severo

Tabla 37. Centroides y desviaciones típicas de los conglomerados por severidad.

G		Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
1		19,6915	3,48158	12,9502	2,13054	10,9171	1,01224	8,3274	,58
2		28,0562	4,87072	18,4092	2,66485	12,6050	1,75022	9,6636	1,57
3		39,8554	7,78242	29,9630	5,03276	23,3496	5,29174	19,0400	3,87
4		36,0224	6,19199	23,2984	3,44676	16,0718	2,70153	12,5734	2,17
Todos		28,3252	8,01717	18,7607	5,35753	13,5465	3,77322	10,4957	3,16

En la figura 47 se presentan los tamaños de los conglomerados.

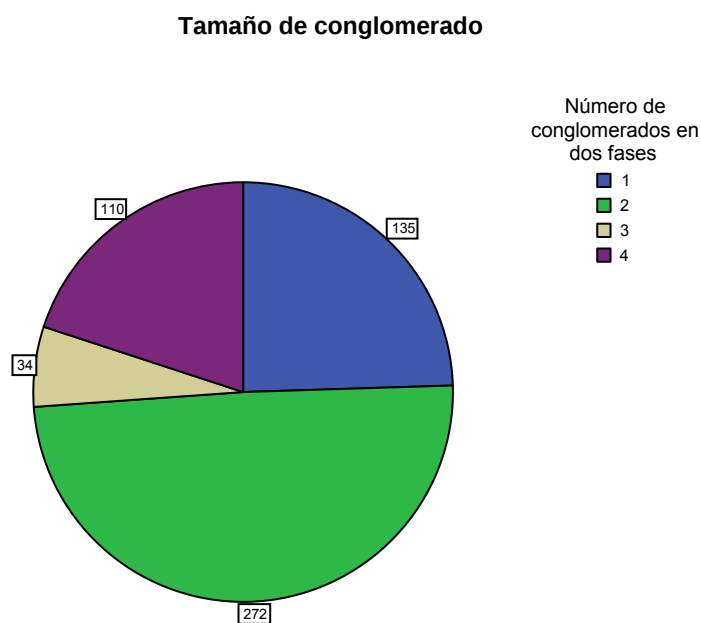
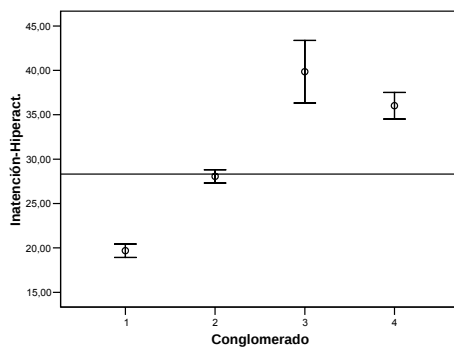


Figura 47. Tamaños de los conglomerados

En las figuras 48 a 51 se presentan los diagramas de error con las medias de cada conglomerado y sus Intervalos de confianza del 95%.

Intervalos de confianza al 95% simultáneos para las medias



Intervalos de confianza al 95% simultáneos para las medias

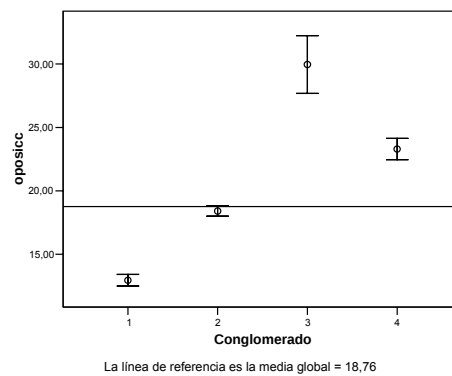
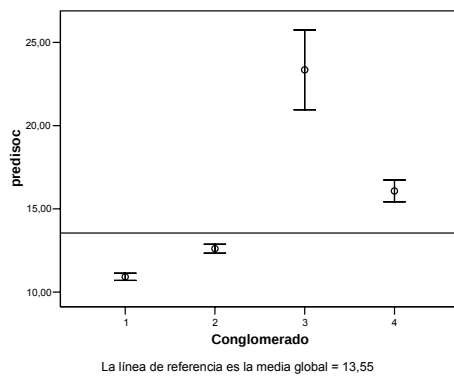


Figura 48. Inatención-Hiper. Figura 49. Oposicionismo

Intervalos de confianza al 95% simultáneos para las medias



Intervalos de confianza al 95% simultáneos para las medias

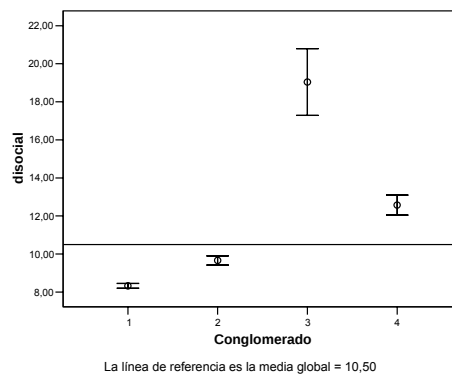


Figura 50. Predisocial

Figura 51. Disocial

Puede verse en los diagramas que se manifiestan diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos de severidad en todos los factores, excepto en Inatención-Hiperactividad entre los grupos Moderado (4) y Severo (3).

3.5.3. Tipología para el grupo de 11 años

En la tabla 38 se presentan los centroides de los grupos y las desviaciones típicas de cada uno de los conglomerados establecidos por el procedimientos de conglomerados en dos fases.

Puede observarse que los grupos difieren en sus niveles medios en los cuatro factores. Los grupos podrían clasificarse como:

- Grupo 4. Bajo
- Grupo 3. Leve
- Grupo 2. Moderado
- Grupo 1: Severo

Tabla 38. Centroides y desviaciones típicas de los conglomerados

	Inatención- Hiperactividad		Oposicionismo		Predisocial		Disocial	
	M edia	De sv. típica	M edia	De sv. típica	M edia	De sv. típica	M edia	De sv. típica
	3	6,2	2	4,2	2	3,7	2	3,4
	7,0875	7714	7,4296	7594	2,6714	1256	0,5197	8437
	3	4,8	2	2,5	1	2,8	1	1,8
	7,4348	3936	4,0584	0432	7,2252	9124	4,1936	9524
	3	4,7	2	2,4	1	2,3	1	1,6
	0,8371	0589	0,1752	5026	4,6127	7880	0,4282	0410
	2	3,7	1	2,2	1	1,7	9,	1,1
	2,1915	4922	5,1205	5260	2,0884	5880	0685	5916
	2	7,6	1	4,8	1	3,8	1	3,7
odos	8,8744	2605	9,3506	7523	4,7036	9743	1,3722	7659

En la figura 44 se representa en un diagrama de sectores el tamaño de los conglomerados.

Tamaño de conglomerado

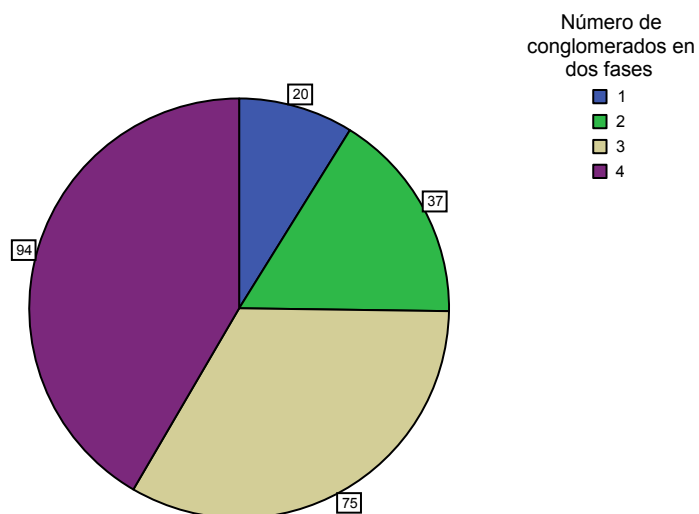


Figura 52. Tamaño de los conglomerados. 11 años.

En las figuras 53 a 56 se presentan los diagramas de error con las medias de los conglomerados y sus intervalos de confianza para los cuatro factores.

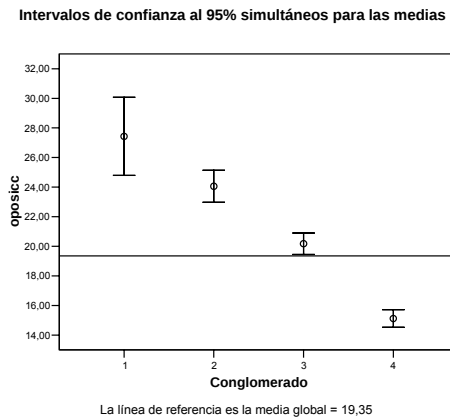
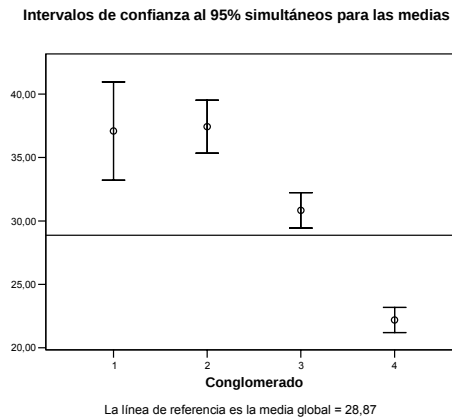


Figura 53. Inatención-Hiperactividad

Figura 54. Oposicionismo

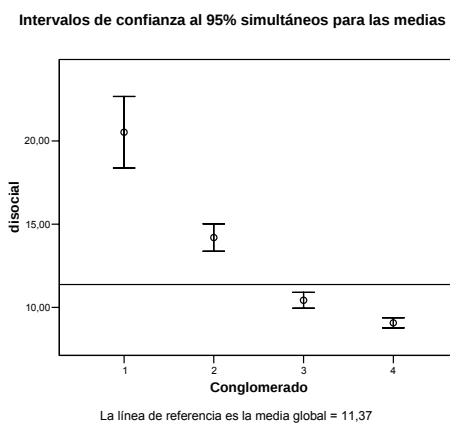
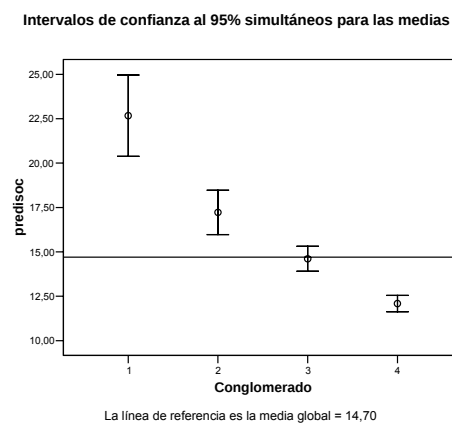


Figura 55. Predisocial

Figura 56. Disocial

Puede observarse la ausencia de solapamientos en los gráficos en todos los factores, excepto en inatención-hiperactividad entre los grupos 1 (severo) y 2 (moderado).

3.6. Normas de corrección y puntuación

3.6.1. Normas de corrección

Del total de los elementos del cuestionario, solamente 40 intervienen en la obtención de las puntuaciones en los factores y en la puntuación total.

A partir de estos 40 elementos pueden obtenerse puntuaciones en cada uno de los tres factores derivados del análisis factorial y del factor de oposicionismo. Además puede obtenerse una puntuación total, con la que establecemos los puntos de corte para determinar los niveles de gravedad. La justificación del uso de la puntuación total se estableció anteriormente debido a las elevadas correlaciones entre los factores y al valor del coeficiente alpha para el total de los 40 elementos.

Para obtener puntuaciones directas en cada uno de los factores se sumarán las puntuaciones de los ítems que los componen, tal como se indica a continuación:

Inatención-Hiperactividad (13 elementos)

La puntuación directa total se obtiene sumando las puntuaciones de los 13 elementos que componen la escala:

$$4 + 6 + 9 + 13 + 14 + 16 + 19 + 22 + 25 + 28 + 32 + 34 + 44$$

Oposicionismo desafiante

La puntuación directa total se obtiene sumando las puntuaciones de los 9 elementos que componen la escala:

$$1 + 3 + 7 + 15 + 18 + 23 + 31 + 36 + 37$$

Predisocial:

La puntuación directa total se obtiene sumando las puntuaciones de los 10 elementos que componen la escala:

$$27 + 29 + 35 + 38 + 39 + 40 + 41 + 42 + 43 + 45$$

Disocial

La puntuación directa total se obtiene sumando las puntuaciones de los 8 ítems que componen la escala:

$$2 + 5 + 10 + 11 + 12 + 17 + 26 + 30$$

Puntuación Total

Puede calcularse una puntuación total sumando las respuestas de los 40 elementos anteriores o más fácilmente sumando las puntuaciones totales de los 4 factores.

3.6.2. Normas de interpretación

Para la interpretación de las puntuaciones pueden consultarse las tablas de rangos percentiles, que se presentan al final de este apartado. Hay tablas con dichos rangos para los 4 factores primarios y para la puntuación total. Con esta última también se presentan rangos de puntuaciones que permiten clasificar a los sujetos en niveles de severidad: normales, leves, moderados y severos.

Se presentan los rangos percentiles para los diferentes niveles de edad, agrupando los sujetos de 9-10 años por no mostrar entre ellos diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los factores.

Como ya se ha señalado a propósito del cuestionario de 12-18 años, suelen considerarse casos de riesgo los que puntúan por encima del percentil 90 y moderados los que se encuentran entre los percentiles 75 y 90. Pueden aplicarse estos esquemas a las puntuaciones en cada uno de los factores.

Rangos percentiles: Niños 8 años

Rangos percentiles(a)

		Inatención	Oposición	Predisocial	Disocial
N	Válidos	331	331	331	331
Percentiles					
	5	15	10	10	8
	10	17	11	10	8
	15	18	12	10	8
	20	19	13	10	8
	25	20	13	10	8
	30	21	14	11	8
	35	22	14	11	8
	40	23	15	11	8
	45	24	16	11	8

50	24	16	12	9
55	25	17	12	9
60	26	17	12	9
65	27	18	13	10
70	29	19	13	10
75	30	20	14	11
80	32	21	14	11
85	34	22	15	12
90	37	24	17	13
95	42	27	19	15

Rangos percentiles: Niños 9-10 años

Rangos Percentiles

		adhd	oposicc	predisoc	disocial
N	Válidos	551	551	551	551
	Perdidos	0	0	0	0
Percentiles	5	17	11	10	8
	10	19	12	10	8
	15	20	13	10	8
	20	22	14	11	8
	25	23	15	11	8
	30	24	16	11	8
	35	24	16	12	9
	40	25	17	12	9
	45	26	18	12	9
	50	27	18	13	9
	55	29	19	13	10
	60	29	20	13	10
	65	31	20	14	11
	70	32	21	14	11
	75	33	22	15	12
	80	35	23	16	12
	85	37	24	16	13
	90	39	25	18	15
	95	42	29	21	17

Rangos percentiles: Niños de 11 años

Rangos Percentiles(a)

		adhd	oposiccc	predisoc	disocial
		Inatención	Oposicionis mo	Prediso cial	Disocial
Percentiles	álidos	226	226	226	226
	1	17	12	10	8
	0	20	13	10	8
	5	21	14	11	8
	10	21	15	11	8
	15	22	16	12	9
	20	24	17	12	9
	25	25	17	13	9
	30	27	17	13	10
	35	27	18	14	10
	40	28	18	14	10
	45	29	19	15	11
	50	30	20	15	11
	55	32	21	15	11
	60	33	22	16	12
	65	34	23	16	13
	70	35	23	17	14
	75	38	25	18	15
	80	39	26	20	16
	85	43	28	23	20

3.6.3, Niveles de gravedad en la puntuación total basados en las tipologías establecidas en 4.5.

3.6.3.1. Niveles de gravedad para el grupo total

En la tabla 39 se presentan las medias y los IC del 95% para las medias, así como los valores máximo y mínimo por grupos de gravedad, según la tipología establecida en 4.5.

Tabla 39. Medias, IC del 95% y valores máximo y mínimo por grupos de gravedad del trastorno en la puntuación total.

	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
			Límite inferior	Límite superior		
1	53,7582	5,95841	53,2210	54,2954	39,00	64,00
2	70,0878	5,37099	69,5524	70,6232	57,00	86,00
3	86,3193	7,24062	85,2913	87,3473	68,00	108,00
4	107,2744	13,53501	104,0230	110,5259	79,00	156,00
Total	68,2601	16,85779	67,2744	69,2458	39,00	156,00

Como puede observarse, a pesar del no solapamiento entre los intervalos de las medias, si observamos los valores máximo y mínimo de cada grupo, se observan algunos solapamientos en las puntuaciones.

Para obtener los puntos de corte que determinan los niveles de gravedad, se siguieron los mismos criterios presentados para el cuestionario de 12-18 años.

Siguiendo estos criterios, puede establecerse la siguiente clasificación:

- Bajos o normales: Puntuaciones hasta 61
- Leves: de 62 a 79
- Moderados: 80 a 94
- Severos: 95 o más

Con esta clasificación, los sujetos se distribuyen como muestra la figura 42.

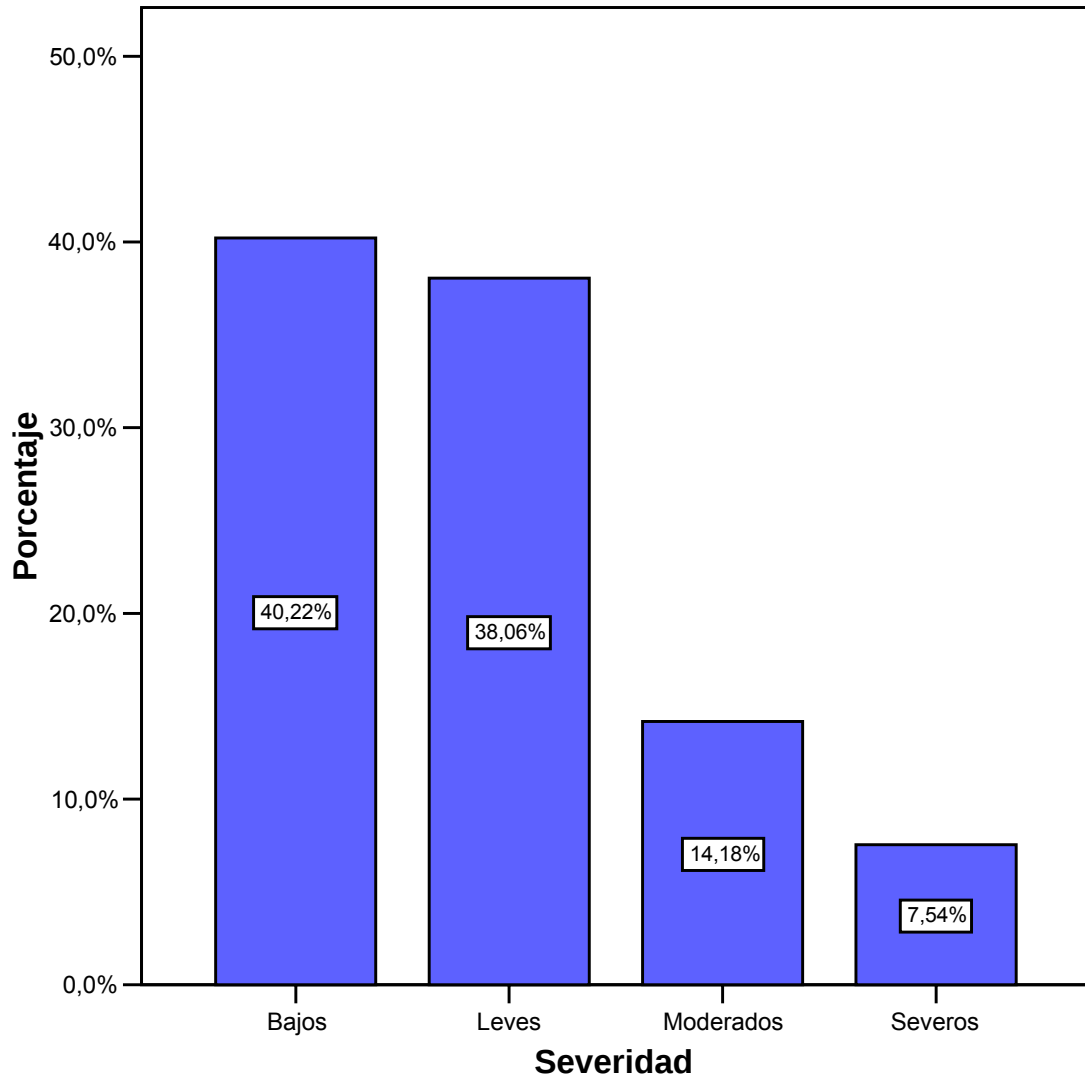


Figura 54, Clasificación del grupo completo de sujetos por niveles de severidad del trastorno.

3.6.3.2. Niveles de gravedad y puntos de corte en la puntuación total para el grupo de 8 años.

En la tabla 40 se presentan las medias y los IC del 95% para las medias, así como los valores máximo y mínimo por grupos de gravedad, según la tipología establecida en 4.5.

Tabla 40. Medias, IC del 95% y valores máximo y mínimo por grupos de gravedad del trastorno en la puntuación total.

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
Moderado	55	81,9057	8,50876	79,6054	84,2059	66,59	98,56
Severo	13	104,4303	13,51012	96,2662	112,5944	79,13	132,95
Leve	90	67,8252	5,65233	66,6413	69,0090	55,89	83,52
Bajo	173	52,1031	5,70153	51,2475	52,9587	39,00	63,00
Total	331	63,3852	15,48173	61,7112	65,0592	39,00	132,95

Como se observa en la tabla, a pesar de las diferencias entre las medias, todas ellas estadísticamente significativas, se observan solapamientos entre las puntuaciones. Para obtener puntos de corte óptimos, se siguió el mismo criterio ya explicado en puntos anteriores. Con este criterio, se establecerán los siguientes puntos de corte en la puntuación total para establecer los niveles de gravedad.

- Bajos o normales: Puntuaciones hasta 60
- Leves: de 61 a 72
- Moderados: 73 a 93
- Severos: 94 o más

En la figura 55 se presenta la clasificación del grupo en los niveles de gravedad establecidos.

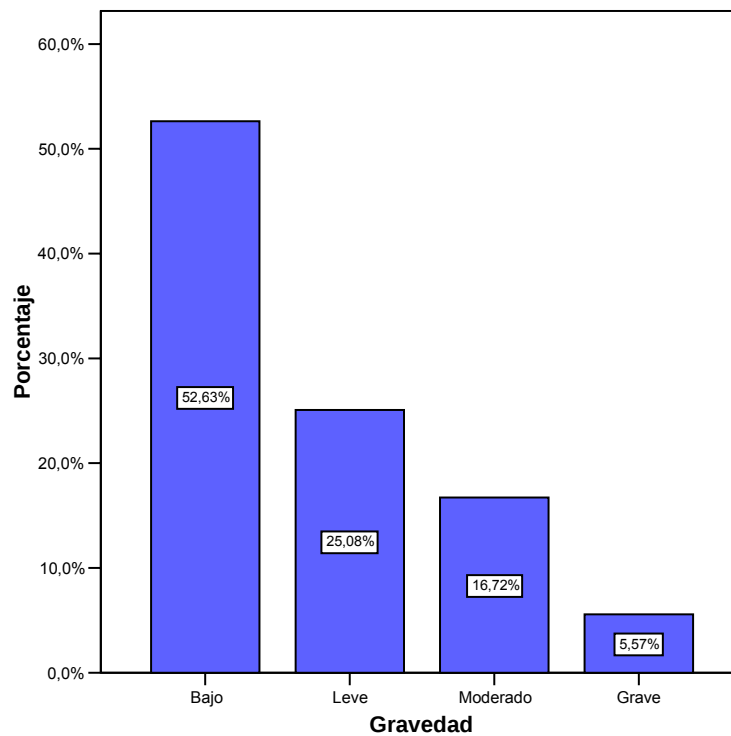


Figura 55. Clasificación de los sujetos por niveles de gravedad

3.6.3.3. Niveles de gravedad y puntos de corte en la puntuación total para el grupo de 9-10 años.

En la tabla 41 se presentan las medias y los IC del 95% para las medias, así como los valores máximo y mínimo por grupos de gravedad, según la tipología establecida en 4.5.

Tabla 41. Estadísticos descriptivos, IC del 95% y valores máximo y mínimo de los grupos establecidos por la gravedad en puntuación total

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
Bajo	135	50,6722	5,06500	49,8100	51,5344	39,00	59,02
Leve	72	66,9165	5,95446	66,2057	67,6273	53,20	82,00
Grave	34	109,2080	14,90611	104,0070	114,4089	89,00	156,00
Moderado	110	85,7034	6,95489	84,3891	87,0177	74,00	108,00
Total	551	69,2967	16,93776	67,8793	70,7141	39,00	156,00

Para la determinación de los puntos de corte se siguieron los mismos criterios anteriores, que llevaron a los siguientes puntos de corte:

- Bajos o normales: Puntuaciones hasta 60
- Leves: de 61 a 77
- Moderados: 78 a 95
- Severos: 96 o más



En la figura 56 se presenta la clasificación de los sujetos por niveles de gravedad.

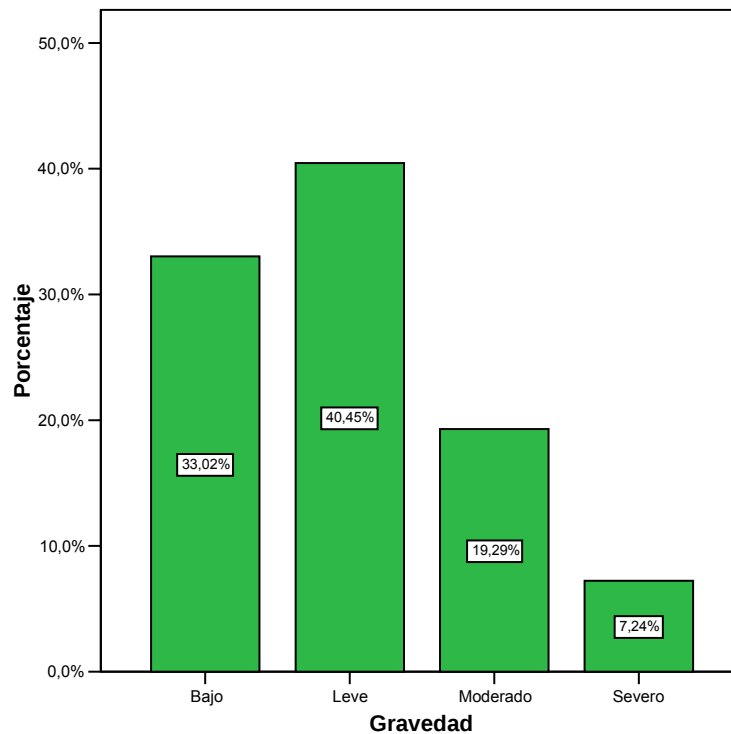


Figura 56. Clasificación de los sujetos por niveles de gravedad.

3.6.3.4. Niveles de gravedad y puntos de corte en la puntuación total para el grupo de 11 años.

En la tabla 42 se presentan las medias y los IC del 95% para las medias, así como los valores máximo y mínimo por grupos de gravedad, según la tipología establecida en 4.5.

Tabla 42. Estadísticos descriptivos, IC del 95% y valores máximo y mínimo de los grupos establecidos por la gravedad en puntuación total

	N	Media	D.Típica	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
--	---	-------	----------	-----------------	-----------------	--------	--------

Severo	20	104,758 1	8,78402	100,6471	108,869 2	92,00	124,00
Moderado	37	90,2664	5,50406	88,4313	92,1016	79,00	104,00
Leve	75	73,9526	4,79134	72,8502	75,0550	66,00	86,00
Bajo	94	57,1924	5,60281	56,0448	58,3400	44,00	67,31
Total	226	72,3785	16,57934	70,2053	74,5518	44,00	124,00

Para la determinación de los puntos de corte se siguieron los mismos criterios anteriores, que llevaron a los siguientes puntos de corte:

- Bajos o normales: Puntuaciones hasta 68
- Leves: de 69 a 82
- Moderados: 83 a 96
- Severos: 97 o más

La clasificación de los sujetos mediante los anteriores puntos de corte puede verse en la figura 57.

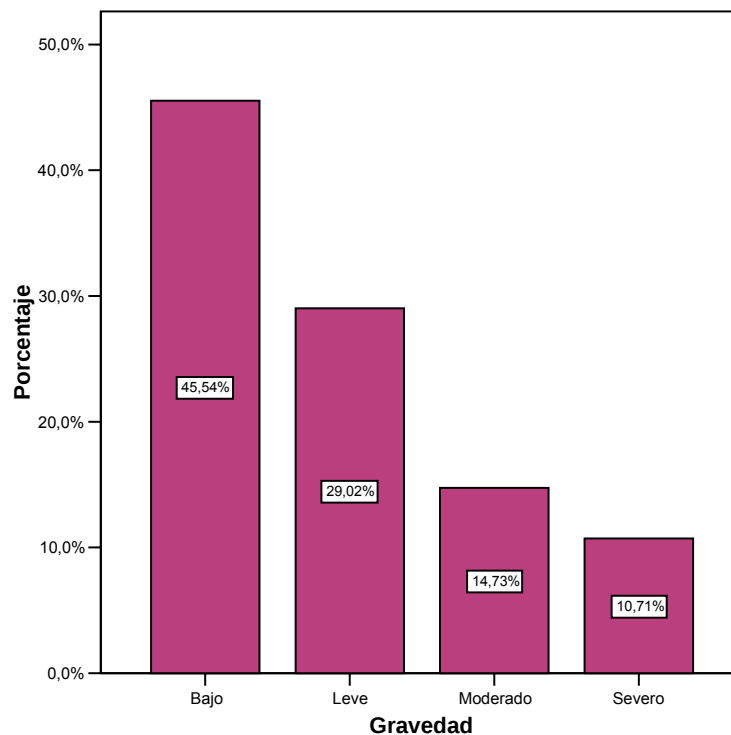


Figura 57. Clasificación de los sujetos por niveles de gravedad

Si llevamos a cabo un ANOVA de los síntomas presentados por los 4 grupos, veremos que no existe solapamiento entre los IC del 95% corregidos por Bonferroni.



4. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DEL EDUCADOR

4.1. Dimensionalidad del cuestionario

El cuestionario del educador fue aplicado a una muestra de $n = 225$ educadores de los que 175 fueron de educación primaria y 50 de educación secundaria. Debido a lo reducido del tamaño de la muestra, y por tratarse del mismo cuestionario, los datos para la validación fueron analizados conjuntamente. Los profesores proceden de centros públicos y privados y todos ellos tienen alumnos evaluados por el cuestionario Esperi.

La dimensionalidad se estableció mediante el procedimiento de análisis factorial exploratorio.

Se procedió en primer lugar a establecer la adecuación de la matriz para el análisis factorial, encontrando un valor muy elevado para el índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer- Olkin ($KMO=0,962$) y una matriz de correlaciones con significación estadística global, como pone de relieve la prueba de esfericidad de Bartlett (χ^2 con 2080 grados de libertad = 17009,77, $p < .001$).

El criterio de retención de autovalores mayores que 1 permitía seleccionar hasta 8 factores, que explicaban el 76% de la varianza total. No obstante, este criterio sobreestima el número de factores, por lo que se siguieron los criterios del “scree test”, según el cual, se sugería como número óptimo el 4, contemplando también las soluciones de 3 y 5 factores. Una vez examinadas las tres configuraciones, se optó por la solución de 3, que explicó el 62% de la varianza total y en la que se agrupan claramente los tres grandes trastornos. La solución inicial fue rotada a una solución oblicua por el procedimiento PROMAX.

Los factores pueden interpretarse como:

1. Inatención-Hiperactividad
2. Oposicionismo-Desafiante
3. Predisocial-DIsocial

En las tablas 43 a 45 se presentan los elementos que componen cada factor junto con sus saturaciones factoriales, procedentes de la matriz de configuración.

Tabla 43. Elementos que configuran el primer factor: Inatención-Hiperactividad

Elementos	Saturaciones
60. Es muy desorganizado	,943
44. Es habitualmente desordenado	,931
52. Deja muchas tareas sin completar o a medias	,793
28. Pierde muchas cosas	,787
13. Se distrae con facilidad, tiene poca capacidad de concentración	,778
32. Comete muchos errores por no fijarse	,747
9. Se cansa enseguida de hacer lo mismo	,621
6. Hace cosas sin pensar en las consecuencias	,602
24. Hace cosas sin pensar de las que luego se arrepiente	,595
34. Le cuesta esperar	,513
22. Habla mucho o no escucha	,513
14. Es atolondrado/a, muy revoltoso/a	,497
17. Rompe juguetes o material escolar	,485
53. Está todo el tiempo acelerado, "como una moto"	,477
19. Se levanta del pupitre cuando se espera que esté sentado	,465
43. Miente o hace trampas	,449
49. Incumple los horarios del colegio	,327

Tabla 44. Elementos que componen el factor Oposicionismo-Desafiante y sus saturaciones.

Elementos	Saturaciones
15. Tiene rabietas o mal genio	,810
31. Se enfada o pierde el control si las cosas no son como él quiere	,748
25. Pierde el control con frecuencia, tiene rabietas	,715
37. Discute por todo	,703
7. Lleva la contraria por todo	,624
36. Esta permanentemente irritado	,585
20. Culpa a los demás de sus problemas o errores	,37
1. Es desobediente	,27
18. Se niega a cumplir las normas	,41
41. Se muestra resentido y enfadado hacia los adultos	,25

Tabla 45. Elementos que componen el factor Predisocial-Disocial y sus saturaciones

Elementos	Saturaciones
12. Puede ser cruel con otros niños/chicos o animales	,964
51. Humilla o se burla de otras personas	,943
54. Ridiculiza a otros	,938
55. Utiliza la fuerza física para asustar/amenazar a otros niños/chicos	,887
45. Ha obligado a algún otro niño/a a hacer cosas que no quería	,870
47. Ha hecho el vacío a alguien para hacerle daño	,836
40. Anima a otros a no relacionarse o a molestar a ciertos niños/chicos	,820
29. Amenaza o provoca a otros niños-as/chicos-as	,809
38. Molesta a otros niños-as/chicos-as a propósito	,753
5. Utiliza la fuerza física para asustar o amenazar a otros niños/chicos	,744
58. Disfruta criticando a los demás	,710
27. Molesta a los demás a propósito	,701
11. Ha contado mentiras de otras personas para hacerles daño	,659
39. Utiliza un lenguaje muy soez e insultante	,649
3. Provoca peleas con otros niños-as/chicos-as	,645
59. Miente sobre otras personas	,593
23. Se pelea con otros niños/chicos	,562
48. Coge cosas que no son suyas y se las queda	,522
21. Va a lo suyo, no le interesan los problemas de los demás	,509
33. "Pasa" de los problemas de los demás	,497
42. Se junta con otros chicos/as que se meten en problemas	,494

10. Manipula para conseguir lo que quiere	,411
26. Que Ud. sepa, va en pandilla a pelearse con otros	,394
57. Parece no sentirse culpable cuando hace algo mal o daño a alguien	,370
35. Hace pellas/campana	,341
2. Que Ud. sepa, ha robado en el colegio o en algún otro lugar	,336
43. Miente o hace trampas	,405
46. Utiliza cosas de los demás sin permiso	,393

Al igual que sucedía con los autoinformes de los alumnos, las puntuaciones factoriales del cuestionario del profesor también muestran elevadas saturaciones, como puede observarse en la tabla

La matriz de correlaciones entre los factores se presenta en la tabla 46 .

Tabla 46. Matriz de correlaciones entre los factores

	Inatención-Hiperact.	Oposicionismo	Predisocial-Disocial
Inatención-Hiperac.	1		
Oposicionismo	,859(**)	1	
Predisocial-Disocial	,811(**)	,866(**)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

4.2. Correlaciones entre las puntuaciones de los autoinformes y las puntuaciones del cuestionario del educador

Se obtuvieron las puntuaciones en los factores del cuestionario del educador y se correlacionaron con los factores derivados del cuestionario de los alumnos, obteniéndose las correlaciones producto-momento mostradas en la tabla 47.

Tabla 47. Correlaciones entre las respuestas de los niños y las de los profesores

Alumnos	Educadores		
	Oposiic.	Pre_disoc	Inatención
Inatención-Hip.	414(**), ,	91(**), ,3	445(**), ,
Oposicionismo	405(**), ,	03(**), ,4	420(**), ,
Predisocial	225(**), ,	68(**), ,2	211(**), ,
Disocial	384(**), ,	26(**), ,4	361(**), ,
Total	407(**), ,	21(**), ,4	413(**), ,

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Puede observarse que todas las correlaciones son estadísticamente significativas y con tamaños medios. También se encuentran valores mayores entre los factores similares derivados de ambos cuestionarios

4.3. Fiabilidad de las puntuaciones y análisis de elementos

En la tabla 48 se presentan de forma resumida las principales características relacionadas con el coeficiente de fiabilidad y análisis de ítems. Los coeficientes de fiabilidad fueron obtenidos con el *Coeficiente alpha de Cronbach*, como en los

cuestionarios anteriores. En la tabla se presentan los resultados para los tres factores, así como para la puntuación total resultante de la suma de puntuaciones de los tres factores.

Tabla 48. Estadísticos de fiabilidad y análisis de elementos

Escala	Número de ítems	Coefficiente Fiabilidad	IC 95%	Mediana Índices Discrim.	Correl. media ítems	Error típico de medida
Predisocial-Disocial	28	0,975	0,97-0,98	0,78	0,58	3,54
Oposicionismo	10	0,950	0,94-0,96	0,71	0,66	2,21
Inatención-Hiperactividad	19	0,975	0,97-0,98	0,76	0,66	3,31
Puntuación total	57	0,987	0,98-0,99	0,71	0,56	5,75

Como puede observarse en la tabla los coeficientes de fiabilidad son muy elevados, tanto para los factores simples como para la puntuación total, encontrándose todos ellos muy por encima de los niveles mínimos recomendados.

Los valores de los índices de discriminación de los ítems son en general muy elevados, superando en todos los casos los valores de 0,50 en todos los factores. En la tabla se presenta un resumen, que es la mediana de los índices de discriminación del conjunto de los ítems que componen cada factor.

4.4. Normas de corrección y puntuación del cuestionario de educadores

Para obtener puntuaciones en los factores se suman los elementos correspondientes a cada uno de ellos.

Inatención-Hiperactividad (19 elementos)

60 + 44 + 52 + 28 + 13 + 32 + 9 + 6 + 24 + 34 + 22 + 14 + 17 + 19 + 16 +

50 + 53 + 49 + 4

Predisocial-Disocial (28 elementos)

12 + 51 + 54 + 55 + 45 + 47 + 40 + 29 + 38 + 5 + 27 + 58 + 39 + 11 +
3 + 59 + 23 + 48 + 21 + 33 + 42 + 10 + 26 + 57 + 35 + 2 + 43 + 46

Oposicionismo desafiante

1 + 15 + 18 + 31 + 25 + 37 + 7 + 20 + 36 + 41

Puntuación total

Se obtiene sumando las puntuaciones de los otros tres factores

Se han elaborado unos rangos percentiles para una primera aproximación a la interpretación de las puntuaciones. No obstante, estas normas están basadas sobre una muestra reducida de sujetos (n=225) y no han podido elaborarse por edades, que sería muy conveniente, dada la variabilidad de la conducta entre edades.

Rangos percentiles de las puntuaciones del Cuestionario de Educadores (n = 225). Todas las edades

		Inaten- Hiper.	Oposic.	Predisoc. Disociall	P.Total
Percentil	5	19	10	28	58
es	10	21	10	28	61
	15	22	10	28	63
	20	24	10	29	65
	25	25	11	30	66
	30	26	11	31	69
	35	27	12	31	71
	40	30	13	32	74
	45	33	15	33	79
	50	37	16	36	89
	55	44	19	43	114
	60	52	21	47	127
	65	55	24	53	135
	70	58	26	56	146
	75	62	28	64	155
	80	67	31	73	169
	85	72	32	79	175

90	74	36	86	189
95	81	39	91	201

Como en casos anteriores pueden interpretarse como sujetos de riesgo alto los que puntúan por encima del percentil 90 y moderado los que se encuentran entre los percentiles 75 y 90.

5. ALGUNOS RESULTADOS PRELIMINARES DEL CUESTIONARIO DEL PROFESOR

Estos análisis no pueden considerarse definitivos dado el reducido tamaño de la muestra. No obstante, en una aproximación primera se procedió a realizar un análisis de factores principales, para ver la viabilidad de los factores. Exploradas diversas soluciones, la mejor de las obtenidas fue una solución con tres factores, que al igual que en el caso de los profesores, permite detectar los tres grandes síndromes:

- Inatención-Hiperactividad
- Oposicionismo desafiante
- Predisocial/Disocial

Los elementos que representan a cada uno de los factores se presentan en las tablas 49 a 51. No se presentan las saturaciones, dado que pueden ser muy inestables por el tamaño de la muestra. Se presenta una estimación del coeficiente alpha para cada uno de los factores

Tabla 49. Inatención-Hiperactividad

Elementos
Tiene demasiada actividad o energía
Se distrae con facilidad, poca capacidad de concentración
Pierde muchas cosas
Deja muchas tareas sin completar o a medias
Se cansa enseguida de hacer lo mismo
Es atolondrado/a, muy revoltoso/a

Habla mucho o no escucha
Le cuesta esperar
Está todo el tiempo acelerado, como una moto
Hace cosas sin pensar de las que luego se arrepiente
Comete muchos errores por no fijarse
Es muy desorganizado
Hace cosas sin pensar en las consecuencias
Manipula para conseguir lo que quiere
Incumple los horarios
Es habitualmente desordenado
Le cuesta esperar en las filas

El valor del coeficiente alpha para el conjunto de los ítems es de 0,91.

Tabla 50. Predisocial-Disocial

Elementos
Amenaza o provoca a otros niños/as
Molesta a otros niños/as a propósito
Utiliza la fuerza física para asustar a otros niños/as
Provoca peleas con otros niños/as
Molesta a los demás a propósito
Anima a otros a no relacionarse o a molestar a otros niños/as
Ha hecho el vacío a alguien para hacerle daño
Ha obligado a algún otro niño/a a hacer cosas que no quería
Ridiculiza a otros
Puede ser cruel con otros niños/as o animales
Humilla o se burla de otras personas
Utiliza la fuerza física para amenazar a otros niños/as
Disfruta criticando a los demás
Se pelea con otros niños/as
Va en pandilla a pelearse con otros
Miente sobre otras personas
Rompe juguetes o elementos de la casa
Ha contado mentiras de otras personas para hacerles daño
Se junta con otros chicos/as que se meten en problemas
Utiliza cosas de los demás sin permiso
Cree que los demás tratan de perjudicarlo
Ha prendido fuego a propósito

El valor del coeficiente alpha es de 0,93.

Tabla 51. Oposicionismo-Desafiante

Elementos
Ha robado de la casa o en algún otro lugar
Es desobediente
Utiliza un lenguaje muy soez e insultante
Tiene rabietas o mal genio
Coge cosas que no son suyas y se las queda
Parece no sentirse culpable cuando hace daño a alguien
Miente o hace trampas
Hace pellas/campana
Lleva la contraria por todo
Culpa a los demás de sus problemas o errores
Va a lo suyo, no le interesan los problemas de los demás
Está permanentemente irritado
Se enfada o pierde el control si las cosas no son como él quiere
Discute por todo
Se enfada o pierde el control si las cosas no son como él quiere
Pierde el control con frecuencia, tiene rabietas
Se niega a cumplir las normas

El valor del coeficiente alpha es de 0,88.

La configuración de los ítems en factores es muy similar a la mostrada en el caso de los profesores, excepto en el factor de Oposicionismo-Desafiante, al que ahora van más conductas que en los cuestionarios anteriores.

6. CONCLUSIONES

Los resultados presentados en este estudio avalan la calidad psicométrica de las tres versiones del cuestionario: autoinformes de 12-18 años, de 8-11 y del educador. Los factores encontrados reflejan las principales dimensiones de la literatura sobre los trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Únicamente falla en la detección del trastorno negativista-desafiante en las edades de 12-18, posiblemente porque en este nivel de edad no se trata de un comportamiento típico, apareciendo enmascarado dentro de otros factores.

En la versión de 8-11 años, aparecen tres de los trastornos claramente en el análisis factorial. El trastorno de Oposiconismo desafiante no aparece como factor, probablemente debido a su fuerte correlación con la inatención-impulsividad. No obstante, permite configurar una escala de elevada consistencia interna. La aparición de menos factores en la versión de 8-11 años es usual en los estudios de estos niveles de edad. Los factores de los diversos ámbitos de personalidad y conducta aparecen más claramente diferenciados en edades superiores.

En los diversos cuestionarios aparecen claras diferencias relacionadas con la edad, como es habitual en otros estudios. Esto hizo aconsejable el establecimiento de normas de interpretación y puntos de corte diferenciados por niveles de edad.

Se encuentra en todos los casos una elevada correlación entre los diversos trastornos evaluados con el cuestionario, también encontrada en otros estudios (Van Lier et al, 2003).

Los cuestionarios de alumnos permiten además la clasificación de los sujetos en diferentes grupos de severidad, así como de trastorno predominante, aspectos esenciales para la derivación de los adolescentes y el establecimiento de adecuadas pautas de intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, A-M., BROWN, S.A. & TOMLINSON, K.L.(2003). Psychiatric comorbidity among inpatient substance abusing adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 13, 83-101.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington, DC: Author.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, DIVISION 16 (1998). Specialty of school psychology recognized. *School Psychologist*, 52, 108– 109.

BERKLEY, R.A., FISCHER, M., SMALLSH, L. & FLETCHER,K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatric and Allied Discipliines*, 45, 195-211

CICCHETTI, D. & COHEN, D.J. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. En D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 3-16). New York: Wiley.

DU PAUL, G.J., VOLPE, R.J., JITENDRA, A.K., LUTZ, J.G., LORAH, K.S. & GRUBER, R. (2004). Elementary school students with AD/HD: predictors of academic achievement. *Journal of School Psychology*, 42, 285-301.

EDENS, J., SKEEM, J.L., CRUISE, K.R. & CAUFFMAN, E. (2001). Assessment of juvenile psychopathy and its association with violence: A critical review. *Behavioral Sciences and the law*, 19, 53-80.

FLORY, K., MILIAN, R., LYNAM, D.R., LENKEFELD, C. & CLAYTON, R. (2003). Relation between childhood disruptive behaviour disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 151-156.

FRICK, P.J. (1998). *Conduct disorders and severe antisocial behaviour*. New York: Plenum Press

FRICK, P.J. (2002). Juvenile psychopathy from a developmental perspective: Implications for construct development and use in forensic assessments. *Law and Human Behavior*, 26, 247-253

GOSDEN, N.P., KRAMP, P., GABRIELSEN, G. & SESTOFT, D. (2003). Prevalence of mental disorders among 15-17 year-old male adolescents and prisoners in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 102-110.

HART, S.D. & HARE, R.D. (1997). Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct. En D.M. Stoff, J. Brieling & J. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behaviour* (pp.22-35). New York: Wiley.

HOAGWOOD, K. & JOHNSON, J. (2003). School psychology: a public health framework I. From evidence-based practices to evidence-based policies. *Journal of School Psychology*, 41, 3-21.

HUME, M.P., KENNEDY, W.A., PATRICK, C.J. & PARTYKA, D.J. (1996). Examination of the MMPI-A for the assessment of psychopathy in incarcerated adolescent male offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40, 224-233

LONEY, B.R., FRICK, P.J., CLEMENTS, C.B., ELLIS, M.L. & KERLIN, K. (2003). Callous-unemotional traits, impulsivity, and emotional processing in adolescents with antisocial behaviour problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 66-80.

MARTÍNEZ ARIAS, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis

MYERS, W.C., BURKET, R.C., HARRIS, H.E. (1995). Adolescent psychopathy in relation to delinquent behaviours, conduct disorder, and personality disorders. *Journal of the Forensic Sciences*, 40, 435-439.

O'NEILL, M.L., LIDZ, V. & HEILBRUN, K. (2003). Adolescents with psychopathic characteristics in a substance abusing cohort: Treatment process and outcomes. *Law and Human Behavior*, 27, 299-313.

PINEDA, D.A., LOPERA, F., PAACIO, J.D., RAMIREZ, D. & HENAO, G.C. (2003). Prevalence estimations of attention deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. *International Journal of Neurosciences*, 113, 49-71.

SALEKIN, R.T., ROGERS, R. & MACHIN, D. (2001). Psychopathy in youth: Pursuing diagnostic clarity. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 173-195.

SHORT, R. J., & TALLEY, R. C. (1997). Rethinking psychology and the schools: implications of recent national policy. *American Psychologist*, 52, 234– 240.

STEVENS, J. (2002). *Applied Multivariate Statistics*. 4th. Ed. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.

TREMENTINE, S., MARTINS, S., MICHELOWSKI, M., KETZER, C.R., EIZINK, M., BIEDERMAN, J. & RHODE, L.A. (2001). School drop-out and conduct disorder in Brazilian elementary school students. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 941-947.

VAN LIER, P.A.C., VERHULST, F.C., VAN DER ENDE, J. & CRIJNEN, A.A.M. (2003). Classes of disruptive behaviour in a sample of young elementary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatric and Allied Disciplines*, 44, 377-387.

WOODRICH, D.L. & SCHMITT, A.J. (2003). Pediatric topics in the school psychology literature: publications since 1981. *Journal of School Psychology*, 41 (2003) 131– 141

HABILIDADES SOCIALES PARA ADULTOS DE REFERENCIA QUE TRABAJAN CON MENORES CON TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO

Dr. Manuel Segura Morales⁷



Introducción

En este trabajo hablamos de “habilidades sociales” en el sentido más sencillo y más profundo de la palabra, es decir, como conducta asertiva, alejada tanto de la pasividad que no actúa, como de la agresividad que no respeta los derechos o la dignidad de los demás. Es el sentido defendido por el profesor V.E. Caballo. Concretando todavía más, entendemos por asertividad aquella conducta que es eficaz y justa al mismo tiempo. Recordemos estas dos palabras claves: eficacia y justicia, porque a ellas deberá tender todo nuestro esfuerzo educativo. Si queremos que los menores con trastornos de comportamiento lleguen algún día a ser habitualmente eficaces y justos en sus relaciones con los demás, tendremos que empezar por serlo los adultos que les servimos de referencia. Y no es fácil, como todos sabemos por experiencia, porque en cualquier situación que exige de nosotros una respuesta, una actuación, siempre estamos tentados por la pasividad perezosa y cobarde de no hacer nada, o por la agresividad violenta y destructiva de hacer más de la cuenta, despreciando, insultando y hasta agrediendo físicamente al otro. Todos estamos

⁷ Catedrático de Psicopedagogía en la Universidad de La Laguna. Tenerife

tentados por los extremos, pero la única postura hábil socialmente es la asertividad. Si siempre fuéramos asertivos, es decir eficaces y justos, nuestras relaciones interpersonales serían verdaderamente humanas y los conflictos se resolverían con paciencia y serenidad, haciéndonos crecer (que para eso están los conflictos).

Para comprender mejor lo difícil que es este objetivo de la asertividad, tenemos que recordar que no es una *fórmula* fija, como las antiguas normas de urbanidad o como la gratitud estereotipada siguen inculcando a sus hijos cuando, al recibir éstos un regalito de alguien, la madre pregunta: “niño, ¿qué se dice? Y explicita siempre una respuesta fija, que es “gracias”. No, la asertividad no es una fórmula sino una *actitud*: unas veces se acercará más a la pasividad, cuando tratamos con personas de mucho respeto o muy sensibles; otras veces se acercará más a la agresividad, cuando tratemos con gente ruda que sólo entiende con amenazas e insultos. Pero en todo caso, la asertividad debe ser la conducta apropiada para conseguir lo que queremos y para conseguirlo sin faltar a la justicia. Eficacia y justicia. Recordemos esa meta final de nuestro trabajo educativo, que es llegar a ser eficaces y justos.

Con esas consideraciones hemos precisado la primera parte del título de nuestra ponencia, que menciona las habilidades sociales. En la segunda parte del título se dice que quienes necesitan esas habilidades sociales son los adultos de referencia. Pues bien, por “adultos de referencia” entendemos a todos aquellos que tienen algún trato y responsabilidad con los menores, es decir, no sólo los psicólogos, educadores y celadores, sino también todo el personal administrativo, el de cocina y de limpieza, quienes con cierta frecuencia se convierten en personas de referencia para el menor y esa referencia puede ser, y muchas veces lo es, más intensa y cercana que la de los mismos educadores.

Entendemos que la casa o el centro donde viven menores con trastornos de comportamiento, debe ser una *Comunidad de Aprendizaje*: más que cada educador, quien educa es la comunidad completa, unida entre sí por relaciones sanas, alegres y respetuosas. A su vez, esa comunidad educativa deberá estar vinculada críticamente, pero con firmeza, con todo su entorno, es decir con la sociedad entera, con la televisión, los libros, las revistas, la calle, como recuerda César Coll.

Como hemos dicho, conseguir esa asertividad que es eficacia y justicia, no es fácil. Ni para los menores, ni para los adultos que forman su entorno y que deberían ser los primeros modelos de asertividad. Para conseguir ser asertivos, la investigación educativa de los últimos veinte años nos dice que necesitamos, inexcusablemente, una formación que incluya tres factores o bloques básicos: primero, un entrenamiento *cognitivo* que es saber pensar; segundo, una seria *alfabetización emocional* que nos posibilite reconocer en nosotros y en otros las principales emociones y sentimientos y nos enseñe a utilizarlos para motivarnos y para perseverar en el trabajo, y además nos defiende de aquellas emociones que nos pueden cegar o

desanimar; y tercero, esa formación esencial debe incluir también un desarrollo del juicio moral, una incorporación voluntaria de valores morales, que nos libere de la heteronomía irresponsable y nos acerque lo más posible a la autonomía y a la responsabilidad.

De esos tres bloques, el cognitivo, el emocional y el moral, vamos a hablar a continuación.

1. **BLOQUE COGNITIVO**

Gardner.

De las ocho inteligencias distintas que, según Howard Gardner, todos tenemos al menos en embrión, pero que no todos desarrollamos, las dos indispensables para relacionarnos bien, para una buena convivencia, son la intrapersonal y la interpersonal.

La *inteligencia intrapersonal* es definida por Gardner como la capacidad, basada en la genética y desarrollada después por la educación, de conocerse uno a sí mismo, controlarse y saber motivarse. Nada menos. Esta será la primera tarea de los adultos que quieran ser referencia para los menores: aprender a conocerse a sí mismos; aprender también a controlarse, sobre todo bajo el ataque de las emociones más fuertes, como la ira, el miedo y la tristeza depresiva; y por último, aprender a motivarse, incluso bajo el fuego cruzado de la desgana y del cansancio. En esas tres habilidades, conocerse, controlarse y motivarse, consiste la inteligencia intrapersonal.

Pero la verdadera clave para convivir, para relacionarnos con otros, es la *inteligencia interpersonal*, definida por Gardner o la capacidad, heredada genéticamente y desarrollada después por la educación, de ponerse en el lugar del otro y así poder ayudarlo a conocerse, a controlarse y a motivarse. Coincide con la anterior, pero en lugar de estar orientada hacia uno mismo, hacia dentro, lo está hacia los demás, hacia fuera.

Habilidades cognitivas de resolución de conflictos

Antes y después de Gardner, muchos otros autores se han esforzado en individualizar y formular aquellas habilidades cognitivas, necesarias para la resolución de conflictos, por ejemplo los pioneros Spivack y Shure, o posteriormente Cornelius y Faire, o el manual que usan Fisher y Ury en el Departamento de Negociación de Harvard. Entre nosotros, de los muchos que trabajan en el tema de resolución de conflictos, podríamos citar a Moraleta, Tórrego, Alzate, Jares o Vinyamata.

Entre todos esos autores, hay acuerdo, en la práctica, en señalar que las habilidades cognitivas necesarias para la resolución de conflictos, habilidades equivalentes a la inteligencia interpersonal de Gardner, son éstas:

1ª. Ser capaz de diagnosticar bien el conflicto o problema que queremos solucionar. A esta habilidad se la suele llamar *pensamiento causal*, porque determina las causas o raíces de cualquier problema. Su requisito indispensable es la información y saber leer o interpretar esa información.

2ª. Tener la creatividad necesaria para imaginar el mayor número posible de soluciones alternativas. Esta habilidad exige un esfuerzo especial por parte de los impulsivos y violentos, es decir, de aquellos que según don Antonio Machado usan la cabeza más para embestir que para pensar. Pero todos pueden y deben conseguir esta habilidad, llamada *pensamiento alternativo*, seguramente el pensamiento que hay que cultivar con más ahínco en los adolescentes y jóvenes con trastornos de comportamiento.

3ª. Tener la clarividencia necesaria para prever las consecuencias de cualquier acción, antes de realizarla. Requiere madurez, conocimiento del corazón humano y reflexión opuesta a la impulsividad. Esta habilidad se llama *pensamiento consecuencial*.

4ª. Ser capaces de poder ver y sentir las cosas como las ven y sienten otros, ser capaces de ponerse en el lugar del otro. A esta habilidad cognitiva, que puede llegar a convertirse en “empatía” cuando va acompañada de la apropiada carga emocional, se le llama *pensamiento de perspectiva*.

5ª. Poseer la claridad mental necesaria para trazarse objetivos que sean interesantes, claros, difíciles pero no imposibles, y además haber desarrollado el sentido práctico necesario para determinar cuáles serán los mejores medios, los mejores caminos, para alcanzar esos objetivos. A esta habilidad cognitiva, que ya presupone que se han desarrollado las otras cuatro anteriores, se le llama *pensamiento medios – fin*, que no es, por tanto, otra cosa que determinar objetivos concretos y saber planificar las acciones necesarias para conseguirlos.

Estos cinco pensamientos no son innatos, pero se pueden adquirir con el debido entrenamiento y existen métodos divertidos y eficaces para realizar dicho entrenamiento, por ejemplo el “CORT” de De Bono, el TIPS de Platt y Duote y nuestros cursos “Relacionarnos bien” para niños, y “Ser persona y relacionarse” para adolescentes y jóvenes.

Métodos de resolución de conflictos

Todos los adultos de referencia para los menores con trastornos de comportamiento, deben tener bien desarrollados esos cinco pensamientos y deben ser

capaces de enseñarlos a los menores a su cargo, para que estos puedan resolver asertivamente, es decir con eficacia y justicia, sus problemas interpersonales y también para que sepan colaborar con sus educadores a la hora de buscar soluciones, cuando surja un conflicto colectivo.

De entre los muchos métodos ejemplares que existen para la resolución de conflictos, hay dos utilizados en el mundo anglosajón, que se merecen una recomendación especial. Uno es el método SOCS, desarrollado dentro del sistema penitenciario de Delaware, en Estados Unidos, y el segundo es el método llamado “Transformar el conflicto”, elaborado por las Universidades australianas sobre la base de una antiquísima tradición maorí. Unas palabras sobre cada uno de esos métodos.

El método SOCS, descrito por Ross y Fabiano, se utiliza en las prisiones de Delaware con notable éxito. Dos sesiones semanales, de una hora cada una; ocho internos o internas en cada grupo, con un psicólogo y una trabajadora social. Se analiza un problema real, presentado por el psicólogo o propuesto por los mismos internos, una vez que van adquiriendo confianza y se atreven a hablar de sus problemas. Las letras SOCS son un acrónimo que marca el orden en el que hay que estudiar el caso propuesto. La S significa *situación*. Planteado el problema, entre todos tienen que definirlo y redefinirlo, a la luz que el psicólogo o el interesado vayan dando, al responder a las preguntas del grupo. Supongamos que el problema que planteó un interno fue “mi mujer, a la semana de ingresar yo en prisión para cumplir una condena de dos años, se ha ido a vivir con otro hombre, ¿qué puedo hacer yo?”. Los miembros del grupo dicen que está claro y es que la mujer no tiene vergüenza. Pero el psicólogo y la trabajadora social les van animando a que hagan preguntas al interesado, para saber bien cuál es la verdadera situación. Las preguntas, deberían ser, más o menos, éstas: ¿llevabais muchos años casados, o poco tiempo, tal vez semanas o días?, ¿tenéis algún hijo?, ¿tiene ella medios para vivir, o dependía enteramente de ti?, ¿habíais tenido peleas o discusiones antes?, ¿conocía ella antes a ese hombre con quien se ha ido, o lo conoció ahora?, etc.

Una vez definido bien el problema y se sepa cómo surgió, quién es el culpable, a quiénes afecta y qué gravedad tiene, se pasa a la letra siguiente, que es la O y significa *opciones* o soluciones alternativas posibles. Hay que tener en cuenta que no hay prisa para pasar de una letra a otra: a cada una se le dedican todas las sesiones que sean necesarias (¡en la cárcel hay tiempo!). Al pasar a la O, se proponen todas las alternativas que se ocurran a cada uno para solucionar el problema. Más y más, cuantas más mejor, aunque algunas parezcan raras o muy difíciles de realizar. A esto se dedica todo el tiempo necesario.

El siguiente paso, correspondiente a la letra C, consiste en prever y formular las *consecuencias* de cada una de las soluciones propuestas en el paso anterior. Consecuencias buenas y malas, inmediatas y a medio o largo plazo. Considerando

espacio estas consecuencias, se elige una, o a lo más dos de las soluciones presentadas: aquellas que tengan mejores consecuencias.

Por último, para que no quede todo en un proceso un poco abstracto, se representa la solución o las dos soluciones elegidas. Es el paso correspondiente a la última S, que significa *simulación*. Esa representación, lo más viva y realista posible, tiene una doble finalidad: primero, que vean con sus ojos que la solución elegida es realizable, que se puede llevar a cabo sin gritos ni pelar; y segundo que aprendan a negociar, que es la finalidad última de todo este método SOCS, tan sencillo y tan práctico. Lo sorprendente es el resultado: el 82% de los reclusos que aprendieron este método de resolución de conflictos, no vuelve más a la cárcel. Un éxito increíble.

El método australiano “Transformar el conflicto”, presentado con claridad por Moore y Mc Donald en la obra del mismo nombre, hunde sus raíces en una antigua tradición maorí, en Nueva Zelanda. Cuando entre los maoríes surge un conflicto serio, por ejemplo un robo importante, un asesinato o pelea que termina en muerte, para evitar que las mutuas venganzas entre las familias afectadas se multipliquen sin fin, los dos grupos acuerdan reunirse un día señalado, cuando ya se han tranquilizado un poco los ánimos. Acude el mismo número de participantes por cada uno de los dos bandos: pueden ser familiares o amigos de las respectivas familias. Se nombra un moderador, elegido de mutuo acuerdo, por su edad y su autoridad personal, moderador que tiene el papel de verdadero mediador en la negociación. Las cosas se hacen con calma campesina y suelen ocupar un día entero. Primero se *define* bien *el problema*: si la muerte fue accidental, o resultado de una discusión imprevista, o planeada con tiempo, si hubo celos o insultos, si la víctima había agredido antes o robado a quien le mató, etc. Establecido el caso con la mayor objetividad y con el acuerdo de todos, se discuten las diversas *alternativas* de reparación que propongan uno y otro grupo, teniendo en cuenta la mayor o menor gravedad del caso. La reparación suele consistir en que el agresor se comprometa a pedir disculpas a la familia de la víctima y prometa alejarse de ellos por un tiempo, pero sobre todo se acuerda entre todos una *indemnización* económica, por ejemplo, una o dos cabezas de ganado ovino o vacuno. Cuando se ha llegado al acuerdo, todos los asistentes, incluido el moderador, *firman* un documento por el que se comprometen todos, y comprometen a sus respectivas familias, a no realizar ya ninguna venganza. El acto final del proceso es un buen *banquete*, costado por las dos familias y en el que participan todos amistosamente.

Las Universidades australianas, basándose en esa tradición milenaria, proponen un modelo de solución de conflictos muy detallado y útil: se acuerda el número de participantes por cada grupo, se nombra un moderador respetado por todos, se define bien el problema, se buscan soluciones, se firma el acuerdo y se acaba con una comida o una merienda en común.

A esas dos propuestas que hemos mencionado, el SOCS y la australiana, podemos añadir los consejos de Ángel Regino Calvo y sus colaboradores de la Universidad de Murcia, para los casos de agresiones físicas y peleas entre niños y adolescentes, es decir para los conflictos violentos entre menores. Los consejos prácticos que este equipo de la Universidad de Murcia ofrece a los educadores en general, se pueden resumir así:

- El educador debe mantener siempre la calma.
- Nunca debe incrementar la tensión con reproches o gritos.
- Si para separar a los que pelean hay que sujetar a uno, sujetar siempre a la víctima y nunca al agresor.
- Tan pronto como sea posible, debe hablar al agresor de otros temas, para serenar su estado emocional.
- Después de la agresión y antes de determinar la sanción, hablar con la familia del agresor, si es posible y conveniente, y ver qué expectativas tienen sobre su hijo. Hay que procurar “hacer cómplices” nuestros a los padres, en la resolución del conflicto y en todo el proceso educativo.
- En cualquier momento en que aparezca el apoyo que sus compañeros pueden y suelen prestar al “matón” del grupo, hay que esforzarse por desactivarlo. Ese apoyo se manifiesta en forma de risas, aplausos o de cooperación directa. Hay que explicar al “matón” y a sus seguidores o “fans” que todo recurso a la agresión física (que no sea defensa personal) es un estadio premoral, prehumano, como veremos cuando hablemos de Kohlberg.

La autoestima del educador

A caballo entre el bloque cognitivo, que estamos tratando, y el emocional, que trataremos en seguida. Es indispensable mencionar el tema de la autoestima, que por una parte es base insustituible para que el educador se sienta firme ante la enorme responsabilidad de su tarea, y por otra es meta necesaria para el menor que está en fase de reconstrucción personal. La autoestima, mal entendida en los años 80, se prestó a posturas extravagantes y a conclusiones ridículas. Hoy, revisado y redefinido el concepto de autoestima, hay un acuerdo general en que tener autoestima no es considerarse superior a otros, ni atribuirse cualidades que no se tienen, sino “sentirse capaz de enfrentarse a los desafíos de la vida y saberse digno de ser amado”. Esta nueva definición es de Branden y con él coinciden los principales autores contemporáneos.

Estos autores, que en el fondo siguen la línea humanística de Rogers y de Berne y la psicología positiva de Seligman, coinciden al señalar, como causas

principales de una baja autoestima (es decir, del miedo a enfrentarse con la vida y de sentirse indigno de ser amado) las siguientes: 1ª la autocrítica patológica, que suele desembocar en sentimientos de culpabilidad; 2ª el trazarse metas inalcanzables, imposibles, condenándose uno a sí mismo al fracaso permanente; y 3ª una autoevaluación distorsionada, que consiste en creerse peor o mejor de lo que en realidad se es.

En esos tres campos tendrá que trabajar seriamente el educador, para conseguir la propia autoestima y en esos tres mismos aspectos tendrá que ayudar al meno, para que consiga una autoestima indispensable y correcta. Feldman y Mc Kay explican bien cómo realizar ese trabajo. Pero cualquiera que sea el método que se utilice, habrá que tener en cuenta que para conseguir, o mejorar, una sana autoestima, los caminos más directos serán que los adultos aprendan, y luego lo enseñen a los menores: 1) a llevar una vida íntegra, de acuerdo con los propios valores y convicciones morales y no en contra de ellas; 2) a no rendirse ante dificultades vencibles, que es precisamente la definición que Seligman da de pesimismo; 3) a saber mantener opiniones propias e independientes; y 4) a tener la “resiliencia” necesaria para superar los posibles traumas de una niñez desgraciada, marcada por la falta de afecto, por malos tratos o incluso por violaciones y humillaciones, como explica brillantemente Cyrulnik en sus libros.

2.5 Motivación

Hemos mencionado hace un momento la motivación como parte esencial de la inteligencia llamada “intrapersonal” por Gardner. La motivación, como la autoestima, también está a caballo entre lo cognitivo y lo emocional. Para saber motivarse oportuna y eficazmente, hay que conocerse a sí mismo, pero al mismo tiempo hay que sentirse atraído afectivamente por la acción que queremos emprender (por ejemplo, estudiar), o por el resultado final de esa acción (aprobar el examen). Nicolai Hartmann, el gran filósofo de los valores, lo expresa con contundencia: “cuando algo es percibido como valor, se convierte en objetivo”

Desgraciadamente todavía no hay en Psicología una teoría generalmente aceptada, para explicar por qué nos movemos, cuáles son las palancas decisivas que nos impulsan a actuar. Pero de lo que ahora se sabe en Psicología y espigando los factores más generalmente aceptados de las diversas teorías sobre la Motivación (ver un resumen de esas teorías en el concienzudo trabajo de Reeve), podemos ya afirmar sin ninguna duda, que son factores determinantes para motivarnos los que vamos a enumerar a continuación, seleccionados de las distintas teorías propuestas:

1º. La teoría de *las expectativas y el valor*, tal vez la más clásica de las teorías sobre motivación, afirma que la “fuerza motivadora” que puede ejercer sobre nosotros

cualquier actividad prevista, es el resultado de multiplicar las expectativas que tengamos de poder realizar algo por el valor que atribuimos a esa acción. Por ejemplo, un educador puede atribuir gran valor al hecho posible de cambiar a un menor difícil, pero si las expectativas que tiene de conseguirlo son bajas o nulas, el resultado final de esa ecuación será bajo o nulo. Por tanto, no estará motivado, no tendrá fuerza para actuar. El resultado alto, la motivación intensa, se consigue cuando se atribuye mucho valor a lo que se quiere conseguir y al mismo tiempo se ve que las posibilidades de conseguirlo son bastante altas.

2º. La teoría de la *atribución* defiende que la motivación de cada uno para actuar dependerá de cómo interprete sus éxitos o fracasos anteriores, a qué factor atribuya el éxito o el fracaso. Todos tenemos alguna vez, o muchas, experiencias negativas y dolorosas, pero no todos estamos deprimidos. Lo estaremos si atribuimos ese fracaso doloroso a nuestra culpa, a nuestra incapacidad irremediable, y eso nos llevará a una profunda y permanente desmotivación para actuar, pues pensaremos que todo volverá a salir mal. Igualmente, si cuando algo resulta bien, atribuimos el éxito a la casualidad, a la suerte, tampoco estaremos motivados para intentar esa acción otra vez, pues no podemos estar seguros de que esa segunda vez también tendremos suerte. Estas ideas las expuso brillantemente Martin Seligman en su tratamiento de la “indefensión aprendida” y sus libros sobre el optimismo y sobre la Psicología positiva.

3º. Csikszentmihalyi escribió un libro delicioso, llamado “Fluir, Flow” sobre cómo llegar a la motivación intrínseca, la que más facilita la acción, hasta hacerla gustosa y fluida. Llegar a esa motivación, en la que se disfruta trabajando y se llega a perder la noción del tiempo, se consigue por medio de *las metas u objetivos*. Las metas que nos propongamos deben ser: a) específicas (por ejemplo, un menor no debe decir “me portaré mejor en clase”, sino “ya no daré más patadas en el culo al que se sienta delante de mí en clase”; y un profesor no debe decir “será más responsable en preparar mis clases”, sino “dedicaré dos horas cada día a preparar mis clases”); b) difíciles: deben ser metas alcanzables, pero no tan fáciles que se conviertan en aburridas; c) desafiantes o interesantes, no por moda o por capricho mío, sino en sí mismas; cuanto más difíciles tienen que ser más interesantes, para no cansarnos en luchar por ellas.

Podríamos hablar de otras teorías sobre la motivación, por ejemplo la necesidad de pertenecer, de ser aceptado en un grupo. O también el ansia de poder, tan fuerte en algunos políticos y tan motivadora para ellos. Pero creo que las tres teorías expuestas nos dan ya mucha luz sobre la motivación y nos ofrecen un amplio campo de trabajo a todos, educadores y menores.

Creemos que no es necesario demostrar la importancia de las *emociones* para la motivación. Los motivos funcionan para mantener la vida y las emociones son un verdadero “informe de progreso” sobre cómo están siendo mantenidos esos motivos. Un buen ejemplo es la conducta sexual, fuertemente asociada a las emociones: el interés, la curiosidad, la alegría, facilitan la conducta sexual; mientras que el asco, el enfado o la culpabilidad, la dificultan o la hacen imposible. Incluso una motivación tan esencial como es el hambre, la necesidad de comer, se puede anular por una tristeza muy profunda o por un enfado muy grande.

Pensamiento crítico

Terminamos el bloque cognitivo, que es el más básico y también el más extenso, destacando la necesidad del pensamiento crítico, como una habilidad social necesaria para los educadores mismos y para poder transmitirlo a los menores, para que éstos sepan elegir un producto sin ser engañados por la propaganda; puedan decidir si deben creer o no algo que les cuentan; y puedan seleccionar el programa de televisión que sea el mejor, o el menos malo en ese momento.

Para conseguir ese pensamiento crítico, hay que diseñar un programa de entrenamiento que abarque los siguientes contenidos:

1º. Aprender a ver siempre las dos caras de la moneda. No sólo lo primero que se me ocurre o lo que me gusta, sino las razones que puede haber, tal vez fuertes, en contra de lo que yo pienso. Por ejemplo “se debe imponer una cuota del 50% entre hombres y mujeres en todos los cargos públicos”: ver las razones a favor de lo que yo pienso y ver también con imparcialidad las contrarias. Lo mismo con cualquier propuesta, como por ejemplo “debería castrarse a los violadores y pederastas”, o “todo el transporte público debería ser gratuito”, o “deberían prohibirse no sólo las armas atómicas, sino todas las armas”, o “los Bancos deberían entregar una parte de sus beneficios anuales, para el desarrollo de los países pobres”, o “el sueldo de un futbolista, por muy bueno que sea, no podrá sobrepasar nunca el sueldo del alcalde de esa ciudad, o el de un profesor universitario”, etc. etc.

2º. Aprender a entender bien lo que dice su interlocutor, cuál es la postura que defiende y qué motivos tiene para defender eso. Por ejemplo, si dice que la principal función de la mujer es tener hijos, preguntarle si defiende que esa es la única función de la mujer en la sociedad actual, o sólo que es la más importante; y tratar de averiguar por qué dice eso, si es por machismo aprendido en su familia, o es porque ha tenido alguna experiencia negativa en que se ha sentido humillado por una chica que sabía más que él, o es porque está preocupado por la baja natalidad. Otro ejemplo, si unos amigos lo invitan a consumir cocaína, es muy útil saber si lo hacen porque quieren que tenga una experiencia agradable (aunque sea un paso peligroso

hacia la adicción), o porque quieren tranquilizarse en no ser ellos los únicos que se drogan, o porque quieren engancharlo para luego ganar dinero vendiéndole droga.

3°. Conocer las técnicas de la propaganda comercial, utilizadas también, a veces, en la propaganda política. Estas técnicas se pueden resumir así:

- *La técnica del rebaño*: ya Erich Fromm afirmó magistralmente, en su libro *El miedo a la libertad*, que el deseo más profundo de todos los seres humanos es el de relacionarse y, como consecuencia, el miedo más terrible que podemos padecer es a la soledad, a estar solos y separados. Verse totalmente solo es una experiencia tan demoledora que puede llevar al suicidio o a gravísimas enfermedades mentales. Necesitamos sentirnos junto a los demás, parte de un todo, no raros y separados. La propaganda comercial lo sabe y lo utiliza, no para aliviarnos el dolor de la soledad, sino para vendernos lo que no necesitamos.

Es el truco utilizado por el tendero que nos dice “este champú o este queso se está vendiendo mucho últimamente”; es el truco utilizado por la televisión cuando nos muestra a todos los jóvenes consumiendo la misma bebida en una fiesta; es el truco de las agencias de viajes cuando dan por supuesto que todo el mundo viaja en Semana Santa y en verano. Es el truco en el que se cimienta todo el negocio de la moda: tienes que comprar otros zapatos, otra corbata, otro bolso, otro traje, aunque tengas completamente nuevos los tuyos antiguos, porque éstos “ya no se llevan”. Hay grupos sociales donde es un verdadero pecado no tener el último teléfono móvil, el último ordenador, el último coche. O no haber leído el último libro. Es el truco que conocen bien las discotecas, donde no se puede hablar, pero todos se sienten juntos, arrebatados por una música frenética y por el alcohol y tal vez el sexo.

Desde luego, salirse del rebaño es difícil, requiere valor y personalidad y, en ocasiones, puede acarrear consecuencias o represalias muy duras. Pero todo esto deben saberlo los jóvenes, para que si deciden integrarse al rebaño, lo hagan conscientemente y con humor, no por inercia o por cobardía.

- *El truco de la transferencia*: es muy simple. Fue el psicólogo norteamericano Watson quien lo formuló, abriendo así el camino a toda la propaganda moderna. Consiste en unir algo bueno, deseable, indiscutible, a otra cosa que no es indiscutible y por tanto tampoco es deseable de momento. Un champú para el pelo aparece en la pantalla unido a una cascada de agua fresca, a flores, a una mujer muy bella. El turrón aparece unido a la reunión familiar por Navidad. Un desodorante, a un hombre varonil y atractivo. Una leche desnatada, a una figura estilizada. Una bebida espumosa a jóvenes alegres y llenos de vida. Una marca de cigarrillos se anunciaba como “genuino sabor americano” y otra, como el tabaco que fuman los fuertes y sanos vaqueros, rodeados de muchas vacas y espléndidos caballos.

La técnica se utiliza, hasta el hartazgo, uniendo niños pequeños y simpáticos o mujeres guapísimas, con el producto que se quiere vender. También se utilizan personas muy conocidas, del mundo del deporte, del espectáculo o de la canción, a quienes se ve consumir con fruición, o con éxito social, la comida, el perfume o el coche que se anuncian. Esto puede alcanzar tal fuerza, que se ha llegado a contratar a jugadores de fútbol, no sólo por su valor deportivo, sino por el valor publicitario que su figura puede transferir a los productos que anuncie. Pero esto ya nos introduce en el siguiente truco, que es el del testimonio.

- El testimonio: esta técnica publicitaria no se contenta con unir, en la misma imagen, a un producto con un personaje famoso, sino que además ese personaje habla, alabando, al parecer con toda sinceridad, dicho producto. El valor de esa publicidad dependerá de la autoridad que los oyentes o televidentes otorguen a la persona que habla. Está claro que un anuncio sobre un régimen alimenticio o sobre un tratamiento capilar, tendrá más impacto sobre el público, si quien lo presenta no es un portavoz del fabricante, sino un médico. Y mucho más si es un médico famoso en esa especialidad y mucho más si es un premio Nobel.

Otras veces, la autoridad del que nos anuncia algo se basa en razones más sutiles. Por ejemplo, una persona famosa por presentar un programa de televisión, o por dirigir un concurso, o por participar en un serial, llega a hacerse “como de la familia” para mucha gente: si entonces nos anuncia un coche determinado, o viajes a Lanzarote, Mallorca o Varadero, muchos pensarán que los precios y las condiciones de esos coches o de esos viajes serán de toda confianza, porque lo asegura alguien de quien nos fiamos.

A los menores hay que enseñarles que, no sólo en temas de propaganda, sino en lo que leemos en los periódicos y en lo que nos dicen los políticos y en lo que intercambiamos con los amigos cada día, hay que distinguir siempre entre hechos y opiniones, entre realidad y apariencias, entre la verdad y lo inventado. Hay que explicarles, desde que son pequeños, que la verdad es a veces compleja y difícil de alcanzar, pero que no está hecha de lo que cada uno opina o quiere creer. Respetar a los otros, sí, siempre, sin excepciones; tragarnos sus opiniones como verdades, sin haberlas contrastado, nunca. Lo expresó con fuerza don Antonio Machado y habría que recordarlo a los adolescentes y jóvenes que siguen repitiendo “ésa es mi verdad y lo contrario es tu verdad, y no pasa nada”, pensando que eso significa respeto y tolerancia: “Tu verdad no, la verdad, y ven conmigo a buscarla; la tuya guárdatela”.

- La presión indirecta: por supuesto, todas las propagandas conllevan alguna forma de presión. Todas te incitan a comprar, todas te hacen ver lo maravilloso que será disfrutar de ese coche, de ese yogur cremoso o de esos chaquetones tan

elegantes. Usando de una de las tres técnicas expuestas más arriba, o cualquier otra que se pueda pensar, todos los anuncios están pensados para intentar convencernos.

Pero hay una técnica específica para presionarnos de modo apremiante, que consiste en poner límite temporal a una oferta. Ese vehículo tiene dos mil euros de descuento, pero sólo hasta fin de mes. Si al hacer por teléfono tu pedido de unos discos de música estás entre los cincuenta primeros, además de los discos recibirás una joya de regalo. Las rebajas sólo duran unas semanas y los primeros que acudan se llevarán lo mejor que haya. Hoy los televisores y las cámaras fotográficas cuestan la mitad, pero sólo están a la venta 150 cámaras y 60 televisores.

En resumen, los plazos se acaban y tienes el gravísimo peligro de perder tu oportunidad. Esta clase de propaganda llega a conseguir que hasta te sientas culpable de pereza, si no haces nada.

- El humor: el humor es un instrumento maravilloso para facilitar las relaciones interpersonales. Por eso, el humor en la propaganda nos parece atractivo, humano, inteligente. Pero lo que ahora queremos subrayar es que no nos debemos dejar engañar, ni siquiera por el humor.

Recordemos dos ejemplos de propaganda con humor, uno tomado de la televisión inglesa ITV, sobre el tabaco, y otro de la RAI italiana, sobre una pasta de dientes. Los dos anuncios merecieron premios internacionales.

El anuncio inglés mostraba a un aristócrata que salía de su mansión en el campo y se sentaba en un paisaje delicioso, junto a un estanque lleno de nenúfares. Tres chicos de unos doce años, con caras de gamberros, se acercaban a escondidas al estanque y echaban al agua un barquito con un motor sumamente ruidoso. El aristócrata, sobresaltado, sacaba de su bolsillo un mando a distancia y, al accionarlo, un pequeño submarino se levantaba del fondo del estanque y luego disparaba un misil que hacía pedazos el barquito de los niños, que huían despavoridos. Entonces se oía una voz en off, mientras el aristócrata sacaba una bolsa de tabaco y empezaba a cegar su pipa: “¡Muy bien hecho! No deje que nada perturbe el placer de fumar una pipa de...(aquí el nombre del tabaco)”.

En el anuncio italiano, una conocidísima y bellísima actriz de cine aparecía en primer plano, con una rosa en la mano y diciendo: “El me ha regalado esta rosa, que es preciosa, pero me hubiera gustado más una orquídea; no porque sea más bonita, sino porque es más cara”. Aquí se interrumpía un momento y decía: “¡Ay Dios mío! ¿He dicho algo inconveniente?” Y una voz masculina en off respondía: “No, con esa boca puedes decir lo que quieras”. Y la actriz concluía: “Ah, sí, boca Colgate” (o un dentífrico equivalente)

En ambos anuncios y en otros parecidos (aunque por desgracia no muchos) el humor juega un papel importantísimo. Refresca, hace sonreír, es inteligente y hace

que el mensaje se recuerde mucho mejor y durante más tiempo. Pero, a pesar de todas esas maravillas, hay que tener sentido crítico y recordar que el valor de aquel tabaco o de ese dentífrico no depende del ingenio del anuncio, sino de lo que nos diga nuestra propia experiencia o la de personas amigas y de fiar.

3. BLOQUE EMOCIONAL

Recordemos ahora nuestro planteamiento inicial. Las Habilidades Sociales que debe tener el adulto que trabaja con menores con problemas de comportamiento y que debe saber transmitir a estos menores, se resumen en la asertividad, es decir, en saber actuar siempre con eficacia y justicia. Ahora bien, para llegar a ser asertivos necesitamos desarrollar nuestras habilidades cognitivas, nuestra inteligencia emocional y nuestro sentido moral. Del primer campo, el de las habilidades cognitivas, acabamos de explicar cuáles son los seis sectores que deben trabajarse con constancia y con ilusión, en nosotros y en los menores.

Sobre la educación o alfabetización emocional, segundo bloque de nuestro trabajo diario, podemos resumir los objetivos principales que debemos buscar, según lo recordaba recientemente John D. Mayer, el iniciador, junto con Salovey, de la investigación sobre la inteligencia emocional, en la Universidad de New Hampshire. (En su trabajo y en el de Gardner, se inspiró Daniel Goleman para su famosísimo libro). Nos decía Mayer, el pasado mes de abril en el IV Congreso Internacional de Psicología Educativa, que los componentes de la Inteligencia Emocional son los siguientes:

1º. Saber identificar emociones en sí mismos y en otras personas y poder expresar las emociones que ellos mismos sienten en un momento determinado.

2º. Caer en la cuenta de que las emociones influyen en el pensamiento, ya que por una parte ayudan a formarse un juicio, con más rapidez y más perspicacia y, por otra, está claro que al cambiar el estado emocional, cambia la perspectiva del pensamiento: por ejemplo, no reaccionamos de igual modo ante una propuesta de negocios, cuando estamos cansados, cuando estamos enfadados o cuando estamos satisfechos después de una buena comida regada con un buen vino.

3º. Saber poner nombre a las distintas emociones (J. A. Marina y Mª López Penas identifican hasta 243) y entender los sentimientos complejos.

4º. Estar abierto a los distintos sentimientos, sin miedo, y aprender a manejar esos sentimientos y emociones en sí mismos y en otros.

Decía Mayer que estos cuatro componentes se pueden medir por el test MSCEIT (Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence test), y la buena noticia es que los cuatro se pueden enseñar y mejorar, por medio de los muchos programas de

inteligencia emocional que se han ido publicando. Entre nosotros, podemos citar a Güell y Muñoz, a Bach y Darder y el método escrito por la profesora Arcas y por mí mismo, sencillo y útil, para educar a los adolescentes y jóvenes en este complejo mundo de las emociones.

4. BLOQUE MORAL

“Si a un delincuente le enseñamos habilidades cognitivas y desarrollamos su inteligencia emocional, pero no lo abrimos a los valores morales, tendremos un delincuente hábil y emocionalmente inteligente”. Son palabras del profesor Robert Ross de la Universidad de Ottawa, en Canadá, uno de los mayores expertos mundiales en delincuencia juvenil.

Todos los educadores estarían de acuerdo con esa afirmación y son incontables los libros que están apareciendo en estos últimos años, y meses, sobre cómo educar de Valores. El mismo Gardner, tan interesado y especializado en la inteligencia, acaba de publicar un libro sobre moral, que se llama “Good Works”, porque reconoce que cuanto mayor sea la inteligencia, mayor es el daño que puede hacer, si la inteligencia la tiene una persona sin valores morales.

Sin entrar en profundas disquisiciones morales, en la línea de Max Scheler, Nicolai Hartmann o Aranguren, entendemos por moral “lo que está bien”, lo que se debe hacer; contrario a lo inmoral que es “lo que no está bien”, lo que no se debe hacer. Tampoco consideramos muy importante distinguir entre “Moral” y “Ética”, aunque aceptamos con gusto la propuesta de Aranguren, de hablar de Moral cuando nos referimos a la vida, a la práctica de lo que está bien, y hablar de Ética cuando nos referimos a la teoría moral.

Todos sabemos que a lo largo de la historia de Occidente, ha habido varios enfoques sobre los fundamentos de la moral, es decir, sobre qué o quién determina que una cosa está bien o es moral, y que otra está mal y es inmoral. El enfoque más tradicional fue durante muchos siglos el *religioso*, y continúa siéndolo para muchas personas, tanto cristianas como musulmanas o de otras religiones. Este enfoque religioso es claro y tajante. Dios ha revelado, por medio de sus profetas, de aquellas personas que han tenido un acceso más íntimo y más prolongado a El, qué se debe hacer y qué se debe evitar. La Biblia afirma que las tablas con los mandamientos, que llevaba Moisés, al bajar del monte, las había escrito el mismo Dios con su mano. Mahoma, a su vez, afirmó que el ángel Gabriel le había revelado todo el contenido del Corán. Sobre esa fe, de que los mandamientos morales vienen del mismo Dios, los creyentes sinceros se esforzarán por cumplirlos. Este fundamento religioso de la moral

inspiró incluso las costumbres sociales y las leyes de los cristianos, tanto católicos como protestantes, hasta el siglo XVIII. Y las sigue inspirando en los países del Islam.

Pero en el XVIII, con la Revolución Francesa y la Ilustración se crea en Europa y en América un ambiente hostil a las Iglesias y se exalta casi ilimitadamente la autoridad de la razón. Así se propone el segundo enfoque del fundamento de la moral, que es el enfoque *racionalista*. Algo será moral o será inmoral, no porque Dios y las Iglesias lo digan, sino porque la razón ilustrada de los hombres así lo ve. Este segundo enfoque tiene como comienzo filosófico el esfuerzo titánico de Kant y tiene como final, por ahora, la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Ateos y creyentes están obligados a seguir las mismas normas morales, normas que están expresadas en esa Declaración y en los preceptos jurídicos de todos los pueblos libres y democráticos.

El tercer enfoque posible de la moral, enfoque que no se contrapone a ninguno de los dos anteriores, pero que se vértebra a partir de la Psicología Educativa, es el enfoque *cognitivo – evolutivo*, propuesto por Piaget y Kohlberg. Este enfoque de Kohlberg, el gran maestro de la educación moral del siglo XX, nos parece muy clarificador y diáfano, y por tanto muy apropiado para el trabajo con adolescentes y jóvenes. Mucho más, si esos menores tienen ya serios problemas con sus valores morales.

Como todos recordarán, Kohlberg, siguiendo los pasos de Jean Piaget, concretó en seis los estadios o etapas del crecimiento moral. Nunca se pueden subir dos escalones de una vez, sino que hay que ascender uno por uno. Se puede bajar a estadios inferiores al que ya se ha alcanzado, y ese descenso puede ser temporal, por un enfado momentáneo o por una tristeza o amargura profundas, y puede ser definitivo. También es posible estar en un estadio en unos valores, por ejemplo en la responsabilidad respecto a los hijos, y en otro estadio en cuanto a otros valores, por ejemplo la sinceridad, el decir siempre la verdad. Pero hechas todas estas salvedades, que hacen un poco más complejo el modelo de Kohlberg, vamos a recordar brevemente sus líneas maestras, que son las que pueden y deben orientar nuestro trabajo educativo, con nosotros mismos y con los menores.

El primer estadio del crecimiento moral, según Kohlberg, es realmente una etapa premoral. El estadio se llama *Heteronomía*, y todos pasamos por él, ya que es el estadio de los primeros cinco o seis años de vida. El niño o la niña no tiene sentido de lo que está bien o está mal, no tiene conciencia moral, pero la va desarrollando poco a poco, impuesta desde fuera. Se la imponen los adultos, normalmente la madre y el padre, que no cesan de decirle: eso no se hace, eso no se dice, eso no se toca, con eso no se juega, a tu hermanito no se le pega, en el comedor no se juega a la pelota, ese cuchillo no se coge, no se meten los dedos en el enchufe... Moral impuesta desde fuera, moral heterónoma, pero que se va interiorizando poco a poco. Exige tener al

niño controlado casi 24 horas al día, pero suele dar resultados positivos en poco tiempo. La técnica empleada es puramente conductista, de premios y alabanzas o amenazas y castigos. El problema grave de este estadio es que hay personas que se quedan en él toda la vida: hacen todo lo que les apetece, si no hay alguien que les pare los pies. Son los delincuentes, amoraless más que premoraless. Y son los menores que teniendo ya más de seis o siete años, todavía no han madurado y no han pasado al segundo estadio. Son los menores que nos causan problemas continuos con su conducta.

Al segundo estadio lo llama Kohlberg *Individualismo*. Comienza normalmente a los cinco o seis años, cuando el niño descubre las reglas del juego. Antes de esa edad, el niño no entiende las reglas: le da a la pelota con la mano jugando al fútbol, jugando al escondite vuelve la cabeza para mirar, quiere tirar él siempre, cuando juega al parchís. Pero un día comprende que si no cumple las reglas, no lo dejan jugar. Y desde entonces las cumple e intenta que los demás las cumplan a rajatabla. Con las reglas del juego, descubre también la primera regla moral, la ley del talión, y comprende que es justo, que “está bien” hacer al otro lo que me hace a mí, tratarlo como él me trata. Si me invitó a su cumpleaños, yo le invito al mío, si me dio chicle, yo le doy cuando tenga, si él quiere ser mi amigo, yo soy su amigo. Si no, no. Así de claro y así de simple. Es un estadio primitivo, pero ya es un estadio moral. Y aquí sí que se quedan muchos adultos, que además, como no han leído a Kohlberg y no saben que quedan cuatro estadios más, se glorían de haber llegado a este segundo: “a mí el que me la hace me la paga”, “a quien le hago un favor y no me lo agradece, no le vuelvo a hacer un favor en la vida”, Es un estadio primitivo, pero en él ya no hay delincuencia, sino egoísmo y, a lo más, una moderada venganza (eso es la ley del talión, una ley de moderación en la venganza, no una incitación a ella)

El tercer estadio se llama *Expectativas interpersonales*. Si llega a su tiempo, coincide con la adolescencia, cuando surge con fuerza el deseo de agradar, de ser aceptado por el grupo. Ya no hago a los otros lo que ellos me hacen a mí, como en el estadio segundo, sino lo que ellos esperan de mí. El adolescente se vuelve huraño con sus padres, porque quiere ser aceptado por ellos como persona, como adulto (aunque todavía no lo sea), y no como un niño, y se hace cada vez más sociable y sumiso con su grupo, para ser aceptado por ellos como un igual, por su simpatía, por su buen aspecto, por su ropa, por su vocabulario, por sus “piercings” o por sus tatuajes. Muchos adultos mantienen este deseo de agradar y ser aceptados durante toda la vida, y son personas serviciales y agradables, pero vulnerables a la crítica, al olvido, al poco aprecio por parte de los otros.

El nombre del cuarto estadio es *Sistema social y conciencia* y es el momento de la autonomía, de la verdadera adultez moral. La persona que llega a este estadio (no se suele llegar antes de los 16 ó 18 años y a veces mucho más tarde) se hace responsable de todo aquello a lo cual se ha comprometido. Para él o ella, todo compromiso genera automáticamente una responsabilidad. Ese compromiso y esa responsabilidad se viven, sobre todo, respecto a la propia familia y al propio grupo, respecto al trabajo y a las creencias religiosas y políticas. En este estadio, dice Kohlberg, están el 85% de aquellas personas que han superado el tercer estadio y han llegado a la autonomía. El otro 15% se reparte entre el quinto y sexto estadios, a donde, por desgracia, son pocos los que llegan.

El quinto estadio, llamado *contrato social*, es el estadio de la apertura al mundo, de superar el círculo de la familia y del propio grupo, y de darse cuenta que todos los habitantes del planeta, por el sólo hecho de ser humanos, tienen unos derechos básicos. ¿Cuáles?, pues ante todo, derecho a la vida y a la libertad. Derecho a una vida humana, aunque sea modesta, pero nunca inhumana o subhumana: y derecho a ser libres, en su fe, sus opiniones, sus desplazamientos en busca de trabajo; libres al decidir formar una familia y tener unos hijos. Los que llegan a este altísimo estadio, ya no se limitan a luchar por su propia familia y por su grupo, sino que luchan, en la medida de sus posibilidades, por la vida y la libertad de todos. Por ejemplo, defendiendo la contribución del 0,7% de la renta de los países ricos a los pobres. Por ejemplo, defendiendo la ecología del planeta, para todos. Por ejemplo, enseñando a las generaciones jóvenes a ser más justas que las anteriores, a compartir más.

Por último, el sexto estadio, llamado *Principios éticos universales*, se puede resumir en la frase “todos somos iguales”, o como prefería Kohlberg, “todos somos hermanos”. Por supuesto, no simples frases, ni siquiera simples pensamientos o creencias abstractas, sino frases hechas vida y demostradas en la vida de cada día. Es llegar a la cima de la moral. Es vivir, no de acuerdo con la ley del talión, sino según la Regla de Oro que manda no hacer al otro lo que no quiero para mí, o no dejar de hacer por el otro lo que no quiero que dejen de hacer por mí. Es creer y vivir la igualdad y la dignidad de todos, la igual dignidad de todos. Es el estadio de Gandhi, de Martin Luther King, de Teresa de Calcuta; pero nos recuerda Kohlberg que no es un estadio de solos santos, sino que hay entre nosotros, en nuestra propia familia, personas que viven con esta altura moral y son capaces de compartir lo que tienen y de dar su vida por los demás, en un acto momentáneo heroico o en el amor generoso, lleno de paciencia, de cada día.

La aplicación de estos estadios a los adultos de referencia, puede resultar del máximo interés. Suponemos que ninguno de esos adultos, con alguna responsabilidad sobre los menores, estará en el estadio 1º: sería un delincuente con la responsabilidad de educar; no le importarían los menores, sólo el sueldo que gana; lo mismo sería duro con ellos que totalmente permisivo, ya que no le preocuparía la educación de esos menores; en casos extremos podría llegar a abusar de ellos sexualmente o a maltratarlos físicamente. Si el adulto estuviera en el 2º estadio, trataría bien a los menores que se portaran bien con él y trataría mal, o ignoraría, a los menores rebeldes o difíciles; tendría favoritos, ante el disgusto de los demás; y si algún menor le juega una mala pasada, haría lo posible por vengarse de él “legalmente” o por quitárselo de encima mediante un traslado. Si el adulto estuviera en el estadio 3º, procuraría agradar, tanto a los menores como a los superiores jerárquicos suyos; se mostraría amable con todos y desearía que sus esfuerzos fueran reconocidos; esperaría alabanzas por su sacrificio y se dolería mucho por cualquier crítica negativa; ya estaría cerca de ser un buen educador, pero todavía le faltaría madurez e independencia. Con lo dicho, queda claro que todo buen educador debería estar al menos en el 4º estadio, el de la responsabilidad ante el compromiso asumido, el estadio de la autonomía y de la adultez moral.

Si la aplicación la hacemos, no a los educadores, sino a los menores, resultará igualmente instructiva. Un menor que esté en el estadio 1º (¡seguramente tenemos muchos!) será rebelde, no razonará, acudirá a la violencia ante cualquier provocación, no sentirá reparo en molestar o hacer daño a otros si así consigue lo que quiere, sólo se detendrá ante un castigo que realmente le duela o ante la amenaza de ese castigo: su final previsible, si no cambia de rumbo, será la delincuencia. Si un menor está en el 2º estadio, habrá dado un paso de gigante en su educación ya que el 2º es un estadio moral, aunque muy primitivo. Se portará bien con los que se porten bien con él, pero el que se la haga se la pagará; respetará a quienes no le molesten, aunque sean más pequeños y más débiles; cumplirá las reglas del juego y de la convivencia y exigirá con fuerza que los otros las cumplan; será todavía un egoísta, pero ya no será un delincuente. Si el menor alcanza el estadio 3º, luchará por ser aceptado, tratará de agradar a sus iguales: si forma parte de un grupo positivo, se conformará a ese estilo; si “cae” en un grupo negativo, podrá entrar en la droga o en la irresponsabilidad en estudios y trabajo, pero si asimiló bien el estadio anterior, el 2, no caerá en la delincuencia por influjo del grupo.

El método práctico que propone Kohlberg para ayudar a cualquiera, sea adulto, joven o adolescente, a crecer en el juicio moral, es el de la discusión de *dilemas morales*. Los dilemas, es decir las situaciones que nos obligan a tomar posiciones desde un punto de vista moral, están cada día en los telediarios, en los periódicos, en las películas, en la vida. ¿Se puede maltratar, sin llegar a torturar, a un prisionera, para

obtener de él informaciones que pueden salvar muchas vidas? ¿Se puede copiar en los exámenes? ¿Se puede permitir que culpen y castiguen a otro por algo que hemos hecho nosotros? ¿Se puede sobornar a un equipo de fútbol para que nos deje ganar un partido que puede significar el ascenso de nuestro equipo a primera división? ¿Se puede ofrecer un sueldo mucho más bajo a inmigrantes sin papeles, ya que ellos no van a reclamar?

Estos dilemas y otros semejantes, se plantean en grupo. Cada uno da las razones que le mueven a tomar esa postura que eligió y se discuten esas razones. El impacto mayor que tienen estas discusiones sobre los menores es ver que hay otros, iguales a ellos en edad, en procedencia social, en situación económica, que piensan de un modo distinto. Esto les sacude, mucho más que todo lo que podamos decirles los adultos, situados, desde su punto de vista, en otra galaxia.

También es una buena técnica el planteamiento de problemas morales con frases inacabadas. Se entregan las frases, fotocopiadas o dictadas, al grupo, y se les pide que las completen, de forma anónima. Luego se discuten los resultados entre todos. Esas frases pueden ser como estas: “Subo en un taxi y en el asiento encuentro un sobre con una importante cantidad de dinero; yo...”. “Una amiga se desahoga conmigo, sobre un problema suyo íntimo, con la promesa mía de que guardaré el secreto más absoluto; pero el chico/la chica con quien salgo me ha visto hablar con esa amiga y me pregunta con mucha insistencia qué me dijo: yo...”. “Pago en una tienda modesta de mi barrio con un billete de 50 euros y me doy cuenta de que, al darme la vuelta, me han dado 10 euros de más: yo...”. “Un grupo de amigos y amigas están criticando a Gonzalo, un compañero un poco antipático, pero que siempre ha sido muy noble conmigo: yo...”. “En una discoteca, una amiga me pide dinero prestado para comprar unas pastillas de “éxtasis”: yo tengo dinero y lo que hago es...” Y muchas otras frases como estas. El tener que pronunciarse todos, el hacerlo de forma anónima y sobre todo la discusión general sobre cada caso, va abriendo a los menores al campo de los valores, un campo desconocido antes para muchos de ellos.

Cuando estos tres bloques, el cognitivo, el emocional y el moral se tratan adecuadamente en un programa educativo, el resultado espontáneo es la mejora radical de la convivencia, de las relaciones interpersonales, pues se habrá conseguido la *asertividad*, que es eficacia y justicia. Si sólo tratamos uno o dos de estos campos, y no los tres, el resultado puede ser alguna mejora, pero siempre insatisfactoria. Así lo enseña la teoría educativa actual y así lo demuestra la práctica: los programas que obtienen los resultados más profundos y más duraderos, son los que abarcan los tres bloques citados,

CONCLUSIONES

De todo lo dicho en esta ponencia, podemos concluir, sin mucho temor a equivocarnos, lo siguiente:

1. El objetivo último de todo nuestro trabajo educativo no puede centrarse en la transmisión de contenidos, sino en aprender nosotros y enseñar después a las generaciones jóvenes, sobre todo a los que tienen trastornos de comportamiento, a relacionarse como personas, es decir, asertivamente, es decir con eficacia y justicia.
2. Para conseguir esa relación eficaz y justa, es imprescindible el aprendizaje de habilidades cognitivas, el desarrollo de la inteligencia emocional y la adquisición voluntaria de valores morales: para conseguir esos tres objetivos, existen métodos y programas eficaces.
3. Ante la inhibición o pasotismo de algunos menores, nuestra respuesta educativa debe ser enseñarles Motivación y los valores necesarios para ella. Ante la agresividad de muchos menores, nuestra respuesta educativa debe ser enseñarles a buscar soluciones alternativas, a pensar consecuencialmente, a ponerse en el lugar del otro, y a tener siempre presentes los valores morales.

BIBLIOGRAFÍA

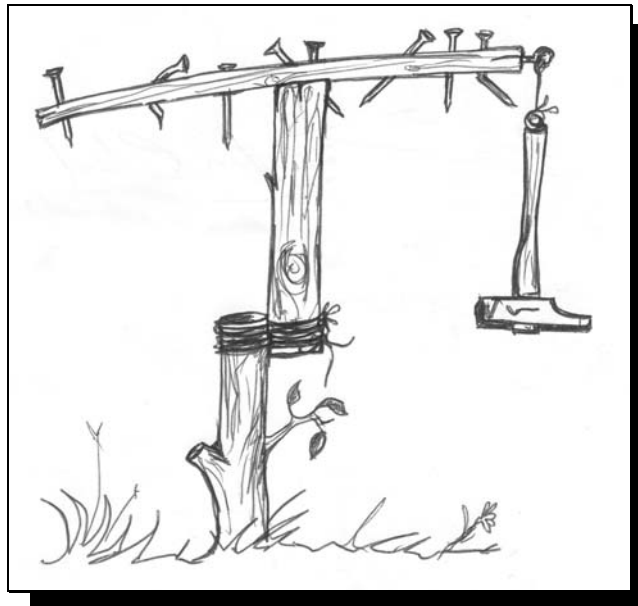
- ARANGUREN J.L.**(1958 Y 1967) Ética. Comunicación humana.
- ALZATE R.** (2003) “Resolución de conflictos”, en AA.VV., Aprender del conflicto, Barcelona, Graó.
- BACH E. y DARDER P.** (2002) Sedúcese para seducir, Barcelona, Planeta.
- BERNE E.** (1964) Games people play, New Cork, Grove Press.
- BRANDEN N.** (1997) El poder de la autoestima, Barcelona, Paidós
- CABALLO V.E.** (1991) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, Madrid, Siglo XXI de España.
- CALVO A.R.** (2004) *Comunicación* en IV Congreso Internacional de Psicología Educativa, Universidad de Almería.
- COLL C.** (2004) *Comunicación* en IV Congreso Internacional de Psicología Educativa, Universidad de Almería.
- CORNELIUS H y FAIRE S.** (1998) Tú ganas/Yo gano, Móstoles, Gaia.
- CSIKSZENTMIHALYI M.** (1997) Fluir, flow. Una psicología de la felicidad, Barcelona, Kairós.
- CYRULNIK B.** (2002) Los patitos feos, Barcelona, Gedisa
- CYRULNIK B.** (2003) El murmullo de los fantasmas, Barcelona, Gedisa.
- DE BONO E.** (1991) Aprender a pensar, Barcelona, Plaza y Janés
- FELDMAN J.R.** (2000) Autoestima, cómo desarrollarla, Madrid, Narcea.
- FISHER R. y URY W.** (2002) Obtenga el sí, Barcelona, Gestión 2000.
- FROMM E.** (1981, 4ª) El miedo a la libertad, Barcelona, Paidós.
- GARDNER H.** (1995) Inteligencias Múltiples, Barcelona, Paidós.
- GARDNER H.** (2001) La inteligencia reformulada, Barcelona, Paidós.
- GARDNER H.** (2004) Good Works, New York, Basic Books
- GOLEMAN D.** (1996) Inteligencia emocional, Barcelona, Kairós.
- GÜELL M. y MUÑOZ J.** (1999) Desconócese a ti mismo. Programa de alfabetización emocional, Barcelona, Paidós.

- HARTMANN N.** (1950) Ética.
- JARES J.** (2001) Educación y conflicto, Madrid, Popular.
- KOHLBERG L.** (1997) La educación moral según Kohlberg, Barcelona, Gedisa.
- MACHADO A.** (1994) Poesías completas. Proverbios y cantares, LXXXV, Madrid, Austral Espasa Calpe.
- MARINA J.A. y LÓPEZ PENAS M.** (1999) Diccionario de los sentimientos, Barcelona, Anagrama
- MAYER J.D.** (2004) *Conferencia sobre Inteligencia Emocional*, IV Congreso Internacional de Psicología Educativa, Universidad de Almería.
- McKAY M.** (1991) Autoestima. Evaluación y mejora, Barcelona, Mtnéz. Roca.
- MOORE D.B. y McDONALD J.M.** (2000) Transforming Conflict, Victoria, Australia, Print Group.
- MORALEDA M.** (1998) Educar en la competencia social, Madrid CCS.
- PLATT J.J. y DUOME M.J.** (1981) TIPS, Training in Interpersonal Problem solving Skills, Philadelphia, Hahnemann.
- ROSS R.R. y FABIANO E.** (1985) Time to think. A cognitive model of delinquency prevention, Johnson City, Canadá, Institute of Social Sciences.
- SEGURA M.** (2002) Ser persona y relacionarse, Madrid, Narcea.
- SEGURA M. y ARCAS M.** (2003) Educar las emociones y los sentimientos, Madrid, Narcea.
- SEGURA M. y ARCAS M.** (2004) Relacionarnos bien. Programa de competencia social para niñas y niños de 4 a 12 años, Madrid, Narcea.
- SELIGMAN M.** (1983) Indefensión, Madrid, Debate.
- SELIGMAN M.** (1998) Aprenda optimismo, Barcelona, Grijalbo.
- SELIGMAN M.** (2003) La auténtica felicidad, Barcelona, Ediciones B.
- SPIVACK G. y SHURE M.B.** (1974) Social adjustment of young children, San Francisco, Jossey Bass.
- TÓRREGO J.C.** (2001) Mediación de conflictos en instituciones educativas, Madrid, Narcea.

VINYAMATA E. (1999) Manual de prevención y resolución de conflictos.
Barcelona, Ariel.



HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN PARA PADRES Y EDUCADORES



"El que en la frente tiene un martillo no ve más que clavos" (Paul Watzlawick)
(Dibujo realizado por el educador Luis Cadavid del Colegio "Los Sauces", Pontevedra)

Introducción

Etimológicamente herramienta viene de "ferramenta" en referencia a aquellos utensilios que se utilizan para trabajar en diversos oficios, en su gran mayoría oficios manuales. Esta cualidad, la de ser "utensilios para", hace referencia a una capacidad del ser humano que lo distingue del resto de los animales: la de crear instrumentos que le faciliten sus tareas. Herramientas que, por otra parte, permiten un uso no sólo personal sino además colectivo y social. En nuestro contexto, con la palabra herramientas nos referimos a instrumentos de uso para intervenir con niños/adolescentes que expresen trastornos del comportamiento.

Como con todo objeto de aplicación, con las herramientas (un destornillador, una pinza o un martillo) corremos el riesgo de que sean utilizadas con fines y propósitos diversos aún a costa de su efectividad. Una pinza puede ser utilizada tanto para apretar un caño que se ha aflojado, como para golpear un clavo que se ha separado de la pared. El primer caso responde a un uso específico de la herramienta. En el segundo, la pinza está siendo utilizada como reemplazo de un martillo. Con este ejemplo queremos poner de manifiesto que la efectividad o no de la implementación de una estrategia de intervención (la herramienta), depende de la situación, la historia, la edad, y de otros factores que presentes. La lectura de estos utensilios, por lo tanto, debe enmarcarse y adaptarse a la particularidad de cada familia y persona.

Somos concientes que cabe la posibilidad de que nuestra experiencia de trabajo, puesta por escrito en estas páginas, se preste a una interpretación errónea, pero, aún así, consideramos importante poner en común aquello que hemos aprendido. Y queremos ponerlo en común con padres y madres de carne y hueso que crían y educan a sus hijos lo mejor que pueden, con familias “comunes y corrientes”, con todos aquellos adultos que de una y otra manera ejercen este rol.

Por esta razón haremos referencia implícita al concepto de “padres aceptables” desarrollado por Winnicott y retomado magníficamente por B. Bettelheim. En relación a los trastornos de comportamiento diremos, una vez más, que aquello que está en pugna es la adaptación de un niño/adolescente a su entorno más directo. El conflicto está planteado con la ley, la norma, lo establecido, los límites o la autoridad. El conflicto existe porque las reglas comunes se cuestionan, lo dado se desconoce y esto genera un choque entre los intereses particulares y aquellos que son comunes, diferencia que se resuelve por intermedio de la trasgresión.

Esta lucha de fuerzas entre lo propio y lo grupal va socavando una herida, una lastimadura que suele producir confusión y dolor en los adultos que actúan como sus referentes. Por eso es importante no perder el “norte” y entender estos procesos como parte de un desarrollo evolutivo. Lo que comúnmente nos ocurre es que desconocemos a nuestro hijo. Lo vemos actuar impulsivamente, lo notamos agresivo, tiene reacciones violentas, está descontrolado, se comporta de manera “rara”, se opone a todo cuanto se le dice, intenta manipular, miente, roba o consume. Todas estas observaciones, todos estos comportamientos compiten con esas emociones tan únicas que nos despiertan los hijos y que hacen que los veamos “especiales”, que nos resulten muy difíciles de interpretar sus conductas con objetividad.

Ahora bien, en caso de que sospechemos que se trata de una sintomatología más severa de lo entendido comúnmente como “normal”, entonces es necesario consultar con un especialista.

¿Cómo intervenir entonces, cuando observamos que hay indicios suficientes de que “algo no está bien”, en el desarrollo de este niño/adolescente? Veamos un ejemplo cotidiano.

Si a usted le duele el pie al apoyar, siente que no está pisando bien y consulta al médico, seguramente con una tobillera, un vendaje y un poco de cuidados especiales, el problema no pasará a mayores. Luego se podrá estudiar si falta calcio o vitaminas y si es necesario, con algún tipo de complementos, compensar ese déficit natural.

Pero si descuida esa molestia y “pasa” de ella, puede que la historia termine en una caída o en una fractura por el desgaste que ha sufrido el organismo. Entonces la intervención será mayor. Tendrán que operarle o colocarle una escayola. Y si aún así, alguien se negara a usar la escayola y decidiera dejar que el hueso suelde “solo”

entonces el resultado será casi seguro una incorrecta solidificación del hueso, lo que podría acarrear una cojera crónica.

En el ámbito de la salud “mental” sucede algo semejante. Si ante los primeros síntomas de desajuste nos hacemos los distraídos apelando a argumentos tales como: “es pequeño...ya se le pasará...es la primera vez que lo hace....no tiene mala intención...es que ha sufrido mucho...está celoso...etc., etc., etc.”, las posibilidades de prevenir problemas mayores se reducirán significativamente.

Algunas de las características observables de la conducta en niños con Trastornos del Comportamiento son:

- Cuestiona y argumenta.
- Hace berrinches (en el caso de los más pequeños).
- Le es difícil relacionarse o jugar con otros niños.
- Reta la autoridad.
- Rompe las reglas.
- Contesta.
- Molesta.
- Ignora las instrucciones que se dan.
- Pierde el control y se enoja.
- Rehúsa cumplir con las tareas.
- Culpa a otros por sus errores.
- Se enoja con facilidad cuando lo molestan.
- Utiliza palabras obscenas o insultos.
- Es poco tolerante a la frustración.

Prevenir los trastornos de comportamiento es como querer ponerle “puertas al campo”. Dada la gran cantidad de factores etiopatogénicos que influyen en la aparición de un trastorno y, ante la inexistencia de una única teoría que explique por sí misma la génesis de la enfermedad, la prevención se vuelve una tarea muy compleja.

Aún así, hemos optado por posicionarnos en una perspectiva “positiva” que ponga el acento en la salud y en las posibilidades de superación y recuperación de cada persona, antes que en el concepto tradicional de enfermedad. Al asumir este enfoque, vinculado con la prevención, se vuelve fundamental identificar los factores de vulnerabilidad en el niño/adolescente y generar, a partir de ello, una serie de cambios de tendencia que tengan una clara orientación psicopedagógica. Por eso nuestras intervenciones apuntarán a la recuperación de valores éticos, la potenciación de las figuras de autoridad (aunque no autoritarias), al aumento del contacto y de la comunicación social, a la disminución de la sobreprotección, al aporte de mayor autonomía y responsabilidad así como a una mejora de la capacidad de frustración, al

aumento de la autocrítica y a la disminución de la autocomplacencia. De esta manera, en la intervención se buscará cumplir con los siguientes objetivos:

- El centro de intervención es la persona, no el problema.
- Presentar soluciones con una visión donde “ambos ganamos”.
- Identificar los factores desencadenantes de la conducta.
- Enseñar al niño algunas estrategias que faciliten la interacción con los otros y el autocontrol.
- Promover una interacción de autoridad favorable donde predomine la consistencia y la firmeza.
- Despertar la motivación.
- Establecer un trabajo en equipo involucrando al niño en el proceso.
- Dar seguimiento evaluando los resultados.
- Promover la empatía y la comprensión de la conducta en los involucrados.
- Referir a los padres para apoyo y orientación.

Desde este planteamiento, pues, el éxito de las estrategias de intervención no está tanto en la estrategia misma sino en la actitud de la persona que la aplica, y para lograrlo se requiere de ciertos elementos:

1. Información sobre las implicaciones del comportamiento desafiante.
2. Empatía con el niño.
3. Comunicación asertiva.
4. Autocontrol.
5. Habilidad para la resolución de conflictos.
6. Aptitud para el trabajo en equipo.

Sin embargo hay una serie de recomendaciones en cuanto a lo que NO se debe hacer:

- No entrar en una lucha de poderes en busca de ganar o decir la última palabra haciéndole sentir al niño que usted es quien tiene el poder.
- No promover la argumentación o la discusión ante una situación específica con el fin de convencerle de que usted tiene la razón.
- No criticar ni utilizar comunicación agresiva.
- No confrontar ni presionar conductas en momentos de crisis.
- No obligar al niño a remediar su conducta en momentos en que esté alterado o en crisis.

- No establecer castigos en momentos de conflicto
- No preguntar “¿por qué?” (usted debe saber ya la respuesta).

Debemos tomar en cuenta que el objetivo de aplicar una estrategia no es ganar la batalla, porque para ganar una batalla debe haber una pelea, y aquí partimos de la expectativa de que lo que existe es más bien un problema que requiere de una solución donde todos salen beneficiados.

De esta manera, por tanto, las intervenciones en el terreno del tratamiento de los Trastornos de Comportamiento deberían ir en el camino de la interacción, es decir, aquellas que dan la oportunidad al niño de sentir que gana, que tiene cierto control de la situación, pero dentro de los límites que se establecen, sin caer en una lucha de poderes o autoritarismos. Para ello debería de lograrse una actitud favorable del niño, por lo que él o ella debería percibir que:

- Es respetado y aceptado, y no se le condena o rechaza como persona.
(Lo que no es aceptable es su conducta)
- Está siendo tomado en cuenta en la solución del problema.
(A pesar de que ambas propuestas han sido presentadas por el adulto).
- La solución no es impuesta, es negociada.
(En la intervención hay convencimiento).
- La intervención busca su beneficio.
(Cumplir las normas va en su beneficio).

Una vez inmerso en la intervención, y para reforzar esa actitud favorable del niño ante las medidas tomadas por el adulto, una serie de puntos a seguir no podrían servir de guía de comportamiento:

- Hágle saber las conductas positivas y refuércelas, e ignore conductas negativas que no sean tan relevantes.
- Promueva que el joven o el niño identifique el problema y las consecuencias en términos de su beneficio o daño personal.
- Centre la intervención en el problema y la posible solución, y no en el culpable.
- No pierda tiempo en discusiones que se enfoquen en hacerle saber que él es el culpable (recuerde que, por lo general, no reconocen sus errores y culpan a otros).
- Utilice la negación presentando alternativas de solución, de modo que le ofrezca la opción de escoger entre ellas.

- Presente la solución como un desafío.
- Déle indicaciones, una a una, de lo que podría hacer para lograr el desafío identificando las áreas de peligro.
- Ayúdele a conocer sus reacciones y el costo de las mismas (Autoconocimiento).
- Ante una situación determinada, dé la orden tomando en cuenta:
 1. Mirarle a los ojos.
 2. Ser firme
 3. Si es un niño pequeño y está en berrinche espere a que se calme.
 4. Asegúrese que comprendió la orden afirmando lo que se dijo.
 5. La orden debe ser clara.
 6. Se debe dar una sola orden a la vez.
 7. La orden debe de indicar lo que se desea que haga.
 8. No debe ser presentada como un favor o una pregunta.
 9. Se debe establecer un período de tiempo para cumplirla.

Para el desarrollo de las herramientas hemos contado con la experiencia de diversos especialistas nacionales e internacionales dedicados a los trastornos del comportamiento, igualmente investigamos las posibilidades de intervención desde distintos marcos teóricos y escuelas (sistémica, cognitivo-conductual, existencialista, psicodinámica, entre otras) y, sumamos aquellos conceptos que en nuestra propia práctica hayan demostrado ser de utilidad para la intervención con niños y adolescentes.

La realidad en los recursos de salud mental infanto-juvenil está demostrando el significativo aumento de los trastornos de comportamiento. Cada vez más, una gran cantidad de padres se encuentran desbordados por los trastornos de conducta de sus hijos. Muchos, al verse superados por la situación y ante una falta casi absoluta -o por lo menos escasamente operativa- de soluciones terminan “dimitiendo” de su paternidad. La urgencia de contar con un tratamiento conveniente y multidisciplinar es la única vía para evitar que, en el futuro, esto niños se conviertan en adultos con importantes trastornos de personalidad, engrosando las estadísticas y las tasas de incidencia.

Se conocen tres factores que operan en la constitución de este tipo de trastornos:

1. Factores socio-históricos y culturales.
2. Factores intrafamiliares.

3. Factores biológicos.

Nosotros nos concentraremos particularmente en el segundo, ofreciéndoles algunas herramientas claves para trabajar con estos chavales.



A . DESOBEDIENCIA



Obediencia proviene del latín: *oboedire*, es decir, cumplir lo que se manda. Pero la desobediencia, en lo que atañe a los trastornos del comportamiento, debe entenderse cuando el niño/adolescente:

1. Niega la norma
2. Oculta el desacuerdo con una orden dada y actúa contrariamente a lo esperado, pasando de la norma
3. Transgrede la norma o realiza conductas que están explícitamente prohibidas

La libertad y la capacidad de desobediencia son inseparables. La desobediencia es muchas veces un acto de afirmación y de independencia. La capacidad de dudar, de criticar y de desobedecer ha sido y es una fuente de desarrollo y crecimiento.

La desobediencia nos remite así a una determinada relación e interacción entre el niño y los padres, entre el niño y los educadores. Una relación en la que influyen:

- Los estilos de aprendizaje
- Las características de los padres y educadores (sus habilidades para la comunicación, el control, la solución de problemas, etc.)
- Las características de los niños (habilidades sociales, mecánica del sueño, comidas, etc.)
- Las particularidades propias de la interacción (problemas y características conyugales, familiares, etc.)
- Todas aquellas características que son externas a la familia (mercado laboral, nivel social, etc.).

En este sentido, *“la investigación demostró que ni las circunstancias materiales ni la clase social ejercían una influencia estadísticamente significativa en el comportamiento. El factor decisivo para la aparición de tendencias antisociales o, por el contrario, de hábitos disciplinados era el ambiente psicológico y emotivo que reinaba en el hogar”*⁸.

A partir de esto se vuelve una necesidad no sólo conocer el comportamiento del niño sino también la reacción de los adultos ante ello y sus comportamientos. *“Nuevos estudios revelaron que, en lo que se refiere a si los niños estaban bien protegidos para no caer en pautas de conducta antisocial, los valores concretos que albergasen los padres apenas importaban; es decir, daba lo mismo que los padres fueran conservadores o progresistas, estrictos o permisivos. Lo que si tenía*

⁸ Bettelheim, Bruno, *No hay padres perfectos*, p. 145, Crítica, Barcelona, junio 2003

*importancia era la medida en que los padres viviesen de acuerdo con sus valores declarados y con los valores que procurasen enseñar a sus hijos*⁹.

Consideraciones Generales:

La “obediencia” es un *aprendizaje que se construye* desde la primera infancia. Un niño que no acata las indicaciones de sus padres, desde pequeño, se convertirá posiblemente en un adolescente trasgresor. No nos referiremos a una negación “aislada” a cumplir una norma, sino a la *recurrencia constante a aceptar y cumplir una indicación u orden* consecuente dada por un adulto de referencia.

Es de destacar también la posibilidad de interpretar el “lenguaje corporal” que anticipa la desobediencia, para poder abordarla en cuanto se anuncia. No dejar “pasar” las actitudes de negación (una mirada, un gesto de hombros como de “pasar” de la orden o ignorarla). Los problemas de conducta son en realidad conductas que nosotros (desde nuestra cultura psicosocial) valoramos como inadecuadas, y que siguen los mismos principios de aprendizaje que aquellas conductas consideradas adecuadas. Cuando se presenta un problema de conducta es necesario intervenir:

- Intervención PASIVA: ignorar la conducta.
- Intervención ACTIVA (supresora): disminuir o suprimir la conducta.

...los referentes

- Resaltamos la importancia de constituirse como figura de “autoridad” para el niño. Nos hacemos referentes, en la medida que somos adultos “confiables”.
- Es importante saber si hablamos de un niño “desobediente” – en general – o si el niño “me desobedece” (en donde lo que está cuestionado entonces es mi lugar como autoridad).
- El niño también debe saber que no hay que “hacerle caso” a cualquiera. Los padres, los educadores, la familia extensa...son aquellos que ponen las reglas de juego. No se obedece a un desconocido.

....evolutivamente

⁹ Id., p. 146.

No debemos depositar en el niño, toda la responsabilidad de “autoregularse” y distinguir lo que se puede y lo que no; pero a medida que va creciendo, sí es esperable que logre distinguir por sí mismo las posibilidades de su accionar y sus consecuencias. Es imprescindible diferenciar la resistencia a la autoridad (personalidad desafiante) de la característica atracción por lo prohibido (asociada a la aventura) típica de la etapa adolescente. Debemos aceptar que en la adolescencia se pone en juego el aprendizaje de cierta autonomía que es imprescindible para crecer.

1. La “confrontación” en la adolescencia, el “espíritu de contradicción”, es un ejercicio necesario, para ejercitar sus propios argumentos.

2. A veces los niños, simplemente no guardan memoria de la normativa. Otras en cambio se angustian, al ser descubiertos (intencionalidad) por temor al castigo.

3. Evolutivamente “llevar la contraria por todo” es una conducta “normal” a los dos años (el típico: NO, ante cualquier cuestión que se le plantee al niño). Éste es un modo de autoafirmarse como sujeto distinto a los padres: nos dice que es diferente a nosotros, que quiere ser y hacer lo contrario de sus padres. Es una lucha de poder que se reaviva en la adolescencia.

4. El pensamiento creativo se genera - de alguna manera - en la trasgresión de lo dado. En ocasiones poder “cuestionar” lo establecido como norma, abre la posibilidad de un pensamiento lateral. Una personalidad estrictamente “sumisa” tampoco deja expresar toda la potencialidad de cada persona. Es importante asumir el riesgo de pensar distinto y asumir las consecuencias de disentir.

En síntesis....

Se trata de lograr una adaptación al sistema, que posibilite el “vivir con otros” en un marco reglado de bien común. Para ello es necesario recordar que se deben observar ciertas reglas:

- Dar pocas órdenes, precisas, cortas y no contradictorias
- Ser muy claros en las normativas básicas
- Evitar los discursos en exceso y concentrarse más en las acciones
- Ser mas perseverante que los niños
- La argumentación del adulto debe ser coherente y sensata
- El mensaje debe ser uno (acordado por ambos padres)
- Debe ir acompañado de afecto
- No apelar al castigo físico
- Es necesario que el niño conozca de antemano la consecuencia del incumplimiento
- Intentar no “engancharse” en escaladas de discusiones violentas
- Mantener la calma
- Evitar reiterar de manera persistente “ésta es la última vez”
- Ofrecer conductas alternativas
- Reforzar las conductas que sean adecuadas para un niño de esa edad
- Comenzar los cambios por las conductas más recientes
- El “castigo” no debe tener carácter retroactivo
- Evitar multiplicar los “NO”
- Los límites se van renegociando en función del crecimiento del niño
- Ofrecer una rutina que les permita organizarse y dominar sus conductas
- Ofrecer modelos a partir de los cuales generar conductas por imitación
- Instruir al resto de las personas involucradas (familias o educadores) para que estén al tanto de la intervención
- La obediencia es un deber en donde el padre tiene la obligación de enseñar las normas y el niño/adolescente el derecho de conocerlas
- La norma debe ser dialogada y estar puesta por escrito
- La norma no debe ser larga en el tiempo
- La norma debe ser adecuada al momento y al lugar en el que se desarrolla así como a la forma en que se establece

Herramientas:

TIME OUT (Tiempo fuera)

Tomarse un tiempo para pensar. Aislarlo. Tratar de mirar la situación desde otra perspectiva. Tomar distancia para mirar mejor. Evitar la mirada miope (el que pierde perspectiva o no ve de lejos). Esta técnica se utiliza sobretodo en casos en donde el niño no demuestra ser capaz de escucha. Se muestra empecinado por su deseo y por tanto oponente ante todo lo que se le propone. Sirve también para proponer otro punto de vista ante lo sucedido.

En caso de niños rebeldes, lo que sabemos es que no esta pudiendo razonar su deseo, e intenta que el adulto quede sin razón también. Por tanto a veces los dos tienen que tomarse un tiempo, distanciarse del suceso para no empastar el momento de posibles agresiones físicas o verbales. Esta técnica esta acompañada a veces por técnicas de relajación, para favorecer la reflexión sobre el suceso. (...a partir de aquí, se cuenta como se aplica: “detener la escalada de gritos y salir a dar una vuelta...no quedarse atrapado en la discusión ...decirle que vamos a hacer un break, etc....se trata de dar indicaciones claras, como si fuera una receta -sin serlo!)

REFUERZO DE ACTITUDES PATERNAS (padre/ madre) DE AUTORIDAD

Recuperar el lugar de autoridad, no es autoritarismo. Es ocupar la posición que me corresponde. Lo que estoy recordando es que soy el Adulto y él es el menor. Yo soy el responsable y él, quien respeta mi lugar.

Esto trae confrontación extrema.... pero no sin riqueza. Es aquí donde comienzan a configurarse los espacios para la vida y el deseo de formar el propio espacio, la propia plataforma de lanzamiento hacia el futuro. En esta pelea – discusión – confrontación, es donde la persona reafirma su YO, en todas sus dimensiones (corporal, psíquico). Comienza a aceptar la alteridad, al otro, al distinto.

A veces la diferencia es frustración. Y no siempre la frustración es perdida. Sino también, refuerzo de elementos positivos personales, descubrimiento de potencialidades propias, para el logro de nuevas metas en la vida.

Supone en muchos casos ser opositoristas ante el deseo del hijo... para generar otro tipo de respuestas... no para anularlo en su creatividad.

CAJA DE RESONANCIA

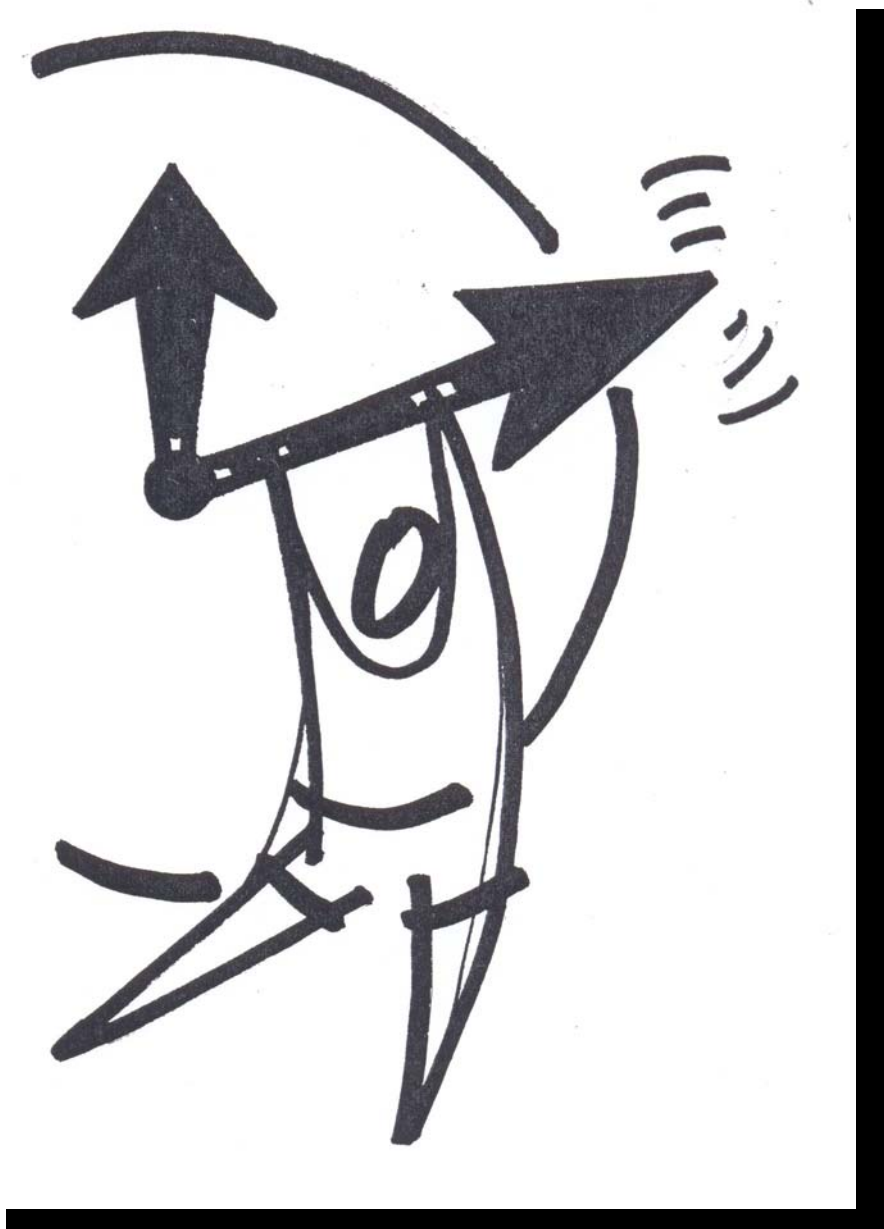
Se trata de que los adultos, podamos revisar que aspectos personales (de nuestra historia) se ponen en juego ante la actitud de un niño: como he vivido de pequeño, las imposiciones de mis propios padres?, cómo he transitado mi propia adolescencia?; tiene relación el castigo que he impuesto hoy, con mi particular estado de ánimo?, etc.

En ocasiones, contaminamos la situación planteada con un hijo, porque la atravesamos con nuestras propias historias personales. Sabemos que esto es así, porque somos sujetos y por tanto actuamos "subjetivamente" (la objetividad pura es un constructo o especulación formal que en las ciencias humanas - e incluso en las llamadas exactas – no somos capaces de alcanzar.)

No obstante es importante recordar que las normas, leyes, pautas, son acuerdos establecidos que buscan marcar un campo de juego, unas reglas que deben ser aplicadas siempre con la misma vara, independientemente de las interpretaciones cambiantes que nos puede dar el día a día.

Se trata de "escuchar" como resuena dentro nuestro (como en una guitarra) el mensaje que emite el hijo: qué me quiere decir con esta actitud?, que elementos tienen que ver conmigo y no con el....

B. IMPULSIVIDAD



Impulsivo en el diccionario de la Real Academia es un adjetivo que, predicado de una persona, hace referencia a aquel “que suele hablar o proceder sin reflexión ni cautela, dejándose llevar por la impresión del momento”. En la definición ya se encuentra contenida una distinción importante: “proceder sin reflexión”. Lo que caracteriza a la impulsividad no es el tratarse de una “reacción intensa” (propia de alguien “apasionado”) sino de una respuesta rápida que, como tal, manifiesta un modo de proceder que parte de un bajo nivel de reflexión.

Estos niños presentan como características el enojarse con relativa facilidad, responder a cualquier estímulo sin una previa internalización (si lo empujan el niño responde con otro empujón), tratan de pillar todo lo que les parece interesante y que pueda tener otro. Además tienen dificultades para esperar su turno en juegos y conversaciones, contestan lo primero que se les viene a la cabeza o antes de que se termine de hacer la pregunta, interrumpen las conversaciones, no paran de hablar cuando saben sobre un tema o cosa, etc.

La bibliografía especializada asocia la impulsividad a un déficit del control inhibitorio. Un déficit que se orienta a tres niveles:

1. Inhibir una respuesta inmediata y rápida, lo que suele generar que este tipo de niños se equivoque con más frecuencia que el resto;
2. Detener la respuesta que están por ejecutar para considerar otras alternativas y evaluar la situación
3. Resistir la tentación de conseguir un beneficio inmediato aun cuando éste no lo sea en el largo plazo o, lo que es lo mismo, tiene dificultades para postergar la gratificación.

Este déficit conlleva una disminución en la utilización del pensamiento reflexivo y del lenguaje; presentan dificultades a la hora de desarrollar estrategias para resolver problemas o para llevar adelante una interacción social; se aburren con facilidad y por eso eligen tareas poco prolongadas; tienen baja tolerancia a la frustración. En cambio funcionan muy bien en contextos donde lo que se requieren son procesamiento automáticos.

Scandar señala como muy importante el distinguir entre impulsividad e inmadurez: *“Equivocadamente, se ha caracterizado al niños con TDAH e impulsivo como inmaduro...el error se origina en el concepto mismo de maduración...(si entendemos) la maduración como un plan que se está desarrollando. En este sentido un niño TDAH no es inmaduro, simplemente tiene otro `plan` y ese `plan` no es el que tiene el resto de los niños. El `plan` diferente podría ser una ventaja o una desventaja, en verdad ya no depende del `plan` sino de las circunstancias en que se tendrá que desenvolver. En las circunstancias de la vida escolar y civilizada ser*

‘impulsivo’ suele no ser un buen plan...tratamos de combatir la idea de mucha gente que piensa que si es ‘inmaduro’ lo único que resta por hacer es esperar. En el fondo, equivocadamente piensan que es como si el avión viniese demorado. Todo es cuestión de esperar...Nosotros decimos que el avión tiene otro plan de vuelo y que hay que hacer algo para que su trayectoria se acerque ‘razonablemente’ a la que el grueso de la población tiene programada. Y en segundo lugar, porque teniendo un programa de desarrollo diferente, es importante que la comunidad acepte, al menos parcialmente esas diferencias¹⁰.

<i>Variable</i>	<i>Logro a conseguir</i>
<i>Impulsividad</i>	Autocontrol
<i>Externalización</i>	Identificar problemas
<i>Rigidez mental</i>	Tolerancia
<i>Pensamiento concreto</i>	Razonamiento crítico
<i>Egocentrismo</i>	Empatía
<i>Falta conciencia daño</i>	Conciencia daño

Figueras G, 2000 (NECESIDADES DE REHABILITACIÓN)

Consideraciones generales

Se trata de actuaciones donde no se tiene en cuenta la consecuencia de la acción. En realidad no hay conciencia de lo que se hace. El niño se concentra solamente en lo que quiere hacer. Parece olvidar la existencia de los “otros” y el interés que los demás puedan tener. El deseo propio está por sobre el de los demás

¹⁰ Scandar ,Ruben, *El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: Su comprensión y tratamiento*, pp. 62-63, Distal, Buenos Aires 2003.

(no tiene un registro de la necesidad o deseo de los “otros”). Son reacciones que surgen por azar. La reflexión puede llegar luego pero no está garantizada sin la ayuda de un tercero.

El niño/adolescente se muestra muy centrado en sí mismo y sus intereses. Prevalece la actitud egocéntrica. El deseo es tan exacerbado que le impide mirar a su alrededor. El deseo lo domina. Esta actitud infantil se expresa en situaciones de capricho, demanda permanente e insistencia sostenida. Muchas veces se trata de acciones que no guardan para él ningún interés especial (hace lo que quiere, pero no quiere lo que hace). Es un hacer por hacer solamente.

De esta manera, es habitual que estos niños no consigan sus objetivos, ni puedan centrar su atención en estímulos relevantes. Da siempre las mismas respuestas ante situaciones parecidas y toma decisiones rápidamente, ambas con resultado erróneo. Manifiesta mucha ansiedad ante determinadas situaciones.

Ahora bien, de observarse conductas maníacas, de ritualización, etc., es necesario otro tipo de abordaje y por lo tanto, la consulta de un profesional.

Herramientas:

1. Agenda personal

Consiste en una herramienta muy habitual por intermedio de la cual se organizan temporalmente las tareas a realizar por los niños y adolescentes. Se trata de llevar una agenda en donde se consignan tareas y tiempos a emplear (estructurando el uso del mismo), de manera que sea fácilmente contrastable su cumplimiento.

2. Horario

Contar con una estructuración externa y formal del tiempo, definiendo tareas y ocupaciones, así como tiempos libres, tiene como finalidad organizar las conductas y evitar la dispersión. La organización horaria debe darse por escrito y es conveniente que la persona asuma el “contrato” que ha suscripto, lo que no significa que las parte puedan rever las condiciones y hacer modificaciones sobre lo establecido.

3. Desarrollar la función simbólica

Para Piaget *“existe una función simbólica más amplia que el lenguaje que engloba, además del sistema de los signos verbales, el de los símbolos en el sentido estricto. Podemos decir, entonces, que la fuente del pensamiento debe buscarse en la función simbólica. Pero también se puede sostener legítimamente que la función simbólica se explica, a su vez, por la formación de las representaciones”*.

Las personas nos formamos imágenes mentales de los objetos que tenemos delante gracias a la función simbólica. Dado que comprende al sistema de signos y símbolos, dicha función conlleva la formación de representaciones y, como tal, se convierte en la fuente del pensamiento. Por intermedio de los símbolos somos capaces de estructurar nuestra inteligencia, nuestras emociones y avanzar en el desarrollo de nuestra creatividad para poder responder a las distintas situaciones que enfrentamos.

Cuando el niño cierra los ojos puede imaginarse, representarse, la cosa que tiene delante e incluso hacerlo si el objeto está ausente. Gracias a ello, son capaces de evocar las situaciones no actuales y liberarse de las fronteras que le impone el espacio próximo y el tiempo presente, el aquí y ahora. Los objetos y acontecimientos se insertan así dentro de un marco conceptual y racional que los quita de la inmediatez y los enriquece. Esta capacidad *“de evocar significados ausentes, no percibidos o no visibles, mediante el empleo de significantes que están claramente diferenciados de tales significantes”¹¹*, les permite saltar las cadenas causales de la inmediatez, reconstruirlas e incluso anticiparlas, avanzando en un proceso de abstracción más complejo.

4. Economía de fichas

Esta herramienta consiste en introducir el uso de un reforzador general de carácter artificial (fichas, puntos, bonos, etc) para producir cambios en las conductas o reforzar aquellas conductas positivas que se desean mantener. De esta manera, el niño recibe una ficha, por ejemplo, a cambio de mantener una conducta positiva. Ahora bien, la ficha (o el reforzador artificial que se elija) será a la postre intercambiable por un reforzador habitual (dinero, salida al cine, visita de amigos, etc). Como señalan algunos autores: *“Los programas de economía de fichas aparecen con frecuencia en la vida cotidiana, aunque no estén explicitados como tal, por ejemplo, la maestra que da puntos a los alumnos que rinden bien para que los canjeen por un rato*

¹¹ J. Piaget, op. cit., p. 112.

de recreo adicional, o los proveedores que dan puntos a sus clientes habituales para que puedan cambiarlos por una cafetera o un pañuelo de seda”¹².

Se recomienda que los reforzadores artificiales sean manipulables de manera que el niño esté en contacto constante con ellos ya sea almacenándolos o llevándolos consigo. En el proceso de esta herramienta hay que destacar tres momentos:

1. Enseñar el valor de cambio que tiene la ficha: para ello, en algunos casos basta con dar una explicación verbal de las equivalencias. En el caso de niños muy pequeños, a veces, es preferible intercambiar la ficha gratuitamente por determinados reforzadores para que comiencen a comprender las relaciones de cambio.

2. Poner en funcionamiento la herramienta: una vez comprendido el valor de cambio que tienen las fichas, se trata de entregarlas sólo cuando se quiera reforzar una conducta. Es recomendable que el niño conozca de antemano tanto el valor de las fichas como el por qué se le entrega, ya que esto incrementa su efecto positivo. En este caso se suele entregar un listado o colgar un mural en la pared del cuarto en donde se discrimina el reforzador y su equivalente valor en fichas. Ej.: bañarse en la piscina = 4 fichas.

3. Intercambio de fichas: el intercambio de fichas por conductas tendrá un sentido descendente. Al inicio, y con la finalidad de que se consiga una motivación adecuada, se entregarán una gran cantidad de fichas a cambio de unas pocas conductas. Conforme vaya pasando el tiempo, se exigirá mayor cantidad de conductas para conseguir las fichas necesarias. Aunque es recomendable siempre estimular las conductas positivamente, en cierta ocasiones puede recurrirse a la quita de fichas ante conductas desadaptativas.

5. Evaluación del día

Se trata de disponer de un tiempo específico en el día para realizar una autoobservación como procedimiento para modificar la conducta. La autoobservación permite identificar la conducta que causa el problema, conocer bajo que condiciones se produce y a partir de allí producir una evaluación de la misma. Esta evaluación también creará una línea temporal en la cual dar cuenta de los cambios. Si la autoobservación conlleva además algún registro escrito que permita identificar con datos concretos (sin caer en estimaciones generales) la conducta que causa

¹² **Labrador Encinas, Francisco, Laroy García, Cristina y Cruzado Rodríguez, Juan Antonio**, “Sistema de organización: economía de fichas y contratos conductuales”, en **Muñoz Manuel, Labrador Francisco y Cruzado Juan A. (coord.)**, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, p. 533, Pirámide, Madrid, 2002.

problemas y su evolución, esto puede ser utilizado a posteriori en un programa terapéutico.

Los niños/adolescentes necesitan aprender a prestar atención a la conducta que causa problemas y para ello resulta de utilidad:

1. Que los padres le definan con claridad y precisión cuál es la conducta en cuestión
2. Identificar qué acciones preceden siempre a esa conducta
3. Reconocer los estímulos externos (provenientes del medio) e internos (pensamientos, sensaciones, etc.) que se presentan antes y después
4. Es recomendable que se observen varias conductas sin por ello caer en un exceso
5. No es necesario observar siempre conductas negativas, es importante que también se observen y registren conductas positivas.
6. La duración de la autoobservación sobre una misma conducta no puede durar un tiempo excesivamente prolongado porque induciría a una fatiga.

Técnicas para disminuir la ansiedad

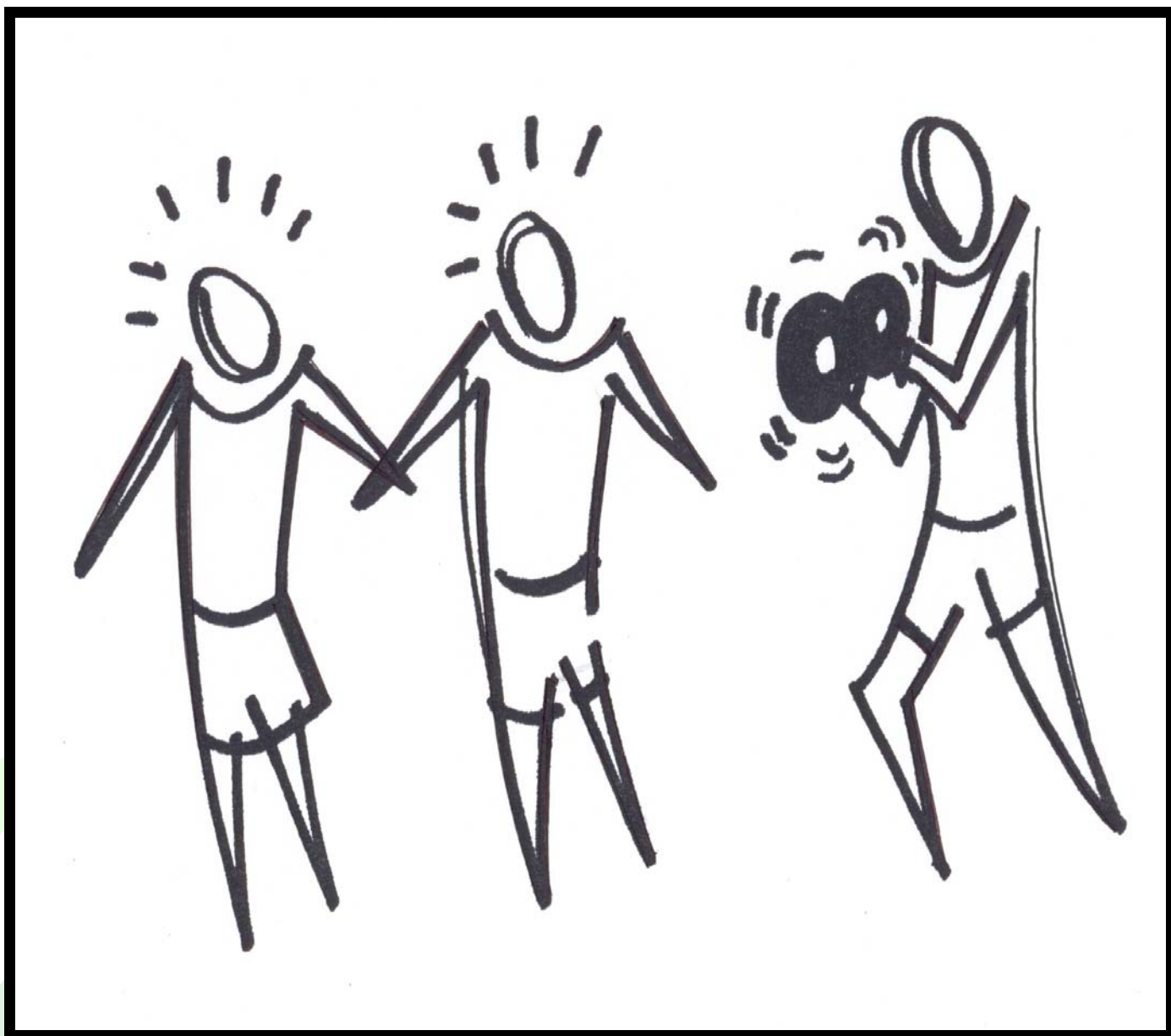
Bajo este apartado vamos a considerar algunos de los procedimientos que permiten a una persona controlar su nivel de activación, su ansiedad, sin tener que recurrir a recursos externos.

1. Contar hasta 10 antes de resolver una tarea
2. Respirar lento y profundamente. Las técnicas de control de la respiración son muy variadas pero tienen como finalidad, al permitir una adecuada oxigenación del organismo, conseguir un efecto relajador. Se trata de llevar el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones, lo que significa que se moverán los músculos del vientre y no los del estómago, que son los que habitualmente movemos cuando respiramos. Este ejercicio puede durar entre dos y cuatro minutos.
3. Reconocer señales fisiológicas de aumento de ansiedad o situaciones estresantes
4. Las autoverbalizaciones o autoinstrucciones tienen un importante efecto sobre el autocontrol. Dado que dentro de los rasgos distintivos de las personas impulsivas se encuentran el actuar sin pensar, la impaciencia y la velocidad en la respuesta, plantear actividades que les permitan aplazar una solución significa entrenarlos en el mantenimiento de la atención, en la capacidad para pensar en función de medios y fines y, en mejorar en términos generales la inserción social. De

lo que se trata es de evitar que caigan en la espontaneidad. La idea es utilizar comentarios que permitan controlar el proceso de realización de una tarea. Estos comentarios internalizados, funcionan como un esquema sobre el cual los niños/adolescentes van estructurando y guiando su comportamiento. Por ejemplo, ante la necesidad de definir el problema, el niño se preguntará ¿Qué tengo que hacer?. Si se trata de leer un texto para comprenderlo, entonces dirá: Voy a leer despacio y señalar lo importante. De esta manera, describiendo las tareas que realizará en voz alta, podrá organizar y orientar la conducta a la consecución del fin.



C. VIOLENCIA



El diccionario de la Real Academia define agresividad como “la tendencia a actuar violentamente”, refiriéndose a la violencia como aquella “acción de violentar o violentarse” o a la “acción violenta contra el modo natural de proceder”. Pero, ¿cuál es la distinción entre violencia y agresividad?.

En términos generales podemos decir que la violencia no es ni innata ni natural y que, se refiere a los comportamientos y actitudes que tienen por objeto conseguir el daño físico o psicológico de otras personas o de objetos físicos y del medio ambiente.

Por lo tanto, mientras la agresividad es una potencialidad de todo ser humano (y no tiene por qué considerarse negativamente, pues la agresividad permite también sortear dificultades o abrirse paso en la vida, refiriéndose a características de autodefensa y subsistencia, por ejemplo), la violencia corresponde a una modalidad cultural de esta agresividad.

Las teorías sobre el tema se sitúan en al menos dos puntos de vista: las que ponen el acento en la perspectiva del sujeto, entienden que la violencia es un trastorno de la personalidad y que ésta consiste en liberar instintos destructivos. Las que lo ponen en la perspectiva social, en cambio, se refieren a una estrategia funcional a la necesidad de mantener la cohesión del grupo ante alguna amenaza externa o interna, bien para configurar estructuras de poder.

De entre todas, para aquellas que corresponden al enfoque evolutivo-constructivista (Piaget-Vigotsky), los niños y adolescentes tienden a construir su desarrollo cognitivo, afectivo y social en interacción compleja y multidireccional con el medio ambiente. De manera que el comportamiento violento es la resultante de sus propias características personales y de la interacción de ellas con los escenarios que conforman ese medio ambiente. Escenarios con los que se relaciona de manera directa (la familia, el grupo de amigos, la escuela) o de manera indirecta (la sociedad, la cultura, los medios de comunicación).

“Sea como fuere, son factores biológicos los que están en la base de la agresividad. Pero la existencia de estos factores no basta para explicar la violencia. Agresividad y violencia no son lo mismo...La violencia es, en definitiva, el resultado de la interacción entre la agresividad natural y la cultura”¹³.

El Manifiesto de Sevilla sobre la violencia (1990), redactado por la comisión española de la UNESCO establece que:

¹³ San Martín, José, *La violencia y sus claves*, p. 24, Ariel, Madrid 2001.

1. No se puede afirmar científicamente que la guerra y cualquier comportamiento violento sea una tendencia natural e innata que ha surgido como producto de la evolución animal. Al contrario, el carácter evolutivo de las técnicas de guerra, por ejemplo, hacen suponer que se trata de un fenómeno cultural y que por lo tanto es ajena a un instinto.

2. Aún cuando los genes se encuentran involucrados en la formación de conductas, no las determinan. Por eso no podemos decir que un individuo está genéticamente determinado hacia los comportamientos violentos. Los genes cumplen su función dentro del desarrollo del sistema nervioso pero en el desarrollo posterior, el medio ambiente y los escenarios cumplen la función de ir interactuando y actualizándolo. Este comportamiento suele repetir una cadena lógica¹⁴:

1. Demanda al niño
2. Niño no obedece.
3. Padre grita.
4. Niño no obedece y grita.
5. Padre agrede.
6. Niño agrede al padre.
7. Padre protesta y se retira.
8. Esta situación da lugar a aprendizajes.

El padre al no conseguir controlar la situación experimenta sentimiento de ineficacia. El niño consigue lo que desea y aprende a conseguir lo que desea a través del enfrentamiento y desobediencia. Si este aprendizaje se generaliza a otros contextos el niño realizará sus demandas utilizando métodos coercitivos:

- Agredir a otros compañeros cuando realiza demandas y estas no son satisfechas
- Agredir a compañeros cuando aparecen conflictos con ellos.
- Agredir a compañeros cuando estos son de opinión contraria a la suya.
- Agredir a compañeros cuando estos bromean de él.

Consideraciones generales

¹⁴ Díaz Atienza J. (Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolescente 2001).

Es importante diferenciar entre una agresión debida a la impulsividad o debida a estructuras estables de la personalidad, como por ejemplo de tipo antisocial. Así como diferenciarla de llamadas de atención y del control del otro por medio de la agresión física. El “pegar” también puede tener una connotación de búsqueda de acercamiento físico y contacto corporal (típico del adolescente, en tanto “quedarse pegado”). Se trata de una manera muy “primitiva” de imposición al otro. Es una acción rudimentaria de dominación que puede esconder profundos sentimientos de debilidad. También es un aprendizaje en función de un modelo cultural de comunicación. Nunca y bajo ninguna circunstancia aceptar que el chico/a se “descargue” a través del golpe a otro.

Hablamos de agresión por impulsividad cuando la persona después del acto agresivo es consciente de su error, y aparecen sentimientos de culpa y arrepentimiento.

Hay que tener en cuenta el nivel de ansiedad anterior al acto agresivo, y evaluar si aparece una intolerancia a la ansiedad elevada. Suele ir asociado a otro tipo de conductas impulsivas, como agresión a bienes materiales, o agresiones de tipo verbal y/o postural.

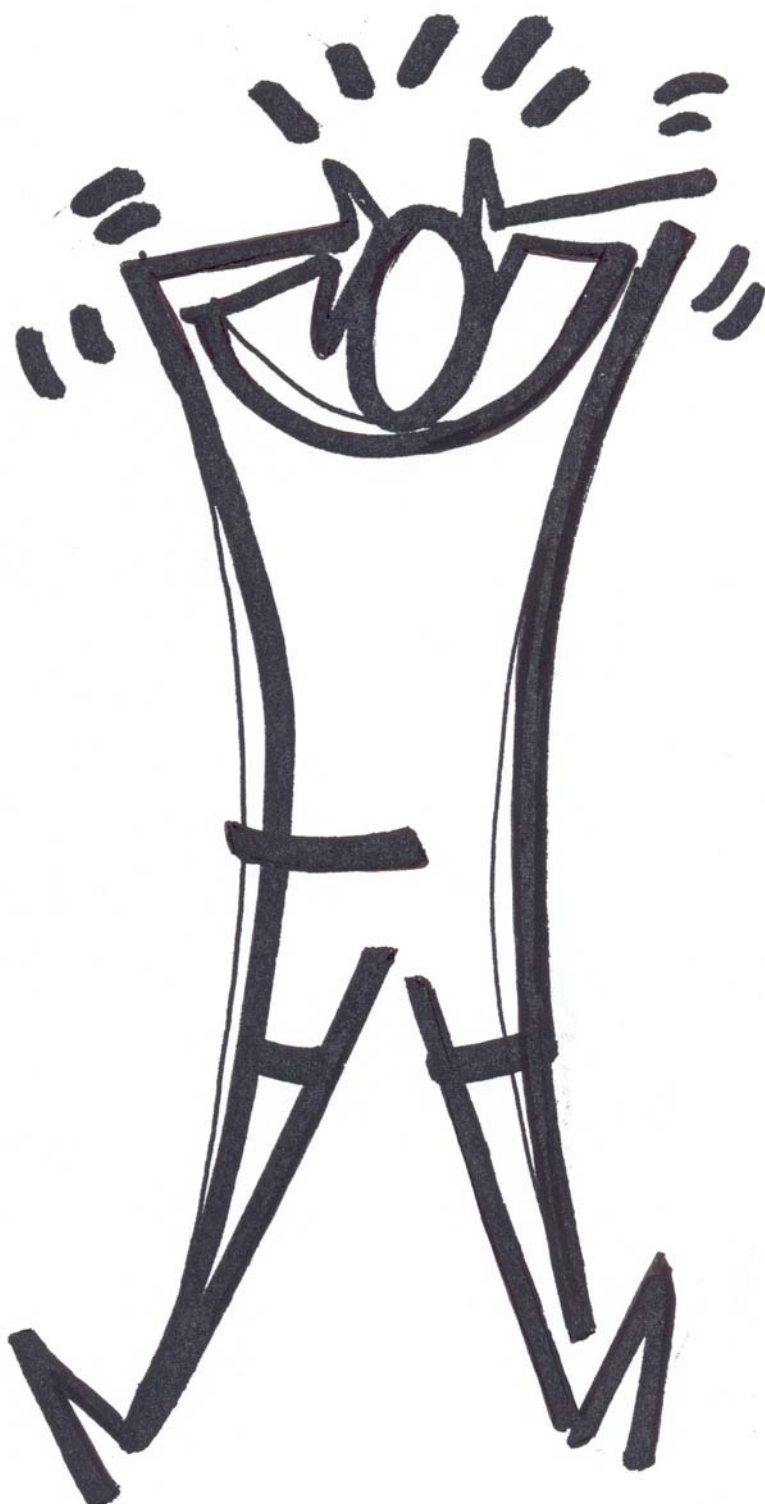
Herramientas

- Entrenamiento: enseñar por medio del modelado HABILIDADES ASERTIVAS.
- Empatía: conocimiento de las EMOCIONES DEL OTRO
- Explicación de las consecuencias a CORTO PLAZO, MEDIO PLAZO Y LARGO PLAZO, de la agresión.
- Fusible: enseñar el reconocimiento de las Señales Fisiológicas anteriores a un acto agresivo.
- TIME OUT.
- “CAMBIA EL CHIP”. *Entrenamiento en habilidades empáticas.* Con esta indicación externa se le indica un cambio de papeles con la

persona con la que aparece el conflicto, posterior mente se le enseñará como autoinstrucciones.

- CASTIGO Y REFLEXIÓN POSTERIOR. “Listado de otras maneras de hacer las cosas”
- REFUERZO POSITIVO DE CONDUCTAS ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN
- Cable a tierra: los impulsos agresivos se liberan en una actividad física o deportiva (puching ball)

D. HIPERACTIVIDAD



Según el diccionario de la Real Academia, la hiperactividad es una “conducta caracterizada por un exceso de actividad”. Para Safer y Allen, la hiperactividad es una pauta de comportamiento persistente en niños que se caracterizan por presentar una excesiva actividad cuando están frente a situaciones en las que la actividad es esperable que sea baja.

Pero dado que la actividad y su nivel varían de persona en persona y, tomadas a lo largo del tiempo definen una forma característica del sujeto, Scandar, en cambio, propone completar la primera definición sosteniendo que: *“Hiperactividad implica un funcionamiento psicomotriz alto y no adecuado tanto desde la perspectiva de la edad del sujeto como del contexto. La hiperactividad es un trastorno de las funciones psicomotrices...No se trata de ser solamente inquieto, sino de tener dificultad para ceñirse a reglas, para controlar esos movimientos cuando el contexto lo requiere...El niño hiperactivo fracasa en inhibir su actividad para adecuarla a los requerimientos del encuadre”*¹⁵.

La hiperactividad se mantiene en el tiempo y eso permite comparar el nivel de movimientos de un niño hiperactivo con respecto a sus pares. Además, el niño hiperactivo es *“un gran ‘tocador’ de todo. Para ellos y aún para quienes tienen más de 10 años: mirar y tocar pueden ser sinónimos. Cuando juegan a las damas, al ajedrez...a las cartas o a juegos similares, parece que piensan con las manos o los dedos. Si se consigue evitar que contengan el ‘impulso’ de jugar lo primero que se les ocurre, hay que luchar para que no ‘toquen’ cada ficha, pieza o carta que están pensando en mover...Para él ‘puedo ver tal cosa’ es sinónimo de ‘puedo verla, tocarla, jugar con ella’*¹⁶”.

Estos niños se caracterizan también por realizar movimientos carentes de sentido e intencionalidad de manera que, mientras uno abandona su silla porque quiere ir a otro lugar o al baño, por ejemplo, el niño hiperactivo realizará toda una serie de movimientos “sin sentido” simplemente porque no puede dejar de moverse. Aún cuando hemos puesto el acento en movimientos, no todo puede limitarse a una cuestión de dinamismo. La impulsividad, la intolerancia a las frustraciones, la facilidad de entablar peleas o la hipersensibilidad, lo mismo que la hiperactividad verbal (hablar mucho, preguntar todo el tiempo y fuera de lugar, etc.), son también rasgos distintivos. Es frecuente también que, al igual que quienes padecen un déficit de atención, ante los ambientes estructurados y restrictivos como el aula, un grupo de amigos, o el propio hogar, desarrollen stress con más rapidez e intensidad.

Este trastorno comienza generalmente entre los dos y los seis años y desaparece con la adolescencia. Quienes se refieren al niño lo hacen diciendo que

¹⁵ **Scandar, Ruben**, *El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: Su comprensión y tratamiento*, p. 51 ss., Distal, Buenos Aires 2003.

¹⁶ *Id.*, p. 56.

“está fuera de su asiento permanentemente”, “que mueve inquietamente los dedos, las manos o los pies”, “que no hace las tareas que se le encarga”, “que deambula por la clase”, “que está permanentemente como una moto”, o registrando movimientos de “nerviosismo” o de “inquietud”. La literatura suele definir al menos tres tipos de explicaciones referidas a la hiperactividad:

1. Las que tienen raíz neurológica o fisiológica (como problemas vinculados a la activación cortical o a un mal funcionamiento de los sistemas de excitación);
2. Las que se basan en el procesamiento de la información (funcionamiento cognitivo, habilidades para la atención y concentración, etc.)
3. Las referidas a las conductas (problemas de autocontrol, del umbral de recompensa, etc.)

Consideraciones generales

Son niños/as inestables, que se mueven mucho (se levantan, se sientan, corren, no pueden estar quietos), discuten por cualquier nimiedad y siempre tienen que intervenir (generalmente con poca oportunidad). En ocasiones, este exhibicionismo es consecuencia de la necesidad de que se les preste atención y de destacar de alguna manera. Es importante la consulta con el profesional especializado (neurólogo), para descartar organicidad.

También deberemos revisar nuestras pautas de intervención para ver si nuestra falta de consistencia en las indicaciones dadas, precipita de alguna manera la conducta disruptiva. Este tipo de comportamientos produce dos tipos de perturbaciones:

- Colectiva: distraen a los demás e impiden el normal desarrollo de las situaciones de interacción social;
- Personal: producen “cansancio” en padres y educadores, por lo que estos terminan por no hacerles caso, dejándoles por imposibles o focalizando su atención en ellos, por lo que la excitación no se corrige y su falta de atención va en aumento (estableciéndose así un círculo vicioso del que es muy difícil salir)

Herramientas

- Ejercicios de relajación y distensión
- Establecer ritmos de cambio de tareas
- Autoinstrucciones
- Aumentar la habilidad para mantener la tensión: Se trata de realizar entrenamiento en habilidades de concentración (Ej.: juego de

percepción de diferencias; laberintos; discriminación visual; identificación de aciertos y errores)

- Aprender a controlar las conductas impulsivas:
- Nos referimos a la utilización de sistemas de recompensas a través de fichas o puntos (preferiblemente mediante autoregistros)
- Empleo de la atención para reforzar conductas de autonomía y cumplimiento de órdenes sencillas
- Aprender a controlar las conductas agresivas:
- Uso del tiempo fuera en las conductas disruptivas.
- Uso del sistema de coste de respuesta cuando no se cumplan las normas o se reclame la atención de forma inadecuada
- Control de conductas en lugares públicos
- Aprender a evaluar la calidad y cantidad del trabajo (especialmente para mejorar las habilidades académicas)

E. DÉFICIT DE ATENCIÓN



La inatención se define generalmente como el déficit de un niño para lograr un cierto nivel de intensidad, mantenimiento, selección y control de la atención dentro lo que se requiere en un contexto dado y en el que no se espera una respuesta automática previamente establecida¹⁷.

Para Barkley, el Déficit de Atención sin Hiperactividad se trata de *“un tipo diferente de déficit atencional –uno que probablemente involucra la atención focal y la velocidad de procesamiento de las funciones cognitivas, más que el mantenimiento de la atención y el control de los impulsos. Cognitivamente...aparecen algo perezosos o morosos en responder a las tareas; a menudo tienen la atención focalizada en eventos internos más que en las demandas externas; y son típicamente mucho más lentos en completar tareas escritas...En su presentación comportamental, son vistos por muchos como ‘soñadores despiertos’, confundidos o perdidos en sus pensamientos, apáticos e inmotivados y a veces de movimientos lentos. Frecuentemente se quedan mirando fijo”*¹⁸.

Ahora bien, el déficit de atención existe también bajo la forma de un “sobre-enfoque”, es decir, la selección de un foco de atención que se vuelve central y a partir del cual “el resto del mundo” deja de existir. De manera que el déficit atencional se caracteriza justamente por estar tensado entre dos extremos, el del “sobre-enfoque” y el del estar pasando de un foco a otro incesantemente. De allí que puedan coexistir ambas situaciones con sus matices.

La incapacidad de focalizar la atención o cometer errores por distracción sea en el colegio, en actividades lúdicas o en cualquier otro tipo de actividades, el dar la impresión de que no escucha cuando se le habla, la dificultad en organizar sus tareas, el rechazo por tareas que significan la inversión de un esfuerzo mental sostenido, la facilidad de atracción y distracción por estímulos externos, el olvido de tareas relativamente cotidianas, el fallo en seguir instrucciones, etc., son algunas de las tantas características de estos niños.

Consideraciones generales

La atención tiene un carácter primordial en la adquisición de la información que llega a nuestro cerebro. Por ello, cuando es incompleta o inconstante, provoca vacíos informativos que repercuten en la decodificación. Es necesario conocer la intensidad, frecuencia, momentos en que ocurre y tipo de actividades con las que frecuentemente está asociada la falta de atención.

¹⁷ Cf. **Scandar, Ruben**, op cit., p. 44.

¹⁸ **Barkley, R.A.** *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook of Diagnosis and Teratment*, Guilford Press, New Cork, 1990 citado por **Scandar, Ruben**, *El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: Su comprensión y tratamiento*, p. 54, Distal, Buenos Aires 2003.

También las diferentes metodologías de aprendizaje (memorística, hipo/hiperacomodativa, hipo/hiper asimilativa, constructiva, etc.), los tiempos de descanso, incluso la alimentación o la ingesta de bebidas excitantes, influyen en el rendimiento de los chavales que tienen dificultades para atender.

Para establecer el diagnóstico de falta de concentración, adquiere una gran importancia conocer la imaginación y la capacidad creativa de los chicos/as a fin de poder comparar las variables de atención y rendimiento. Los chicos/as con alta imaginación y creatividad son más propicios a distracciones en el ámbito académico.

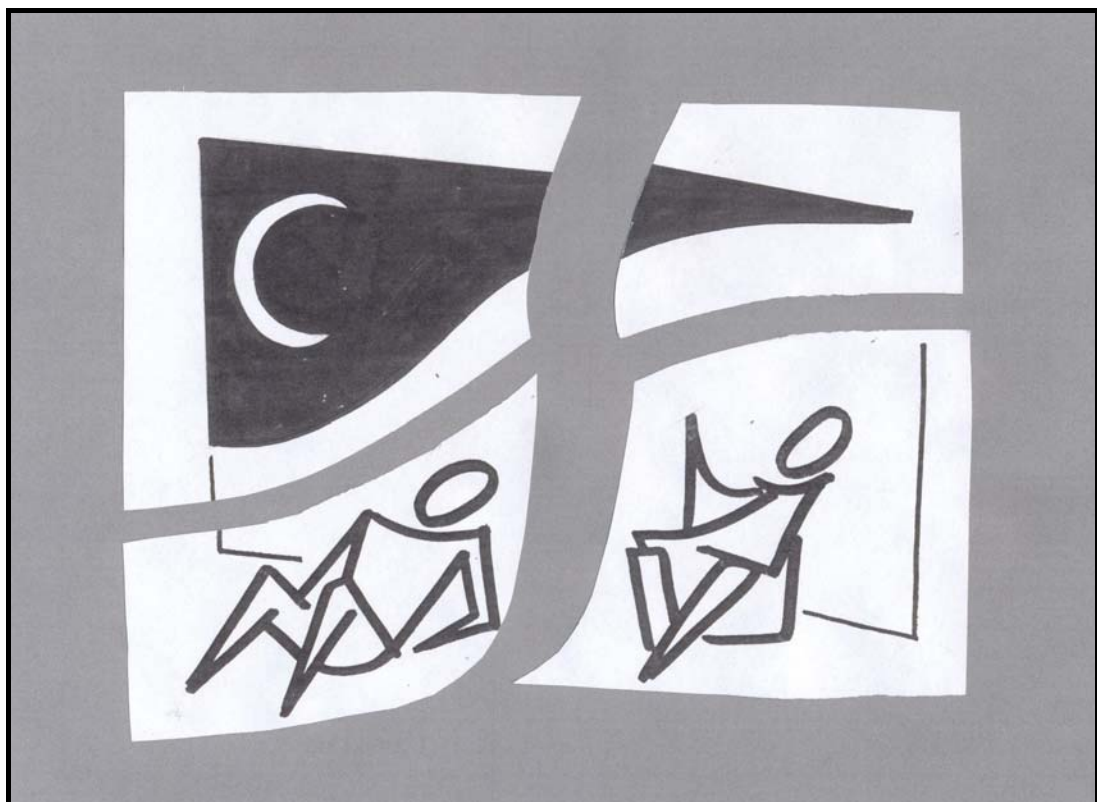
Por otra parte, la falta de rendimiento adecuado en las tareas escolares puede estar motivada por una escasa fuerza de voluntad para el estudio que se traduce en una modalidad anárquica y asistemática.

Herramientas

Algunos elementos que despiertan la motivación en el aprendizaje:

- Presentar la tarea asignada como un reto o desafío.
- Fomentar el trabajo en equipo, lo cual da un sentido de pertenencia.
- Ofrecer alternativas que promueven la autonomía, como permitirle al estudiante elegir los ejercicios que desee realizar.
- Promover la creatividad o diferentes alternativas para presentar el material.
- Darle un sentido práctico a lo aprendido.
- Dividir las tareas en partes, de manera que se promuevan pequeños logros.
- Estimular el esfuerzo más que el resultado.
- Ofrecer experiencias de logro de manera que se fortalezca el autoestima.
- Ver el error como una forma de aprendizaje (lograr identificar el error, solamente el lograr identificarlo es una experiencia de éxito).
- Dar confianza, de manera que se corra el riesgo de fallar sin temor a la censura.
- Evitar las críticas.
- Dar la oportunidad de que los estudiantes puedan expresar su opinión de manera que participen sin temor a fallar, pues no hay opinión buena ni mala, todas son acertadas.
- Promover un ambiente que facilite y promueva el desarrollo de la autoestima.
- La aceptación y el reconocimiento promueve en los estudiantes sentimientos de confianza y seguridad que favorecen el aprendizaje.
- Promover que el estudiante participe y obtenga placer en el aprendizaje.

- Utilizar el juego como medio de aprendizaje. Juegos que ejerciten la capacidad de: discriminar; comparar; seleccionar; integrar; identificar y localizar (puzzles, correspondencia término a término, baraja y juegos de mesa en general).



BIBLIOGRAFIA:

RAINE ,Adrian, SANMARTÍN ,José, Violencia y psicopatía, Estudios sobre Violencia, vol. 4, Ariel, Barcelona 2000.

LARROY, Cristina, y PUENTE ,María Luisa de la El niño desobediente. Estrategias para su control, Pirámide, Madrid 2004.

ESPUNY, Federico Diego, Violeta sí, violencia no, Rayuela, Guadalajara 2003.

MÉNDEZ, Francisco Xavier, MACIÁ ANTÓN, Diego, Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos, ed. Pirámide, Madrid 2002.

CEREZO RAMÍREZ ,Fuensanta, Conductas agresivas en la edad escolar. Aproximación teórica y metodológica. Propuestas de intervención, Ed. Pirámide, Madrid 2002.

CARRASCO CABEZA, Isabel, y FROJÁN PARGA, María Xesús, “Conductas disruptivas: Mi hijo es un desastre, no sé qué hacer con él” en Consultoría Conductual. Terapia psicológica breve, Universidad Complutense, Madrid 1998.

CHARTIER ,Jean Pierre y Laetitia, Los padres mártires. ¿La familia ha muerto?, Nexos, Javier Vergara Editores, Buenos Aires, 2001.

COSI ,Jore, y PEYRÚ ,Graciela María (coord.), “Violencias sociales”, Estudios sobre violencia, t. VIII, Ariel, Barcelona 2003.

SAN MARTÍN ,José, “La violencia y sus claves”, Ariel, Madrid 2001.

FORTES DEL VALLE ,María Carmen, FERRER MANCHÓN ,Antonio y GIL LLARIO ,María Dolores (coord.), Bases psicológicas de la educación especial. Aspectos teóricos y prácticos, Promolibro, Valencia 1996.

ÁLAVA REYES ,María Jesús, El no también ayuda a crecer, La esfera de los libros, Madrid 2004.

MARDOMINGO, María Jesús, Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y arte, Narcea ediciones, Madrid 2002.

DÍAZ-AGUADO JALÓN ,María José, Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia en los jóvenes, tres volúmenes, Instituto de la Juventud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid 1996.

DÍAZ-AGUADO JALÓN ,María José, MARTÍNEZ ARIAS, Rosario, y MARTÍN SEOANE, Gema, Génesis y desarrollo de los comportamientos de los jóvenes con problemas de conducta en Centros de Menores, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Dirección General de Acción Social, Madrid 2002.

VILLAR TORRES, Paula y otros, “Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia”, en Revista Psicothema, vol. 15, nº 4, pp. 581-588, Oviedo noviembre de 2003.

Programa Daphne II, “El niño en Europa. Manual formativo sobre la promoción de la no violencia entre niños, niñas y adolescentes”, vol. I, Plataforma de Organizaciones de Infancia, Madrid 2003.

SCANDAR, Ruben, El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: Su comprensión y tratamiento, Distal, Buenos Aires 2003.

PEÑA, Marina, Perspectivas de la conducta desafiante, Oviedo, 2005.

**AUTOINFORME SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS/AS DE 8-11 AÑOS**

A continuación encontrarás una serie de conductas que viven niños y niñas de tu edad. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta “rara”. No hay respuestas correctas, ni incorrectas. Esto no es un examen, contesta sinceramente. Nadie más que los investigadores conoceremos el código de cada alumno. Por favor responde según te han ido las cosas en los últimos 6 meses.

Colegio	Pub	Pri	Curso	2	3	4	5	Fecha
Sexo	M	F	Edad	8	9	10	11	Código

Instrucciones: Marca la casilla que más se acerque a tu opinión de acuerdo a la escala

	Nunca	Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Bastantes Veces	Siempre
1. Soy desobediente					
2. He robado cosas en el colegio o en algún otro lugar					
3. Soy peleón/a					
4. Me muevo mucho, soy revoltoso/a					
5. Utilizo mi fuerza para pegar a otros niños/as					
6. Hago las cosas sin pensar antes					
7. Me gusta llevar la contraria					
8. Tengo amigos/as que me ayudan					
9. Me canso enseguida de hacer lo mismo					
10. Me burlo de otras personas					
11. Invento cosas de otras personas para hacerles daño					
12. He hecho daño a otros niños/as o animales					
13. Interrumpo cuando hablan otras personas					
14. Me tropiezo con las cosas					
15. Me enfado cuando no me dejan hacer algo					
16. Me cuesta esperar en las filas					
17. Rompo juguetes o material escolar					
18. Me cuesta cumplir las reglas					
19. Me levanto del pupitre cuando debería estar sentado/a					
20. Los demás tienen la culpa de mis problemas					
21. Caigo bien a los compañeros/as					
22. Me dicen que no escucho					
23. Me peleo con otros niños/as					
24. Me siento incómodo cuando hago algo mal					
25. Pierdo el control y grito					
26. Hago gamberradas con mi grupo					
	Nunca	Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Bastantes Veces	Siempre
27. Me gusta molestar a los otros niños/as					

Proyecto Esperí

28. Pierdo cosas					
29. Amenazo a otros niños/as					
30. Me gusta prender fuego a las cosas					
31. Me enfado					
32. Me cuesta concentrarme, me distraigo					
33. "Paso" de los problemas de los demás					
34. Me cuesta esperar					
35. Hago pellas o novillos					
36. Estoy de mal humor					
37. Contesto mal a mis padres o profesores/as					
38. Hablo con los compañeros/as y juego durante las clases					
39. Me gusta decir tacos					
40. Algunos compañeros/as son débiles y hay que molestarles					
41. Insulto a mis padres o profesores/as					
42. Mis amigos/as son los que peor se portan de la clase					
43. Hago trampas y miento					
44. Soy desordenado/a					
45. He obligado a algún otro niño/a a hacer cosas que no quería					
46. Me siento mal si alguien llora por mi culpa					
47. Ayudo a los compañeros/as					

He respondido a estas preguntas sinceramente
0 es = NADA SINCERO y 10 = MUY SINCERO

0	1	2	3	4	

Muchas Gracias por tu colaboración

AUTOINFORME SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LOS JÓVENES DE 12-17 AÑOS

A continuación encontrarás una serie de conductas que viven jóvenes de tu edad. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta “rara”. No hay respuestas correctas, ni incorrectas. Esto no es un examen, contesta sinceramente. Nadie más que los investigadores conoceremos el código de cada alumno. Por favor responde según te han ido las cosas en los últimos 6 meses.

Colegio	Pub	Pri	Curso	2	3	4	5	Fecha
Sexo	M	F	Edad	8	9	10	11	Código

Instrucciones: Marca la casilla que más se acerque a tu opinión de acuerdo a la escala

	Nunca	Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Bastantes Veces	Siempre
1. Soy desobediente					
2. He robado en casa, tiendas, o por la calle					
3. Creo que nadie merece la pena					
4. Hago cosas sin pensar de las que luego me arrepiento					
5. He pegado a otras personas					
6. Soy muy inquieto, me muevo mucho					
7. He atracado a alguien amenazándole					
8. Hago cosas sin pensar en las consecuencias					
9. Hago lo que sea para conseguir lo que quiero					
10. Tengo en cuenta las opiniones de los demás					
11. Llevo la contraria por todo					
12. He vendido drogas o cosas robadas					
13. Me canso enseguida de hacer lo mismo					
14. Resuelvo los problemas dialogando					
15. He hecho el vacío a alguien para hacerle daño					
16. He contado mentiras de otras personas, para hacer daño					
17. Cojo cosas que no son mías y me las quedo					
18. Me distraigo con facilidad					
19. Fumo porros					
20. Me dicen que soy atolondrado					
21. Puedo hablar de mis problemas con alguien					
22. Me cuesta controlar mis impulsos					
23. Me cuesta esperar					
24. He destrozado o roto cosas en lugares públicos					
25. Pienso que las normas son necesarias					
26. Me cuesta estar quieto					
	Nunca	Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Bastantes Veces	Siempre
27. Creo que los demás tienen la culpa de mis problemas					
28. Hago las cosas según se me ocurren					

Proyecto Esperí

29. Peleo con otros					
30. Me siento mal cuando hago algo incorrecto					
31. He pasado noches fuera de casa sin permiso					
32. Pierdo el control con frecuencia					
33. Interrumpo a los demás o contesto antes de que terminen de preguntarme					
34. Cuando alguien es apartado del grupo, me acerco y pretendo ayudarlo					
35. Humillo a otras personas					
36. Voy en pandilla a pelearme con otros					
37. He utilizado armas para hacer daño a alguien					
38. Dejo tareas sin completar, o a medias					
39. Tengo amigos					
40. Me siento todo el tiempo acelerado, como una moto					
41. He tenido problemas por consumir alcohol / drogas					
42. Dejo en ridículo a otros					
43. Pierdo muchas cosas					
44. Me emborracho					
45. Amenazo o provoco a otros					
46. Escucho los consejos de los mayores					
47. Cometo errores por no fijarme					
48. Hay gente que me apoya					
49. He prendido fuego a propósito					
50. He hecho sufrir a compañeros en el instituto					
51. El sufrimiento de los demás me da igual					
52. He entrado en propiedades privadas para robar					
53. Expreso mis sentimientos					
54. Sólo me interesan mis asuntos					
55. Hago pellas o novillos					
56. Todo me irrita					
57. Puedo ser cruel sin inmutarme					

He respondido a estas preguntas sinceramente

0 es = NADA SINCERO y 10 = MUY SINCERO

0	1	2	3	4	

Muchas Gracias por tu colaboración

CUESTIONARIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES (Padres)

A continuación encontrará una serie de conductas que expresan niños, niñas y adolescentes. Es importante que responda a todas las preguntas de manera objetiva y veraz, comparando el comportamiento de su hijo/a con otros niños/as de su edad. Para su respuesta tenga en cuenta lo acontecido durante los últimos 6 meses. No deje preguntas sin responder. Muchas gracias.

Instrucciones: Marque la casilla que más se acerque a su opinión de acuerdo a la escala

	Nunca	Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Bastantes Veces	Siempre
1. Es desobediente					
2. Que Ud. sepa, ha robado de la casa o en algún otro lugar					
3. Provoca peleas con otros niños-as/chicos-as					
4. Tiene demasiada actividad o energía					
5. Utiliza la fuerza física para asustar o amenazar a otros niños/chicos					
6. Hace cosas sin pensar en las consecuencias					
7. Lleva la contraria por todo					
8. Tiene amigos que le ayudan					
9. Se cansa enseguida de hacer lo mismo					
10. Manipula para conseguir lo que quiere					
11. Ha contado mentiras de otras personas para hacerles daño					
12. Puede ser cruel con otros niños/chicos o animales					
13. Se distrae con facilidad, tiene poca capacidad de concentración					
14. Es atolondrado/a, muy revoltoso/a					
15. Tiene rabietas o mal genio					
16. Le cuesta esperar en las filas					
17. Rompe juguetes o elementos de la casa					
18. Se niega a cumplir las normas					
19. Se levanta del asiento cuando se espera que esté sentado					
20. Culpa a los demás de sus problemas o errores					
21. Va a lo suyo, no le interesan los problemas de los demás					
22. Habla mucho o no escucha					
23. Se pelea con otros niños/chicos					
24. Hace cosas sin pensar de las que luego se arrepiente					
25. Pierde el control con frecuencia, tiene rabietas					
26. Que Ud. sepa, va en pandilla a pelearse con otros					
27. Molesta a los demás a propósito					
28. Pierde cosas					
29. Amenaza o provoca a otros niños-as/chicos-as					
30. Que Ud. sepa, ha prendido fuego a propósito					
31. Se enfada o pierde el control si las cosas no son como él quiere					
32. Comete errores por no fijarse					
33. "Pasa" de los problemas de los demás					
34. Le cuesta esperar					
35. Hace pellas o novillos					
36. Esta permanentemente irritado					
37. Discute por todo					
38. Molesta a otros niños-as/chicos-as a propósito					
39. Utiliza un lenguaje muy soez e insultante					

40. Anima a otros a no relacionarse o a molestar a ciertos niños/chicos					
41. Se muestra resentido y enfadado hacia los adultos					
42. Se junta con otros chicos/as que se meten en problemas					
43. Miente o hace trampas					
44. Es habitualmente desordenado					
45. Ha obligado a algún otro niño/chico a hacer cosas que no quería					
46. Utiliza cosas de los demás sin permiso					
47. Ha hecho el vacío a alguien para hacerle daño					
48. Coge cosas que no son suyas y se las queda					
49. Incumple los horarios					
50. Interrumpe o contesta antes de que se le acabe de preguntar					
51. Humilla o se burla de otras personas					
52. Deja tareas sin completar o a medias					
53. Está todo el tiempo acelerado, "como una moto"					
54. Ridiculiza a otros					
55. Utiliza la fuerza física para asustar/amenazar a otros niños/chicos					
56. Cree que los demás tratan de perjudicarlo					
57. Parece no sentirse culpable cuando hace algo mal o daño a alguien					
58. Disfruta criticando a los demás					
59. Miente sobre otras personas					
60. Es muy desorganizado					
61. Tiene en cuenta las opiniones de los demás					
62. Resuelve los problemas dialogando					
63. Puede hablar de sus problemas con otras personas					
64. Se siente mal cuando hace algo incorrecto					
65. Hace caso a los adultos					
(Sólo para chicos mayores de 11 años) Que Ud. sepa:					
66. Se emborracha					
67. Usa drogas					
68. Ha entrado en propiedades privadas para robar					
69. Ha tenido problemas por consumir drogas/alcohol					
70. Hace pellas/campanas					

En su historia escolar,

1. ¿Ha repetido su hijo/a algún curso?

Nunca	1 curso	2 cursos o +
-------	---------	--------------

2. ¿Le han llamado del colegio por problemas de estudio de su hijo/a?

Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
-------	----------------	----------------	--------------------

3. ¿Le han aplicado a su hijo sanciones disciplinarias?

Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
-------	----------------	----------------	--------------------

4. En caso afirmativo, ¿qué tipo de sanción ha sido?

Leve	Moderado	Grave
------	----------	-------

5. Otras observaciones que considere de interés aportar...



CUESTIONARIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES (Educadores)

A continuación encontrará una serie de conductas que expresan niños, niñas y adolescentes. Es importante que responda a todas las preguntas de manera objetiva y veraz, comparando el comportamiento de su alumno/a con otros niños/as de su edad. Para su respuesta tenga en cuenta lo acontecido durante los últimos 6 meses. No deje preguntas sin responder. Muchas gracias.

Colegio	Pub Pri	Curso	Fecha
Sexo	M F	Edad	Código

Instrucciones: Marque la casilla que más se acerque a su opinión a la escala

	Nunca	Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Bastantes Veces	Siempre
1. Es desobediente					
2. Que Ud. sepa, ha robado en el colegio o en algún otro lugar					
3. Provoca peleas con otros niños-as/chicos-as					
4. Tiene demasiada actividad o energía					
5. Utiliza la fuerza física para asustar o amenazar a otros niños/chicos					
6. Hace cosas sin pensar en las consecuencias					
7. Lleva la contraria por todo					
8. Tiene amigos que le ayudan					
9. Se cansa enseguida de hacer lo mismo					
10. Manipula para conseguir lo que quiere					
11. Ha contado mentiras de otras personas para hacerles daño					
12. Puede ser cruel con otros niños/chicos o animales					
13. Se distrae con facilidad, tiene poca capacidad de concentración					
14. Es atolondrado/a, muy revoltoso/a					
15. Tiene rabietas o mal genio					
16. Le cuesta esperar en las filas					
17. Rompe juguetes o material escolar					
18. Se niega a cumplir las normas					
19. Se levanta del pupitre cuando se espera que esté sentado					
20. Culpa a los demás de sus problemas o errores					
21. Va a lo suyo, no le interesan los problemas de los demás					
22. Habla mucho o no escucha					
23. Se pelea con otros niños/chicos					
24. Hace cosas sin pensar de las que luego se arrepiente					
25. Pierde el control con frecuencia, tiene rabietas					

26. Que Ud. sepa, va en pandilla a pelearse con otros					
27. Molesta a los demás a propósito					
28. Pierde cosas					
29. Amenaza o provoca a otros niños-as/chicos-as					
30. Que Ud. sepa, ha prendido fuego a propósito					
31. Se enfada o pierde el control si las cosas no son como él quiere					
32. Comete errores por no fijarse					
33. "Pasa" de los problemas de los demás					
34. Le cuesta esperar					
35. Hace pellas o novillos					
36. Esta permanentemente irritado					
37. Discute por todo					
38. Molesta a otros niños-as/chicos-as a propósito					
39. Utiliza un lenguaje muy soez e insultante					
40. Anima a otros a no relacionarse o a molestar a ciertos niños/chicos					
41. Se muestra resentido y enfadado hacia los adultos					
42. Se junta con otros chicos/as que se meten en problemas					
43. Miente o hace trampas					
44. Es habitualmente desordenado					
45. Ha obligado a algún otro niño/a a hacer cosas que no quería					
46. Utiliza cosas de los demás sin permiso					
47. Ha hecho el vacío a alguien para hacerle daño					
48. Coge cosas que no son suyas y se las queda					
49. Incumple los horarios del colegio					
50. Interrumpe o contesta antes de que se le acabe de preguntar					
51. Humilla o se burla de otras personas					
52. Deja tareas sin completar o a medias					
53. Está todo el tiempo acelerado, "como una moto"					
54. Ridiculiza a otros					
55. Utiliza la fuerza física para asustar/amenazar a otros niños/chicos					
56. Cree que los demás tratan de perjudicarlo					
57. Parece no sentirse culpable cuando hace algo mal o daño a alguien					
58. Disfruta criticando a los demás					
59. Miente sobre otras personas					
60. Es muy desorganizado					
61. Tiene en cuenta las opiniones de los demás					
62. Resuelve los problemas dialogando					
63. Puede hablar de sus problemas con otras personas					
64. Se siente mal cuando hace algo incorrecto					
65. Hace caso a los profesores					
(Sólo para chicos mayores de 11 años) Que Ud. sepa:					
66. Se emborracha					
67. Usa drogas					
68. Ha entrado en propiedades privadas para robar					
69. Ha tenido problemas por consumir drogas/alcohol					
70. Hace pellas o novillos					

En relación a la historia escolar del alumno:

5. ¿Cuánto hace que le conoce?

Menos de 1 año

1 año

Más de 1 año

6. ¿Ha repetido algún curso?

Nunca

1 curso

2 cursos o +

7. ¿Ha necesitado de algún apoyo o tutoría por problemas de estudio?

Nunca

Ocasionalmente

Frecuentemente

Siempre

8. ¿Ha tenido sanciones disciplinarias?

Nunca

Ocasionalmente

Frecuentemente

Muy Frecuentemente

9. En caso afirmativo, ¿qué tipo de sanción ha sido?

Leve

Moderado

Grave

6. Otras observaciones que considere de interés aportar...

GUÍA DE RECURSOS SANITARIOS PÚBLICOS
PARA LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO
(ESPAÑA)



INDICE

- Presentación
- Introducción
- Itinerario y definiciones
- Recursos del ámbito docente
- Fundación Internacional O'Belén
- Recursos sanitarios públicos para Trastornos del Comportamiento por Comunidades Autónomas
- Andalucía
- Aragón
- Baleares
- Canarias
- Cantabria
- Castilla La Mancha
- Castilla y León
- Catalunya
- Extremadura
- Galicia
- La Rioja
- Madrid
- Murcia
- Navarra
- Principado de Asturias
- Valencia

PRESENTACIÓN

El *Proyecto Esperi* investiga y previene, desde un enfoque multidisciplinar, los trastornos del comportamiento en la infancia y adolescencia para evitar que deriven, con el paso del tiempo, en trastornos crónicos.

Se trata de un proyecto pionero por cuanto no sólo atiende a los menores en situación de desamparo y conflicto social, sino que incluye además, aquellos niños y adolescentes que dentro de un contexto “normalizado” requieren una intervención específica.

Además, es el primero en su campo en incluir un equipo interdisciplinario (psicólogos, psiquiatras, antropólogos, sociólogos, psicopedagogos, médicos, etc.), formado por expertos de prestigio nacional e internacional, dirigidos por el presidente de la fundación internacional o'belén, Emilio Pinto.

El equipo de trabajo está conformado por personal de la *fundación Iberdrola*, la *fundación internacional O'belén* y la *fundación Accenture*. El *Proyecto Esperi* no sólo busca un resultado teórico sino que se compromete en la consecución de uno operativo y práctico. De esta manera, persiguiendo el conocimiento de esta situación, desarrolla además un modelo de herramientas para orientar en la prevención e intervención.

OBJETIVOS

1. Relevar el estado de los trastornos del comportamiento en niños y jóvenes en nuestro país.
2. Generar herramientas útiles para su prevención y tratamiento.
3. Servir de orientación y ayuda a las familias.
4. Constituirse como centro de formación para los profesionales.

INTRODUCCIÓN

La ayuda que se requiere para intervenir y tratar los trastornos del comportamiento está, en parte, en el Sistema Nacional de Salud. Dado que se trata de un trastorno con múltiples causas (educativas, genéticas, sociales, etc), su abordaje debe sumar los esfuerzos de los diferentes sistemas (educativo, sanitario, jurídico, etc). Los servicios de atención psiquiátrica infanto-juveniles están representados, pero muchas veces los usuarios desconocen su utilidad real.

Esta guía pretende ser un directorio donde encontrar los diferentes servicios. Las relaciones se han establecido por comunidades autónomas, comprendiendo los recursos asistenciales públicos del ámbito sanitario referidos a la salud mental.

Partiendo de la base de que cada comunidad autónoma es competente en la organización y funcionalidad de cada sistema, el contenido se ha estructurado con el fin de unificar la información disponible. De esta manera, en un primer apartado se describen los servicios y conceptos utilizados, para posteriormente plantear un esquema general de cada servicio.

ITINERARIO Y DEFINICIONES



Cuando la familia detecta un problema, acude al Centro de Salud que le corresponde. A la red de servicios de salud mental se accede a través de los servicios de atención primaria de salud. Este esquema es común a todas las comunidades. El médico de cabecera, entonces, deriva al paciente a los equipos de salud mental de distrito y este equipo lo hace a las unidades de salud mental correspondientes.

ITINERARIO

El ingreso de los pacientes a la red de salud mental puede realizarse por tres vías.

1. La primera de ellas está conformada por las **Unidades o Equipos o Centros de Salud Mental (CSM)** son aquellos servicios que brindan atención inicial especializada en la red de salud mental. En ellos se realiza la evaluación de los pacientes para luego derivarlos hacia el propio centro o hacia otros dispositivos de la red.

2. La segunda corresponde a los **Servicios de Urgencia Hospitalarios**. Estos funcionan como parte de los servicios de urgencia de los hospitales y tienen como finalidad realizar una primera evaluación y atención del paciente. Si requiere atención inmediata se le presta, si no, se le deriva a los CSM correspondientes.

3. La tercera, en cambio, está vinculada a los **Servicios No Sanitarios** como los servicios sociales de base, los educativos y psicopedagógicos, los servicios de tutela y protección de menores, la justicia penal, etc.

La mayor parte de las unidades de salud mental infanto-juveniles cuentan con un Hospital de Día. En las unidades de salud mental se atienden normalmente a menores de hasta 16 años, aunque en los hospitales de día la atención se extiende hasta los 18.

DEFINICIONES

Centros de salud mental infanto-juveniles: son los centros en donde se evalúa si el paciente debe ser tratado por el propio centro en régimen ambulatorio o si, dadas sus características, debe ser tratado por medio de una vigilancia o tratamiento más intensivos. En caso de precisar atención intensiva, esta se realizará en los hospitales de día, unidades de hospitalización de corta estancia, hospital infanto-juvenil, etc).

Puede que, tras un primer período de atención, requiera una rehabilitación, en tal caso se recurrirá al centro de día, la unidad de rehabilitación, etc). Estos centros suelen evaluar también el entorno familiar y residencial del paciente y su adecuación para así determinar si derivarlo hacia dispositivos residenciales de la red de salud o bien, hacia una red complementaria (piso protegido, vivienda tutelada, etc.)

Unidades de Hospitalización de Corta Estancia: estas unidades tienen por objetivo posibilitar una intervención terapéutica y coordinada de diversos recursos (psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, de contención institucional y complementarios). Con

ellos se busca restaurar el trastorno individual y restablecer a la mayor brevedad posible los vínculos familiares y sociales. Los cuidados psiquiátricos son continuados.

Unidades Hospitalarias de Media y Larga Estancia: están dedicadas a la acogida, bajo el régimen de internado, de personas con trastornos mentales graves que, habiendo cumplido un programa terapéutico y en función de la cronificación o la estabilización de la enfermedad, requieren de un control médico y psiquiátrico de seguimiento persistente pero no intensivo.

Hospital de Día Infanto-Juvenil: es el dispositivo asistencial específico para el tratamiento ambulatorio intensivo de niños y adolescentes con trastornos severos (trastorno de la conducta alimentaria, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno de la personalidad, psicosis de inicio en la infancia, **trastornos del comportamiento**). En general se caracterizan por desarrollar programas específicos según lugares y posibilidades (programa funcional de actividades, de atención a familias, de inserción comunitaria, de soporte a pisos asistidos, de inserción laboral o de externación de pacientes de larga estancia, etc.).

Tratamiento Psiquiátrico Hospitalario Infanto-Juvenil: este tratamiento se efectúa en las unidades de pediatría de los hospitales generales de las respectivas áreas de salud, con el apoyo de la unidad de psiquiatría correspondiente. Determinadas indicaciones de ingreso hospitalario en adolescentes se efectúan en las UHB (unidad de hospitalización breve). La indicación de ingreso se efectúa desde la USMIJ y del propio servicio de pediatría del hospital.

Programas Asistenciales: la red de salud mental, dependiendo de las **regiones**, se encuentra organizada por diversos programas asistenciales. los que existen en la actualidad, sin detrimento de que en un futuro puedan existir otros, son: adultos, infanto-juvenil, drogodependencias, rehabilitación, hospitalización, TMS, etc.

- **El programa infanto-juvenil, por ejemplo,** debe cubrir a la población comprendida entre 0 y 15 años, que resida en el área de salud correspondiente, y al igual que en el programa de adultos, se ocupa de las necesidades de prevención, diagnóstico precoz, orientación y tratamiento de los problemas psicológicos y psiquiátricos de dicha población.
- **El programa TMS** es un programa que lleva adelante la comunidad de cataluña, con el que se ha dotado de recursos a los centros de salud mental para la atención integral al paciente severo. Su ambición es tratar integralmente a este tipo de pacientes, con mucho mayor apoyo de enfermería y de trabajo social. En general sólo permite seguimientos farmacológicos y controles de algunos factores de autonomía personal de los enfermos, cierta intervención educativa de las familias o visitas domiciliarias muy delimitadas. su cumplimiento es muy variable, ya que depende de los criterios de cada centro.



RECURSOS DEL ÁMBITO DOCENTE



La guía de recursos que proponemos pretende ser un aglutinador que informe de todos los servicios que la administración pública ofrece en relación a los problemas de carácter psíquico-cognitivo que pueden surgir durante la etapa educativa. El contacto con estos recursos puede darse directamente desde el ámbito familiar, quienes directamente pueden llamar a los equipos, o bien desde el ámbito educativo; es decir, los departamentos de orientación del instituto o los tutores del colegio demandan los servicios de los equipos.

Estos equipos pueden derivar a los niños a los servicios de atención primaria(médico de cabecera o pediatra) desde donde, si se considera oportuno, se lo enviará a salud mental general u otros dispositivos de atención especializada, quienes a su vez lo derivarán a unidades centros o servicios de salud mental específicos para la población infanto-juvenil.

Esquemáticamente, describiremos el funcionamiento de los distintos órganos de ayuda externa al aula que la administración posee para el desempeño de la tarea educativa.

El conjunto de órganos se denomina “recursos educativos” y a partir de la **L.O.G.S.E** (1992) se dividen en dos sectores.

1. Renovación pedagógica: los **C.P.R.**(centros de profesores) y otros de asistencia al alumnado
2. Los **EOEP** (equipos de orientación educativa y psicopedagógica) de los que depende la asistencia extraordinaria que en determinados casos se presta a los alumnos con déficit.

Los EOEPs son el resultado de agrupar todas las antiguas instituciones que en un pasado no muy lejano asistían de manera concreta y extraordinaria a los alumnos que, por diversas razones, requerían un tratamiento especializado y profesional. así pues, en la actualidad los eoeps poseen funciones englobadas en dos aspectos:

a. **ASESORAMIENTO DE PROFESORES**: colaboran con los cpr; elaborar, adaptar y difundir técnicas de trabajo y de diagnóstico. Coordinar proyectos curriculares, evaluar psicopedagógicamente a los alumnos, difundir programas formativos para padres, etc.

b. **APOYO A LOS CENTROS**: prestan apoyo en la evaluación de los mecanismos de actuación y documentos oficiales del centro, Proporcionar información y herramientas que faciliten las tareas de los órganos institucionales, preservar el apoyo a la diversidad analizando en cada momento los intereses, capacidades, actitudes y motivaciones personales del alumnado.

Todos ellos poseen demarcaciones geográficas y competenciales, que son prefijadas y concretadas a principio del curso académico por las delegaciones. Las transferencias educativas autonómicas permiten la posibilidad de que el sistema tenga pequeñas diferencias entre las distintas comunidades.

La administración define tres tipos de EOEP para de esta manera prestar atención a todo tipo de “necesidades específicas” que surjan en la etapa educativa obligatoria:

1. **EGOEP (equipos generales de orientación educativa y psicopedagógica):** su función principal es la de asesoramiento del personal educativo de los centros. El apoyo especializado a los alumnos para la consecución de objetivos educativos y el desempeño de las funciones relacionadas con la problemática del sector justifican la actuación de este tipo de equipos. Al menos han de contar con un psicólogo, un pedagogo, un trabajador social y un maestro de audición y lenguaje.

En la actualidad, España cuenta con 216 equipos distribuidos de la siguiente manera: 1 en Ceuta y Melilla, 4 en Guadalajara, Huesca, La Rioja y Soria, 5 en Albacete, Palencia y Segovia; 6 en Ávila, Baleares, Burgos, Cantabria, Teruel y Cuenca; 7 en Zamora; 9 en Ciudad Real y Salamanca; 10 en Asturias, Cáceres y Valladolid; 11 en León, Toledo y Zaragoza; 13 Murcia, 14 en Badajoz y 31 Madrid.

2. **EAT (equipos de atención temprana):** se ocupan de la detección temprana de situaciones de riesgo o desventaja en el alumnado (educación primaria). en una palabra, buscan la anticipación al problema. Para ello la atención y apoyo personalizado tanto a las familias como a los alumnos es la mejor herramienta. Los recursos humanos mínimos con los que han de contar son los mismos que para los equipos generales: un pedagogo, un psicólogo, un trabajador social y un maestro de audición y lenguaje.

Existen EAT propios del ministerio de educación y cultura y otros que funcionan mediante convenios y acuerdos con ciertas instituciones privadas. Actualmente disponemos de 61 equipos distribuidos de la siguiente manera: 1 Ávila, Burgos, Cantabria, Cuenca, Guadalajara, Huesca, La Rioja, León, Melilla, Palencia, Salamanca, Sevilla, Teruel, Zamora y Toledo; 2 en Albacete, Cáceres, Ciudad Real y Zaragoza; 3 en Badajoz, Baleares y Valladolid; 4 en Murcia y 21 en Madrid.

3. **E.E (equipos específicos):** son quienes pretenden la mejora de la calidad de enseñanza prestando un servicio concreto a problemas específicos de tipo visual, auditivo, motor, alteraciones del desarrollo, etc. Atender a solicitudes explícitas y ofertar servicios y programas en campos de importancia prioritaria son sus herramientas. Poseen la misma dotación que los anteriores, mas los recursos humanos que su función obligue a tener. En España se dispone de 18 equipos de este tipo distribuidos de la siguiente manera:

E.E. DEFICIENCIAS AUDITIVAS en Oviedo, Mérida, Cáceres, Ciudad Real, León, Madrid, Salamanca y Toledo.

E.E. DEFICIENCIAS MOTORICAS en Oviedo, León, Madrid, Murcia, Valladolid y Zaragoza.

E.E. DEFICIENCIAS VISUALES (convenio MEC-ONCE-INSERSO)

E.E. DEFICIENCIAS GRAVES DEL DESARROLLO. Madrid.

E.E. DESARROLLO CURRICULAR ED. ESPECIAL. Madrid.

Fundación **Internacional**
O'Belén



La Fundación Internacional O'Belén es una entidad benéfica de carácter asistencial que tiene por objeto la atención a la infancia, la adolescencia, la juventud y sus familias, procurando que en el futuro sean hombres y mujeres libres, constructores de una sociedad más justa y solidaria.

CÓMO LO HACE

- Conociendo bien al menor
- Integrándolo: estableciendo un balance entre educación/ocio y vida laboral
- Trabajando con las familias
- Ocupando su tiempo con imaginación
- Aprendiendo juntos cada día

EN QUÉ PRINCIPIOS SE BASA

- Impulsando los límites: ayudando a los menores a superar sus propias limitaciones
- Generando la capacidad de pensar: promoviendo en los menores la reflexión
- Practicando el perdón: evitando la culpabilización
- Provocando esperanza

A lo largo de sus cinco años de existencia, la Fundación Internacional O'Belén se ha especializado en los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes. En esta línea ha desarrollado una **TÉCNICA DE SCREENING** que valora los factores de riesgo en menores de 12 a 17 años. Dicha técnica nos permite clasificar el nivel de compromiso con el trastorno como leve, moderado o severo.

En el área de prevención hemos desarrollado además, un **MANUAL DE HERRAMIENTAS** de intervención como apoya bibliográfico para padres y educadores.

En relación a los menores que no admiten un tratamiento ambulatorio, la Fundación cuenta con una **RED DE CENTROS TERAPÉUTICOS**:

CASA JOVEN JUAN CARLOS I	
CENTRO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA/EDUCATIVA ESPECIALIZADO EN TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO QUE POSIBILITA LA INTEGRACIÓN DEL MENOR EN UN CONTEXTO SOCIAL NORMALIZADO	
SEDE	AZUQUECA DE HENARES
PLANTILLA	25 PROFESIONALES
EQUIPO CLÍNICO	PSIQUIATRA Y PSICÓLOGO
EQUIPO EDUCATIVO	18
NÚMERO DE PLAZAS	12 (10/2)
FRANJA DE EDAD	12-18 AÑOS
CONVENIO	JUNTA CCM

MONTEFIZ	
CENTRO DE ATENCIÓN ESPECÍFICO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO QUE DESARROLLA LA COMPETENCIA PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE Y POTENCIA SUS CAPACIDADES COGNITIVAS/AFFECTIVAS	
SEDE	OURENSE – GALICIA
PLANTILLA	28 PROFESIONALES
EQUIPO CLÍNICO	PSIQUIATRA Y PSICÓLOGO
EQUIPO EDUCATIVO	18
NÚMERO DE PLAZAS	10
FRANJA DE EDAD	12-18 AÑOS
CONVENIO	XUNTA DE GALICIA

NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	
CENTRO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA/EDUCATIVA ESPECIALIZADO EN TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO PARA ADOLESCENTES RESIDENCIALES, MENORES TUTELADOS Y/O MEDIDAS JUDICIALES	
SEDE	VILLACONEJOS DE TRABAQUE (CUENCA)
PLANTILLA	18 PROFESIONALES
EQUIPO CLÍNICO	PSIQUIATRA Y PSICÓLOGO
EQUIPO EDUCATIVO	17
NÚMERO DE PLAZAS	12 (8/4)
FRANJA DE EDAD	12-18 AÑOS
CONVENIO	JUNTA CCM

BAIX MAESTRAT		
CENTRO DE ATENCIÓN ESPECÍFICA DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO QUE PRETENDE GARANTIZAR LA CONTENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA PSICOAFECTIVA DEL ADOLESCENTE		
SEDE	VINARÓZ (CASTELLÓN)	
PLANTILLA	23 PROFESIONALES	
EQUIPO CLÍNICO	PSIQUIATRA Y PSICÓLOGO	
EQUIPO EDUCATIVO	14/4 PROFESORES	
NÚMERO DE PLAZAS	15	
FRANJA DE EDAD	12-18 AÑOS	
CONVENIO	GENERALITAT VALENCIANA	

**Recursos Sanitarios para
Trastornos del
Comportamiento por
Comunidades Autónomas**



Andalucía



UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE SEVILLA	
DIRECCIÓN:	CARRETERA DE CÁDIZ S/N
MUNICIPIO:	SEVILLA
PROVINCIA:	SEVILLA
CÓDIGO POSTAL:	41014
URGENCIAS 902505061	
TELÉFONO:	955015281

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA (CON HOSPITAL DE DÍA)	
DIRECCIÓN:	SANATORIO 5 (ANTIGUO HOSPITAL MARÍTIMO)
MUNICIPIO:	TORREMOLINOS
PROVINCIA:	MÁLAGA
CÓDIGO POSTAL:	29620
URGENCIAS 902505061	
TELÉFONO:	951033739

UNIDAD DE SALUD MENTAL GRANADA NORTE (CON HOSPITAL DE DÍA)	
DIRECCIÓN:	DR. AZPITARTE, S/N
MUNICIPIO:	GRANADA
PROVINCIA:	GRANADA
CÓDIGO POSTAL:	18012
URGENCIAS 902505061	
TELÉFONO:	958020053

UNIDAD S.M. INFANTIL V. MACARENA (CON HOSPITAL DE DÍA INTEGRADO)	
DIRECCIÓN:	AVDA. DR.FEDRIANI S/N
MUNICIPIO:	SEVILLA
PROVINCIA:	SEVILLA
CÓDIGO POSTAL:	41009
URGENCIAS 902505061	
TELÉFONO:	955008289

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL DE HUELVA

DIRECCIÓN:	RONDA EXTERIOR NORTE S /N
MUNICIPIO:	HUELVA
PROVINCIA:	HUELVA
CÓDIGO POSTAL:	21005
URGENCIAS 902505061	
TELÉFONO:	959014639/74
FAX:	959202168

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL DE JEREZ (CON HOSPITAL DE DÍA)	
DIRECCIÓN:	C/ ALCUBILLA S/N
MUNICIPIO:	JEREZ DE LA FRONTERA
PROVINCIA:	CÁDIZ
CÓDIGO POSTAL:	11408
URGENCIAS 902505061	
TELÉFONO:	956144508
FAX:	956144298

UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ALGECIRAS (CON HOSPITAL DE DÍA)	
DIRECCIÓN:	PZA. SAN JUAN DE LIMA 5
MUNICIPIO:	ALGECIRAS
PROVINCIA:	CÁDIZ
CÓDIGO POSTAL:	11207
URGENCIAS 902505061	
TELÉFONO:	956004915
FAX:	956004928

UNIDAD DE SALUD MENTAL DE MÁLAGA	
DIRECCIÓN:	AVDA.DR.GALVEZ GINACHERO S/N
MUNICIPIO:	MÁLAGA
PROVINCIA:	MÁLAGA
CÓDIGO POSTAL:	29009
URGENCIAS 902505061	
TELÉFONO:	951030281
FAX:	951030245

UNIDAD DE SALUD MENTAL VIRGEN DEL ROCIO	
DIRECCIÓN:	AVDA. MANUEL SIUROT S/N. (HOSPITAL MATERNAL, ALA D, 5ª PTA.)
MUNICIPIO:	SEVILLA
PROVINCIA:	SEVILLA
CÓDIGO POSTAL:	41007
URGENCIAS 902505061	
TELÉFONO:	955013781
FAX:	955014988

UNIDAD DE SALUD MENTAL VIRGEN DE JAEN (CON HOSPITAL DE DÍA)	
DIRECCIÓN:	AVDA. DE MADRID S/N
MUNICIPIO:	JAÉN
PROVINCIA:	JAÉN
CÓDIGO POSTAL:	23008
URGENCIAS 902505061	
TELÉFONO:	953008185
FAX:	953008215

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL DE ALMERIA (CON HOSPITAL DE DÍA)	
DIRECCIÓN:	C/ HOSPITAL S/N
MUNICIPIO:	ALMERÍA
PROVINCIA:	ALMERÍA
CÓDIGO POSTAL:	04002
UREGENCIAS 902505061	
TELÉFONO:	950017697
FAX:	950017698

Aragón

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL "ACTUR SUR"	
DIRECCIÓN:	C/ GÓMEZ DE AVELLANEDA 3
CODIGO POSTAL:	50015
PROVINCIA:	ZARAGOZA
TELEFONO:	976524845
FAX:	976524846

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL "MUÑOZ FERNANDEZ"	
DIRECCIÓN:	Pº SAGASTA 52
CODIGO POSTAL:	50008
PROVINCIA:	ZARAGOZA
TELEFONO:	976258021
FAX:	976258122

UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL H.C.U	
DIRECCIÓN:	C/ SAN JUAN BOSCO 15
CODIGO POSTAL:	50009
PROVINCIA:	ZARAGOZA
TELEFONO:	976556400
FAX:	976565995

Baleares



UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL DE PALMA	
DIRECCIÓN:	AV. G. BENNASSAR ARQUITECTO 73 2º PISO
MUNICIPIO:	PALMA
PROVINCIA:	BALEARES
CÓDIGO POSTAL:	07004
TELÉFONO:	971751705
FAX:	971751706

Canarias



CENTRO DE SALUD SAN SEBASTIAN	
DIRECCIÓN:	AVDA. DE JOSÉ AGUIAR S/N
MUNICIPIO:	ISLA DE LA GOMERA
PROVINCIA:	CANARIAS
CÓDIGO POSTAL:	38800
TELÉFONO:	922 872 005 / 200
FAX:	922870108

HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA	
DIRECCIÓN:	BUENA VISTA DE ARRIBA S/N
MUNICIPIO:	BREÑA ALTA
PROVINCIA:	CANARIAS
CÓDIGO POSTAL:	38703
TELÉFONO:	922185065 / 84
FAX:	922185115

HOSPITAL DE DÍA INFANTO JUVENIL "DIEGO MATÍAS GIGOU Y COSTA"	
DIRECCIÓN:	CARMEN MONTEVERDE 45
MUNICIPIO:	STA. CRUZ DE TENERIFE
PROVINCIA:	CANARIAS
CÓDIGO POSTAL:	38003
TELÉFONO:	922470917
FAX:	922470921

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA	
DIRECCIÓN:	CARRETERA DEL ROSARIO S/N
MUNICIPIO:	STA. CRUZ DE TENERIFE
PROVINCIA:	CANARIAS
CÓDIGO POSTAL:	38010
TELÉFONO:	922602000
FAX:	922602334

Cantabria



UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL DE SANTANDER	
DIRECCIÓN:	C/ VICENTE DE VELASCO 1
MUNICIPIO:	SANTANDER
PROVINCIA:	CANTABRIA
CÓDIGO POSTAL:	39011
TELÉFONO:	942 330 311
FAX:	942 344 251

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL DE SANTANDER	
DIRECCIÓN:	C/ JULIO HAZEUR 21
MUNICIPIO:	TORRELAVEGA
PROVINCIA:	CANTABRIA
CÓDIGO POSTAL:	39011
TELÉFONO:	942 330 311
FAX:	942 344 251

**Castilla
Mancha**

La



**UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL DE CIUDAD REAL
(CON HOSPITAL DE DÍA)**

DIRECCIÓN:	C/ RONDA DEL CARMEN S/N
MUNICIPIO:	CIUDAD REAL
PROVINCIA:	CIUDAD REAL
CÓDIGO POSTAL:	13002
TELÉFONO:	926229840
FAX:	926229854

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL DE GUADALAJARA

DIRECCIÓN:	C/FERIAL 31-2º
MUNICIPIO:	GUADALAJARA
PROVINCIA:	GUADALAJARA
CÓDIGO POSTAL:	19002
TELÉFONO:	949225719
FAX:	949225719

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL DE CUENCA

DIRECCIÓN:	C/ FERMÍN CABALLERO 6
MUNICIPIO:	CUENCA
PROVINCIA:	CUENCA
CÓDIGO POSTAL:	16004
TELÉFONO:	969222300 / 212000
FAX:	969212042

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL

DIRECCIÓN:	CTRA. DE EXTREMADURA KM. 114
MUNICIPIO:	TALAVERA DE LA REINA
PROVINCIA:	TOLEDO
CÓDIGO POSTAL:	45600
TELÉFONO:	925804700
FAX:	925804762

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL

DIRECCIÓN:	MÁS DEL RIVERO 17
MUNICIPIO:	TOLEDO
PROVINCIA:	TOLEDO

CÓDIGO POSTAL:	45004
TELÉFONO:	925 22 38 51
FAX:	925 22 38 51

<i>UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL DE ALBACETE I</i>	
DIRECCIÓN:	AV. DE LA GUARDIA CIVIL 5
MUNICIPIO:	ALBACETE
PROVINCIA:	ALBACETE
CÓDIGO POSTAL:	02005
TELÉFONO:	967217911
FAX:	967211154

<i>UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL DE ALBACETE II</i>	
DIRECCIÓN:	SEMINARIO 4
MUNICIPIO:	ALBACETE
PROVINCIA:	ALBACETE
CÓDIGO POSTAL:	02006
TELÉFONO:	967597628
FAX:	967597711

HOSPITAL GENERAL VIRGEN DE LA LUZ	
DIRECCIÓN:	HERMANDAD DONANTES DE SANGRE
MUNICIPIO:	CUENCA
PROVINCIA:	CUENCA
CÓDIGO POSTAL:	16002
TELÉFONO:	969179900
FAX:	969230407

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO	
DIRECCIÓN:	CTRA. DE MADRID KM. 114
MUNICIPIO:	TALAVERA DE LA REINA
PROVINCIA:	TOLEDO
CÓDIGO POSTAL:	45600
TELÉFONO:	925803600
FAX:	925815444

HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD	
DIRECCIÓN:	AVDA. BARBER 30
MUNICIPIO:	TOLEDO
PROVINCIA:	TOLEDO
CÓDIGO POSTAL:	45004
TELÉFONO:	925269200
FAX:	925214836

HOSPITAL GENERAL GUADALAJARA	
DIRECCIÓN:	C/ DONANTES DE SANGRE S/N
MUNICIPIO:	GUADALAJARA
PROVINCIA:	GUADALAJARA

CÓDIGO POSTAL:	19002
TELÉFONO:	949209200
FAX:	949209218

Castilla y León



HOSPITAL PROVINCIAL	
DIRECCIÓN:	C/ JESÚS DEL GRAN PODER 42
MUICIPIO:	AVILA
PROVINCIA:	AVILA
CÓDIGO POSTAL:	05071
TELEFONO:	920357200
FAX:	920358064

HOSPITAL PROVINCIAL "DIVINO VALLES"	
DIRECCIÓN:	CTRA. DE SANTANDER S/N
MUNICIPIO:	BURGOS
PROVINCIA:	BURGOS
CÓDIGO POSTAL:	09006
TELEFONO:	947235011
FAX:	947239082

COMPLEJO HOSPITALARIO – EDIFICIO VIRGEN BLANCA	
DIRECCIÓN:	C/ ALTOS DE NAVA S/N
MUNICIPIO:	LEON
PROVINCIA:	LEON
CÓDIGO POSTAL:	24008
TELEFONO:	987237400
FAX:	987225362

HOSPITAL CLÍNICO DE SALAMANCA	
DIRECCIÓN:	PASEO DE SAN VICENTE, 182
MUNICIPIO:	SALAMANCA
PROVINCIA:	SALAMANCA
CÓDIGO POSTAL	37007
TELEFONO	923291100
FAX:	923291131

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (SERVICIO DE PSIQUIATRÍA)	
DIRECCIÓN:	AVDA. RAMÓN Y CAJAL, 3
MUNICIPIO:	VALLADOLID ESTE
PROVINCIA:	VALLADOLID
CÓDIGO POSTAL:	47011
TELEFONO:	983420000
FAX:	9834257511

Catalunya



HOSPITAL DE SANT JOAN DE DEU	
DIRECCIÓN:	CARRER DR. JOAN SOLER NÚM. S/N
MUNICIPIO:	MANRESA
PROVINCIA:	BARCELONA
CÓDIGO POSTAL:	08243
TELÉFONO:	938742112
FAX:	938744554

HOSPITAL DE DÍA SANTA MARIA	
DIRECCIÓN:	AVINGUDA ALCALDE ROVIRA ROURE 44
MUNICIPIO:	LLEIDA
PROVINCIA:	LLEIDA
CÓDIGO POSTAL:	25198
TELÉFONO:	973727222 / 060
FAX:	973727223

CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL	
DIRECCIÓN:	SAN FRANCESC 32 BAJOS
MUNICIPIO:	MARTORELL
PROVINCIA:	MARTORELL
CÓDIGO POSTAL:	08760
TELÉFONO:	977742108
FAX:	977769523

INSTITUTO UNIVERSITARIO PERE MATA CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL	
DIRECCIÓN:	PASAJE DE LA RODONA 2
MUNICIPIO:	REUS
PROVINCIA:	BARCELONA
CÓDIGO POSTAL:	43201
TELÉFONO:	977341656
FAX:	977342772

HOSPITAL DE DÍA SANTA CATALINA	
DIRECCIÓN:	PZA. HOSPITAL 5
MUNICIPIO:	GERONA
PROVINCIA:	BARCELONA
CÓDIGO POSTAL:	17002
TELÉFONO:	972182600
FAX:	972182605

BENITO MENNI - COMPLEX ASSISTENCIAL EN SALUT MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL	
DIRECCIÓN:	PABLO PICASO S/N
MUNICIPIO:	SANTO BOI DE LLOBREGAT
PROVINCIA:	BARCELONA
CÓDIGO POSTAL:	08830
TELÉFONO:	936402400
FAX:	936400268

CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA CASC ANTIC CENTRE DE SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL DE CIUTAT VELLA	
CENTRO DE DÍA	
DIRECCIÓN:	REC COMTAL 20
MUNICIPIO:	CIUTAT VELLA
PROVINCIA:	BARCELONA
CÓDIGO POSTAL:	08003
TELÉFONO:	933105596
FAX	933105599

CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA RAMON TURRÓ CENTRE DE SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL DE SANT MARTÍ	
DIRECCIÓN:	C/ RAMON TURRÓ 337-339
MUNICIPIO:	SANT MARTÍ
PROVINCIA:	BARCELONA
CÓDIGO POSTAL:	08019
TELÉFONO:	934465706
FAX:	934465704

CENTRE DE SALUT MENTAL DE NOU BARRIS CENTRE DE SALUT INFANTIL I JUVENIL	
DIRECCIÓN:	PASAJE VALLDAURA, 214
MUNICIPIO:	NOU BARRIS
PROVINCIA:	BARCELONA
CÓDIGO POSTAL:	08042
TELÉFONO:	933593317
FAX:	933593311

CENTRE DE SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL DE GRÀCIA-SANT ANDREU - CENTRO DE DÍA	
DIRECCIÓN:	DOS DE MAIG 301
MUNICIPIO:	EIXAMPLE
PROVINCIA:	BARCELONA
CÓDIGO POSTAL:	08025
TELÉFONO:	935072729

FAX:	934564757
------	-----------

CENTRE DE SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL DE L' EIXAMPLE CENTRO DE DÍA	
DIRECCIÓN:	MEJÍA LEQUERICA 1
MUNICIPIO:	LES CORTS
PROVINCIA:	BARCELONA
CÓDIGO POSTAL:	08028
TELÉFONO:	932275667
FAX:	932275666

CENTRE DE SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL DE LA VERNEDA-PAU-MINA - CENTRO DE DÍA	
DIRECCIÓN:	PLAZA INFÀNCIA 4 - 5
MUNICIPIO:	SANT MARTÍ
PROVINCIA:	BARCELONA
CÓDIGO POSTAL:	08020
TELÉFONO:	933070816
FAX:	932660522

CENTRE DE SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL DE SANTS-MONTJUÏC - CENTRO DE DÍA	
DIRECCIÓN:	C/ VILA I VILA, 16
MUNICIPIO:	SANTS-MONTJUÏC
PROVINCIA:	BARCELONA
CÓDIGO POSTAL:	08004
TELÉFONO:	934423000
FAX:	934423020

CENTRE DE SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL D'HORTA-GUINARDÓ CENTRO DE DÍA	
DIRECCIÓN:	PG VALL D'HEBRON 107
MUNICIPIO:	HORTA-GUINARDÓ
PROVINCIA:	BARCELONA
CÓDIGO POSTAL:	08035

Proyecto Esperi

TELÉFONO:	932112508
FAX:	934172742

Extremadura



UNIDAD DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ REYES HUERTAS 9
PROVINCIA:	CÁCERES
MUNICIPIO:	CACERES
CÓDIGO POSTAL:	10002
TELÉFONO:	927005150
FAX:	927243627

UNIDAD DE SALUD MENTAL DE BADAJOZ	
DIRECCIÓN:	AVDA. DAMIÁN TÉLLEZ LAFUENTE, S/N
MUNICIPIO:	BADAJOZ
PROVINCIA:	BADAJOZ
CÓDIGO POSTAL:	06071
TELÉFONO:	924 - 24 55 41
FAX:	924 - 24 11 53

Galicia



HOSPITAL TERESA HERRERA	
DIRECCIÓN:	ESTRADA XUBIAS DE ARRIBA 84
MUNICIPIO:	CORUÑA
PROVINCIA:	A CORUÑA
CÓDIGO POSTAL:	15006
TELÉFONO:	981178000
FAX:	981178001

CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL	
DIRECCIÓN:	RUA CABO PONTE ANIDO S/N
MUNICIPIO:	CORUÑA
PROVINCIA:	A CORUÑA
CÓDIGO POSTAL:	15002
TELÉFONO:	981189822
FAX:	981189823

CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL	
DIRECCIÓN:	AV. CAMELIAS 76
MUNICIPIO:	PONTEVEDRA
PROVINCIA:	VIGO
CÓDIGO POSTAL:	36211
TELÉFONO:	986243099
FAX:	986243000

CENTRO SANIDADE E SERVICOS SOCIAIS	
DIRECCIÓN:	AV. ZAMORA 13
MUNICIPIO:	OURENSE
PROVINCIA:	OURENSE
CÓDIGO POSTAL:	32005
TELÉFONO:	988386356
FAX:	988386357

CASA DO MAR	
DIRECCIÓN:	RÚA SIMÓN BOLÍVAR S/N
MUNICIPIO:	PONTEVEDRA
PROVINCIA:	PONTEVEDRA
CÓDIGO POSTAL:	36001

TELÉFONO:	986805800
FAX:	986805802

CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL	
DIRECCIÓN:	RUA ALEGRE - PRAZA DE CANIDO 6-B
MUNICIPIO:	FERROL
PROVINCIA:	A CORUÑA
CÓDIGO POSTAL:	15401
TELÉFONO:	981359570
FAX:	981300370

HOSPITAL GIL CASARES	
DIRECCIÓN:	TRAVESÍA A CHOUPANA S/N
MUNICIPIO:	SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA:	A CORUÑA
CÓDIGO POSTAL:	15706
TELÉFONO:	981951480
FAX:	981951498

La

Rioja



UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL DE LA RIOJA	
DIRECCIÓN:	AVDA. PIO XII 12
MUNICIPIO:	LOGROÑO
PROVINCIA:	LA RIOJA
CÓDIGO POSTAL:	26005
TELÉFONO:	941232277
FAX:	941263121

CENTRO DE DIA - DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD	
DIRECCIÓN:	C/ VARA DE REY 73
MUNICIPIO:	LOGROÑO
PROVINCIA:	LA RIOJA
CÓDIGO POSTAL:	26071
TELÉFONO:	941236065
FAX:	941235112

CENTRO DE SALUD MENTAL Y TOXICOMANÍAS	
DIRECCIÓN:	C/ SAN FRANCISCO 1
MUNICIPIO:	LOGROÑO
PROVINCIA:	LA RIOJA
CÓDIGO POSTAL:	26071
TELÉFONO:	941291160
FAX:	941291166

Madrid



HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN	
DIRECCIÓN:	DR. ESQUERDO 46
MUNICIPIO:	MADRID
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28007
TELÉFONO:	915868000
FAX:	915868018

HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS	
DIRECCIÓN:	AVDA. MENENDEZ PELAYO 65
MUNICIPIO:	MADRID
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28009
TELÉFONO:	915744669
FAX:	915035900

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS	
DIRECCIÓN:	CTRA. ALCALA MECO S/N
MUNICIPIO:	ALCALA DE HENARES
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28805
TELÉFONO:	91-8878100
FAX:	91-8801825

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MADRID (CIUDAD LINEAL-SAN BLAS)	
DIRECCIÓN:	CTRA. COLMENAR KM. 13,800
MUNICIPIO:	MADRID
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28048
TELÉFONO:	915867448 / 87
FAX:	915867368

HOSPITAL RAMON Y CAJAL (HORATLEZA-BARAJAS)	
DIRECCIÓN:	CTRA. COLMENAR 9,100
MUNICIPIO:	MADRID
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28034
TELÉFONO:	913368000
FAX:	913580614

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ	
DIRECCIÓN:	PASEO DE LA CASTELLANA 261
MUNICIPIO:	MADRID
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28046
TELÉFONO:	917277000
FAX:	917277050

CLINICA PUERTA DE HIERRO	
DIRECCIÓN:	SAN MARTIN DE PORRES 4
MUNICIPIO:	MADRID
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28035
TELÉFONO:	913164040 / 62340
FAX:	913734661

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE	
DIRECCIÓN:	CTRA. TOLEDO KM 12,500
MUNICIPIO:	GETAFE
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28905
TELÉFONO:	916839360
FAX:	916839748

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (USERA-ARANJUEZ-CARABANCHEL-VILLAVERDE)	
DIRECCIÓN:	AV. CORDOBA S/N
MUNICIPIO:	MADRID
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28041
TELÉFONO:	913908000
FAX:	913908582

HOSPITAL SAN CARLOS (CHAMBERI-LATINA)	
DIRECCIÓN:	PROF. MARTIN LAGOS S/N
MUNICIPIO:	MADRID
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28040
TELÉFONO:	913303000 / 3001
FAX:	91-3303257

HOSPITAL GENERAL DE MOSTOLES	
DIRECCIÓN:	C/ RIO JUCAR S/N
MUNICIPIO:	MOSTOLES
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28935
TELÉFONO:	916648600
FAX:	916471917

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSE GERMAIN	
DIRECCIÓN:	AV ARAGON S/N
MUNICIPIO:	LEGANES
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28911
TELÉFONO:	91-5866500 / 6767
FAX:	915866542

FUNDACION JIMÉNEZ DÍAZ	
DIRECCIÓN:	AV. REYES CATÓLICOS 2
MUNICIPIO:	MADRID
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28040
TELÉFONO:	915504800
FAX:	915443625

SERVICIO DE SALUD MENTAL (AREA 1)	
DIRECCIÓN:	C/ JUAN DE LA CIERVA 20
MUNICIPIO:	ARGANDA DEL REY
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28500
TELEFONO	918713081 / 00417
FAX:	918703937

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ DR. CASTELO 60
MUNICIPIO:	MADRID (RETIRO)
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28009
TELEFONO	915868534 / 8524
FAX:	915868527

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ PEÑA GORBEA 4
MUNICIPIO:	VALLECAS
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28053
TELEFONO:	914778946
FAX:	914778944

SERVICIO DE SALUD MENTAL (AREA 2)	
DIRECCIÓN:	C/ MARQUÉS DE AHUMADA 11
MUNICIPIO:	MADRID (CHAMARTIN)
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28028
TELEFONO	913558808 / 06
FAX:	

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	AV. ESPAÑA S/N
MUNICIPIO:	COSLADA
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28820
TELEFONO:	916696846 / 6799
FAX:	916691320

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ O'DONNELL 55
MUNICIPIO:	MADRID (SALAMANCA)
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28009
POSTAL:	
TELEFONO	915042796 / 0034
FAX:	915042787

SERVICIO DE SALUD MENTAL (AREA 3)	
DIRECCIÓN:	AV. REYES MAGOS S/N
MUNICIPIO:	ALCALÁ DE HENARES
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28806
POSTAL:	
TELEFONO:	918812129 / 4803
FAX:	918813921

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ LA SOLANA S/N
MUNICIPIO:	TORREJÓN DE ARDOZ
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28850
POSTAL:	
TELEFONO:	916780606 / 0770
FAX:	916780777

SERVICIO DE SALUD MENTAL (AREA 4)	
DIRECCIÓN:	C/ GENERAL 5 - 2ª
MUNICIPIO:	BARAJAS
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28860
POSTAL:	
TELEFONO:	913056017 / 6178
FAX:	913056671

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	AV. BADAJOZ 14
MUNICIPIO:	MADRID (CIUDAD LINEAL)
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28027
POSTAL:	
TELEFONO:	914030715 / 0811
FAX:	914031571

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ MAR CASPIO S/N
MUNICIPIO:	MADRID (HORTALEZA)
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28033
POSTAL:	
TELEFONO:	913818266 / 8332
FAX:	913818395

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ JULIA GARCÍA BOUTAN 8
MUNICIPIO:	MADRID
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28022

POSTAL:	
TELEFONO:	913135540
FAX:	913135541

SERVICIO DE SALUD MENTAL DE ALCOBENDAS (AREA 5)	
DIRECCIÓN:	AV. ESPAÑA 50
MUNICIPIO:	ALCOBENDAS
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	
POSTAL:	28100
TELEFONO:	916536591
FAX:	916531103

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ EULOGIO CARRASCO S/N
MUNICIPIO:	COLMENAR VIEJO
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	
POSTAL:	28770
TELEFONO:	918456759
FAX:	918453384

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ CANDIDO MATEOS 11
MUNICIPIO:	MADRID (FUENCARRAL)
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	
POSTAL:	28035
TELEFONO:	913733977
FAX:	913733941

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ MAUDES 32
MUNICIPIO:	MADRID (TETUÁN)
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	
POSTAL:	28003
TELEFONO:	915349920
FAX:	915347363

SERVICIO DE SALUD MENTAL (AREA 6)	
DIRECCIÓN:	AV. LOS MADROÑOS 5
MUNICIPIO:	COLLADO-VILLALBA
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	
POSTAL:	28043
TELEFONO	918503008
FAX:	918503012

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	AV. ESPAÑA 7
MUNICIPIO:	MAJADAHONDA
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	
POSTAL:	28220
TELEFONO:	916347154
FAX:	916347214

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
--------------------------	--

DIRECCIÓN:	C/ QUINTANA 11
MUNICIPIO:	MADRID (MONCLOA)
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28008
POSTAL:	
TELEFONO	915417267
FAX:	915417352

SERVICIO DE SALUD MENTAL (AREA 7)	
DIRECCIÓN:	C/ CABEZA 4
MUNICIPIO:	MADRID (CENTRO)
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28012
POSTAL:	
TELEFONO	915271418
FAX:	915271095

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ GALIANA 1
MUNICIPIO:	MADRID (LA LATINA)
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28011
POSTAL:	
TELEFONO:	915261928
FAX:	915263368

SERVICIO DE SALUD MENTAL (AREA 8)	
DIRECCIÓN:	AV. LISBOA S/N
MUNICIPIO:	ALCORCON
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28924
POSTAL:	
TELEFONO:	916126712
FAX:	916126715

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ NUEVA YORK 16
MUNICIPIO:	MOSTOLES
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28938
POSTAL:	
TELEFONO:	916480210
FAX:	916480227

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ DE LA DOCTORA S/N
MUNICIPIO:	NAVALCARNERO
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	
POSTAL:	
TELEFONO:	918114330
FAX:	

SERVICIO DE SALUD MENTAL (AREA 9)	
DIRECCIÓN:	C /LEGANES 59 POSTERIOR
MUNICIPIO:	FUENLABRADA
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28945
POSTAL:	

TELEFONO:	916067211
FAX:	916067295

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C / PASEO COLON S/N
MUNICIPIO:	LEGANES
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28911
POSTAL:	
TELEFONO:	915866530
FAX:	915866496

SERVICIO DE SALUD MENTAL (AREA 10)	
DIRECCIÓN:	AV. CERRO DE LOS ANGELES 53
MUNICIPIO:	GETAFE
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28909
POSTAL:	
TELEFONO:	916823012
FAX:	916830154

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C /PABLO SOROZÁBAL 4
MUNICIPIO:	PARLA
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28980
POSTAL:	
TELEFONO	916056903
FAX:	91605635

SERVICIO DE SALUD MENTAL (AREA 11)	
DIRECCIÓN:	C/ REY 43
MUNICIPIO:	ARANJUEZ
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28300
POSTAL:	
TELEFONO:	918920031
FAX:	918920303

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ RONDA DE SEGOVIA 52
MUNICIPIO:	ARGANZUELA
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28529
POSTAL:	
TELEFONO	913654858
FAX:	913661455

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ GRAL. RICARDOS 177
MUNICIPIO:	MADRID (CARABANCHEL)
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO	28025
POSTAL:	
TELEFONO:	914650652
FAX:	914655021

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ VISITACIÓN 15 PLANTA 20

MUNICIPIO:	MADRID (USERA)
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28026
TELÉFONO:	915001015
FAX:	915000880

SERVICIO DE SALUD MENTAL	
DIRECCIÓN:	C/ TOTANES 1
MUNICIPIO:	MADRID (VILLAVERDE)
PROVINCIA:	MADRID
CÓDIGO POSTAL:	28041
TELÉFONO:	917955546
FAX:	917955524

Murcia



<i>CENTRO DE SALUD MENTAL DE YECLA</i>	
DIRECCIÓN:	C/ SAN JOSÉ, 8
MUNICIPIO:	YECLA
PROVINCIA:	MURCIA
CÓDIGO POSTAL:	30510
TELÉFONO:	968751650
FAX:	968751650

<i>CENTRO DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA</i>	
DIRECCIÓN:	C/ REAL, 8
MUNICIPIO:	CARTAGENA
PROVINCIA:	MURCIA
CÓDIGO POSTAL:	30201
TELÉFONO:	968326720
FAX:	968527756

CENTRO DE SALUD MENTAL DE LORCA	
DIRECCIÓN:	C/ ABAD DE LOS ARCOS, S/N
MUNICIPIO:	LORCA
PROVINCIA:	MURCIA
CÓDIGO POSTAL:	30800
TELÉFONO:	968469179 / 68308 / 46697
FAX:	968470405

<i>CENTRO DE SALUD MENTAL DE JUMILLA</i>	
DIRECCIÓN:	C/ BARÓN DE SOLAR ,S/N
MUNICIPIO:	JUMILLA
PROVINCIA:	MURCIA
CÓDIGO POSTAL:	30520
TELÉFONO:	968782261 / 83588
FAX:	968753588

CENTRO DE SALUD MENTAL SAN ANDRÉS	
DIRECCIÓN:	C/ ESCULTOR SÁNCHEZ LOZANO

	S/N -
PROVINCIA:	MURCIA
CÓDIGO POSTAL:	30005
TELÉFONO:	968281642 / 44
FAX:	968281643

CENTRO DE SALUD MENTAL DE CARAVACA	
DIRECCIÓN:	C/ ALONSO ZAMORA, 15, 1ª PLANTA
MUNICIPIO:	CARAVACA
PROVINCIA:	MURCIA
CÓDIGO POSTAL:	30400
TELÉFONO:	968708322
FAX:	968705275 / 08722

CENTRO DE SALUD MENTAL DE ÁGUILAS	
DIRECCIÓN:	AVDA. DEMOCRACIA, S/N URB.LAS MAJADAS
MUNICIPIO:	AGUILAS
PROVINCIA:	MURCIA
CÓDIGO POSTAL:	30880
TELÉFONO:	968446697
FAX:	968446697

CENTRO DE SALUD MENTAL DE JUMILLA	
DIRECCIÓN:	C/ BAROON DE SOLAR, S/N
MUNICIPIO:	JUMILLA
PROVINCIA:	MURCIA
CÓDIGO POSTAL:	30520
TELÉFONO:	968782261 / 83588
FAX:	968753588

CENTRO DE SALUD MENTAL DE MULA	
DIRECCIÓN:	AVDA. JUAN VIÑEGLAS, S/N,
MUNICIPIO:	MULA
PROVINCIA:	MURCIA

CÓDIGO POSTAL:	30170
TELÉFONO:	968446617
FAX:	968662055

Navarra



UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL NATIVIDAD ZUBIETA (CON HOSPITAL DE DÍA INFANTO JUVENIL)	
DIRECCIÓN:	C/ SAN CRISTOBAL, S/N
MUNICIPIO:	PAMPLONA
PROVINCIA:	NAVARRA
CÓDIGO POSTAL:	31015
TELÉFONO:	948136666
FAX:	948136125

CENTRO DE SALUD MENTAL AMBULATORIO	
DIRECCIÓN:	C/ COMPAÑÍA , 8
MUNICIPIO:	IRUNA
PROVINCIA:	NAVARRA
CÓDIGO POSTAL:	31001
TELÉFONO:	948206635
FAX:	948206651

CENTRO DE SALUD MENTAL AMBULATORIO	
DIRECCIÓN:	C/ DE LA FUENTE S/N
MUNICIPIO:	BURLADA
PROVINCIA:	NAVARRA
CÓDIGO POSTAL:	31600
TELÉFONO:	948136119
FAX:	948136325

CENTRO DE SALUD MENTAL AMBULATORIO	
DIRECCIÓN:	C/ UZTARROZ N 24
MUNICIPIO:	PAMPLONA
PROVINCIA:	NAVARRA
CÓDIGO POSTAL:	31014
TELÉFONO:	948136600
FAX:	948136600

CENTRO DE SALUD MENTAL AMBULATORIO	
DIRECCIÓN:	C/ JULIÁN GAYARRE N 1
MUNICIPIO:	PAMPLONA
PROVINCIA:	NAVARRA
CÓDIGO POSTAL:	31005
TELÉFONO:	948290466
FAX:	948290466

CENTRO DE SALUD MENTAL AMBULATORIO	
DIRECCIÓN:	C/ ERMITAGAÑA N 20
MUNICIPIO:	PAMPLONA
PROVINCIA:	NAVARRA
CÓDIGO POSTAL:	31008
TELÉFONO:	948198590
FAX:	948198599

CENTRO DE SALUD MENTAL AMBULATORIO	
DIRECCIÓN:	C/ FRAY DIEGO N 37
MUNICIPIO:	ESTELLA
PROVINCIA:	LIZARRA
CENTRO DE SALUD MENTAL AMBULATORIO	
DIRECCIÓN:	C/ DE LA FUENTE S/N
MUNICIPIO:	BURLADA
PROVINCIA:	NAVARRA
CÓDIGO POSTAL:	31600
TELÉFONO:	948136119
FAX:	948136325

CENTRO DE SALUD MENTAL AMBULATORIO	
DIRECCIÓN:	CAMINO DE LA PEDRERA S/ N
MUNICIPIO:	TAFALLA
PROVINCIA:	NAVARRA
CÓDIGO POSTAL:	31300
TELÉFONO:	948703921
FAX:	948703922

CENTRO DE SALUD MENTAL AMBULATORIO	
DIRECCIÓN:	C/ GAYARRE S/N
MUNICIPIO:	TUDELA
PROVINCIA:	NAVARRA
CÓDIGO POSTAL:	31500
TELÉFONO:	948848187
FAX:	948848200

Principado de Asturias



CENTRO DE SALUD MENTAL CON PROGRAMA INFANTO JUVENIL	
DIRECCIÓN	C/ URÍA 2
MUNICIPIO:	CANGAS DEL NARCEA
PROVINCIA:	ASTURIAS
CÓDIGO POSTAL:	33800
TELÉFONO:	98582970 / 12967
FAX:	985811158

CENTRO DE SALUD MENTAL CON PROGRAMA INFANTO JUVENIL	
DIRECCIÓN:	C/ VILLAR S/N
MUNICIPIO:	LUARCA
PROVINCIA:	ASTURIAS
CÓDIGO POSTAL:	33700
TELÉFONO:	985640170 / 5470053
FAX:	985642112

CENTRO DE SALUD MENTAL CON PROGRAMA INFANTO JUVENIL	
DIRECCIÓN :	C/ JULIÁN CLAVERÍA S/N
MUNICIPIO:	OVIEDO
PROVINCIA:	ASTURIAS
CÓDIGO POSTAL:	33006
TELÉFONO:	985106134 / 135
FAX:	985245145

CENTRO DE SALUD MENTAL CON PROGRAMA INFANTO JUVENIL	
DIRECCIÓN:	C/ MARTÍNEZ DE VEGA 25
MUNICIPIO:	MIERES
PROVINCIA:	ASTURIAS
CÓDIGO POSTAL:	33600
TELÉFONO:	985465323 / 64822
FAX:	985453511

CENTRO DE SALUD MENTAL CON PROGRAMA INFANTO JUVENIL	
DIRECCIÓN:	C/ JOVE Y CANELLA, 1
MUNICIPIO:	SAMA DE LANGREO
PROVINCIA:	ASTURIAS
CÓDIGO POSTAL:	33900
TELÉFONO:	985675300

FAX:	985697100
-------------	-----------

CENTRO DE SALUD MENTAL CON PROGRAMA INFANTO JUVENIL	
DIRECCIÓN:	C/ MAESTROS MARTÍN GALACHE S/N
MUNICIPIO:	POLA DE SIERO
PROVINCIA:	ASTURIAS
CÓDIGO POSTAL:	33510
TELÉFONO	985720377

CENTRO DE SALUD MENTAL CON PROGRAMA INFANTO JUVENIL	
DIRECCIÓN:	C/ CASTAÑERA S/N
MUNICIPIO:	ARRIONDAS
PROVINCIA:	ASTURIAS
CÓDIGO POSTAL:	33540
TELÉFONO:	985840535
FAX:	985840479

CENTRO DE SALUD MENTAL CON PROGRAMA INFANTO JUVENIL	
DIRECCIÓN:	PLAZA SANTIAGO LÓPEZ 1, PISO 1
MUNICIPIO:	AVILÉS
PROVINCIA:	ASTURIAS
CÓDIGO POSTAL:	33400
TELÉFONO:	985549057
FAX:	985540828

CENTRO DE SALUD MENTAL CON PROGRAMA INFANTO JUVENIL	
DIRECCIÓN:	C/ MAESTROS MARTÍN GALACHE S/N
MUNICIPIO:	POLA DE SIERO
PROVINCIA:	ASTURIAS
CÓDIGO POSTAL:	33510
TELÉFONO:	985720377
FAX:	985722156

CENTRO DE SALUD MENTAL CON PROGRAMA INFANTO JUVENIL	
DIRECCIÓN:	C/ VALDÉS SALAS 4
MUNICIPIO:	AVILÉS
PROVINCIA:	ASTURIAS

CÓDIGO POSTAL:	33400
TELÉFONO:	985549219 / 50911
FAX:	985540629

CENTRO DE SALUD MENTAL CON PROGRAMA INFANTO JUVENIL	
DIRECCIÓN:	C/ SIMÓN BOLIVAR S/N
MUNICIPIO:	GIJÓN
PROVINCIA:	ASTURIAS
CÓDIGO POSTAL:	33212
TELÉFONO:	985301166
FAX:	985310318

Valencia



HOSPITAL PROVINCIAL	
DIRECCIÓN:	AV. DR. CLARÁ, 19
MUNICIPIO:	CASTELLON DE LA PLANA
PROVINCIA:	CASTELLÓN
CÓDIGO POSTAL:	12002
TELÉFONO:	964359700
FAX:	964359753

HOSPITAL DE CATARROJA	
DIRECCIÓN:	AVENIDA DE LA RAMBLETA, S/N
MUNICIPIO:	CATARROJA
PROVINCIA:	VALENCIA
CÓDIGO POSTAL:	46470
TELÉFONO:	961268864
FAX:	961270401

HOSPITAL ELCHE	
DIRECCIÓN:	PARTIDA HUERTOS Y MOLINOS, S/N
MUNICIPIO:	ELCHE
PROVINCIA:	ALICANTE
CÓDIGO POSTAL:	3071
TELÉFONO:	966606000
FAX:	966606107

HOSPITAL SAN JUAN DE ALICANTE	
DIRECCIÓN:	CARRETERA ALICANTE-VALENCIA, S/N
MUNICIPIO:	SAN JUAN DE ALICANTE
PROVINCIA:	ALICANTE
CÓDIGO POSTAL:	3550
TELÉFONOS:	965908700
FAX:	965656162

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE	
DIRECCIÓN:	AV. DE CAMPANAR, 21

MUNICIPIO:	VALENCIA
PROVINCIA:	VALENCIA
CÓDIGO POSTAL:	46009
TELÉFONO:	963862700
FAX:	963868789

HOSPITAL DE ORIHUELA	
DIRECCIÓN:	PLAZA DE LA SALUD, S/N
MUNICIPIO:	ORIHUELA
CÓDIGO POSTAL:	3300
TELÉFONO:	965304343
FAX:	965302288

PUERTO SAGUNTO	
DIRECCIÓN:	AV. HISPANIDAD, S/N
MUNICIPIO:	PUERTO DE SAGUNTO
CÓDIGO POSTAL:	46520
TELÉFONO:	962671830
FAX:	962671830

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL	
DIRECCIÓN:	C/ PADRE PORTA, 10
MUNICIPIO:	VALENCIA
PROVINCIA:	VALENCIA
CÓDIGO POSTAL:	46024
TELÉFONO:	963868316
FAX:	963868305

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL	
DIRECCIÓN	C/ BEATO NICOLAS FACTOR, 1
MUNICIPIO:	VALENCIA
PROVINCIA:	VALENCIA
CÓDIGO POSTAL:	46007

TELÉFONO:	963805409
FAX:	963415864

CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL VINAROS	
DIRECCIÓN:	C/ ARZIPRESTE BONO, 22
MUNICIPIO:	VINAROS
CÓDIGO POSTAL:	12500
TELÉFONO:	964453400
FAX:	964455304

CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE XATIVA	
DIRECCIÓN:	CARRETERA XATIVA-SILLA, KM.2
MUNICIPIO:	XATIVA
CÓDIGO POSTAL:	46800
TELÉFONO:	962289100
FAX:	962289172





