

Trabajo Fin de Grado

Programa de intervención desde el Trabajo Social
Educativo en alumnado con Trastorno de Conducta
Intervention Program from Educational Social Work
in students with Conduct Disorder

Autor/es

Juncal Cabezas Cabeza

Pilar Casasnovas Suñén

Director/es

Ángela Cristina Asensio Martínez

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2023

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. Psicopatología infantil.....	3
1.2. Adolescencia como proceso evolutivo.....	4
1.3. Factores que influyen en el desarrollo psicológico.....	6
1.4. Trastorno de conducta en adolescentes.....	7
1.4.1. Factores asociados al trastorno de conducta.....	10
1.5. Intervención del trabajo social en el centro escolar.....	11
2. JUSTIFICACIÓN.....	15
3. METODOLOGÍA.....	16
3.1. Diseño metodológico de la intervención.....	16
3.2. Objetivos.....	18
3.3. Programa de acción social para alumnado con trastorno de conducta.....	18
3.3.1. Fases y acciones.....	19
3.3.2. Cronograma.....	29
4. CONCLUSIONES.....	30
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
6. ANEXOS.....	35

RESUMEN

El presente Trabajo Fin de Grado surge de la necesidad de favorecer la intervención del/la Trabajador/a Social en el ámbito educativo con aquellos/as menores que padecen psicopatologías. Por ello, el objetivo consiste en diseñar una propuesta de intervención para menores del primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) con Trastorno de Conducta desde la figura del/la Trabajador/a Social Educativo/a (TSE). Se ha elaborado el Programa de Acción Social para alumnado con Trastorno de Conducta mediante una metodología mixta, utilizando grupos nominales, entrevistas y cuestionarios. Además, este se ha basado en sesiones individuales con el alumnado, así como en coordinaciones con los ámbitos del/la menor, entre los que se encuentra la familia, el profesorado, el grupo de iguales, Servicios Sociales y Servicios Sanitarios. Se llega a la conclusión de que el perfil de Trabajo Social es el adecuado para llevar a cabo este tipo de intervenciones.

Palabras clave: Psicopatologías, Trastorno de Conducta, Trabajo Social Educativo, alumnado, adolescencia, factores.

SUMMARY

This Final Degree Project arises from the need to promote the intervention of the Social Worker in the educational environment with children suffering from psychopathologies. Therefore, the objective is to design an intervention proposal for children in the first cycle of Compulsory Secondary Education with Conduct Disorder through the figure of the Educational Social Worker. The Social Action Programme for pupils with Conduct Disorder has been developed through a mixed methodology, using nominal groups, interviews and questionnaires. In addition, it was based on individual sessions with the pupils, as well as on coordination with the child's areas, including the family, teachers, peer group, Social Services and Health Services. It is concluded that the Social Work profile is the appropriate one to carry out this type of intervention.

Key words: Psychopathologies, Behavioural Disorder, Educational Social Work, students, adolescence, factors.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

El ser humano siempre ha tenido presente la motivación de comprender su comportamiento a lo largo de la historia de todas las culturas. Por lo tanto, han sido objeto de estudio tanto el comportamiento normal como, especialmente, el comportamiento anómalo (Imaz y Arias, 2020). Quizás la razón de esta motivación provenga del intento de constituir los límites entre la conducta normal y la conducta anómala con el objetivo de fortalecer la cohesión social y acrecentar las oportunidades de supervivencia del ser humano (Spanos, 1978). No obstante, hasta finales del siglo XIX no se constituye como disciplina científica el estudio de los fenómenos psicopatológicos. En efecto, lo psicopatológico se define por la desviación en mayor o menor medida de las normas comportamentales establecidas en la sociedad de referencia (Imaz y Arias, 2020). Así pues, siguiendo a Szasz (1960), el carácter de anormalidad está desarrollado en gran parte por la colectividad en que se presenta.

Tras la Segunda Guerra Mundial, muchos expertos en Psicología, promovidos por los avances, consideraron inadecuados los modelos que en ese momento explicaban la conducta anormal, por lo que buscaron la formulación de un modelo propiamente psicológico, dando lugar al modelo conductual-cognitivo, el cual también aborda la psicopatología infantil (Méndez y Macià, 1990a, como se citó en Macià, 2002).

Se conforma así, una nueva orientación de la psicología aplicada, la evaluación y modificación de conducta, que utiliza los principios teóricos y los hallazgos empíricos resultantes de la aplicación del método científico en las distintas áreas de la psicología para explicar la génesis y el mantenimiento de patrones de conducta, y para evaluar, prevenir y/o modificar esas conductas o situaciones por medio de estudios experimentales controlados, con el propósito de resolver problemas tanto de índole personal como social y de mejorar las condiciones de vida de la persona (Macià, 2002, p. 18)

En lo que se refiere a la historia de la psicopatología infantil, se enmarca en el devenir histórico de la evolución de la disciplina general. Antes del siglo XVII es complicado hallar evidencias de que el comportamiento infantil fuese distinto al de los adultos. De hecho, se pretendía que los/as niños/as actuaran como adultos, dejando atrás aquellos juegos o actividades propias de la infancia (Aries, 1962). Así pues, hasta el siglo XIX, y principalmente en el XX, no se considera la infancia como una fase del desarrollo humano con sus propias características y necesidades. De modo que, al no reconocerse la infancia como una propia etapa, no existía una psicopatología infantil, lo que ha supuesto que tanto esta rama científica como sus técnicas de intervención se hayan desarrollado posteriormente. De esta manera, hasta el siglo pasado, los trastornos infantiles y sus métodos de intervención eran los mismos que ya existían para tratar los trastornos en las personas adultas. Por lo tanto, se puede afirmar que la psicopatología infantil es un área del conocimiento reciente (Macià, 2002).

La psicopatología infantil queda definida como “el estudio científico de la conducta anormal, o las alteraciones conductuales, del niño. Dicho estudio científico supone la explicación de esa conducta y de las variables responsables de las alteraciones conductuales que se producen durante el periodo infantil” (Luciano, 1989, p.14). En cuanto a la conducta “normal” o “anormal” aplicada a los/as

niños/as es necesario tener en cuenta el aspecto evolutivo. "La determinación de lo normal y lo patológico en la infancia conlleva problemas adicionales a lo que es la delimitación de la conducta anormal o patológica en el adulto" (Jiménez, 1997, p.25).

1.2. ADOLESCENCIA COMO PROCESO EVOLUTIVO

"La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Es un período de desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo que, si no se trata satisfactoriamente, puede llevar a problemas afectivos y de comportamiento en la vida adulta" (Nicolson y Ayers, 2002, p.10). Por lo general, se considera que esta etapa comienza entre los 10 y los 13 años de edad y finaliza entre los 18 y los 22, dividiéndose normalmente en dos fases: adolescencia temprana y adolescencia tardía.

Durante este periodo de desarrollo se produce una transformación en los aspectos físicos, psicológicos y sociales del/la adolescente. Por un lado, los cambios físicos actúan en la imagen del/la adolescente, influyendo tanto en sí mismo/a como en su relación y forma de interacción con los demás. Por otro lado, se produce el desarrollo cognitivo, siendo un momento decisivo para la consolidación de su identidad como persona o de su integración en el grupo de iguales. En relación a los aspectos sociales, el contexto familiar se caracteriza por la discusión de las normas en las que se basa el funcionamiento familiar; y el grupo de iguales se convierte en un gran referente para los/as adolescentes, lo que puede conllevar la desorganización de las pautas familiares, al mismo tiempo que, los cambios y las necesidades de los/as hijos/as pueden ser comprendidos por la familia como amenazas para su funcionamiento (Musitu et al., 2001).

Así pues, según Lillo (2004) se considera la adolescencia como una fase en la que los/as adolescentes están sometidos/as a diversas presiones, tanto internas como externas, mostrándose así en esta etapa de la vida un mayor potencial para presentar trastornos en múltiples áreas. De esta manera, debido a la crisis del desarrollo que se sufre en la adolescencia, la hacen susceptible de manifestaciones patológicas. Aquellos factores comunes que producen un efecto particular sobre la conducta y comportamiento de los/as adolescentes son los siguientes: sus relaciones con los padres, sus relaciones con sus amigos/as y la visión que tiene el/la adolescente de sí mismo/a.

En primer lugar, las relaciones paternofiliales suponen para los/as adolescentes la capacidad de evolucionar de un estadio emocional infantil a uno de independencia afectiva, en el que tener conciencia sobre sus propios pensamientos y sentimientos sin depender totalmente de cómo podrían influir sus padres. En segundo lugar, las relaciones de amistad muestran la capacidad de escoger a otros/as adolescentes, los/as cuales, en grupo, potenciarán su deseo de hacerse adultos/as. Y, en tercer lugar, la autopercepción del/la adolescente le permite explorar el mundo externo, donde probar sus nuevas posibilidades adquiridas y desarrollar la transformación que está viviendo con sus consiguientes cambios relacionales (Lillo, 2004).

Siguiendo a Musitu et al. (2001), la adolescencia se focaliza en los aspectos positivos del desarrollo, ya que se muestra como una etapa de evolución en la que el individuo hace frente a gran variedad de demandas, oportunidades y conflictos. De este modo, el/la adolescente colabora de manera positiva en su propio desarrollo implicándose en un proceso de negociación familiar, con el objetivo de poseer un mayor control de su vida. A pesar de ello, existen algunos problemas

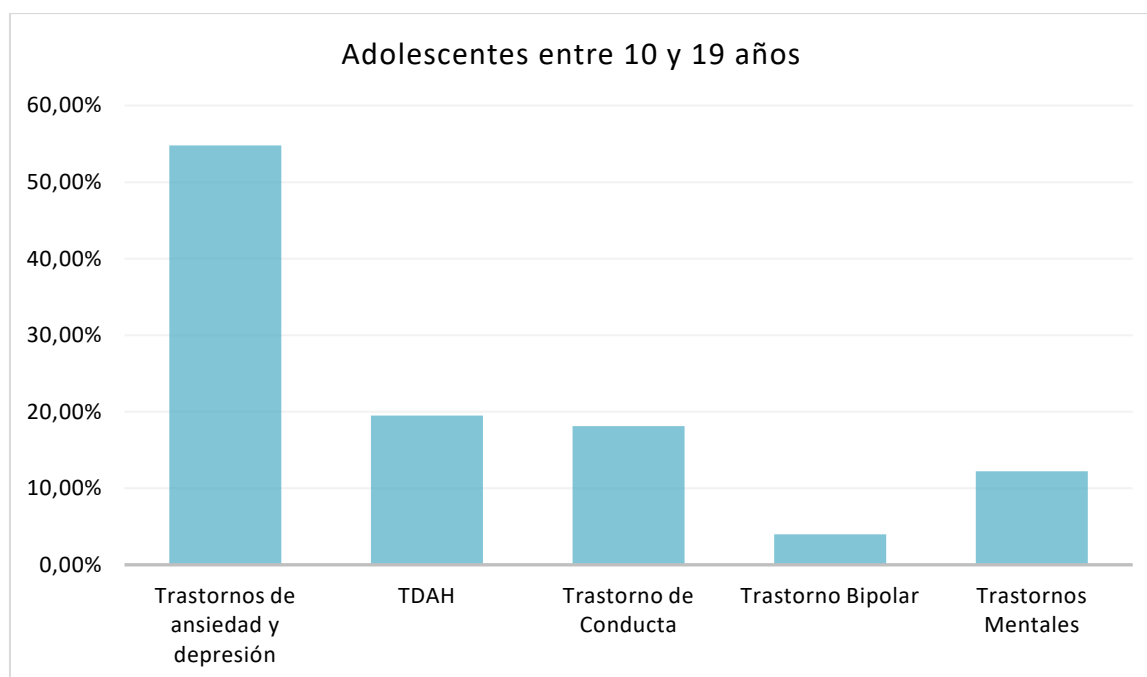
psicológicos y psiquiátricos que pueden surgir o hacerse notables durante la adolescencia, como por ejemplo la ansiedad, la depresión, la anorexia o el trastorno de conducta (Nicolson y Ayers, 2002).

En los últimos años, se han elaborado múltiples estudios epidemiológicos acerca de la psicopatología en niños/as y adolescentes en diversos países, obteniendo bastantes similitudes en los resultados (Wittchen, Nelson y Lachner, 1998). Acerca de estos, las tasas de prevalencia globales se sitúan entre 14-20% en la población infantojuvenil. En España, también se han llevado a cabo diferentes estudios de prevalencia de trastornos en niños/as y adolescentes, cuyas tasas se encuentran en el rango del 20-39% para los trastornos de conducta; entre el 17-26% en trastornos de ansiedad; entre el 4-14% en depresión; y sobre el 12% en trastornos del desarrollo (Lemos, 2003). De esta manera, se observa que las mayores tasas de prevalencia en España a principios de los 2000 pertenecen a los trastornos de conducta.

En los últimos años, la prevalencia de trastornos mentales en adolescentes entre 10-19 años en Europa ha alcanzado un 16,3%, mientras que la cifra global de este grupo es del 13,2%. Esto significa que 9 millones de adolescentes europeos entre 10-19 años padecen un trastorno mental (Unicef, 2021). Algunos de los principales trastornos mentales con mayor relevancia en dicho grupo aparecen reflejados en el Gráfico 1.

Gráfico 1.

Estimaciones de los principales trastornos mentales en los adolescentes en Europa en 2019



Nota. Adaptado de *The state of the world's children 2021*, de UNICEF por IHME Global Burden of Disease Estimates, 2019.

1.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO

Siguiendo a Rodríguez (2000), los trastornos psicológicos suelen estar relacionados con la afección de uno o más factores que determinan el desarrollo normal del/la menor, ya que se trata de un proceso complejo en el que influyen varias causas simultáneamente y varían dependiendo de la edad del/la niño/a. Así pues, cabe mencionar aquellos factores que intervienen en su desarrollo psicológico, los cuales aparecen en la Tabla 1.

Tabla 1.

Factores que influyen en el desarrollo psicológico del menor

BIOLÓGICOS	<i>Genéticos</i>	
	<i>Sistema nervioso</i>	
	<i>Desarrollo psicomotor</i>	
	<i>Desarrollo cognitivo</i>	
	<i>Temperamento</i>	
PSICOSOCIALES	<i>Entorno afectivo</i>	
	<i>Entorno sociocultural</i>	<i>Familia</i>
		<i>Iguales</i>
		<i>Escuela</i>
		<i>Sociedad</i>

Nota. Adaptado de *Psicopatología infantil básica*, de Rodríguez, 2000 por elaboración propia.

Respecto a los factores biológicos, cabe destacar que el sistema nervioso comienza a desarrollarse antes del nacimiento del bebé, de tal manera que el/la recién nacido/a ya tiene reflejos involuntarios vitales, algunos de los cuales desaparecen con el tiempo. Asimismo, el sistema nervioso también influye en el desarrollo cognitivo y psicomotor del bebé. De esta manera, si se produce una alteración en el sistema nervioso puede generar dificultades de adaptación en el/la niño/a. Aunque el ritmo de maduración está genéticamente predeterminado, se debe tener en cuenta que diversas variables ambientales pueden influir en su desarrollo (Rodríguez, 2000).

En relación a los factores psicosociales, se puede diferenciar entre el entorno afectivo y el entorno sociocultural. Por un lado, el entorno afectivo puede influir positiva o negativamente en el desarrollo psicológico del/la menor. Un buen entorno le permitirá entender el significado de las emociones y la aplicación de estas con los demás, mientras que de no ser el caso, cabe la posibilidad de que el/la niño/a desarrolle problemas de conducta. Y, por otro lado, en el entorno sociocultural, los factores que van a influir en el desarrollo serán los siguientes: familia, iguales, escuela y sociedad (Rodríguez, 2000).

En relación con la familia, los modelos parentales ejercen un papel fundamental en la construcción de identidad del/la menor por sus efectos mediadores y modeladores, ya que este es el ámbito más inmediato (González, 1998). Así pues, un ambiente parental negativo, como las separaciones conflictivas o los malos tratos, pueden provocar futuros problemas en el/la niño/a, asociándose a una mayor probabilidad de sufrir dificultades psicológicas durante la infancia y adolescencia. Por lo tanto, la familia ejerce una doble función como protectora y como generadora de riesgo (Rodríguez, 2000).

Respecto al grupo de iguales, la calidad de estas relaciones puede afectar en su desarrollo, dependiendo estas principalmente de las habilidades que haya aprendido el/la niño/a en el entorno familiar. En cuanto al ámbito escolar, una inadecuada adaptación puede ser el causante de futuros problemas de conducta y emocionales. Y, en lo que se refiere a la sociedad, el entorno cultural en el que se desarrolla el/la menor puede facilitar la presencia de problemas en su desarrollo, como por ejemplo pertenecer a una clase social baja (Rodríguez, 2000).

Según González (1998), para la comprensión de los comportamientos de riesgo es imprescindible tener en cuenta estos tipos de factores: predisponentes, de vulnerabilidad, protectores y precipitantes. En primer lugar, los factores predisponentes incluyen la historia genética familiar, los factores biológicos perinatales y los rasgos de personalidad. En segundo lugar, los factores de vulnerabilidad hacen referencia a los contextos socioculturales y a la existencia de psicopatologías específicas en su entorno. En tercer lugar, los factores protectores engloban la flexibilidad cognitiva, las redes de apoyo social adecuadas, la ausencia de acontecimientos estresantes, la ausencia de soledad, la perspectiva de futuro personal y el tratamiento de las patologías psiquiátricas. Y, en cuarto lugar, los factores precipitantes están comprendidos por la presencia de situaciones psicosociales críticas y los estados de aislamiento.

Todos estos factores de riesgo suponen tener en cuenta una perspectiva vincular, ya que implican a las personas del entorno sociocultural en el que suceden sus existencias cotidianas y sus valores (González, 1998).

Cuando dichos valores no se logran alcanzar de una manera legítima con los recursos que dispone el/la menor se produce la inadaptación social del/la mismo/a. De este modo, se genera tensión entre lo que desea y la falta de medios para obtenerlo, creando una inadaptación progresiva que puede derivar en diferentes conductas desviadas como pequeños hurtos, consumo de drogas o violencia hacia personas. Entre los factores de la inadaptación que se han identificado aparece el Trastorno de Conducta, en el que el/la menor queda definido/a como desobediente, provocador/a y violento/a (Mondragón y Trigueros, 1993).

1.4. TRASTORNO DE CONDUCTA EN ADOLESCENTES

El Trastorno de Conducta se define como “un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad” (5ta ed.; DSM-V; American Psychiatric Association, 2014).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR, 2000), el

Trastorno de Conducta se denominaba Trastorno Disocial, localizándose este en la categoría “Trastornos de Inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”, eliminada tras la publicación del DMS en su quinta edición (DSM-V, 2014). Actualmente, en el DSM-V (2014) queda recogido en el epígrafe “Trastornos Perturbadores, del Control de Impulsos y de Conducta”. En este nuevo apartado se agrupan los trastornos que presentan déficit en el control emocional y comportamental que se exteriorizan a través de comportamientos que vulneran los derechos de los demás y/o las normas sociales.

En el DSM-V (2014), el Trastorno Disocial, al igual que el Trastorno de Conducta, es “un patrón de comportamiento, repetitivo y persistente, en el que se violan derechos básicos de otras personas o normas sociales que se consideran adecuadas para la edad del individuo”. Este se determina por la aparición de 3 o más criterios de 15, que han tenido que estar presentes en los últimos doce meses, y por lo menos 1 en los últimos seis meses. Estos 15 criterios se engloban en cuatro categorías comportamentales: agresión a personas y animales; destrucción de la propiedad; fraudulencia o robo; y violaciones graves de normas. Además, para diagnosticar el Trastorno Disocial es necesario que se produzcan dificultades en el funcionamiento social, académico o laboral del individuo.

Debido a la heterogeneidad de la conducta de las personas con Trastorno Disocial, el DSM-IV-TR (2000), considera dos especificadores: edad de inicio y gravedad. En cuanto al especificador de edad de inicio, se distingue entre los subtipos infantil o adolescente, estableciendo la diferencia en que uno de los criterios del Trastorno Disocial comience antes de los 10 años. Y, respecto a la gravedad, este se subdivide en tres niveles: leve, moderado y grave. El DMS-V (2014) mantiene estos especificadores, e incorpora un nuevo subtipo a la edad de inicio denominado “no especificado”, para denominar aquellas ocasiones en las que resulta complicado especificar la edad de aparición del primer síntoma. Esta distinción se relaciona con la evidencia sobre la vinculación entre un inicio prematuro de problemas de conducta y un comportamiento antisocial continuado durante el ciclo vital, así como la existencia de correlatos diversos dependiendo de la edad de inicio.

Como novedad más relevante del DSM-V (2014) se incluye la incorporación del especificador “con emociones prosociales limitadas”. Este indica las características “dureza e inestabilidad afectiva”, rasgos estables tanto en la infancia como en la adolescencia, ya que suelen estar relacionados con problemas de conducta de mayor gravedad.

En lo que se refiere a la distinción de dicho trastorno en la infancia y en la adolescencia, existen algunas diferencias. Por un lado, el Trastorno Disocial infantil está vinculado con la persistencia de problemas temperamentales y de conducta, con la disfunción e inestabilidad en el ámbito familiar, con los déficits cognitivos y neuropsicológicos y, en ocasiones, con la vulnerabilidad genética. Y, por otro lado, el Trastorno Disocial adolescente parece estar más relacionado con los niveles de rebeldía y el desprecio de las normas convencionales. Tiene que ver en menor medida con los factores familiares negativos, con los problemas comportamentales y con menor riesgo genético, debiéndose así generalmente a formas de aprendizaje social negativas en el grupo de iguales (DSM-V, 2014). A pesar de ello, estas distinciones quedan recogidas en la denominada psicopatología infantojuvenil, por lo que mediante este concepto se hace referencia a ambas de manera conjunta.

Tras esta breve revisión acerca de las modificaciones que ha sufrido el término de Trastorno Disocial del DSM-IV-TR (2000) al DSM-V (2014) cabe destacar que la definición y los criterios diagnósticos no han sufrido modificaciones. De esta manera, el previamente conocido como Trastorno

Disocial, ha cambiado su denominación a Trastorno de Conducta, concepto que se va a utilizar en el presente documento, ya que es el actual término utilizado por el DMS-V (2014) última edición traducida al castellano del DSM.

Según Jiménez (1997), el concepto de Trastorno de Conducta hace referencia a “la presencia recurrente de conductas distorsionadas, destructivas y de carácter negativo, además de transgresoras de las normas sociales, en el comportamiento del individuo” (p.166). Dicho trastorno conlleva un grave problema clínico debido a sus características intrínsecas, implicando un desajuste social; sus posibles efectos, mostrando algún tipo de desajuste en la etapa adulta los/as niños/as que lo padecen; y su frecuencia, siendo el trastorno más diagnosticado.

Tal y como queda definido, el Trastorno de Conducta, disruptivo o antisocial son designaciones que se han utilizado para dar nombre a un patrón de conducta persistente, inapropiado a la edad y caracterizado por infringir las normas sociales. Asimismo, se caracteriza por la agresividad, la falta de control de impulsos y/o el deterioro de las relaciones personales. A diferencia de otras áreas psicopatológicas, establecer los límites entre lo normal y lo patológico resulta complicado. Aquellas personas con problemas de conducta presentan peculiaridades en su estructura mental, la cual va a determinar su propio comportamiento. Si esta conducta se aprecia de forma aislada, será definida como una conducta social desviada. Mientras que, en el momento en el que estas conductas se establezcan de manera continua y constante, se configurará como ajeno a la salud y distante de lo normal (Rodríguez, 2000).

Cabe mencionar que existen varios tipos de conducta agresiva, siguiendo a Collell y Escudé (2006), las diferentes formas de agresión que pueden adoptar los/as adolescentes entre iguales se clasifican de la siguiente manera en la Tabla 2.

Tabla 2.

Clasificación de las formas de maltrato entre iguales. Distinguiendo entre formas abiertas (naranja) y formas relacionales (morado).

	DIRECTA	INDIRECTA
FÍSICA	Dar empujones Pegar	Robar objetos de uno Romper objetos de uno
VERBAL	Insultar Burlarse	Hablar mal de uno Difundir falsos rumores
EXCLUSIÓN SOCIAL	Excluir del grupo No dejar participar	Ignorar Ningunear

Nota. Adaptado de *El acoso escolar: un enfoque psicopatológico*, de Collell y Escudé, 2006 por elaboración propia.

De este modo, realizando un análisis más detallado de las agresiones entre iguales cabe mencionar que los/as adolescentes que utilizan la agresión abierta suelen presentar problemas de conducta externalizada como impulsividad o conductas desafiantes, asociándose más a los chicos; mientras que los/as adolescentes con agresión relacional suelen mostrar problemas internalizados

como la tristeza o la ansiedad, asociándose a las chicas. Así pues, desde esta perspectiva de género se observa que la involucración en agresión no normativa de género se relaciona con niveles más altos de desajuste psicosocial (Collell y Escudé, 2006). Siguiendo con diversas revisiones acerca de la perspectiva de género se siguen encontrando diferencias significativas entre ambos sexos, obteniendo que los problemas de atención y externalizantes son mayores en niños, al contrario que en las niñas, quienes obtienen puntuaciones más altas en alteraciones internalizantes (López-Soler et al., 2009).

En resumen, el perfil del agresor/a se caracteriza por tener una personalidad agresiva con actitudes violentas, que muestra falta de control de impulsos, necesidad de dominio y escasa empatía; caracterizado/a en el ámbito escolar por las malas notas y una actitud negativa hacia los/as profesores/as y el colegio. Así pues, las particularidades más frecuentes de los agresores/as son: entorno social reducido; tendencia acentuada de su fuerza, ya que suelen ser físicamente fuertes; escasas habilidades sociales y relaciones negativas con los adultos; y dificultad de autocrítica (Olweus, 1998).

1.4.1. FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE CONDUCTA

Existen determinados factores de riesgo y de protección del Trastorno de Conducta. En cuanto a los factores de riesgo, estos son aquellos acontecimientos que aumentan la posibilidad de presentar una disfunción; mientras que los factores de protección son aquellas condiciones personales del individuo que le permiten hacer frente a las condiciones adversas. Se trata entonces de un “juego dinámico entre la posible acción de elementos nocivos y la defensa frente a ellos propiciada por las características personales, que pueden hacer decrecer el impacto de la presencia de los factores de riesgo” (Rodríguez, 2000, p.250). En lo que se refiere al Trastorno de Conducta, algunos de los facilitadores de su desencadenamiento pueden ser los mostrados en la Tabla 3.

Tabla 3.

Factores de riesgo del desencadenamiento de Trastorno de Conducta

PERSONALES	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Temperamento</i>: hiperexcitabilidad - <i>Déficit neuropsicológico</i>: signos neurológicos menores. Dificultades en las funciones cerebrales ejecutiva, planificación de tareas, control de atención - <i>Niveles subclínicos de trastornos de conducta</i> - <i>Rendimiento escolar y nivel intelectual bajo</i>
FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Psicopatología</i>: personalidad antisocial, alcoholismo en padres y madres. - <i>Disciplina</i>: modelo coercitivo, castigos inconsistentes, falta de supervisión - <i>Calidad de las relaciones</i>: rechazo de los/as hijos/as, falta de soporte emocional adecuado, dificultades del vínculo afectivo, conflicto grave en la pareja, agresiones - <i>Hermano/a mayor con conductas disociales</i> - <i>Adversidad socioeconómica</i>: desempleo, pobreza, marginación
ESCOLARES	<ul style="list-style-type: none"> - No disponibilidad de atención escolar adecuada a las necesidades académicas y de conducta

Nota. Adaptado de *Psicopatología infantil básica*, de Rodríguez, 2000 por elaboración propia.

Otros estudios realizados consideran que los principales factores de riesgo vinculados con el comportamiento violento son: el nivel de desesperanza, la ideación o intento de suicidio, el estado emocional y afectivo, las escasas redes sociales, la soledad, los síntomas de depresión, la desintegración social, las pérdidas afectivas, el estado mental, y la necesidad de recibir ayuda (González, 1998).

Cabe destacar que a pesar de que varios menores de la misma familia estén expuestos a diversos factores de riesgo mencionados anteriormente, no se va a desarrollar el Trastorno de Conducta en la totalidad de los/as hijos/as. Cada individuo posee una identidad propia, lo que genera que un mismo factor provoque respuestas diferentes debido a su individualidad. El pronóstico irá relacionado con la edad de inicio, la intensidad psicopatológica, el estilo cognitivo, el rendimiento escolar, las condiciones familiares y el acceso a los servicios de salud mental. En consecuencia, durante la infancia, sus experiencias se ven influenciadas por la participación del contexto familiar, escolar y sociocultural (Rodríguez, 2000).

La socialización es un proceso por el cual el individuo desarrolla un sentido de identidad personal y adquiere las normas valoradas por las personas que conforman su entorno. Se trata de un proceso que no finaliza en la niñez, sino que continúa durante la adolescencia, de tal manera que debe ser sometido a importantes transformaciones debido a las alteraciones que se producen al cambiar de etapa. Los cambios evolutivos y contextuales que experimenta el/la adolescente requiere que se reformulen las estrategias de socialización, produciéndose una modificación fundamental en su sistema relacional (Musitu et al., 2001).

Uno de los ámbitos en los que se debe producir un cambio es en el ámbito escolar, pudiéndose relacionar el Trastorno de Conducta con el comportamiento agresivo en el caso de no adaptarse correctamente en este contexto. La violencia escolar es una situación que incumbe a toda la institución, no solamente a los/as agresores/as y a las víctimas, sino también a los/as espectadores/as. Por ello, debe ser vista tanto desde la perspectiva educativa, como desde el ámbito psicológico y social, donde intervienen diferentes variables que provocan dicha situación (Trianes, 2000).

1.5. INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN EL CENTRO ESCOLAR

El ámbito escolar en España, debido a su carácter de universalidad, acoge prácticamente a la totalidad de la población infantil y adolescente, incluyendo así a la diversidad de alumnado que la conforma. Dicha diversidad se expresa a través de diferentes variables como: la tipología familiar a la que pertenece el alumnado, el origen de estos/as, las características socioeconómicas y culturales, las ideologías y los estilos de vida. Esto conlleva una multitud de necesidades que se deben solventar de la manera más adecuada (Consejo General de Trabajo Social, 2012).

Ante esta situación, se debe ofrecer una respuesta a la diversidad del alumnado en todos los ciclos educativos sea cual sea la circunstancia que produce dicha necesidad específica: sociales, de discapacidad, los trastornos graves de conducta o las altas capacidades intelectuales. Así pues, la intervención del/la Trabajador/a social en el Sistema educativo se explica teniendo en cuenta que en toda la población, la unidad familiar así como el sistema de relaciones, forman el sostén natural del alumnado; de tal manera que para cambiarla o mejorarla, son en estos dos espacios donde se realiza

la intervención sociofamiliar, desde el Trabajo Social Educativo y desde el propio centro escolar donde está escolarizado el alumno/a (Consejo General de Trabajo Social, 2012).

Siguiendo a Díaz, el/la Trabajador/a social es una “figura que en el sector educativo se encarga de hacer de puente entre el ámbito escolar, el familiar y el social aportando, de acuerdo con el proyecto educativo del centro, elementos de conocimiento de sus alumnos y del entorno sociofamiliar” (como se citó en Fernández y Alemán, 2003, p.540). Los/as profesionales del Trabajo Social son los/as responsables de la orientación educativa durante todas sus etapas, determinando las necesidades específicas del alumnado con la finalidad de mejorar la calidad educativa y establecer la coordinación con los Servicios Sociales y Sanitarios (Roselló, 1998).

De esta manera, los/as Trabajadores/as sociales forman parte del sistema educativo, integrados en los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEPS) de los centros escolares. Esto se debe a que el Trabajo Social no puede vivir en el aislamiento, puesto que requiere, al igual que el resto, de las demás ciencias para su progreso (Puyol y Hernández, 2009). De modo que, la coordinación y colaboración entre el profesorado y los/as Trabajadores/as sociales en situaciones de necesidades del alumnado se considera imprescindible, aunque existan algunas dificultades como la comprensión de que no se debe repartir la problemática sino actuar de manera conjunta (Torra, 2009).

A pesar de ello, los/as Trabajadores/as sociales tienen unas funciones propias en el ámbito de la educación, las cuales aparecen reflejadas en la Tabla 4.

Tabla 4.

Principales funciones del/la Trabajador/a social en el ámbito educativo.

Principales funciones de un/a Trabajador/a social en el sistema educativo	Detectar y difundir los recursos existentes en la zona
	Elaboración de un mapa de necesidades y recursos
	Colaborar en la elaboración de los Proyectos Educativos de Centros
	Contribuir a la potenciación de la acción tutorial
	Información y orientación a los padres y madres, en el ámbito de sus funciones
	Detección y valoración social funcional del alumnado con necesidades educativas especiales
	Colaborar en la realización de adaptaciones curriculares del alumnado
	Informar al/la profesor/a tutor/a en relación a los aspectos sociales y familiares del alumnado
	Realización del estudio y valoración social y familiar del alumnado

Derivar y canalizar según la demanda y necesidades detectadas

Apoyo a las familias desestructuradas

Orientaciones de actuación en situaciones problemáticas

Colaboración en las funciones generales transdisciplinares de los equipos

Nota. Adaptado de *El Trabajo Social en Educación*, de Espinoza, Mateo y De Felipe, 1990 por elaboración propia.

Además de las funciones mencionadas, los/as Trabajadores/as sociales de los centros educativos desarrollan otras muy diversas, entre las que se pueden encontrar las siguientes: participación en estudios e investigaciones científicas sobre la influencia de los factores sociales sobre el propio sistema educativo; elaboración de diagnósticos y valoraciones sociales de alumnos/as, familias y entornos en los que se fomentan comportamientos o actitudes favorables o adversas para el éxito académico; colaboración en el diseño y ejecución de las políticas sociales en materia de educación; contribución en la mejora de la conexión entre la educación formal, no formal e informal; y, evaluación de los programas sociales que se desarrollan en los centros escolares, entre otros (Puyol y Hernández, 2009).

Las tareas de los/as Trabajadores/as sociales en el ámbito educativo se ampliaron y quedaron reguladas en 1992 con la creación de los EOEPS, quedando así vinculadas con los recursos de coordinación y apoyo social. A partir de entonces, siguiendo la autonomía de las Comunidades se han ido elaborando normativas propias para la regulación de la Orientación Educativa. De esta manera, se pueden encontrar diversas situaciones en lo que se refiere al perfil del/la Trabajador/a social dependiendo de la Comunidad Autónoma: (1) conservan, recuperan o incorporan la figura como componente de los servicios de orientación; (2) señalan como componente de los equipos de orientación a los/as Profesores/as Técnicos de Formación Profesional con especialidad de Servicios a la Comunidad (PTSC); o (3) la incorporan en orientación exclusivamente en lo relativo a situaciones excepcionales. A pesar de ello, la mayoría de las Comunidades Autónomas no han incrementado el número de profesionales de Trabajo Social, agravando las dificultades para el desempeño de sus funciones (Consejo General de Trabajo Social, 2012).

Los/as profesionales que conforman dichos Equipos de Orientación son quienes realizan la intervención desde el centro educativo en lo que se refiere al alumnado que muestra actitudes o comportamiento disruptivos, donde se incluiría el Trastorno de Conducta. En cuanto a las intervenciones en los problemas de conducta precisan de un trabajo coordinado y conjunto con todos los agentes implicados en el desarrollo del/la alumno/a (Gobierno de Aragón, 2011). Por ello, algunas Comunidades han elaborado diferentes guías o protocolos específicos de intervención para algunas psicopatologías infantojuveniles, como por ejemplo Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias o Castilla y León.

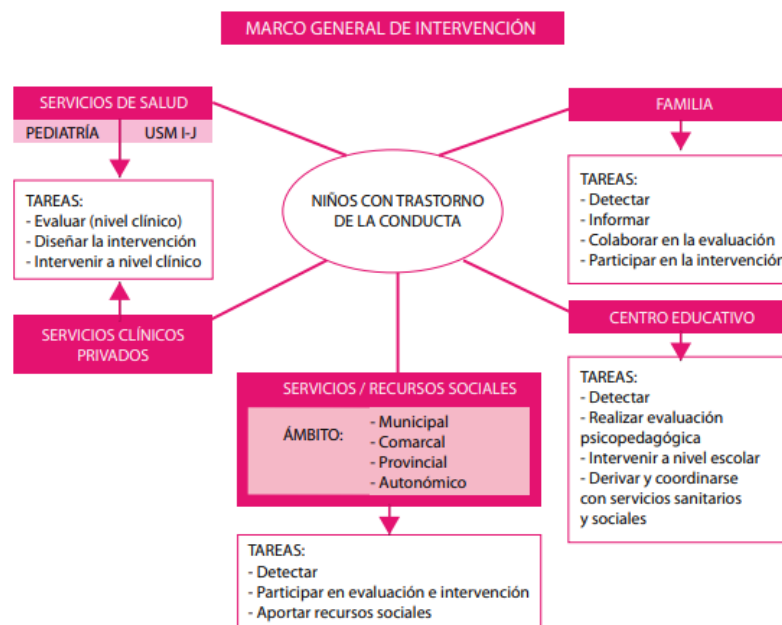
En lo que se refiere a la Comunidad Autónoma de Aragón, el Gobierno de Aragón elaboró en 2011 la guía práctica "Trastorno de conducta. Una guía de intervención en la escuela", la cual tiene

como finalidad proporcionar a los EOEPS un protocolo de actuación que guíe su intervención con el alumnado con Trastorno de Conducta. Esta se divide en dos partes diferenciadas: en la primera, se realiza una revisión acerca del concepto de los trastornos de conducta; y en la segunda, se propone un modelo y un protocolo de intervención como recurso educativo con el alumnado que presente Trastorno de Conducta. Los objetivos de intervención de dicha guía están orientados a potenciar la competencia del alumnado para solventar sus conflictos, aumentar sus habilidades sociales y controlar sus conductas impulsivas (Gobierno de Aragón, 2011).

La manera de intervenir sugerida desde la guía práctica del Gobierno de Aragón (2011) se ha denominado “de buenas prácticas” y se ha centrado en el contexto educativo, involucrando a: el Equipo Directivo, la Comisión de Coordinación Pedagógica, los Equipos Docentes, el Servicio de Orientación, la familia y los Servicios Externos. Se propone entonces un procedimiento de actuación dividido en tres fases: análisis de la demanda, evaluación e intervención. En todas ellas, participarán todos los agentes implicados (familia, profesorado, personal de servicios, compañeros/as y alumno/a). Esto se debe a que las intervenciones en los problemas de conducta conllevan un trabajo conjunto y coordinado de todos los agentes mencionados en la evolución psicosocial del alumno/a, tal y como se indica en la figura 1.

Figura 1.

Marco general de intervención en alumnado con Trastorno de la Conducta



Nota. Trastorno de conducta. Una guía de intervención en la escuela, Gobierno de Aragón, 2011.

En el protocolo que se propone es fundamental la elección de un/a coordinador/a especialista y la colaboración del Equipo de Orientación, teniendo una labor de apoyo y asesoramiento en el seguimiento de la intervención en el centro educativo. De esta manera, queda establecida la figura del/la coordinador/a como una de las piezas fundamentales en la aplicación del protocolo, por lo que se requiere que estos/as profesionales cuenten con una formación continuada sobre procedimientos de intervención con alumnado con Trastorno de Conducta (Gobierno de Aragón, 2011).

2. JUSTIFICACIÓN

Los/as profesionales de Servicios Sociales, así como los padres y las madres del alumnado consideran que los comportamientos agresivos de estos/as están relacionados con problemas de salud mental, como el Trastorno de Conducta (Cottrell y Monk, 2004). De este modo, en lo que se refiere al ámbito educativo, se observa una fuerte vinculación entre los/as jóvenes que padecen o desarrollan trastornos psicosociales en la adolescencia, con aquellos/as que se encuentran implicados en el rol de agresor/a. Si bien es cierto que existe una tendencia natural hacia la protección de la víctima, puede llevar a pensar que únicamente esta es la que necesita ayuda; por el contrario, se debe intervenir también con el/la agresor/a (Collell y Escudé, 2006).

Centrada la investigación en el alumnado con Trastorno de Conducta, son estos/as los/as que suelen adquirir generalmente el rol de agresor/a, debido a que quedan definidos/as como desobedientes y violentos/as. De esta manera, surge la necesidad de intervenir desde el Trabajo Social Educativo con estos/as menores, ya que si no se trata de manera satisfactoria, puede provocar problemas de comportamiento en su vida adulta (Nicolson y Ayers, 2002). De forma que, si se interviene adecuadamente supondría entonces una mejora para el/la menor.

Tras la revisión de diferentes protocolos de intervención con alumnado con diversas psicopatologías infantojuveniles, se ha observado que la figura del/la Trabajador/a Social Educativo/a queda al margen de la intervención, llegando a no estar incluida en los Equipos de Orientación de algunos centros escolares. Por ende, se considera relevante mostrar la importancia de estos/as profesionales en la intervención con los/as menores, y en concreto con aquellos/as diagnosticados de Trastorno de Conducta.

La intervención con este alumnado supondría una mejora para la comunidad en general, puesto que las conductas agresivas suponen tanto el desajuste psicosocial de los implicados como una alteración en la convivencia del centro escolar (Collell y Escudé, 2006). Asimismo, quedan involucrados los actores que conforman el entorno sociocultural del menor (familia, grupos de iguales, sociedad); por lo que supone tener en cuenta una perspectiva vincular cuando se producen conductas violentas.

Así pues, la utilidad de la intervención pretende mejorar y orientar la figura del/la Trabajador/a Social Educativo/a en relación a la vinculación que este/a debería tener con todos los ámbitos que constituyen el entorno del/la menor con Trastorno de Conducta. Es decir, cómo a través del Trabajo Social Educativo se debe establecer una vinculación con la familia, el Centro de Salud, los Servicios Sociales o aquella entidad que guarde relación y se considere necesaria para la buena intervención con el/la menor.

Por todo ello, el objetivo general del presente Trabajo Final de Grado (TFG) consiste en diseñar una propuesta de intervención desde la figura del/la Trabajador/a Social Educativo/a para menores del primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) con Trastorno de Conducta.

3. METODOLOGÍA

Con el fin de favorecer la situación socioeducativa del/a menor con Trastorno de Conducta, en el presente Trabajo Fin de Grado, se plantea una propuesta de intervención basada en sesiones individuales con el/la alumno/a con Trastorno de Conducta; colaboración con las familias y el profesorado; y coordinación con Servicios Sociales y Sanitarios. Todo ello, será llevado a cabo por el/la Trabajador/a Social Educativo/a (TSE), el/la cual colaborará con los diferentes ámbitos sociales que influyen en el/la menor.

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INTERVENCIÓN

Para establecer una propuesta de intervención realista y factible, se han llevado a cabo entrevistas con diferentes profesionales relacionados con el Trabajo Social en el ámbito educativo, con el objetivo de conocer las intervenciones realizadas por este/a profesional con el alumnado con Trastorno de Conducta. Así pues, los/as profesionales entrevistados/as han sido el Equipo de Orientación del Instituto de Educación Secundaria Ángel Sanz Briz (Anexo I) y la Trabajadora social del Hospital de Día Infantojuvenil Parque Goya (Anexo II).

Tras la revisión bibliográfica realizada y la relación establecida con los/as profesionales mencionados anteriormente, se ha podido establecer que el propósito de la propuesta de intervención sea responder a las necesidades que presenta el alumnado con Trastorno de Conducta en el ámbito educativo a través del Trabajo Social. Quedan entendidas como principales necesidades aquellas dificultades a las que se enfrentan estos/as menores en su ámbito académico, así como familiar y social.

De esta manera, los/as destinatarios/as directos/as serán aquel alumnado con Trastorno de Conducta del primer ciclo de la ESO, y los/as profesionales de Trabajo Social del ámbito educativo que trabajen con los/as mismos/as, a través de la figura del Profesorado Técnico de Formación Profesional con especialidad de Servicios a la Comunidad de los Equipos de Orientación. Asimismo, los/as destinatarios/as indirectos/as serán las familias y el entorno más cercano de estos/as menores, debido al papel activo que tendrán en la propuesta de intervención.

Respecto a los instrumentos utilizados para valorar los cambios que se producen durante la intervención, se lleva a cabo una metodología mixta. En cuanto a las técnicas cualitativas, se utilizarán grupos nominales y entrevistas; y en relación a las técnicas cuantitativas, se utilizarán cuestionarios. A continuación, se especifican cada uno de ellos.

- GRUPO NOMINAL CON EL EQUIPO DE ORIENTACIÓN

Se llevará a cabo un grupo nominal, una entrevista grupal con los/as diferentes profesionales que integran el Equipo de Orientación, donde el/la TSE ejercerá la figura de moderador/a, para decidir si es conveniente que el/la alumno/a con Trastorno de Conducta participe en el Programa. De esta manera, se trata de un método apropiado para establecer acuerdos entre personas, ya que es esencial alcanzar un consenso (Olaz, 2013).

- CUESTIONARIO ESPERI

Se trata de un test específico para detectar trastornos del comportamiento en niños/as y adolescentes de la manera más temprana posible. Existen dos versiones de auto-informe para diferentes grupos de edad: (1) cuestionario Esperí para niños/as de 8 a 11 años, y (2) cuestionario Esperí para niños/as de 12 a 18 años. Además, también existen dos versiones de hetero-informe, una versión para padres y madres, y la otra para educadores/as. En la presente propuesta se utiliza la versión de auto-informe para menores de 12 a 18 años, y la versión de hetero-informe para las familias. La validez y la fiabilidad presentan buenos resultados, con un alfa de Cronbach de 0.93 (Martínez, 2012).

El auto-informe para menores de 12 a 18 años consta de 57 ítems que el/la menor debe responder de forma subjetiva en una escala del 1 al 5 (1=nunca, 2=muy pocas veces, 3=algunas veces, 4=bastantes veces, 5=siempre), dependiendo de lo que hace, siente o piensa en relación a las cuestiones planteadas. Además, al final del cuestionario se propone una pregunta acerca del grado de sinceridad que ha mostrado el/la menor durante la elaboración del mismo, con una escala del 0 (nada sincero) al 10 (muy sincero). Por último, el test permite clasificar a los/as menores en diferentes grupos de severidad, así como de trastorno predominante, estableciéndose de la siguiente manera: bajos o normales hasta 61 puntos; leves de 62 a 79; moderados de 80 a 94; y severos a partir de 95 puntos (Proyecto Esperí, 2012).

Y, respecto a la versión de hetero-informe a completar por los/as padres y madres, consta de 65 ítems en niños hasta los 11 años, y añadiendo 4 ítems adicionales en caso de que el/la menor sea mayor de 11 años. Al igual que en el auto-informe, deben responder en una escala del 1 al 5 (1=nunca, 2=muy pocas veces, 3=algunas veces, 4=bastantes veces, 5=siempre), dependiendo de las acciones de su hijo/a. Además, la escala incluye 4 preguntas abiertas acerca de la historia escolar del/la alumno/a (Colegios Oficiales de Psicólogos, 2013).

- ENTREVISTAS A LOS/AS ALUMNOS/AS CON TRASTORNO DE CONDUCTA Y A SUS FAMILIAS

Al comienzo de la intervención el/la TSE realizará una entrevista semiestructurada a la familia del/la menor con el fin de recabar datos sobre el comportamiento de este/a y su relación en el entorno familiar. Y a lo largo del proceso se realizará al menos una entrevista de seguimiento con los padres y madres, en la que se observará la evolución del/la menor.

Posteriormente, durante las sesiones individuales con el alumno/a, el/la TSE llevará a cabo entrevistas abiertas de manera continua, las cuales estarán basadas en el diálogo acerca de sus cuestiones personales, así como de su relación en el ámbito familiar, social y académico. Además, una vez finalizadas las sesiones individuales, se proseguirá con las sesiones de seguimiento, siguiendo el guión de entrevista que aparece en el Anexo III.

- CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Para finalizar el Programa, el/la TSE administrará dos modalidades de cuestionario desarrollados ad hoc (Anexo IV), uno destinado al alumno/a y otro a su familia, en los que se evaluará la eficacia del Programa en lo que se refiere a algunos aspectos como los conocimientos adquiridos, las sesiones realizadas, la labor del/la profesional o las propuestas de mejora.

3.2. OBJETIVOS

El objetivo general de la presente propuesta de intervención es mejorar la situación socioeducativa de los/as menores con Trastorno de Conducta desde el Trabajo Social Educativo.

Así pues, los objetivos secundarios establecidos serán los siguientes:

- A. Establecer conductas adaptativas que permitan el desarrollo adecuado del/la menor.
- B. Mantener las conductas establecidas a través del seguimiento.
- C. Facilitar la integración del/la menor en su entorno social.

Tanto el objetivo general como los secundarios pretenden prevenir que el/la menor desarrolle problemas futuros derivados de su Trastorno de Conducta, como pueden ser problemas afectivos o de comportamiento en su adultez.

3.3. PROGRAMA DE ACCIÓN SOCIAL PARA ALUMNADO CON TRASTORNO DE CONDUCTA

A continuación, se plantea una intervención estructurada en cuatro fases en las que se llevarán a cabo sesiones de diálogo abierto con el alumnado con el fin de paliar las necesidades mencionadas de dichos/as menores, pudiéndose apoyar el/la profesional en las dinámicas planteadas. El programa se realizará durante el horario de tutoría que tenga establecido el alumnado, por lo que las sesiones serán semanales y tendrán una duración de 45 minutos a 1 hora. En la presente propuesta, se fija que el horario de las sesiones individuales con el/la alumno/a tendrá lugar los martes en la sala del Equipo de Orientación del instituto, mientras que el resto de las sesiones quedarían a disposición de la disponibilidad de los/as implicados/as. Así pues, cada una de las fechas propuestas quedan reflejadas en el *Cronograma*.

Antes de comenzar, es necesario mencionar que la propuesta de intervención es una guía de actuación aplicable a todos los casos de manera individualizada, de tal manera que el programa planteado podría sufrir modificaciones o adaptaciones para cada uno/a de los/as menores sujetos de intervención. Así pues, se considera oportuno resaltar algunas recomendaciones generales a tener en cuenta durante el proceso (Servicio Canario de la Salud, 2010):

- Las técnicas de modificación de conducta se deben aplicar de forma continua, por lo que una vez comenzado el Programa no es recomendable abandonar la dinámica de las sesiones, y seguir con dichas pautas en el entorno sociofamiliar.
- La coordinación con todos los ámbitos que forman parte de la vida del/la menor es fundamental para la consecución del Programa, de manera que todos/as los/as implicados/as deben estar informados/as.
- Los programas de intervención deben ser personalizados, ya que no existen programas universales. Es necesario evaluar al/la menor de manera individual, priorizando las actuaciones sobre aquellos aspectos más relevantes.
- La intervención se basa en un aprendizaje, no en un castigo, de manera que la disciplina y el cariño no son opuestos. Esto debe ser entendido por todas las partes involucradas.

Las fases en las que se encuentra estructurada la intervención se dividen en: implantación del programa de intervención; primera evaluación del alumnado con Trastorno de Conducta; ejecución del proyecto; y, evaluación y seguimiento del caso. Seguidamente, quedan reflejadas cada una de ellas con su pertinente distribución, indicando cada una de las acciones que llevará a cabo el/la TSE durante el proceso.

3.3.1. FASES Y ACCIONES

FASE 1. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

La implantación del Programa de intervención comenzará con una sesión, en formato de reunión informativa, donde el/la TSE expondrá el Programa de Acción Social para alumnado con Trastorno de Conducta. La exposición del programa irá dirigida, en primer lugar, a los Equipos de Orientación de aquellos institutos que cuenten con alumnado en el primer ciclo educativo de la ESO con Trastorno de Conducta; y, en segundo lugar, a las familias de estos/as alumnos/as para explicarles en qué consiste dicho programa. Se estima que cada una de las reuniones tendrán una duración de aproximadamente 1 hora o 1 hora y media.

Se establece que el primer contacto del Programa sea con el Equipo de Orientación para que se realice, a través de un grupo nominal, una valoración sobre la efectividad que pueda tener o no la intervención sobre cada uno de los/as alumnos/as con Trastorno de Conducta. Una vez que se considere adecuado para el/la menor, el/la TSE contactará y citará a la familia para comunicarles dicha decisión y que den su consentimiento en caso de que lo crean oportuno, comprometiéndose a su vez con la participación que se les otorga en el Programa.

FASE 2. PRIMERA EVALUACIÓN DEL ALUMNADO CON TRASTORNO DE CONDUCTA

Una vez que los Equipos de Orientación y las familias son conocedoras del Programa, se procede con el primer paso de la intervención, siendo este una sesión individual con el/la alumno/a con Trastorno de Conducta. En esta sesión participarán únicamente el/la TSE con el/la menor con el fin de detectar sus necesidades e iniciar un plan individualizado. Dicha sesión individual de detección se basa en una entrevista abierta en la que se indaga acerca de la situación del/la menor respecto a su ámbito familiar, social, académico, etc. Y para finalizar la sesión, que tendrá una duración máxima de 1 hora, se proporcionará el cuestionario Esperí para obtener una valoración más concreta sobre el estado psicosocial del/la alumno/a.

FASE 3. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

La ejecución del Programa planteado se lleva a cabo a través de la coordinación y colaboración de los distintos participantes, siendo estos: padres y madres, profesores/as, Servicios Sociales y Servicios Sanitarios. Tras establecer el contacto con los implicados mencionados, la intervención irá dirigida a las sesiones individuales con el/la alumno/a, a realizar semanalmente en su horario de tutoría en la sala del Equipo de Orientación, con una duración estimada de 45 minutos a 1 hora.

De esta manera, esta fase queda dividida en diferentes acciones: coordinación con profesores/as, coordinación con padres y madres, coordinación con Servicios Sociales y Sanitarios, y sesiones individuales con el alumnado.

Acción 3.1 Coordinación con profesores/as

El/la TSE se reúne con el profesorado de dicho/a alumno/a para conocer cuál es el comportamiento del/la menor en el aula antes de comenzar con la intervención. Además, se explica con detalle cuáles van a ser los objetivos de las sesiones individuales para atender aquellas recomendaciones que puedan aportar los/as profesores/as para cada caso en particular.

Para poder llevar a cabo un adecuado seguimiento en el aula, cuando se hayan realizado algunas de las sesiones individuales, el/la TSE citará al profesor/a para tener una reunión y comentar el caso. Asimismo, el/la TSE deberá coordinarse con el profesorado durante el proceso por si alguno/a de ellos/as obtiene algún dato que pueda ser relevante en la intervención.

Acción 3.2 Coordinación con padres y madres

El/la TSE contacta con la familia de dichos/as alumnos/as para realizar una entrevista semiestructurada en la que se obtenga información acerca de la relación familiar y el comportamiento del/la menor en este ámbito. En dicha reunión también se realizará el cuestionario Esperí y se ofrecerá a la familia una serie de pautas de seguimiento para que puedan observar y fomentar una mejora en el comportamiento del/la menor en el entorno familiar.

Por consiguiente, se concretará al menos una cita durante la duración de las sesiones individuales con el fin de comentar las observaciones hacia el/la menor, de modo que ayuden a guiar o modificar el proceso. De la misma manera, se comentarán aspectos a tratar con el/la menor durante las sesiones individuales, como puede ser la aplicación de la *Economía de fichas*, una de las dinámicas a realizar en la que se necesita colaboración con los padres y madres. Asimismo, se mostrará disposición con la familia para contactar en cualquier momento que se considere necesario.

Acción 3.3 Coordinación con Servicios Sociales y Sanitarios

El/la TSE se pone en contacto con los diferentes ámbitos sociales que influyen en el/la menor, siendo estos los Servicios Sociales y Sanitarios de referencia. Se establece relación con ambos servicios para comprobar si el/la menor o la familia ha estado en contacto con ellos, y de ser el caso, poder trabajar en coordinación si es relevante para su mejora.

Acción 3.4 Sesiones individuales con el alumnado

El/la TSE se dispone a intervenir individualmente con el/la alumno/a una vez analizada toda la información recogida. De esta manera, se llevarán a cabo seis sesiones individuales de manera continua, basadas en un diálogo abierto con el/la alumno/a, que a su vez están formadas por diferentes dinámicas como complemento de apoyo a la sesión. Todo ello se describe detalladamente a continuación.

Sesión 1: Presentación

Los objetivos de la sesión son los siguientes: establecer la primera relación en un clima de confianza; analizar su situación actual en los diferentes ámbitos de su vida; detectar las principales necesidades que presenta; conocer cuál es su nivel de autoconocimiento y su propia percepción; y reflexionar acerca de aquellos aspectos a mejorar y a mantener.

Se podrán realizar las siguientes dinámicas durante la sesión: *Rueda de la vida, ¿Cómo te definirías?* e *Introspección: fortalezas y debilidades*.

RUEDA DE LA VIDA

Objetivo: Analizar la situación actual del/la alumno/a en los diferentes ámbitos de su vida para detectar las principales necesidades que presenta.

Material: Dibujo “Rueda de la vida” (ANEXO V), bolígrafo y rotuladores.

Tiempo: 20 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

Consiste en que el/la alumno/a rellene la “Rueda de la vida” con los diferentes ámbitos de la vida: salud, amistad, amor, familia, educación, ocio, desarrollo personal y expectativas de futuro. El objetivo consiste en evaluar el nivel de satisfacción del/la alumno/a con cada una de las áreas que conforman su vida, proporcionando una puntuación del 1 (siendo la más baja) al 10 (siendo la más alta) en cada uno de los ámbitos, justificando a su vez el porqué de esa valoración.

CÓMO TE DEFINIRÍAS

Objetivo: Percibir el grado de autoconocimiento del/la alumno/a.

Material: Tabla “Cómo te definirías según...”, Tabla “Cómo te definirían...” (ANEXO VI) y subrayador.

Tiempo: 10 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

Consiste en que el/la alumno/a escoja un par de adjetivos que mejor le describen de cada una de las agrupaciones que se plantean, quedando así definido/a según su carácter, su estado de ánimo, su personalidad y sus hobbies. Y, posteriormente tendrá que repetir la misma acción poniéndose en el lugar de su familia, amigos/as y profesores/as para pensar en cómo le definirían estos/as. Cada uno de los adjetivos escogidos deberá quedar justificado verbalmente.

INTROSPECCIÓN: FORTALEZAS Y DEBILIDADES

Objetivo: Reflexionar personalmente acerca de aquellos comportamientos y actitudes a mejorar y/o a mantener.

Material: Tabla “Mis fortalezas y mis debilidades” (ANEXO VII) y bolígrafo.

Tiempo: 15 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

Consiste en que el/la alumno/a realice una introspección para que sea consciente de cuáles son sus fortalezas y debilidades, de manera que pueda conocer qué comportamientos o actitudes debe mejorar y cuales mantener. De este modo, deberá apuntar cada una de ellas en el recuadro

correspondiente. Los primeros minutos de la dinámica se llevará a cabo de manera individual, para que se realice la introspección, y posteriormente se comentarán en voz alta con el/la profesional.

Sesión 2: Trabajar las habilidades sociales

Los objetivos de la sesión son los siguientes: presentar los tipos de comunicación y la importancia de la asertividad; desarrollar habilidades sociales efectivas que le ayuden en su vida diaria; y ofrecer una serie de pautas que mejoren sus habilidades sociales.

Se podrán realizar las siguientes dinámicas durante la sesión: *Role playing de estilos comunicativos* y *Cómo mejorar tus habilidades sociales*.

ROLE PLAYING DE ESTILOS COMUNICATIVOS

Objetivo: Presentar los tipos de comunicación (agresivo, pasivo y asertivo) y la importancia de la asertividad a la hora de comunicarte.

Material: Ejercicio “Role playing de estilos comunicativos” (ANEXO VIII).

Tiempo: 30 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

En primer lugar, se debe explicar la diferencia que existe entre los diferentes estilos comunicativos: pasivo, agresivo y asertivo (Villarreal, Sánchez y Musitu, 2010).

- **Estilo pasivo:** No se expresan los sentimientos y pensamientos, o se expresan de manera ineficaz e inadecuada (sin confianza, con temor...). Sólo tiene en cuenta los derechos de los demás.
- **Estilo agresivo:** Se expresan sentimientos y pensamientos, pero sin respetar a los demás, emitiendo conductas agresivas directas (insultos, agresión física) o indirectas (bromas sarcásticas, ridiculizaciones). Sólo tiene en cuenta sus propios derechos.
- **Estilo asertivo:** Se expresan directamente sentimientos, ideas, opiniones, derechos, etc., sin amenazar, castigar o manipular a otros. Respeta los derechos propios y los de los demás, defendiendo con educación sus intereses.

Una vez explicados se inicia la dinámica. Esta consiste en presentarle al alumno/a seis casos en los que se puede encontrar en su vida diaria con tres opciones de respuesta, representando cada una de ellas a cada estilo comunicativo, con el fin de que reflexione cuál sería la respuesta más adecuada. Como apoyo, al comienzo de los casos aparece una tabla resaltando las características principales de cada uno de los estilos.

CÓMO MEJORAR TUS HABILIDADES SOCIALES

Objetivo: Ofrecer pautas para poder desarrollar unas habilidades sociales efectivas que le ayuden en su vida.

Material: Ficha “Técnicas básicas para mejorar las habilidades sociales” (ANEXO IX).

Tiempo: 15 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

A través de la lectura de la Ficha, se trata de explicar al alumno/a los beneficios que se obtienen al mejorar nuestras habilidades sociales, así como ofrecerle unas técnicas básicas para alcanzar dicha mejora (Díaz, 2011).

Sesión 3: Reflexión sobre las conductas

Los objetivos de la sesión son los siguientes: reflexionar acerca del poder de decisión de uno/a mismo/a; explicar en qué consiste la economía de fichas de refuerzo positivo; y hacer consciente al alumno/a de sus acciones durante su día a día.

Se podrán realizar las siguientes dinámicas durante la sesión: *Cuento con moraleja* y *Economía de fichas*.

CUENTO CON MORALEJA

Objetivo: Hacer reflexionar al alumno/a sobre el poder de decisión que tiene sobre sí mismo/a para actuar de una determinada manera.

Material: Cuento “Lobo blanco, lobo negro” (ANEXO X).

Tiempo: 10 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

Consiste en la lectura de la leyenda Cherokee “Lobo blanco, lobo negro”, de autor anónimo. Para finalizar, el/la alumno/a debe hacer una reflexión acerca de la moraleja del cuento.

ECONOMÍA DE FICHAS

Objetivo: Tomar conciencia por parte del alumno/a de la resolución de las situaciones que toma durante su día a día.

Material: Tabla “Economía de fichas” (ANEXO XI), fichas y bolígrafo.

Tiempo: 30 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

En primer lugar, la economía de fichas se trata de un sistema de organización de circunstancias externas dirigido a controlar estrictamente un ambiente concreto, de manera que permita revisar las conductas de una persona en dicho entorno. Los elementos básicos para desarrollar la economía de fichas son: las fichas, los reforzadores, las conductas y las reglas (Labrador, 2008).

Así pues, se plantea una tabla dividida en tres secciones: Situaciones, Resolución y Mejora. El/la alumno/a debe completar el apartado de “Situaciones” durante la sesión, indicando aquellas

situaciones cotidianas que puede experimentar a lo largo del día, para que en el apartado de “Resolución” analice en casa de qué manera lo ha resuelto. De esta forma, se pretende que la complete a lo largo de la semana resolviendo las situaciones para poder trabajar el apartado de “Mejora” en la siguiente sesión.

Además, durante la sesión se deberán establecer cuáles serán las reglas, los reforzadores y las fichas. De esta manera, por cada situación que haya resuelto de una forma correcta o asertiva, se le concederá una ficha canjeable con sus padres, previamente acordada. Los reforzadores irán en concordancia con la personalidad y los hobbies del/la alumno/a, siempre que sean positivos para su desarrollo. Por ejemplo, se podrían establecer como fichas y reforzadores los siguientes:

- 2 fichas: permiso para salir con sus amigos durante el fin de semana.
- 4 fichas: actividad extraescolar a elegir durante el fin de semana (cine, deporte, excursión).

Sesión 4: Observación del progreso

Los objetivos de la sesión son los siguientes: considerar posibles mejoras a las situaciones resueltas por el/la mismo/a; conocer cómo se encuentra a nivel socioemocional respecto al comienzo de las sesiones; y valorar si ha existido progreso en sus conductas.

Se podrán realizar las siguientes dinámicas durante la sesión: *Control Economía de fichas* y *¿Cómo te sientes?*

CONTROL DE ECONOMÍA DE FICHAS

Objetivo: Aportar al alumno/a posibles mejoras en las situaciones resueltas por el/la mismo/a.

Material: Tabla “Economía de fichas” (ANEXO XI) resuelta por el alumno/a, fichas y bolígrafo.

Tiempo: 30 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

Consiste en que el/la alumno/a debe acudir a la sesión con el apartado “Resolución” terminado para poder trabajar cada una de las situaciones y poder completar el apartado de “Mejora”. En los casos en los que se haya resuelto de manera adecuada, dicho apartado quedará vacío y se le concederá una ficha. Y, en aquellos casos en los que no se haya resuelto de manera correcta, se solucionará de manera acertada dicha situación. Una vez analizada toda la tabla, se procederá al recuento de fichas y a la posterior repartición con los reforzadores que le correspondan.

¿CÓMO TE SIENTES?

Objetivo: Conocer cómo se encuentra actualmente para poner en valor los progresos que haya podido realizar.

Material: Ninguno.

Tiempo: 10 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

Se trata de un espacio de reflexión para que el/la alumno/a exprese cómo se ha sentido al realizar la dinámica “Economía de fichas” y cómo se siente ahora mismo. Además, comentar si ha notado diferencias y/o mejoras entre su primera sesión y la cuarta, poniendo en valor sus avances.

Sesión 5: Participación en el aula

Los objetivos de la sesión son los siguientes: involucrar al alumno/a con Trastorno de Conducta en las dinámicas del aula; evidenciar los aspectos que tienen los/as alumnos/as en común; y razonar de manera conjunta sobre diferentes temas, a través de la colaboración y el respeto.

Se podrán realizar las siguientes dinámicas durante la sesión: *Cosas en común*, *Libertad* y *Búsqueda del tesoro*.

CUENTO CON MORALEJA

Objetivo: Mostrar a la clase aquellas cosas que comparten y tienen en común.

Material: Folios y bolígrafos.

Tiempo: 15 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

Consiste en formar grupos de 4 a 5 alumnos/as, los cuales deben elaborar una lista con 10 cosas en común (gustos, aficiones, aspiraciones, personalidad, etc.). Cuando completen la lista, deberán compartirla con el resto de la clase. De esta manera, podrán ver con mayor facilidad las cosas que tienen todos/as en común.

LIBERTAD

Objetivo: Reflexionar acerca de la libertad y la opresión.

Material: Folios y bolígrafos

Tiempo: 20 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

Se trata de que el/la TSE explique a la clase en qué consiste la libertad. Una vez introducida la dinámica, se deben formar grupos de 4 a 5 alumnos/as para abordar los siguientes temas: un momento en el que se sintieran libres, un momento en el que se sintieran oprimidos/as, y un momento en el que oprimieran a otras personas. Una vez que cada pequeño grupo haya compartido sus experiencias, deberán elaborar una definición para libertad y otra para opresión. Con todas las definiciones se realizará un debate con toda la clase para llegar a un consenso.

BÚSQUEDA DEL TESORO

Objetivo: Fomentar la colaboración entre los/las compañeros/as de clase.

Material: Un objeto del aula a elegir por el/la TSE, 3 o 4 pistas y pequeña recompensa.

Tiempo: 15 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

Consiste en que el/la TSE esconde un tesoro (objeto) en algún lugar del colegio. Una vez escondido se formarán varios equipos de 4 a 5 alumnos/as que deben tratar de averiguar dónde se encuentra el botín en el menor tiempo posible. Se plantea la dinámica en forma de gincana, poniendo pistas para que los miembros del equipo colaboren y trabajen de manera conjunta para encontrar el tesoro. Se recomienda ofrecer una pequeña recompensa al equipo ganador.

Sesión 6: Relajación y Autoevaluación

Los objetivos de la sesión son los siguientes: mostrar la efectividad de la relajación ante vivencias que pueden generar tensiones; ofrecer herramientas para poder afrontar mejor aquellas situaciones complicadas que se le puedan plantear; y realizar una autoevaluación de las sesiones individuales en la que el/la alumno/a pueda ofrecer su opinión.

Se podrán realizar las siguientes dinámicas durante la sesión: *Relajación y Autoevaluación*.

RELAJACIÓN

Objetivo: Mostrar una técnica de relajación que le permita al alumno/a a manejar y/o disminuir la tensión ante algunas de las situaciones de la vida diaria.

Material: “Sesión de relajación” (ANEXO XII), esterilla y “Pautas para la relajación” (ANEXO XIII).

Tiempo: 30 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

En primer lugar, el/la TSE debe explicar la importancia de la relajación ante situaciones complicadas, ya que algunos de los objetivos de esta son controlar la afectividad y las emociones y lograr una mayor concentración mental (Gómez, 2013).

De esta manera, se propone una “Sesión de relajación” en el que el/la alumno/a pueda comprobar por sí mismo/a la eficacia de esta. Para finalizar, se le proporcionarán unas “Pautas de relajación” en las que se resumen algunas recomendaciones para poder practicar la relajación en casa.

AUTOEVALUACIÓN

Objetivo: Conocer la satisfacción de las sesiones a través de la opinión del alumno/a.

Material: Cuestionario “Autoevaluación de las sesiones individuales” (ANEXO XIV) y bolígrafo.

Tiempo: 15 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

Consiste en que el/la alumno/a complete las cinco preguntas planteadas en el Cuestionario de Autoevaluación, respondiendo con una puntuación del 1 (siendo la más baja) al 5 (siendo la más alta). A su vez, debe ir comentando el porqué de esa puntuación y realizar una reflexión final. Se recomienda al finalizar, que el/la TSE lleve a cabo una valoración positiva hacia el/la alumno/a en el caso de que las sesiones se hayan completado con éxito.

Acción 3.5 Sesión grupal con el menor y su familia

El/la TSE contacta con la familia de nuevo para tener una reunión conjunta, en la que el/la TSE hará de moderador/a. La sesión está destinada a que la familia y el/la menor expresen cómo creen que ha mejorado la situación psicosocial del/la mismo/a, a través de un diálogo abierto y el apoyo complementario de las dinámicas mencionadas a continuación. La reunión finalizará con la aportación del/la TSE dando refuerzo a ambas partes si lo están haciendo de manera idónea, u ofreciendo pautas en el caso de que puedan mejorar.

ISLA DESIERTA

Objetivo: Colaborar de manera conjunta ante una situación que puede generar controversias.

Material: Listado “Isla desierta” (ANEXO XV).

Tiempo: 15 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

Entre todos los miembros de la familia deben cooperar para escoger tres objetos que se llevarían a una isla desierta. Teniendo como referencia el listado, deben escoger los tres objetos de manera unánime, es decir, tienen que estar todos de acuerdo. A través del diálogo y de la escucha activa podrán solucionar la dinámica.

ESCUCHA ACTIVA

Objetivo: Expresar los pensamientos de cada uno/a de los/as integrantes de la familia mientras que se le escucha y atiende de manera activa.

Material: Ninguno.

Tiempo: 30 minutos.

Desarrollo de la dinámica:

Consiste en que la familia comparta aquello que cree que el/la menor ha mejorado a lo largo de estas semanas, reforzando positivamente al alumno/a. Posteriormente, el/la menor hará lo mismo

para ser consciente de sus avances. Durante cada intervención no se podrá intervenir ni interrumpir, de manera que se escuchará de forma activa a cada uno/a de los/as integrantes de la sesión. Para finalizar, el/la TSE recogerá los aspectos más importantes que se hayan mencionado durante la dinámica para poder realizar una retroalimentación.

FASE 4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CASO

La fase final de la intervención se caracteriza por evaluar los resultados obtenidos durante el Programa de Acción Social para alumnado con Trastorno de Conducta, con el fin de llevar a cabo un posterior seguimiento del alumno/a. Dicho seguimiento se establecerá dos veces al mes durante un período de dos meses, distanciando las sesiones en el tiempo si el/la menor evoluciona correctamente. En aquellos casos en los que el/la alumno/a no evolucione adecuadamente, se propone plantear una coordinación con el Hospital de Día Infantojuvenil de referencia.

Acción 4.1 Evaluación.

El/la TSE concerta una cita con el/la alumno/a y su familia para llevar a cabo la evaluación del Programa. Para ello, se dedicará media hora a cada una de las partes, ofreciendo así un espacio individualizado, en el que deberán responder un cuestionario para evaluar la eficacia del Programa. Tal y como se ha comentado, en el Anexo IV quedan planteados dos modalidades de cuestionario, uno para el/la alumno/a y otro para su familia.

Acción 4.2 Sesiones individuales de seguimiento con el alumnado.

El/la TSE mantendrá el contacto con el/la menor de manera mensual, mediante reuniones de 15 a 30 minutos para comprobar que continúa con las pautas establecidas en las sesiones individuales. Estas reuniones consistirán en entrevistas abiertas acerca de cómo se encuentra el/la menor en los diferentes ámbitos de su vida, siguiendo el modelo del Anexo III. Se recomienda un mínimo de 5 sesiones de seguimiento, para posteriormente poder darle el alta cuando se considere oportuno. Asimismo, el/la TSE mostrará disponibilidad por si en algún momento fuese necesario alguna intervención concreta.

Acción 4.3 Casos graves: derivación y coordinación con Hospital Infantojuvenil de referencia.

El/la TSE en los casos que considere que ni las sesiones individuales ni el seguimiento han sido fructíferos, propondrá a la familia la posibilidad de ponerse en contacto con su Centro de Salud de referencia para plantear la derivación del/la menor al Servicio de Salud Mental correspondiente. En el caso de Aragón, el centro público de referencia sería el Hospital de día Infantojuvenil de salud mental Parque Goya.

Se trata de un dispositivo de reciente creación de hospitalización parcial intensiva y de tiempo limitado para la población infantojuvenil de 6 a 17 años. Está destinado a patologías mentales graves que provocan una pérdida en sus posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como dificultades en la vida relacional social y familiar, pudiendo estar alteradas sus capacidades académicas o profesionales. Desde el centro, se llevan a cabo diferentes actividades que permiten establecer un vínculo con los/as

iguales, buscando alternativas que susciten sus intereses por el aprendizaje y, en definitiva, que contribuyan al lazo social.

De este modo, consistiría en establecer una coordinación entre el Centro educativo de referencia del alumno/a y el Hospital de Día, mediante una educación combinada.

3.3.2. CRONOGRAMA

A continuación, se muestra el cronograma propuesto para el Programa de Acción Social para alumnado con Trastorno de Conducta, en el que se desarrollan las siguientes fases y acciones.

SEPTIEMBRE						
L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

OCTUBRE						
L	M	X	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

NOVIEMBRE						
L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

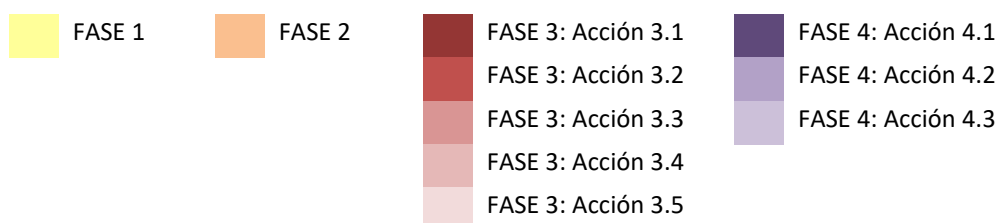
DICIEMBRE						
L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

ENERO						
L	M	X	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

FEBRERO						
L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29			

MARZO						
L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

ABRIL						
L	M	X	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					



4. CONCLUSIONES

El presente TFG ha recogido los términos más relevantes en relación al tema tratado, entre los que se encuentran el Trastorno de Conducta o la figura del/la Trabajador/a Social Educativo/a. En cuanto al Trastorno de Conducta, queda definido como “un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad” (5ta ed.; DSM-V; American Psychiatric Association, 2014). Y, respecto a la figura del/la Trabajador/a Social Educativo/a, siguiendo a Díaz, se trata de un/a profesional que hace “de puente entre el ámbito escolar, el familiar y el social aportando, de acuerdo con el proyecto educativo del centro, elementos de conocimiento de sus alumnos y del entorno sociofamiliar” (como se citó en Fernández y Alemán, 2003, p.540).

Además, cabe destacar que dicho trastorno supone un grave problema clínico implicando un desajuste social. Esto se debe a que sus posibles efectos pueden mostrar algún tipo de desorden en la etapa adulta de aquellos/as niños/as que lo padecen (Jiménez, 1997). El perfil agresor/a de estos/as menores en su adolescencia se caracteriza por unas actitudes violentas, mostrando falta de control de impulsos, necesidad de dominio y escasa empatía. Así pues, algunas de las particularidades de los/as agresores/as son: entorno social reducido, escasas habilidades sociales, relaciones negativas con los adultos y dificultad de autocrítica (Olweus, 1998). Por lo tanto, de estas afirmaciones nace la importancia de intervenir desde el Trabajo Social Educativo con estos/as menores, ya que desde este perfil profesional se puede intervenir en todos los ámbitos necesarios del alumnado.

De esta manera, surge la necesidad de hacer referencia a la figura del/la Trabajador/a Social Educativo/a, ya que tras la revisión de diversos protocolos de intervención con alumnado con diversas psicopatologías infantojuveniles se ha podido comprobar que esta figura queda relegada, llegando a no estar incluida en los Equipos de Orientación de algunos centros escolares. Esto sucede debido a que, en la actualidad, la situación del/la Trabajador/a Social en el ámbito educativo depende de la Comunidad Autónoma en la que se encuentre. En ocasiones, al incluir el perfil de Trabajo Social en la figura del Profesorado Técnico de Formación Profesional con especialidad de Servicios a la Comunidad, puede quedar sustituido por otras profesiones como Psicología o Educación Social. Por lo que, debido a la relevancia de la figura del/la Trabajador/a Social Educativo/a se considera que tendría que ser una ocupación exclusiva para estos/as profesionales, incluyéndose así en todos los centros educativos del país.

Así pues, el objetivo general que se persigue ha sido diseñar una propuesta de intervención desde la figura del/la Trabajador/a Social Educativo/a para menores del primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria con Trastorno de Conducta. Todo ello, con el fin de mejorar la situación socioeducativa de estos/as menores a través del Programa de Acción Social con el alumnado con Trastorno de Conducta, ya que a partir de este se ha tratado de poner en valor la intervención con el/la menor así como con su entorno. Desde la propuesta de intervención realizada en el sistema educativo, no solo se ha centrado en el/la alumno/a con Trastorno de Conducta, sino que además se ha involucrado a su familia, iguales, profesorado y Servicios Sociales y Sanitarios. De ahí surge la necesidad de llevar a cabo el Programa desde una perspectiva vincular.

En lo que se refiere a la relevancia de la propuesta planteada, cabe destacar que, a pesar de que en el ámbito académico existe una tendencia natural a la protección de la víctima, en este caso, la presente propuesta se centra en el/la posible agresor/a, ya que estos/as también necesitan ser atendidos/as. Asimismo, como fortalezas de la intervención propuesta cabe mencionar las siguientes: su adaptabilidad a cada perfil concreto de alumno/a, ya que se pueden adaptar cada una de las intervenciones; su viabilidad en el contexto que se realiza, debido a que la disponibilidad de horarios, recursos y espacios es realista en el ámbito educativo; y su continuidad, puesto que se puede llevar a cabo un riguroso seguimiento gracias a la realización de la intervención a partir del sistema escolar, pudiendo estar en contacto con todos los ámbitos del/la menor (padres y madres, profesores/as, compañeros/as, etc). Además, también es relevante destacar los beneficios que conlleva para la comunidad en general intervenir con estos/as menores.

Sin embargo, también se pueden presentar algunas limitaciones, como pueden ser: la correcta continuidad del Programa de intervención, debido a que la colaboración y coordinación con los diferentes entornos del/la menor es fundamental para que sea efectivo; además de las dificultades que pueden ocasionar este tipo de alumnos/as, entre las que se pueden encontrar la asistencia y la participación en el Programa, ya que ninguna de ellas está completamente asegurada.

En definitiva, cabe resaltar la necesidad de desarrollar programas de intervención relacionados con psicopatologías infantojuveniles en los que se actúe a edades tempranas, con el fin de paliar las consecuencias que estas puedan suponer en la vida adulta de estos/as niños/as. Asimismo, es fundamental la detección temprana de los diversos trastornos que existen para que estos/as menores tengan una mejor adaptación en la sociedad, ofreciéndoles así recursos y herramientas que se lo faciliten. No obstante, cabe mencionar que esta detección no depende únicamente de los centros educativos, sino que debe existir además una colaboración entre el sistema familiar y el sistema sanitario. Entre estos ámbitos de referencia del/la menor se debe cuidar de su salud mental, pudiéndose realizar la coordinación desde la figura del/la Trabajador/a Social Educativo/a.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ta ed., texto rev.).
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ta ed.).
- Aries, P. (1962). *Centuries of childhood*. Vintage Books.
- Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). *Ejercicios de relajación*. <https://www.cun.es/chequeos-salud/vida-sana/consejos-salud/ejercicios-relajacion-estres>
- Colegios Oficiales de Psicólogos. (2013). *Evaluación del cuestionario Esperí*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/ESPERI.pdf>
- Consejo General de Trabajo Social. (2012). *El Trabajo Social en el Sistema Educativo*. Colegio Profesional de Trabajo Social https://www.cgtrabajosocial.es/files/52bc5b6a6cada/EL_TRABAJO_SOCIAL_EDUCATIVO.pdf
- Collell, J., y Escudé, C. (2006). El acoso escolar: un enfoque psicopatológico. *Anuario de Psicopatología Clínica y de la Salud*, 2, 9-14. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/132524/1/APCS_2_esp_9-14.pdf?sequence=1
- Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Abuso de adolescentes a padres. Una visión cualitativa de temas comunes. *Diario de asuntos de familia*, 25 (8), 1090-1095.
- Díaz, M. (2011). *Habilidades de comunicación para la vida cotidiana*. Universidad de Cádiz. <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/16939/Manual%20de%20Habilidades%20sociales%20ISBN.pdf>
- Fernández, T. y Alemán, C. (2003). *Introducción al trabajo social*. Alianza.
- Espinoza, A., Mateo, H. y De Felipe, J. (1990). El Trabajo Social en Educación. *Revista de Servicios Sociales y Política social*, 20, 68-75.
- Imaz, C., y Arias, B. (2020). *Manual básico de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Ediciones Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/40393/EdUVA-Manual-Psiquiatr%EDa%20infancia.pdf;jsessionid=554BB039322F359534D926DEB9E77637?sequence=1>
- Gobierno de Aragón. (2011). *Trastornos de la conducta. Una guía de intervención en la escuela*. Gobierno de Aragón <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiatrastornosdeconducta.pdf>
- Gómez, A. (2013). La relajación en niños: principales métodos de aplicación. *Revista de EmásF: revista digital de educación física*, 24, 35-43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4692484>
- González, R. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Ediciones Pirámide.

- Jiménez, M. (1997). *Psicopatología infantil*. Ediciones Aljibe.
- Labrador, J. F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Ediciones Pirámide.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 19-28. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808503.pdf>
- Lillo, J.L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90, 57-71. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n90/v24n2a05.pdf>
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V. y López, J.A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353-358. <https://www.psicothema.com/pdf/3638.pdf>
- Luciano, M. C. (1989). *Una aproximación conceptual y metodológica a las alteraciones conceptuales en la infancia*. Editorial Universidad de Granada.
- Macià, D. (2002). *Problemas cotidianos de conducta en la infancia. Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar*. Ediciones Pirámide.
- Martínez, R. (2012). *Validación del cuestionario ESPERI (12-18 años) para la detección de trastornos de comportamiento en los centros educativos*. Universidad Complutense de Madrid.
- Mondragón, J. y Trigueros, I. (1993). *Manual de prácticas de Trabajo Social con menores*. Siglo Veintiuno de España Editores
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M.J. (2001). *Familia y adolescencia. Análisis e intervención social*. Editorial Síntesis.
- Nicolson, D., y Ayers, H. (2002). *Problemas de la adolescencia. Guía práctica para el profesorado y la familia*. Narcea Ediciones.
- Olaz, A.J. (2013). La técnica de grupo nominal como herramienta de intervención microsociológica. *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación*, 6(1), 114-121.
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Morata.
- Proyecto Esperí. (2012). *Investigación sobre Trastornos del Comportamiento de niños y adolescentes*.
- Puyol, B., y Hernández, M. (2009). Trabajo Social en Educación. *Revista Currículum*, 22, 97-117. https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/13919/Q_22_%282009%29_05.pdf?seq
- Rodríguez, J. (2000). *Psicopatología infantil básica*. Ediciones Pirámide.
- Roselló, E. (1998). Reflexiones sobre la intervención del trabajador social en el contexto educativo. *Alternativas: Cuadernos de trabajo social*, 6, 233-258. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5805/1/ALT_06_11.pdf
- Servicio Canario de la Salud (2010). *Guía Didáctica. Trastornos del Comportamiento*. Gobierno de Canarias. <https://consaludmental.org/publicaciones/TrastornosComportamiento.pdf>

- Spanos, N. (1978). Witchcraft in histories of psychiatry: A critical analysis and an alternative conceptualization. *Psychological Bulletin*, 85, 417-439.
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Torra, M. (2009). El Trabajo Social en la enseñanza. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 86, 125- 128.
- Trianes, M. (2000). *La violencia en contextos escolares*. Ediciones Aljibe
- Unicef. (2021). *The State Of The World's Children 2021. On My Mind. Promoting, protecting and caring for children's mental health*. <https://www.unicef.org/media/108281/file/SOWC-2021-Europe-regional-brief.pdf>
- Villarreal, M.E., Sánchez, J.C. y Musitu, G. (2010). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Universidad Autónoma de Nuevo León. <https://www.uv.es/lisis/sosa/libro-habilid-soc.pdf>
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B. y Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorder and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.

6. ANEXOS

ANEXO I. Entrevista al Equipo de Orientación del IES Ángel Sanz Briz.

- ¿Quién forma el Equipo de Orientación del centro? ¿Qué tipo de profesionales hay en este centro? ¿Qué tipo pueden ser?
- ¿Cuál es la dinámica del Equipo de Orientación? ¿Qué horario llevan? ¿Jornada? ¿Frecuencia en el centro de cada uno/a?
- ¿En qué consiste el papel del Trabajador Social Educativo?
- Perfiles de PTSC y UAO ¿Qué funciones llevan a cabo cada uno dentro del Equipo de Orientación? ¿En qué se diferencian entre ellos? ¿Dónde empiezan y acaban las funciones de cada uno?
- Actividades realizadas en el centro con los/as alumnos/as que requieren del Equipo de Orientación. ¿Cómo se establece el contacto (alumnado, familia)?
- ¿Qué planes de intervención tienen?
- Proceso cuando se detecta un conflicto: inicio, desarrollo y final.
- En concreto, sobre los tipos de alumno/a que se encuentran, ¿algún perfil concreto?
- Nuestro TFG: Trastorno de Conducta
- ¿Algún plan de intervención específico con Trastorno de Conducta? En caso de no contar con un plan de intervención, ¿qué propondrías para intervenir con estos/as alumnos/as?
- ¿Aparece esta información en alguna web?

ANEXO II. Entrevista a la Trabajadora social del Hospital de Día Infantojuvenil.

- ¿Cómo funciona el Hospital de Día? ¿Cuáles son sus objetivos con los menores? ¿Sus fines? ¿Qué pretende conseguir?
- Historia del Hospital. ¿Cómo y por qué surgió? ¿Qué necesidad se detectó?
- Servicios que se ofrecen desde el Hospital. ¿Cuentan con programas específicos? ¿En cuál de ellos tiene una mayor relación la función de Trabajo Social?
- ¿Quiénes conforman el equipo multidisciplinar? ¿Cómo se organizan? ¿Reuniones semanales, trimestrales, etc.? Reparto de funciones y coordinación.
- Papel del Trabajo Social. Funciones, actividades e intervenciones que lleva a cabo.
- ¿En qué consiste el día a día de tu trabajo?
- ¿Considera fundamental la intervención del Trabajo Social? ¿Por qué?
- ¿Cómo llegan los menores al Hospital? ¿De dónde llegan principalmente las derivaciones? ¿Cómo es la posterior coordinación?
- En relación con los menores con Trastorno de Conducta, ¿qué se hace cuando se detecta un caso? ¿Cuál es el protocolo actual? Y, ¿qué propondrías o mejorarías?
- Trastorno de Conducta: ¿cuáles son las principales demandas de estos menores? ¿Existe algún tipo de perfil específico para este trastorno? Relación que se tiene con ellos desde el Trabajo Social y las diferentes disciplinas.
- Nuestro TFG consiste en la intervención que se realiza desde el Trabajo Social Educativo, por lo que nos interesa conocer en profundidad cuál es la relación que se mantiene con los institutos.
- Con nuestra propuesta, nos gustaría que la educación de estos/as menores con Trastorno de Conducta se basara en una educación mixta, acudiendo tanto a su instituto como al Hospital de Día. ¿Qué opinas de ello? ¿Cuál es tu recomendación?
- Carencias de los protocolos de detección y actuación entre el Hospital y los institutos.
- ¿Qué mejorarías del Hospital en relación a lo que podrías cambiar desde la profesión?

ANEXO III. Guion de seguimiento de las sesiones individuales con el/la alumno/a.

Programa de Acción Social para alumnado con Trastorno de Conducta

Alumno/a:

Nº Sesión de seguimiento:

Fecha:

GUIÓN DE SEGUIMIENTO:

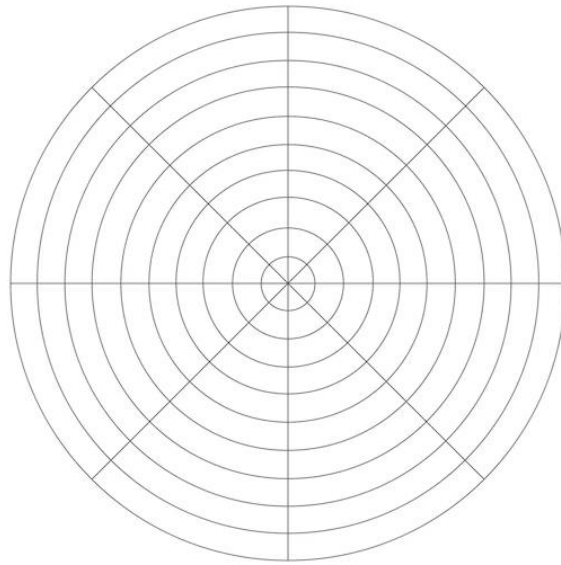
- ¿Cómo estás?
- Nivel familiar
- Nivel académico
- Nivel social
- Preocupaciones
- Acciones por mejorar
- Concretar siguiente cita

ANEXO IV. Evaluación: cuestionario alumno/a y cuestionario familia.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN ALUMNO/A									
¿Te han parecido útiles los conocimientos adquiridos durante las sesiones?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Crees que has superado con éxito las sesiones llevadas a cabo?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Consideras que las sesiones impartidas han sido suficientes?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué te ha parecido la labor de la profesional que ha impartido las sesiones?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Crees que se ha generado un espacio seguro en el que compartir tus pensamientos y emociones?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Consideras que ha sido efectivo el Programa?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Aconsejarías la realización de este Programa a otros/as alumnos/as con Trastorno de Conducta?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Cuál es la puntuación general que le darías al Programa?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Propuestas de mejora									

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN FAMILIA									
¿Te han parecido útiles los conocimientos adquiridos por el alumno/a durante las sesiones?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Consideras que las sesiones junto a la familia han sido suficientes?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué te ha parecido la labor de la profesional que ha impartido las sesiones?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Crees que la coordinación con la profesional ha sido adecuada?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Consideras que ha sido efectivo el Programa?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Aconsejarías la realización de este Programa a otros/as alumnos/as con Trastorno de Conducta?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Cuál es la puntuación general que le darías al Programa?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Propuestas de mejora									

ANEXO V. Rueda de la vida.



ANEXO VI. Cómo te definirías según... y Cómo te definirían.

CÓMO TE DEFINIRÍAS SEGÚN...	
TU CARÁCTER	SOCIABLE, AGRESIVO/A, BORDE, SIMPÁTICO/A, EDUCADO/A, GROSERO/A, INGENIOSO/A, ATENTO/A, SENSATO/A, ORGULLOSO/A
TU ESTADO DE ÁNIMO	ALEGRE, TRISTE, POSITIVO/A, PESIMISTA, FELIZ, GRUÑÓN/A, ANTIPÁTICO/A, ANIMADO/A, DEPRIMIDO/A, TRANQUILO/A, INSEGURO/A, SEGURO/A
TU PERSONALIDAD	EXTROVERTIDO/A, INTROVERTIDO/A, SOLITARIO/A, RESPONSABLE, IRRESPONSABLE, EXTRAVAGANTE, SINCERO/A, MENTIROSO/A, MODESTO/A, BURLÓN/A
TUS HOBBIES	DEPORTIVOS, MUSICALES, CINEMATOGRAFICOS, LÚDICOS, CULINARIOS, LINGÜÍSTICOS, COLECCIONISMO, VOLUNTARIADO

CÓMO TE DEFINIRÍAN...	
TUS PADRES	SOCIABLE, AGRESIVO/A, SIMPÁTICO/A, EDUCADO/A, GROSERO/A, INGENIOSO/A, ATENTO/A, SENSATO/A, ORGULLOSO/A, ALEGRE, TRISTE, POSITIVO/A, PESIMISTA, GRUÑÓN/A, SINCERO/A, ANTIPÁTICO/A, ANIMADO/A, BURLÓN/A, DEPRIMIDO/A, TRANQUILO/A, EXTROVERTIDO/A, INTROVERTIDO/A, SOLITARIO/A, RESPONSABLE, IRRESPONSABLE, MENTIROSO/A, MODESTO/A
TUS AMIGOS	SOCIABLE, AGRESIVO/A, BORDE, SIMPÁTICO/A, GROSERO/A, ALEGRE, INGENIOSO/A, SENSATO/A, TRISTE, ORGULLOSO/A, GRUÑÓN/A, BURLÓN/A, ANTIPÁTICO/A, ANIMADO/A, SEGURO/A, TRANQUILO/A, INSEGURO/A, SINCERO/A, EXTROVERTIDO/A, INTROVERTIDO/A, EXTRAVAGANTE, MENTIROSO/A, MODESTO/A
TUS PROFESORES	SOCIABLE, AGRESIVO/A, BORDE, SIMPÁTICO/A, EDUCADO/A, GROSERO/A, INGENIOSO/A, ATENTO/A, SENSATO/A, ORGULLOSO/A, ALEGRE, TRISTE, POSITIVO/A, PESIMISTA, GRUÑÓN/A, ANTIPÁTICO/A, ANIMADO/A, TRANQUILO/A, INSEGURO/A, SEGURO/A, EXTROVERTIDO/A, INTROVERTIDO/A, SOLITARIO/A, MODESTO/A, RESPONSABLE, IRRESPONSABLE, EXTRAVAGANTE, SINCERO/A, MENTIROSO/A, BURLÓN/A

ANEXO VII. Mis fortalezas y mis debilidades.

MIS FORTALEZAS	MIS DEBILIDADES

ANEXO VIII. Role playing de estilos comunicativos.

TIPOS DE COMUNICACIÓN (Villarreal, Sánchez y Musitu, 2010).

PASIVO	ASERTIVO	AGRESIVO
No respetan sus derechos	Respetan los derechos del otro	No respeta los derechos del otro
Se aprovechan de él	Evade ser aprovechado	Se aprovecha del otro
No consigue sus objetivos	Consigue sus objetivos	Alcanza sus objetivos a expensas del otro
Se siente frustrado, herido y ansioso	Se siente seguro y con confianza en sí mismo	Está a la defensiva humillando al otro
Deja a los otros decidir por él	Elige por sí mismo	Elige por el otro

A continuación, se presentan los siguientes casos:

Primer caso: *Vas a cenar a un bar y notas que tu vaso está sucio.*

- a) No decir nada y usar el vaso sucio aunque a disgusto.
- b) Armar un gran escándalo en el local y decir al camarero que nunca volverá a ir a ese bar.
- c) Llamar al camarero y pedirle por favor que te cambie la copa.

Segundo caso: *Tu hermano/a encuentra tu diario y lo lee.*

- a) Le pides que no lo vuelva a hacer porque es algo íntimo y personal que no quieres que vea.
- b) Le gritas y le dices que cómo lo vuelva a hacer vas a hacerle lo mismo.
- c) No haces nada porque es tu hermano/a, aunque te moleste.

Tercer caso: *Tu padre o madre te echa la bronca por algo que no has hecho.*

- a) Te justificas elevándole la voz diciendo que no tienen razón.
- b) Le dices a todo que sí para que no te digan nada más.
- c) Le comentas lo que ha pasado para que comprendan la situación y les dices que lo harás en cuanto puedas.

Cuarto caso: *Tus amigos te dicen de salir y no te apetece.*

- a) Decides salir aunque no te apetezca.
- b) Les explicas que no te apetece salir en ese momento, que otro día genial.
- c) Les das un no rotundo sin explicaciones.

Quinto caso: *Tu profesor/a decide castigarte por montar barullo en clase.*

- a) Te enfadas porque te parece injusto y decides saltarte el castigo.
- b) Aceptas el castigo sin oponerte.
- c) Decides hablar con el o la profesora para pedir disculpas y ver si se puede negociar el castigo, acatando posteriormente lo acordado.

Sexto caso: *Se meten contigo poniéndote un mote.*

- a) Les explicas que te molesta y que te hace sentir mal, que por favor no lo vuelvan a hacer.
- b) Te metes con ellos poniéndoles otros motes despectivos.
- c) Aceptas el mote porque es más fácil que hacerles frente.

ANEXO IX. Técnicas básicas para mejorar las habilidades sociales.

Mejorar nuestras habilidades sociales nos ayuda a:

1. Tener más y mejores vínculos con otros/as nos hace sentir valiosos/as y mejora nuestra autoestima.
2. Poder expresar nuestros pensamientos y emociones de forma más fácil y efectiva.
3. Saber empatizar con las necesidades e intereses de los demás.
4. Comprender el comportamiento y actitudes de otros/as.
5. Afrontar situaciones o conversaciones difíciles.
6. Gestionar de forma saludable situaciones límite como rupturas, duelos, etc.

A continuación, se explican unas técnicas básicas para mejorar las habilidades sociales (Díaz, 2011):

GRUPO I: PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES
Escuchar
Iniciar una conversación
Mantener una conversación
Formular una pregunta
Dar las gracias
Presentarse
Presentar a otras personas
Hacer un cumplido

GRUPO II: HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS
Pedir ayuda
Participar
Dar instrucciones
Seguir instrucciones
Disculparse
Convencer a los demás

GRUPO III: HABILIDADES SOCIALES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS

Escuchar

Iniciar una conversación

Mantener una conversación

Formular una pregunta

Dar las gracias

Presentarse

Presentar a otras personas

Hacer un cumplido

GRUPO IV: HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN

Pedir permiso

Compartir algo

Ayudar a los demás

Negociar

Emplear el autocontrol

Defender los propios derechos

Responder a las bromas

Evitar los problemas con los demás

No entrar en peleas

GRUPO V: HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS

Formular una queja

Responder a una queja

Demostrar deportividad después del juego

Defender a un amigo

Responder al fracaso

Enfrentarse a los mensajes contradictorios

Responder a una acusación
Prepararse para una conversación difícil
Hacer frente a las presiones de grupo
Responder a la persuasión

GRUPO VI: HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN
Tomar iniciativas
Discernir sobre la causa de un problema
Establecer un objetivo
Recoger información
Resolver los problemas según su importancia
Tomar una decisión
Concentrarse en una tarea

ANEXO X. Lobo blanco, lobo negro.

Un joven Cherokee corre hacia su abuelo. Acaban de cometer una injusticia hacia él y está lleno de ira y enfado. El viejo guerrero, sentado a la orilla de un arroyo, le dice... déjame contarte una historia.

- Yo también, a veces, he sentido un gran odio por los que han tomado tanto sin ningún pesar por lo que hacen. Pero el odio te desgasta, y no le hace daño a tu enemigo. Es como tomar el veneno deseando que tu enemigo muera. He luchado contra estos sentimientos muchas veces. Es como si tuviera dos lobos dentro de mí.

Dentro de cada uno de nosotros está ocurriendo una pelea, una pelea terrible entre esos dos lobos y la misma pelea está ocurriendo dentro de ti también. Uno es blanco y el otro es negro. Uno está lleno de rabia y lucha contra todos incesantemente. Es la ira, la envidia, la tristeza, el pesar, la avaricia, la arrogancia, la autocompasión, la culpa, el resentimiento, el sentimiento de inferioridad, la mentira, el falso orgullo, la superioridad y el ego.

El otro lobo es bueno y no hace ningún daño a nadie. Vive en armonía con todo lo que le rodea y no se ofende cuando no hubo intención de ofensa. Es la alegría, la paz, el amor, la esperanza, la serenidad, la humildad, la bondad, la benevolencia, la empatía, la generosidad, la verdad, la compasión y la fe. A veces es difícil vivir con estos dos lobos dentro de mí, pues los dos tratan de dominar mi espíritu.

Tras meditarlo un minuto, el muchacho mira intensamente a los ojos de su abuelo y le pregunta:

- “¿Qué lobo ganará?”

El viejo Cherokee, sonrío y responde:

- “Aquel al que alimentes”



AUTOR/A: Anónimo/a.

ANEXO XII. Sesión de relajación (Clínica Universidad de Navarra, s.f.).

- Tumbate en el suelo sobre una colchoneta.
- Cierra los ojos.
- Observa tu respiración como sube y baja tu pecho. La respiración cada vez es más fácil, más suave. Permanece así de 3 a 5 minutos.
- Empieza con las manos. Aprieta los puños y suéltalos. Hazlo 3 veces seguidas.
- Ahora los brazos. Doblalos por el codo, llevando el puño hasta el hombro, y suéltalos. Hágalo 3 veces y déjelos descansar sobre el suelo.
- Sube los hombros, como si te encogieses de hombros, notas cómo se tensan. Después, bájalos. Hazlo 3 veces y déjalos descansar sobre el suelo.
- Ya has relajado los dos hombros, brazos y manos. Nota como pesan sobre el suelo, descansando.
- Ahora la cara. Tensa la frente subiendo las cejas todo lo que puedas y relájala. Hazlo 3 veces.
- Arrugue la nariz y cierre los ojos con fuerza. Después, relájalos sin abrirlos y deja descansar los párpados. Hazlo 3 veces.
- Apriete los labios, los dientes y la lengua. Notalos bien apretados y después suelta. Siente cómo se relajan. Repítelo 3 veces.
- Llena el pecho de aire al máximo, guarda el aire unos segundos y siente las costillas y los músculos tensos. Ahora suelta el aire lentamente y notalos relajados. Vuelve a la respiración normal.
- Aprieta fuerte el abdomen, hacia dentro. Después relájalo. Hazlo 3 veces.
- Sin levantarte, haz un arco con la espalda separándola del suelo y relaja. Repítelo 3 veces.
- Tensa los muslos y nota cómo se levantan un poco del suelo. Suéltalos. Repítelo 3 veces.
- Fíjate en los pies. Con fuerza lleva los dedos hacia atrás, o sea hacia ti mismo, notarás tensos los pies y las pantorrillas. Después suéltalos, quedarán relajados. Repítelo 3 veces.
- Ya has relajado todo el cuerpo. Permanece unos minutos en el suelo, observando, con la respiración lenta, estás a gusto y descansas.
- Ahora comienza a fijarse en tu respiración de nuevo, después sientes las manos y las mueves despacio. Siente todo su cuerpo y lentamente lo vas despertando.
- Finalmente abres los ojos y comienzas a levantarte despacio.

ANEXO XIII. Pautas para la relajación.

- Encuentra un lugar tranquilo.
- Acuéstate con una esterilla en el suelo.
- Coloca tus manos a los lados.
- Cierra los ojos.
- Respira profundamente por la nariz.
- Siente cómo el aire llena tus pulmones.
- Exhala por la boca.
- Observa los latidos de tu corazón mientras respiras.
- Concéntrate sólo en tu cuerpo y desconéctate de todo lo demás.
- Con estas indicaciones, realiza 10 respiraciones profundas.

ANEXO XIV. Autoevaluación de las sesiones individuales.

AUTOEVALUACIÓN DE LAS SESIONES INDIVIDUALES	1	2	3	4	5
¿Crees que te has conocido más a ti mismo/a?					
¿Consideras que has mejorado tus habilidades sociales?					
¿Crees que has adquirido herramientas para resolver mejor tus conflictos?					
¿Te has sentido cómodo/a y seguro/a durante las sesiones?					
¿Consideras que has estado más incluido/a en las clases?					

ANEXO XV. Isla desierta.

Escoged tres objetos que os llevaríais a una isla desierta:

- Cerillas
- Crema solar
- Repelente de insectos
- Linterna
- Gafas de sol
- Hamaca
- Hilo de pescar
- Bañador
- Barca inflable
- Toalla
- Teléfono
- Cuchillo
- Comida enlatada
- Chubasquero
- Gafas de buceo