

Trabajo Fin de Grado

Trastorno de la Conducta Desafiante

Autor/es

Alejandro Romero Ponce

Director/es

Elías Vived Conte

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

2018

Trastorno de la Conducta Desafiante

Challenging Behaviour Disorder

- Elaborado por Alejandro Romero Ponce
- Dirigido por Elías Vived Conte
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Junio del año 2018.
- Número de palabras: 13. 777

Resumen

El presente trabajo de fin de grado está dirigido al abordaje del trastorno de la conducta desafiante, en el que se tienen en cuenta los distintos tratamientos para su intervención, la escuela inclusiva como contexto de solución de problemas y las estrategias educativas para abordar este tipo de trastorno. Finalmente, se lleva a cabo una propuesta de intervención global para niños y adolescentes que pueden sufrir este tipo de trastorno.

Palabras clave

Trastorno negativista desafiante, inclusión escolar, atención a la diversidad, problemas de conducta.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	3
2. TRASTORNO DE LA CONDUCTA DESAFIANTE	5
2.1 Según el DSM-V	5
2.2 Según el CIE-10.....	10
3. TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS DESAFIANTES	12
3.1 Intervención cognitiva	12
3.2 Enfoque cognitivo	14
3.3 Tratamiento farmacológico.....	15
3.4 Intervención multicomponente	16
3.4.1 Principios de la AACAP	17
3.4.2 Psicoterapia individual, familiar y grupal	18
3.5 Apoyo conductual positivo	18
3.5.1 Concepto de Apoyo Conductual Positivo	18
3.5.2 Análisis de la conducta desafiante.....	19
3.5.3 Estrategias de intervención	20
4. LA ESCUELA INCLUSIVA COMO CONTEXTO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.....	22
4.1 Inclusión educativa	22
4.2 La escuela inclusiva como lugar de convivencia, valores y solución de conflictos.....	23
4.2.1 Escuela inclusiva y educación en valores.....	24
4.2.2 Escuela inclusiva, convivencia y resolución de conflictos	25
5. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA ABORDAR EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	27
5.1 Pautas de actuación general.....	27

5.2 Pautas de actuación en función de conductas disruptivas	29
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GLOBAL EN LAS CONDUCTAS DESAFIANTES	32
6.1 Tratamiento psicológico	32
<i>6.1.1 Psicoterapia individual.....</i>	<i>32</i>
<i>6.1.2 Terapia de grupo</i>	<i>34</i>
6.2 Respuesta de la escuela.....	36
<i>6.2.1 Detección de los trastornos de la conducta en el aula.....</i>	<i>36</i>
<i>6.2.2 Medidas de atención a la diversidad</i>	<i>37</i>
<i>6.2.3 Formación del profesorado</i>	<i>39</i>
6.3 Colaboración con la familia	40
7. CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXO 1.....	51

1. INTRODUCCIÓN

Hoy en día existen multitud de problemas relacionados con las conductas que se dan en el aula, entre ellas podemos encontrar problemas de conducta tales como el TDAH, trastornos disociales, o el trastorno negativista desafiante, siendo este último sobre el que va a tratar mi TFG, en el que se van a abordar diferentes estrategias, habilidades y competencias para su tratamiento. Los problemas de conducta están inmersos en el día a día de la práctica educativa y es por eso que resulta de gran importancia que los docentes y personas implicadas en el proceso educativo de los alumnos estén lo suficiente capacitados y entrenados para su abordaje tanto dentro del aula como en el contexto familiar.

Para los profesionales y docentes que tratan con conductas problemáticas se hace necesario conocer la multitud de dificultades comportamentales que estas conllevan, por lo que resulta conveniente realizar un diagnóstico de las conductas, basándose en las dificultades y características de los niños y niñas que puedan padecer síntomas de este trastorno (trastorno negativista desafiante). De esta forma, para abordar el diagnóstico de este trastorno, hay que tener en cuenta los criterios diagnósticos propuestos por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V).

Resulta de gran relevancia la utilización en el aula de medidas de atención a la diversidad, como el aprendizaje cooperativo u otros y la colaboración de todas las personas implicadas en el proceso de intervención de los problemas relacionados con la conducta. En este sentido debe existir una correlación de intereses y metas a alcanzar entre el ámbito sanitario, la escuela y la familia, con el objetivo final de potenciar un correcto desarrollo del niño o niña que pueda padecer síntomas que le deriven a un posible trastorno de la conducta.

El abordaje de la atención a la diversidad y la escuela inclusiva son importantes para el tratamiento de las conductas problemáticas dentro del ámbito educativo, con el fin de que la escuela y el entorno familiar puedan resolver posibles problemas y conflictos, formando de esta manera una red de apoyo en la cual estén implicadas todas las personas inmersas en el proceso, estableciendo posibles pautas de actuación y estrategias para la prevalencia y el tratamiento de posibles problemas de conducta.

En este sentido, en el presente trabajo de fin de grado, se propone inicialmente una definición de las características clínicas y el diagnóstico del trastorno negativista desafiante, teniendo en cuenta los criterios del DSM-V, principalmente, y el CIE-10 en menor medida. Por otro lado, el abordaje del trastorno negativista desafiante debe comenzar con un tratamiento, que tradicionalmente ha consistido en una intervención conductual, un enfoque cognitivo y/o tratamiento farmacológico. Ahora bien, me ha parecido interesante la incorporación de dos nuevos enfoques, que son la intervención multicomponente y el apoyo conductual positivo.

También se va a tener en cuenta la escuela inclusiva como un contexto de solución de problemas, haciendo hincapié en la convivencia y en la solución de conflictos. Se proponen, por otro lado, diferentes estrategias educativas para abordar el trastorno negativista desafiante.

Por último, se va a proponer una intervención global, que es la propuesta personal que planteo, a partir de la revisión bibliográfica realizada sobre esta temática. En esta propuesta se explica la intervención y el tratamiento que sería conveniente llevar a cabo en los casos de niños que puedan padecer síntomas relacionados con el trastorno de las conductas desafiantes.

2. TRASTORNO DE LA CONDUCTA DESAFIANTE

Para abordar el marco teórico, en relación a este tipo de trastorno de la conducta, he tenido en cuenta diversos manuales de diagnóstico, de los cuales se han extraído diferentes características clínicas y diagnósticas del Trastorno Desafiante de la Conducta. El manual sobre el que he trabajado principalmente para analizar el Trastorno de la Conducta Desafiante ha sido el DSM-V (Manual diagnóstico de los trastornos mentales), que elabora y revisa periódicamente la Asociación Americana de Psiquiatría. Es el instrumento diagnóstico más utilizado. Además, y en menor medida, he tenido en cuenta y revisado el CIE 10 (Clasificación de los trastornos mentales), que desarrolla la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el DSM-IV. Por otro lado, también he consultado diversos artículos que abordan esta problemática. A continuación voy a exponer las diferentes características clínicas y de diagnóstico que plantean tanto el DSM-V como el CIE-10.

2.1 Según el DSM-V

El DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales más utilizado a nivel nacional e internacional. El trastorno de la conducta desafiante se encuentra, en este manual, dentro de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. El DSM-V denomina a este tipo de trastorno, Trastorno Negativista Desafiante (TND¹).

Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta incluyen afecciones que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. Mientras que otros trastornos del DSM-V pueden tratar sobre problemas de la regulación del comportamiento y las emociones, los trastornos de este capítulo son singulares en el sentido de que se traducen en conductas que violan los derechos de los demás² o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad.

Siguiendo en la línea de este manual, los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta se dan más en el sexo masculino que en el femenino, aunque

¹ A lo largo del presente trabajo se hará referencia al “Trastorno Negativista Desafiante” como TND

² Por ejemplo, conductas como la agresión o la destrucción de la propiedad

la predominación del sexo masculino puede diferir entre los trastornos y según la edad, dentro del mismo trastorno. Los trastornos de este capítulo tienden a iniciarse en la infancia o en la adolescencia. De hecho, resulta poco probable que el trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiante se inicien en la edad adulta.

Según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), las características clínicas del TND son las siguientes:

1. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.
 - a. Enfado/irritabilidad
 - A menudo pierde la calma.
 - A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
 - A menudo está enfadado y resentido.
 - b. Discusiones/actitud desafiante
 - Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
 - A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
 - A menudo molesta a los demás deliberadamente.
 - A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.
 - c. Vengativo
 - Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.
2. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.
3. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno

depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Se aprecian además distintos niveles de gravedad:

1. Leve: Los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).
2. Moderado: Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.
3. Grave: Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.

La característica principal del trastorno negativista desafiante es un patrón frecuente y persistente de enfado/irritabilidad y discusiones/actitudes desafiantes o vengativas. Los síntomas del trastorno negativista desafiante pueden estar circunscritos a un único entorno, frecuentemente en casa. Las diferentes personas que muestran suficientes síntomas para llegar al umbral del diagnóstico, aun produciéndose estos únicamente en casa, pueden presentar un deterioro significativo del funcionamiento social.

Sin embargo, en los casos más graves, los síntomas del trastorno se sitúan en varios entornos. Dado que la generalización de los síntomas es indicativa de la gravedad del trastorno, resulta fundamental que el comportamiento del individuo se evalúe en los diferentes entornos y relaciones.

Los síntomas del trastorno negativista desafiante pueden darse de alguna manera en personas que no sufran este trastorno. Hay varias consideraciones clave para determinar si los comportamientos son sintomáticos de un trastorno negativista desafiante. La primera es que debe cumplirse el umbral diagnóstico de cuatro o más síntomas dentro de los 6 meses precedentes. La segunda, la persistencia y frecuencia de los síntomas debe exceder aquello que es normativo para el individuo según su edad, género y cultura. Los arrebatos de un niño en edad preescolar deberían considerarse un síntoma de trastorno negativista desafiante si suceden la mayoría de los días durante los 6 meses precedentes, si se producen al menos otros tres síntomas del trastorno y si los arrebatos contribuyen a un deterioro significativo asociado al trastorno (p. ej., provocan daños en la propiedad durante los arrebatos que tienen como consecuencia que se pida al niño abandonar la escuela).

Los individuos con este trastorno no suelen considerarse ellos mismos como enfadados, negativistas o desafiantes. Por el contrario, a menudo suelen justificar su comportamiento como respuesta a circunstancias o exigencias poco razonables.

Así, puede resultar difícil separar la relativa contribución del individuo al trastorno de las interacciones problemáticas que él o ella experimentan. Por ejemplo, los niños con trastorno negativista desafiante pueden haber tenido una historia parental hostil. A menudo es imposible determinar si fue el comportamiento del niño el que llevó a los padres a comportarse de un modo más hostil hacia el hijo, si la hostilidad de los padres condujo a los problemas de comportamiento del hijo o si hubo una combinación de ambas cosas.

Los primeros síntomas del trastorno negativista desafiante suelen aparecer durante los años preescolares y raramente más tarde de la adolescencia temprana. El trastorno negativista desafiante a menudo precede al desarrollo del trastorno de conducta, especialmente en los casos de trastorno de conducta con inicio en la infancia. Sin embargo, muchos niños y adolescentes con trastorno negativista desafiante no desarrollan posteriormente un trastorno de conducta. El trastorno de conducta desafiante también conlleva el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor, incluso en ausencia del trastorno de conducta.

Los síntomas de desafío, discusión y venganza suponen un mayor riesgo de trastorno de conducta, mientras que los síntomas de enfado-irritabilidad suponen un mayor riesgo de trastornos emocionales. Muchos de los comportamientos asociados al trastorno negativista desafiante aumentan su frecuencia durante la etapa preescolar y en la adolescencia.

Por su parte, el DSM-IV (López-Ibor y Valdés, 1995) establece una relación con el CIE-10, estableciendo que ambos comparten idénticos criterios diagnósticos, pero difieren en sus condiciones diagnósticas. La definición de trastorno negativista desafiante que recoge la CIE-10 puede incluir casos mucho más graves, ya que hasta 2 de sus síntomas pueden extraerse de los criterios diagnósticos del trastorno disocial. En

el CIE-10, el trastorno negativista desafiante se considera un subtipo más de trastorno disocial

Los criterios diagnósticos que se señalan en el DSM-IV para el Trastorno desafiante y oposicionista son los siguientes:

1. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:
 - a. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas
 - b. A menudo discute con adultos
 - c. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus obligaciones.
 - d. A menudo molesta deliberadamente a otras personas
 - e. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
 - f. A menudo es colérico y resentido
 - g. A menudo es rencoroso o vengativo
2. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
3. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
4. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

Como puede apreciarse, hay una gran similitud entre los criterios diagnósticos del DSM-IV y el DSM-V. Una de las diferencias es que, en el primer criterio diagnóstico, en el DSM-V los síntomas se organizan en tres categorías: enfado, actitud desafiante y actitud vengativa, circunstancia que no ocurría en el DSM-IV. También en este primer criterio la descripción de los síntomas cambia ligeramente.

2.2 Según el CIE-10

Para el CIE 10, el Trastorno de la Conducta Desafiante (F91.3), se encuentra en el ámbito de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, concretamente, en los trastornos disociales (F91³), y lo denomina: Trastorno disocial desafiante y oposicionista. (OMS, 1993)

Según el manual elaborado por la OMS⁴ (OMS, 1993), el trastorno disocial desafiante y oposicionista es característico de niños con edades por debajo de los 9 o 10 años. Viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de los demás.

Los trastornos disociales clínicamente significativos en los niños mayores suelen acompañarse de un comportamiento disocial o agresivo que van más allá del desafío, la desobediencia o la subversión, aunque con frecuencia suele precederse de un trastorno disocial oposicionista en edades más tempranas.

Esta categoría se incluye para hacerse eco de la práctica diagnóstica habitual y facilitar la clasificación de los trastornos que aparecen en los niños pequeños. El rasgo esencial de este trastorno es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocador y subversivo, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural y que no incluye las violaciones más importantes de los derechos ajenos que se reflejan en el comportamiento agresivo y disocial especificado para otras categorías de trastornos disociales (F91.1, F91.2, F91.3).

Los niños con este trastorno tienden frecuentemente a oponerse activamente a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas. Suelen

³ F91 hace referencia al capítulo en el que se encuentra el trastorno de la conducta desafiante (son los trastornos disociales, según la Organización Mundial de la Salud). Esta categoría diagnóstica incluye el trastorno disocial limitado al contexto familiar (F91.1), el trastorno disocial en niños socializados (F91.2) y el trastorno negativista desafiante (F91.3).

tender a enfadarse, resentirse e irritarse fácilmente por aquellas personas que les culpan de sus propios errores o dificultades. Generalmente tienen una baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente.

Lo más característico es que sus desafíos son en forma de provocaciones que dan lugar a enfrentamientos. Por lo general se comportan con niveles excesivos de grosería, falta de colaboración y resistencia a la autoridad. Este tipo de comportamiento suele ser más evidente en el contacto con los adultos o compañeros que el niño conoce bien y los síntomas del trastorno pueden no ponerse de manifiesto durante una entrevista clínica.

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de violación de las leyes o de los derechos fundamentales de los demás, tales como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción. La presencia definitiva de cualquiera de estas formas de comportamiento excluye el diagnóstico.

3. TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS DESAFIANTES

Siguiendo en la línea de los autores Rigau-Ratera, García-Nonell y Artigas-Pallarés (2006), que inciden en que la intervención puede darse desde un enfoque conductista, un enfoque cognitivista, y por último con la intervención a través de fármacos, he considerado ordenar el tratamiento de las conductas desafiantes en las siguientes categorías: enfoque conductista, enfoque cognitivo, tratamiento con medicación, y he considerado interesante incorporar dos nuevas categorías: intervención multicomponente y el apoyo conductual positivo, ya que constituyen otros enfoques de intervención que he observado en algunos trabajos revisados.

3.1 Intervención cognitiva

Según los autores citados anteriormente, la conceptualización conductista parte de la idea de que la mala conducta es la consecuencia de prácticas parentales inadecuadas (inconsistentes, no contingentes). Por este motivo, el niño aprende que la conducta oposicionista es eficaz para manipular a los adultos con el fin de que se cumplan sus deseos. Los programas de intervención, desde una perspectiva conductista, abarcan todos los contextos: familiar, escolar y del propio niño. La mayoría de los modelos de intervención conductual parten del análisis de la conducta mediante el enfoque denominado ABC⁵ a través del cual se analizan los antecedentes de la conducta, las consecuencias de la misma y la tipología e intensidad de la propia conducta. (Rigau-Ratera y cols., 2006).

Tal y como señalan Rigau- Ratera, García-Nonell y Artigas-Pallarés (2006), el primer paso previo al inicio de cualquier intervención conductual, consiste en diferenciar si la conducta de un niño se enmarca en una variante de la normalidad o bien se debe considerar patológica, teniendo en cuenta los parámetros de persistencia, frecuencia e intensidad. No todos los niños con mala conducta son niños con TND. La mayor parte de las conductas disruptivas se dan de forma habitual en niños sin psicopatología identificable. En estos casos, el abordaje consiste simplemente en una intervención educativa, determinada por el modelo educativo de las familias. La capacidad de orientar al niño hacia conductas positivas, respetuosas y responsables

⁵ Antecedents, behaviour, consequences

viene muy determinada por la existencia o no del TND. Las medidas educativas convencionales suelen fracasar en los TND con disfunciones ejecutivas.

Uno de los programas más usados en nuestro país a partir de la década de los ochenta es el programa de base conductista Defiant Children, adaptado por Barkley (1987) y traducido al castellano en 1999. Éste ha sido uno de los tratamientos conductuales más comúnmente empleados en el tratamiento del TND. En él se contempla la intervención de los padres mediante unas pautas muy estructuradas y sistematizadas.

El programa de Barkley consta de ocho pasos con los que se pretende mejorar la conducta del niño, las relaciones sociales y la adaptación general en casa. Se intenta conseguir que el niño adquiriera un abanico de conductas positivas que le ayuden a alcanzar el éxito en el colegio y en sus relaciones sociales.

Este programa se sustenta en la suposición de que las conductas positivas tenderán a incrementarse si el niño recibe un premio o un reconocimiento por ellas, en tanto que la conductas negativas tenderán a extinguirse si son ignoradas o reciben consecuencias negativas. Barkley (1987) introduce como pieza clave la colaboración y esfuerzo de los padres. Los métodos utilizados para modificar la conducta son los siguientes: a) definir una lista de conductas a modificar y priorizar, b) un menú de premios y castigos (ignorar conductas inadecuadas, tiempo fuera), y c) un sistema de fichas.

Como se ha indicado, el programa requiere seguir ocho pasos a intervalos preferentemente semanales. Los primeros cuatro pasos están orientados a que los propios padres cambien la conducta y la relación con sus hijos. A partir del quinto paso es cuando el cambio empieza a darse también en el niño. Los ocho pasos que configuran el programa de Barkley (1987) son los siguientes:

1. Aprenda a prestar atención positiva a su hijo
2. Use el poder de su atención para conseguir que obedezca
3. Dé órdenes de forma eficaz
4. Enseñe a su hijo a no interrumpir actividades
5. Establezca en casa un sistema de recompensas con fichas
6. Aprenda a castigar el mal comportamiento de forma constructiva

7. Amplíe el uso del tiempo fuera
8. Aprenda a controlar a su hijo en lugares públicos

3.2 Enfoque cognitivo

Para Rigau- Ratera, García-Nonell y Artigas-Pallarés (2006) los enfoques cognitivos plantean que, para modificar las conductas desadaptadas de los niños con TND, es necesario desarrollar habilidades cognitivas que permitan una autorregulación emocional y conductual de los niños. Un enfoque cognitivo utilizado en el TND ha sido la CPS⁶, este modelo ha sido desarrollado por Green (1998).

Según este enfoque, la mayor parte de las conductas disruptivas se pueden conceptualizar como conductas inflexibles y/o explosivas. El CPS parte de la idea de que la conducta del niño se debe a un retraso en el desarrollo de habilidades cognitivas (habilidades ejecutivas, habilidades en el procesamiento del lenguaje, habilidad para regular las emociones, flexibilidad cognitiva y habilidades sociales) o tiene dificultades para llevar a la práctica estas habilidades cuando son necesarias. Por tanto, el problema conductual debe contemplarse como un trastorno de aprendizaje centrado en una disfunción cognitiva.

Este enfoque se centra más en la cognición que en la conducta; es decir, la aproximación al trastorno de conducta parte de la premisa de que el niño puede realizar las cosas de forma correcta si dispone de las habilidades necesarias. Por tanto, permite identificar las habilidades cognitivas que necesitan entrenarse.

Cuando aparece la frustración en una situación determinada y ésta puede desencadenar una conducta explosiva, empieza el abordaje terapéutico. Una vez que se conoce cuándo el niño es explosivo, se tiene que encontrar la explicación cognitiva de cuáles son las funciones que no tiene suficientemente desarrolladas. La conducta explosiva se da cuando las demandas cognitivas superan la capacidad del niño para responder de forma adaptativa.

⁶ Collaborative Problem Solving

La puesta en práctica del CPS requiere ubicar cada una de las conductas del niño en una de las siguientes tres categorías, ordenadas de mayor a menor gravedad:

1. Conductas tipo A: riesgo a hacerse daño, agresión, estropear y atentar contra la propiedad ajena (robar, pegar...)
2. Conductas tipo B: conductas sin riesgo propio o ajeno como negarse a acudir a eventos, demandas desmesuradas, etc.
3. Conductas tipo C (menor gravedad): decir tacos, andar descalzo, comer un determinado alimento, no seguir normas de convivencia, levantarse de la mesa, etc.

El principio básico del modelo CPS es, como se ha indicado, que la conducta está influida por unas funciones cognitivas y que los problemas de conducta se deben a un retraso en el desarrollo de las funciones cognitivas necesarias para ser flexible y tolerar la frustración. El objetivo principal de este programa es ayudar a los adultos (padres y profesores) a colaborar de forma efectiva con el niño para resolver aquellos problemas o situaciones que precipitan la conducta explosiva, y ofrecer un espacio en el que, a través de la empatía, la negociación y el lenguaje, se favorezca la resolución conjunta de la situación problemática.

3.3 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico del TND se dirige principalmente a la comorbilidad como el TDAH⁷, el TD⁸ o la sospecha de un trastorno afectivo y/o ansioso y deberá ser realizado por un médico especialista en el área de la salud mental.

En este sentido se manifiestan Vásquez, Feria, Palacios y de la Peña (2010) quienes consideran que, si bien los psicofármacos no son en sí mismos eficaces para el tratamiento del TND, pueden utilizarse solo si otros síntomas o trastornos están presentes (que es más la regla que la excepción) y responden al medicamento. Estos autores señalan que, junto con la terapia (individual, grupal, familiar), se puede recomendar alguna intervención farmacológica para tratar de controlar las conductas negativistas desafiantes y su comorbilidad (depresión y/o ansiedad).

⁷ Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad

⁸ Trastorno Disocial

Por otro lado, para Rigau-Ratera, García-Nonell y Artigas-Pallarés (2006) los fármacos inciden sobre el funcionamiento alterado del sistema nervioso relacionado con la conducta disruptiva. Los fármacos más usados en trastornos de conducta son los siguientes:

1. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (sertralina, fluoxetina, paroxetina). Indicados cuando existe un componente importante de ansiedad o conducta obsesiva.
2. Estimulantes, inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina (metilfenidato). Indicados cuando existe comorbilidad con el TDAH y el problema conductual está relacionado con la impulsividad, el autocontrol o la dificultad para procesar la información del entorno.
3. Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (atomoxetina). También indicado para el TDAH, es apropiado cuando exista un componente de ansiedad.
4. Antipsicóticos atípicos (risperidona, aripiprazol). Únicamente el primero está autorizado para su utilización en niños y tiene como indicación en su ficha técnica los problemas de conducta en niños con trastorno de espectro autista. Pueden ser usados en casos de conducta agresiva de carácter grave. Asimismo, la risperidona es un fármaco excelente para el control de los tics.

3.4 Intervención multicomponente

La revisión de algunos trabajos sobre el tratamiento del TND me ha permitido observar que muchos autores plantean la intervención sobre este trastorno utilizando diversos métodos terapéuticos a la vez, generalmente una intervención psicológica individual, un entrenamiento-orientación hacia los padres y una intervención con fármacos.

A continuación, voy a exponer dos ejemplos que me han parecido representativos de esta orientación con varios componentes terapéuticos.

3.4.1 Principios de la AACAP

Los autores De la Peña-Olvera y Palacios-Cruz (2011) se centran en la AACAP⁹, que es una asociación profesional dedicada a facilitar la atención psiquiátrica para niños y adolescentes. Los once principios generales que recomienda la AACAP para el Trastorno Negativista Desafiante son los siguientes:

1. La evaluación y el tratamiento óptimo del TND exige una adecuada alianza terapéutica con el niño o adolescente y sus padres.
2. Los aspectos culturales deben ser tomados en consideración en el diagnóstico y tratamiento.
3. La evaluación del TND debe incluir información obtenida directamente del niño o adolescente así como de sus padres en las áreas de los síntomas básicos, la edad de inicio, la duración de los síntomas y el grado de deterioro funcional.
4. Debe considerarse la comorbilidad psiquiátrica.
5. El clínico debe considerar importante cualquier otra información obtenida de otros informantes.
6. Es recomendable el uso de instrumentos o entrevistas en la evaluación y el seguimiento.
7. El clínico debe realizar un plan de tratamiento individualizado.
8. Las intervenciones sugeridas a los padres deben basarse en las intervenciones con mayor evidencia empírica.
9. El uso de medicamentos puede ser útil como tratamiento adjunto a las intervenciones psicosociales, para el tratamiento sintomático y de las condiciones comórbidas.
10. Cuando el TND es severo y persistente se pueden plantear tratamientos prolongados e intensivos.
11. Deben evitarse intervenciones donde se exponga al niño o al adolescente a escenarios o situaciones de miedo para convencerlo de desistir de sus conductas. Las intervenciones cortas usualmente son inefectivas.

⁹ (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry)

Como puede observarse, el modelo de intervención de la AACAP se centra, después de haber realizado una exhaustiva evaluación, en el tratamiento individualizado, en intervenciones sugeridas a los padres y en el uso de medicación.

3.4.2 Psicoterapia individual, familiar y grupal

Por su parte, Vásquez, Feria, Palacios y De la Peña (2010) consideran que el tratamiento fundamental del TND es la psicoterapia individual, familiar y grupal e implica trabajar con el niño o adolescente y con los padres.

La psicoterapia individual suele emplear un enfoque cognitivo-conductual para aumentar la capacidad del paciente para resolver los problemas y sus habilidades de comunicación y de control de la ira y el impulso.

La terapia familiar tiene a menudo como objetivo la introducción de cambios en la familia, como por ejemplo, mejorar la capacidad de comunicación y fomentar la interacción entre los miembros de la familia. La crianza de estos niños puede ser una tarea muy difícil para los padres, quienes necesitan apoyo, comprensión y habilidades que les permitan desarrollar enfoques más eficaces para la crianza de los hijos.

La terapia de grupo con niños o adolescentes de su misma edad y problema se centra en el desarrollo y utilización de las habilidades sociales e interpersonales que pueden resultar muy eficaces para la resolución del problema.

3.5 Apoyo conductual positivo

Tamarit (2013) describe el Apoyo Conductual Positivo¹⁰, como una estrategia eficaz para abordar las conductas desafiantes, desde un enfoque colaborativo y de trabajo en equipo, en el que el objetivo es proporcionar, a las personas con problemas de conducta, un sistema de apoyos para que tenga una vida lo más normalizada posible.

3.5.1 Concepto de Apoyo Conductual Positivo

Siguiendo en la línea de este autor, el ACP (en otros contextos PBS¹¹) supone dar respuesta a la intervención en personas que presentan alteraciones en la conducta. El

¹⁰ ACP: Apoyo Conductual Positivo

¹¹ Positive Behavior Support

término de Apoyo Conductual Positivo surge en Estados Unidos en 1987, con la investigación de nuevos modelos de intervención. Se empieza a hablar de la intervención conductual positiva, que se opone al uso de sistemas aversivos que solían utilizarse para el tratamiento de las alteraciones en la conducta. Este método supone un nuevo modelo de intervención conductual, frente a otros en los que primaba la reducción de la conducta mediante los castigos.

Para el Apoyo Conductual Positivo, no solo hay que tener en cuenta la conducta en sí misma, sino que los esfuerzos van orientados a mejorar el entorno, teniendo en cuenta a la familia, con el fin de ofrecer, a las personas con alteraciones en la conducta, diferentes apoyos y oportunidades para insertarse correctamente en la sociedad, y de esta manera, ir reduciendo esas conductas negativas. En definitiva, esta metodología se centra más en la propia persona que en la conducta en sí misma y de este modo, el papel central lo constituye el círculo de apoyo, que está formado por la propia persona, los familiares o seres queridos y los profesionales.

Para Carr y cols. (2002) el Apoyo Conductual Positivo es una ciencia aplicada que utiliza métodos educativos para expandir el repertorio de conducta de un individuo y métodos de cambio de sistemas orientados a rediseñar el entorno de vida de una persona para lograr, en primer lugar, una mejor calidad de vida, y en segundo lugar, para minimizar los problemas de conducta. El objetivo principal del Apoyo Conductual Positivo es ayudar a los estilos de vida de un individuo a evolucionar en una dirección que permita, a todas las partes interesadas pertinentes, tener la oportunidad de percibir y disfrutar de una mejor calidad de vida para sí mismo.

3.5.2 Análisis de la conducta desafiante

Para Tamarit (2013) hay que considerar a la persona que realiza conductas desajustadas y potencialmente dañinas para su bienestar o el de sus allegados, no como alguien que tiene la culpa de comportarse así, sino como alguien que necesita un apoyo específico del contexto para ajustar su conducta, y por tanto obliga a analizar la responsabilidad de ese contexto en la expresión de esas conductas. Tamarit sostiene que la conducta desafiante no solo tiene que ver con las conductas que puedan ser

problemáticas en sí mismas, sino que tiene que ver con la interacción de la persona con el entorno y las relaciones familiares y sociales.

Por otro lado, el autor señala diferentes tipos de conductas desafiantes, destructivas (autolesión, agresión), interferentes (sirven de obstáculo) y restrictivas (limitan el contexto). Para Emerson (1995) la conducta desafiante es “una conducta culturalmente anormal de tal intensidad, frecuencia o duración que es probable que la seguridad física de la persona o de los demás corra serio peligro, o que es probable que limite el uso de los recursos normales que ofrece la comunidad, o incluso se le niegue el acceso a los recursos”.

3.5.3 Estrategias de intervención

Para Tamarit “la mayor parte de las conductas desafiantes pueden abordarse en los contextos naturales que se producen, especialmente si en estos contextos se desarrollan pautas de prevención y de adecuación a las necesidades de las personas” (Tamarit, 2013). En este sentido, la base esencial de la intervención se centra en la modificación y adaptación de los contextos, además de la enseñanza de habilidades, principalmente de comunicación social, y comprensión del entorno físico y social. De forma similar se expresan Carr y cols. (1999), que consideran que “para remediar la conducta problema, primero es necesario remediar contextos deficientes”.

Siguiendo en la línea de estos autores, se establecen dos tipos de estrategias para llevar a cabo una intervención en niños o adolescentes que puedan tener conductas desafiantes: estrategias proactivas y estrategias reactivas.

1. Las estrategias proactivas sostienen que el mejor momento para intervenir es cuando no se da la conducta. En este sentido, no consiste en qué hacer cuando la conducta ocurre, sino cómo actuar la siguiente vez, y en la misma situación. Las estrategias proactivas tienen un carácter constructivista y se centran tanto en alimentar contextos protectores, como en construir habilidades significativas y adaptativas para adaptarse al entorno.

2. Las estrategias reactivas tienen que ver con el momento en el que se están dando las conductas. Constituye un proceso de contención de la conducta, que puede definirse por el término global de intervención física, con el objetivo de limitar o restringir el movimiento o la movilidad y en el que hay que evitar el descontrol emocional (gritos, agresiones, desprecios...). Existen tres categorías de intervención física restrictiva: Materiales que impidan el movimiento, uso de barreras y contacto físico directo.

4. LA ESCUELA INCLUSIVA COMO CONTEXTO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

4.1 Inclusión educativa

El proyecto IRIS¹² recopila información de diferentes autores para abordar el concepto de escuela inclusiva. Para este proyecto (Education and Culture Lifelong Learning Programme, 2006), la escuela inclusiva constituye una comunidad que responde a la diversidad de sus alumnos, y que tiene en cuenta las necesidades emocionales, académicas y sociales del centro. Todo centro que intente promover una educación inclusiva debe desarrollar una serie de habilidades, prácticas y culturas que potencien la diferencia y la contribución activa de cada alumno/a para construir un conocimiento compartido, buscando y así obteniendo, sin discriminación, la calidad académica y el contexto socio-cultural de todo el alumnado.

En la mayoría de países europeos aún se produce una contradicción entre la ley y la práctica en los centros o en las aulas. Tanto la ley como el discurso del profesorado rápidamente se convirtieron en "inclusivos", pero las prácticas en los centros no siempre son coherentes con esos discursos (Rodrigues, 2006).

La educación inclusiva sólo se lleva a cabo si se introducen en el aula estrategias y prácticas diferentes de las utilizadas tradicionalmente (Sanches, 2005). Este hecho depende ampliamente de la actitud, el conocimiento y las competencias del profesorado a la hora de innovar y de crear contextos de aprendizaje que satisfagan las necesidades y el potencial del alumnado.

Los profesores / as deben crear entornos de aprendizaje que valoren la creatividad, el potencial individual, las interacciones sociales, el trabajo cooperativo, la experimentación y la innovación. Además, resulta esencial el apoyo que el profesorado recibe, a varios niveles, tanto desde dentro como desde fuera del centro.

En este sentido, una inclusión de calidad no se determina sólo mediante la ubicación del alumno, sino que más bien se basa en crear un entorno que apoye a todos los alumnos y los incluya en una comunidad inclusiva que da apoyo al comportamiento positivo de todo el alumnado (Soodak, 2003).

¹² Improvement Through Research in the Inclusive School

Para los autores Verdugo y Parrilla (2009) el desarrollo de la inclusión educativa exige un análisis constante de las prácticas educativas y de los procesos de cambio escolar. Hasta ahora, en España, los cambios escolares que exige una educación inclusiva se han desarrollado de manera desigual y sin un avance sostenido de los mismos.

En este sentido, estos autores sostienen que hay que entender la inclusión educativa como un proceso de cambio que requiere revisiones continuas y mejoras progresivas, no pudiendo reducirse simplemente a una ley o discurso puntual con recorrido temporal limitado. Por tanto, la educación inclusiva implica un gran cambio escolar, inmediato y a largo plazo, que requiere de una acción concertada de distintos agentes sociales: administración, profesorado, familias, organizaciones e investigadores.

4.2 La escuela inclusiva como lugar de convivencia, valores y solución de conflictos

Para los autores Sarto y Andrés (2009) una adecuada respuesta a todos los alumnos debe darse a partir del principio de inclusión, ya que es el único modo de garantizar el desarrollo de todos, favoreciendo la igualdad y contribuyendo a una mayor cohesión social. Algunos principios básicos de las escuelas de carácter inclusivo son aquellos que potencian la autonomía de actuación y de pensamiento, siendo tolerantes y buscando acuerdos a través del diálogo.

Para abordar la diversidad de alumnos que hay en la escuela inclusiva se han planteado numerosas medidas de atención a la diversidad, que tratan de ofrecer una respuesta de calidad para todos los alumnos, incluidos aquellos que presentan dificultades de conducta. Adaptaciones curriculares, aprendizaje cooperativo, aprendizaje basado en proyectos, diseño universal para el aprendizaje, apoyo conductual positivo, etc., son algunas de las estrategias que podemos utilizar en las aulas inclusivas para responder a la diversidad.

Por ejemplo, algunas escuelas inclusivas trabajan mediante proyectos, que constituyen estrategias de instrucción basadas en la aproximación constructivista, y que se explicitan en su Proyecto educativo. Los proyectos tienen dos dimensiones en el ámbito educativo: como técnica didáctica curricular destinada al aprendizaje de los alumnos, y como plan a desarrollar por la comunidad educativa centrándose en aspectos

concretos de la dinámica escolar. El contenido del proyecto, tendrá en cuenta las características del entorno social y cultural del centro, debe recoger la forma de atención a la diversidad del alumnado y la acción tutorial, así como el plan de convivencia, respetando la inclusión educativa y la no discriminación como valores fundamentales (Sarto y Andrés, 2009).

4.2.1 Escuela inclusiva y educación en valores

Sarto y Andrés (2009) señalan que los valores se adquieren en un proceso de interacción con los demás y en contextos diversos: familia, escuela y sociedad. La escuela debe enseñar a los niños actitudes y valores que les sirvan para orientar su vida, para convivir con los demás y para contribuir individual y colectivamente a la consecución de una sociedad más justa y solidaria, teniendo en cuenta las demandas de la sociedad. Este planteamiento hay que hacerlo con todos los niños, especialmente con aquellos que tienen dificultades de aprendizaje, de relación interpersonal o de conducta.

Hay una serie de valores universalmente consensuados, en los que se fundamentan los derechos humanos y las constituciones políticas; valores como la libertad, la igualdad, la justicia, la paz, la cooperación, el apoyo...valores básicos que, aunque abstractos y formales, pueden ser tomados como criterios y pautas de conducta fundamentales en cualquier contexto y cultura (Camps, 1994). Resulta muy importante el papel de la familia y la sociedad en la educación en valores. La escuela debe tenerlos en cuenta e interactuar con ellos para conocer su influencia y compartir metas.

En España, las distintas leyes educativas han contemplado la necesidad de inculcar a los alumnos, a través de los procesos de enseñanza y aprendizaje, un conjunto de valores que se consideran importantes para su desarrollo personal y social y para el progreso de la sociedad. Estos valores, y a partir de la LOGSE¹³, tienen que aparecer explícitos tanto en el Proyecto Educativo del Centro, como en el currículo, en cada una de las áreas, formando un bloque de contenidos denominado “normas, actitudes y valores”.

Cada escuela debe definir sus valores. Los valores guían las acciones y las prácticas educativas. Los valores son la base de todas las actuaciones y planes de acción, de todas

¹³ Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo en España

las prácticas en las escuelas y de todas las políticas que modelan las prácticas (Booth, 2006). Una escuela inclusiva debe ser una escuela centrada en los valores, contemplando como uno de los valores fundamentales la diversidad de las personas, así como el respeto, la tolerancia y la cooperación.

4.2.2 Escuela inclusiva, convivencia y resolución de conflictos

El conflicto es algo natural, que debe enseñarse a manejar en una educación que se fundamenta en el respeto a la diversidad. Es imposible concebir participación, disciplina y diálogo escolar sin aprovechar el conflicto como eje de la convivencia y sin establecer una estrategia general para su resolución (Alzate, 2003).

La legislación educativa obliga a los centros escolares a incluir y redactar el Plan de Convivencia dentro del Proyecto Educativo, donde se recogen las normas por las que debe regirse la vida en las instituciones escolares.

Sarto y Andrés (2009) entienden el conflicto como una situación que implica dificultad o confrontación de intereses entre dos o varias personas. Las consecuencias de un conflicto pueden ser tanto positivas como negativas; por ejemplo, la violencia es una forma negativa y destructiva de solucionar un conflicto.

Unas de las conductas más habituales que dificultan la convivencia son las conductas disruptivas, que se produce cuando los alumnos alteran el funcionamiento normal de la clase. En este sentido, la resolución de conflictos y la educación para la convivencia están muy relacionadas y presentes en la práctica educativa de los centros inclusivos.

Díaz Aguado (2005) opina que para mejorar la convivencia educativa y prevenir la violencia es preciso enseñar a resolver conflictos (incluidos los relacionados con procedimientos de disciplina) de forma constructiva (pensando, dialogando, negociando, a través de la mediación, de la colaboración...), y creando contextos normalizados.

De la misma forma que se planteaba la escuela inclusiva como una oportunidad para aprender y desarrollar valores (en toda la comunidad educativa, en todos los alumnos y alumnas), considero que la escuela inclusiva debe fomentar una convivencia basada en

esos valores (de respeto, de tolerancia, de apoyo, etc.) así como constituir un contexto que sea capaz de afrontar los conflictos y los problemas de forma eficaz.

5. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA ABORDAR EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

Para Rabadán Rubio y Giménez-Gualdo (2012) la intervención del profesor en la escuela resulta imprescindible, pero no va a ser suficiente para eliminar o minimizar las conductas disruptivas del alumno. De esta manera, la detección temprana y su derivación a los Equipos de Orientación y a los centros de salud mental, serían las principales funciones a cumplimentar por el docente.

Estos autores señalan que, una vez que el niño ha sido derivado, el primer paso será iniciar el programa de intervención, que ineludiblemente será la evaluación psicopedagógica. El objetivo del docente es mitigar las conductas disruptivas y que servirá como complemento a los tratamientos indicados por el resto de profesionales implicados en la resolución del trastorno.

5.1 Pautas de actuación general

Rabadán y Giménez-Gualdo (2012) definen una serie de pautas de actuación para niños y adolescentes con Trastorno Negativista Desafiante:

1. Aplicar el manual de convivencia, para que los alumnos comprendan la necesidad de cumplir las normas establecidas. Sería bueno la creación de una serie de normas de conducta de aula claras y explícitas que implique a estos niños como protagonistas en su redacción, sintiéndose partícipes y responsables en su cumplimiento.
2. Hacer entender al alumno que con estas conductas provocan daño y el enfado de los demás. Para ello se realizarán dinámicas de grupo que trabajen aspectos como la autoestima y la empatía colectiva.
3. No dejarse manipular.
4. Intentar que no nos afecte en el comportamiento para con ellos.
5. Tener siempre la misma respuesta sin depender de nuestro estado de ánimo.
6. Facilitar la posibilidad de elección y desarrollo de las tareas establecidas.
7. Desarrollar una planificación realista del trabajo, evitando sobrecargar al alumnado con tareas lejanas a sus intereses y fomentando el trabajo cooperativo.

8. Corregir al alumno de forma respetable delante de sus compañeros. Generar algún tipo de rechazo o vergüenza ajena, hará que el menor se revele.
9. Trabajar siempre en colaboración con los padres.
10. Reconocer los errores cometidos, demostrando honradez ante el alumnado.
11. Graduar las tareas escolares en función de la dificultad, intentando siempre que sean motivadoras y atractivas para los alumnos.
12. Enseñar técnicas de estudio y de aprendizaje a partir de mapas conceptuales, diagramas, etc., que le ayude a ver que aprenden y la importancia de ello.
13. Establecer refuerzos positivos.
14. Enseñar a los alumnos la importancia de escuchar para aprender.
15. No prestar atención ante faltas leves.
16. Utilizar silencios y latencias a modo de llamadas de atención y respeto ante la intervención.
17. Mostrar un acercamiento y no rechazo al alumno que se muestra más conflictivo.
18. Utilizar el humor para minimizar las interrupciones (siempre y cuando no existan faltas de respeto hacia el docente o el resto de compañeros).
19. Hacer uso de mensajes en primera persona para que vean la implicación personal en lo que se está transmitiendo.
20. Establecer junto con los alumnos castigos ante conductas perturbadoras.
21. Trabajar la reflexión e implicación grupal ante diversas situaciones.
22. Realizar reuniones de clase para tratar diversos temas que les interesen.
23. Hacer uso de la tecnología, ya que los estudiantes con estos desórdenes suelen ser hábiles con los ordenadores y programas activos.

Es muy importante que todos los profesores debatan y asuman estas pautas generales de intervención para que haya un planteamiento coherente de actuación y permita una mayor eficacia en el desarrollo del problema.

Por su parte, Vásquez, Feria, Palacios y De la Peña (2010) establecen una serie de estrategias efectivas para el manejo de niños y adolescentes que puedan tener TND, tanto en la escuela como en la familia:

1. Explorar y describir como el paciente percibe las reglas y figuras de autoridad.

2. Fomentar un mayor nivel de confianza con el niño/a mediante un consistente contacto visual, escuchándolo activamente, siendo amable para ayudarlo a incrementar el descubrimiento de pensamientos y sentimientos.
3. Reconocer y elogiar las conductas apropiadas, e ignorar los comportamientos indeseables y superficiales.
4. Contribuir a restaurar su autoestima (no juzgar).
5. Explicar a padres y profesores que siempre es mejor reconocer las conductas positivas que castigarlo por conductas negativas.
6. Comentar a padres y profesores que es mejor escuchar al niño/a. Dar la oportunidad de expresarse y explicar sus razones.
7. Establecer qué comportamientos considera que son aceptables o inaceptables, para promover las conductas pro sociales y de cooperación.
8. Animarle a identificar y hablar sobre la conexión entre sus sentimientos y sus conductas desafiantes.
9. Identificar los desencadenantes o causas de los sentimientos de enfado, y elaborar una lista de los individuos y situaciones que le generan sentimientos de enfado.

5.2 Pautas de actuación en función de conductas disruptivas

Rabadán y Giménez-Gualdo (2012) también establecen algunas pautas diferenciadoras en función de las dificultades comportamentales que se dan con mayor frecuencia en los alumnos, y diferencian entre alumnos que interrumpen constantemente, alumnos agresivos y alumnos con dificultades relacionales. Veamos algunas de estas pautas:

1. Con alumnos que interrumpen de forma constante en el aula:
 - a. Intentar hablar a solas con ellos/ellas.
 - b. Hacerles conscientes de los sentimientos y sensaciones que despiertan en el resto de sus compañeros las constantes interrupciones.
 - c. Procurar establecer algún acuerdo de conducta en clase.
2. Con alumnos agresivos:

- a. Disminuir la frecuencia o intensidad del comportamiento a través de la enseñanza en técnicas de autocontrol y resolución de conflictos.
- b. Plantarles cara sin provocar la agresividad evitando luchas de poder.
- c. Mantener el control visual.
- d. No dar muestras de enfado ni de debilidad.
- e. No consentir de ninguna forma la agresividad contra otras personas.
- f. Aislarlo para que no tenga público.
- g. Expulsión del aula (en los casos en que pierda el autocontrol).
- h. Intentar comprender lo que les preocupa cuando se hayan tranquilizado.
- i. Poner fechas límites para su actitud.
- j. Hacerles comentarios positivos.
- k. No discutir nunca con ellos/as.
- l. Intentar que busquen soluciones a sus propias actitudes y que reflexionen sobre las consecuencias de sus acciones.
- m. Evitar darles la razón (cuando no la tengan).
- n. Parafrasear.
- o. Interrumpirle lo más pronto posible.
- p. Hacer preguntas para que reflexionen sobre sus lamentos.
- q. Entrevistarlos personalmente y entrevistar a la familia para conocer su comportamiento fuera del aula.

3. Ante alumnos con dificultad de relación social:

- a. Intentar iniciar conversaciones sobre cosas intrascendentes.
- b. Utilizar siempre preguntas directas.
- c. Utilizar el lenguaje corporal amigable.
- d. No terminar nunca las respuestas aunque sean muy lentas.
- e. Promover el trabajo cooperativo con sus compañeros.

El papel de los profesores y de los orientadores de los colegios y centros educativos resultan de gran importancia para una detección precoz y su consiguiente diagnóstico. Los trastornos de conducta hoy en día son uno de los motivos de consulta clínica más recurrentes durante la infancia y adolescencia.

El acercamiento multidisciplinar a este problema permite, no solo detectar estos casos entre los alumnos, sino asegurar la derivación a profesionales especializados de forma temprana, evitando de esta manera futuras consecuencias de carácter negativo, como puede ser el trastorno de la personalidad.

Por lo tanto, una detección precoz y un abordaje terapéutico adecuado, pueden ser un punto de inflexión en la prevalencia de estas patologías en el aula y demás contextos. Si se aportan los medios adecuados y un correcto intercambio comunicativo, entre la escuela, la sanidad y la familia, podremos eliminar la curva de tendencia positiva con respecto a la aparición y mantenimiento de alumnos con trastorno del comportamiento (Rabadán y Giménez-Gualdo, 2012).

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GLOBAL EN LAS CONDUCTAS DESAFIANTES

A partir del análisis de las características específicas de los niños y adolescentes con trastorno negativista desafiante y a partir de la revisión de varios artículos y documentos en torno a los tratamientos psicológicos e intervención educativa que he tenido oportunidad de consultar, en este apartado voy a proponer una intervención global en las conductas desafiantes, que considero puede resultar de utilidad en la resolución de problemas. Esta propuesta de intervención parte de la consideración de las dificultades que generan este tipo de trastorno, tanto en la escuela como en la familia y también de la consideración de que solamente una intervención global puede resultar eficaz en el tratamiento de dicho trastorno.

Esta intervención global se va a centrar en un análisis de todas las manifestaciones desadaptadas del niño/a, en los diferentes contextos (escuela, familia, relaciones) y contemplaré no solo las disfunciones comportamentales, sino también las cognitivas y las emocionales. Por otro lado, con la globalidad en el tratamiento he querido señalar también la necesaria conexión y colaboración entre la familia, la escuela y los servicios de atención psicológica. Por ello, incluyo, dentro de esta intervención global, tanto un tratamiento psicológico, como una respuesta eficaz desde la escuela, así como las medidas de colaboración con la familia. A continuación detallaré todos estos elementos que propongo como partes de un conjunto de medidas que se deben considerar como un todo indisoluble.

6.1 Tratamiento psicológico

En la revisión bibliográfica he observado varios tipos de intervención psicológica, unos que hacían referencia a los tratamientos individualizados y en otros trabajos se planteaba terapias de grupo. Me parece que ambos planteamientos pueden ser precisos y dependerá de cada caso, del análisis de conducta que se establezca con cada niño/a, que se opte por uno u otro o por ambos.

6.1.1 Psicoterapia individual

Siguiendo en la línea de un estudio realizado por Rizo (2014), considero que la intervención en niños y niñas que puedan tener trastorno de la conducta desafiante, debe

basarse en una terapia de carácter cognitivo-conductual, aplicando técnicas y estrategias para una adecuada reestructuración cognitiva, facilitando estrategias para resolución de problemas, y favoreciendo el desarrollo de las habilidades sociales, para que de esta manera, la adaptación al medio que le rodea sea la más adecuada posible.

Si, como plantean varios autores¹⁴, la conducta desadaptada del niño se debe a una disfunción cognitiva (dificultades con las habilidades ejecutivas, con las habilidades en el procesamiento de la información, con la autorregulación emocional y con habilidades sociales) parece razonable proponer técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva y la resolución de problemas y conflictos, así como la autorregulación emocional y conductual. Como en estos niños y niñas siempre hay dificultades interpersonales, también resulta apropiada una intervención en habilidades sociales.

Los objetivos que se pretenden alcanzar con esta psicoterapia individual son: Eliminar o reducir conductas disruptivas en clase y en la familia, mejorar el rendimiento escolar a través de técnicas de estudio, entrenar las habilidades sociales, centrándose en la asertividad y en la empatía y aumentar el autocontrol emocional y comportamental.

Rizo (2014) propone una serie de sesiones para llevar a cabo la intervención de un niño o niña a través de la psicoterapia individual, basándose en un enfoque cognitivo-conductual y en el que está incluida la economía de fichas, recibiendo un reforzamiento positivo cada vez que se ponen en práctica los aspectos a trabajar en cada sesión. Esta autora describe los contenidos a trabajar en las distintas sesiones, que me parecen importantes y que considero que pueden ser parte de la psicoterapia.

Sesión 1: Psicoeducación: Hay que hacerle saber al niño o niña que tiene un problema, explicándole la metodología de trabajo y haciendo hincapié en la importancia del tratamiento.

Sesión 2 y 3: Entrenamiento en autocontrol. Detección del pensamiento, autoinstrucciones y control de la ira. Consiste en modificar el dialogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento (Meichenbaum, 1977).

¹⁴ (Green, 1998; Rigau-Gatera y cols, 2006)

Sesión 4 y 5: Entrenamiento en la relajación y en técnicas de estudio. Desde esta sesión, se destinan 10 minutos al día para llevar a cabo la relajación. Se le tiene que enseñar cómo organizar sus tareas, siendo conveniente el uso de una agenda.

Sesión 6 y 7: Entrenamiento en valores y reestructuración cognitiva, con el objetivo de modificar conductas y actitudes que justifican conductas antisociales, y de esta forma adaptarse al entorno social que le rodea.

Sesión 8, 9 y 10: Entrenamiento en habilidades sociales, haciendo hincapié en la asertividad y en una comunicación efectiva. Utilización del “role playing”.

Sesión 11 y 12: Entrenamiento en resolución de problemas. Utilización del entrenamiento cognitivo en solución de problemas interpersonales (González y Pelechano, 1996). Con esta intervención mediante situaciones hipotéticas, se debe buscar soluciones alternativas a la conducta problemática. También se puede utilizar la lluvia de ideas.

Sesión 13 y 14: Mediación familiar. El objetivo es mejorar la interacción entre el niño o niña y su padres, trabajando de esta manera el vínculo afectivo entre ellos.

6.1.2 Terapia de grupo

Siguiendo en la línea del tratamiento psicológico, sería conveniente llevar a cabo una terapia de grupo para una correcta y más eficaz adquisición de habilidades sociales. Tal y como indica Rizo (2014), resulta de gran importancia favorecer el desarrollo de las habilidades sociales, para que la adaptación al medio que rodea a los niños y niñas sea la más adecuada posible. En este sentido, se exponen una serie de ejemplos e ideas de diferentes autores, para llevar a cabo el desarrollo de las habilidades sociales, dándonos una idea de cómo debemos actuar para tratar las habilidades sociales en niños que puedan padecer síntomas relacionados con el trastorno desafiante de la conducta.

Las autoras Betina y Contini (2011) manifiestan que la carencia de habilidades sociales asertivas favorece la aparición de comportamientos disfuncionales en el ámbito familiar y escolar. En este sentido, tanto la familia como la escuela, y el acceso a otros grupos sociales, constituyen ámbitos para aprendizaje de habilidades sociales, estos contextos deberán proporcionar experiencias positivas a los niños y niñas.

Según Caballo (2005), “las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal, expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación”.

Una eficaz interacción con los iguales, permite a los niños y niñas responder ante situaciones que puedan generarles estrés, por lo que algunas competencias como hablar con iguales no conocidos, expresar emociones positivas y practicar habilidades de elogio, pueden convertirse en factores protectores de la salud. La interacción con los iguales resulta de gran importancia para regular las emociones, ya que controlar las reacciones emocionales permite al niño o niña comprender las diversas variables de una situación social y no sentirse mal por su propio estado emocional. Por otro lado, otro recurso para trabajar con los iguales son las habilidades para esperar los turnos, guardar silencio cuando otros hablan, habilidades para el inicio del diálogo, etc. (Betina y Contini, 2011).

Por su parte, Monjas (2004) sostiene que “las habilidades sociales enfatizan las relaciones con pares, por lo que son necesarias conductas y habilidades tales como saludar, hacer críticas y alabanzas, disentir, ofrecer ayuda, expresar opiniones, resistir a las presiones grupales, entre otras”.

Para Betina y Contini (2011) el periodo de la infancia constituye un momento clave para el aprendizaje y práctica de las habilidades sociales, ya que resultan de gran importancia para un buen desarrollo y funcionamiento psicológico, académico y social. Una de las primeras manifestaciones prosociales es ayudar a los otros niños a compartir determinadas cosas, estos comportamientos son evidentes en el contexto familiar. En los años preescolares, las habilidades sociales implican interacción con pares, las primeras manifestaciones prosociales, la exploración de reglas y la comprensión de emociones entre otros (Betina y Contini, 2009).

Según Kelly (2002), “las habilidades relacionadas con la competencia social infantil son los saludos, la iniciación social, el hacer y responder preguntas, los elogios, la proximidad y orientación, la participación en tareas y juegos y la conducta cooperativa”.

Otros recursos también importantes en esta edad son las habilidades para esperar turnos, guardar silencio cuando otros hablan, mostrar comprensión no verbal, habilidades para entablar un diálogo, para jugar e integrarse a grupos, entre otras.

6.2 Respuesta de la escuela

6.2.1 Detección de los trastornos de la conducta en el aula

Rabadán y Giménez-Gualdo (2012) elaboran un ejemplo de instrumento para detectar los trastornos de conducta dentro del aula. Por la naturaleza de este trastorno, se recomienda un tratamiento terapéutico más psicológico o conductual como la psicoterapia individual, Terapia familiar, terapia grupal con iguales y terapia cognitiva (Soler, 2010). Pero antes de iniciar estos tratamientos es necesario identificar el problema y analizar la conducta del niño o niña con TND.

Los padres y profesores tienen dificultades para lograr identificar los indicadores que pueden orientar hacia un trastorno de la conducta. Rabadán y Giménez-Gualdo (2012) manifiestan que también tienen dificultades los distintos psiquiatras, psicólogos, pedagogos y profesionales, debido a la escasez de recursos, tanto humanos como materiales.

Para facilitar la labor de los profesionales en la detección en el aula de este tipo de trastorno, Rabadán y Giménez-Gualdo (2012) presentan un protocolo de observación sistemática en el que se muestran los síntomas más comunes que describen los tres principales trastornos de la conducta (TDAH, TD y TND), que en este caso se centrará en la posible detección del trastorno negativista desafiante. Esta herramienta incluye una escala de valoración con cuatro opciones de respuesta de menor a mayor frecuencia (nunca, algunas veces, con frecuencia, siempre). Este protocolo observacional se presenta en el Anexo 1.

Las respuestas a este cuestionario permitirán al docente conocer el posible trastorno que pueda sufrir un niño o niña, en función del tipo de trastorno que más síntomas presente. Esta metodología es de carácter observacional, en la que el profesor debe tener una información previa acerca de los trastornos de conducta, para así poder realizarlo de forma objetiva y correcta. Este procedimiento por parte del profesor servirá como una

detección e identificación primaria de las conductas dentro del aula, que deberá ser corroborada en el tiempo con sucesivas cumplimentaciones.

Por otro lado, hay que tener en cuenta los servicios de orientación del centro, además de los agentes del ámbito sanitario con los que cuente el centro. De esta forma, la información recopilada de las diferentes fuentes y personas implicadas, permitirá realizar una evaluación interdisciplinar del niño o niña, y de este modo poder establecer el tratamiento más adecuado a sus necesidades y características.

6.2.2 Medidas de atención a la diversidad

Ya he señalado en el punto 4.2 algunas medidas para atender a la diversidad de los alumnos. En este apartado voy a centrarme en dos de estas medidas que considero apropiadas para prevenir y mejorar problemas de conducta, me refiero al aprendizaje cooperativo (como estrategia que fomenta, además de permitir abordar los contenidos curriculares, las habilidades sociales y de relación interpersonal) y al apoyo conductual positivo, abordado previamente en el punto 3.5. Estas dos medidas pueden ser llevadas a cabo tanto en el aula, como en otros contextos del centro educativo.

En este sentido y observando las aportaciones de diferentes autores, se debe considerar el aprendizaje cooperativo como una estrategia eficaz para llevarla a cabo en el aula, así como en la resolución de problemas y reducción de conductas problemáticas, además de su contribución al desarrollo de las habilidades sociales en los niños y niñas.

Para Johnson y Johnson (1994) el aprendizaje cooperativo es el empleo didáctico de grupos reducidos en los que los alumnos trabajan juntos para maximizar su propio aprendizaje y el de los demás. Este método contrasta con el aprendizaje competitivo y con el aprendizaje individualista. El aprendizaje cooperativo le permite al docente alcanzar varias metas importantes al mismo tiempo. En primer lugar, le ayuda a elevar el rendimiento de todos sus alumnos, incluidos tanto los especialmente dotados como los que tienen dificultades para aprender. En segundo lugar, le ayuda a establecer relaciones positivas entre los alumnos, sentando así las bases de una comunidad de aprendizaje en la que se valore la diversidad. En tercer lugar, les proporciona a los alumnos las experiencias que necesitan para lograr un saludable desarrollo social, psicológico y cognitivo.

Para Pujolàs (2008) el aprendizaje cooperativo no sólo es un recurso muy eficaz para enseñar a los alumnos, sino que también es un contenido escolar más que los alumnos deben aprender a lo largo de su escolaridad y que, por lo tanto, debemos enseñarles tan sistemáticamente como les enseñamos los demás contenidos curriculares. Para que los alumnos aprendan a trabajar en equipo es muy importante que formen equipos de trabajo estables durante un tiempo considerable.

Siguiendo en la línea de Pujolàs (2012), la educación inclusiva y aprendizaje cooperativo son dos conceptos distintos pero estrechamente relacionados: las aulas inclusivas requieren una estructura cooperativa de la actividad, y educar los valores relacionados con la cooperación exige que las aulas sean inclusivas. Pasar de una estructura de la actividad individualista y/o competitiva a una estructura de la actividad cooperativa es un elemento trascendental para hacer posible la inclusión de todo el alumnado en un aula común.

En cuanto al apoyo conductual positivo (ACP), se van a tener en cuenta las aportaciones de Tamarit (2013) en las que se describe el apoyo conductual positivo como una estrategia para abordar las conductas que pueden ser desafiantes y/o desadaptadas, y en el que se promueve el enfoque cooperativo para llevarlo a cabo, con el objetivo de proporcionar apoyos a aquellas personas que lo necesiten, considerándose de esta manera un elemento fundamental en las medidas de atención a la diversidad a tener en cuenta.

Por su parte, para Goñi, Martínez y Zardoya (2007) el apoyo conductual positivo (ACP) no solo es un conjunto de procedimientos funcionales y no aversivos destinados a reducir o a corregir un comportamiento problemático, sino que es un enfoque que va más allá del mero análisis conductual y hace hincapié en la modificación del contexto en el que se da el problema. Por tanto, su objetivo principal no sólo es reducir la conducta problemática sino también conseguir un cambio de estilo de vida del niño, respetando su dignidad, potenciando sus capacidades y ampliando sus oportunidades para mejorar su calidad de vida.

6.2.3 Formación del profesorado

La formación del profesorado, relativa a la atención del trastorno negativista desafiante, en primer lugar debe ir orientada hacia la atención a la diversidad, facilitando de esta manera un acercamiento a la educación inclusiva. Los profesores deben facilitar estrategias para promover la motivación en los niños y niñas, logrando desarrollar personas reflexivas, autónomas y autorreguladas. Por tanto, esta formación estará vinculada a las medidas de atención a la diversidad, en general y más específicamente a las medidas de atención a personas que presentan dificultades y problemas comportamentales.

Siguiendo en la línea de las aportaciones de González-Gil (2009), se deben ampliar las posibilidades de formación del profesorado, atendiendo la diversidad de los alumnos e incentivando los procesos de mejora e innovación educativa en los centros escolares, para facilitar los procesos de atención a la diversidad de alumnos y alumnas, incrementando la red de apoyo entre los profesores dentro de los centros educativos. Para esta autora, el profesorado es la mejor garantía para poder llevar a cabo el proceso de indagación sobre las dificultades y barreras que perviven en las culturas.

El docente debe ser el mediador en el proceso de enseñanza-aprendizaje, experimentando el proceso de construcción de su propio modelo educativo inclusivo. El profesorado debe entrenarse para facilitar la creación de comunidades de aprendizaje, haciendo partícipes a todas las personas implicadas en el proceso, favoreciendo de esta manera un aprendizaje de calidad. En este sentido, es fundamental que los profesores se comprometan con la inclusión y se impliquen en la inclusión plena de todos sus alumnos, incluidos aquellos que pueden presentar alteraciones de conducta. La formación continua del profesorado desde el centro es una de las vías que pueden y deben acometerse para abordar el conocimiento y la aplicación de respuestas eficaces ante la presencia de alumnos con distintas necesidades en los colegios (González-Gil, 2009).

Como destaca Parrilla (2005), también es cierto que la formación ha de completarse con una serie de actividades o planteamientos que ayuden a desarrollar la inclusión en el aula. Por ejemplo, el conocimiento de otras experiencias, bien a través de otros (aprendizaje vicario) bien como experiencias vitales (Jangira, 1995), lo que

proporcionará experiencias personales que permitan vivir la inclusión y la exclusión a profesores que probablemente se hayan educado al margen de las mismas.

Para Rizo (2014) la intervención con el profesorado, que atiende las necesidades de un posible trastorno desafiante de la conducta, se lleva a cabo a través de una psicoeducación. Las orientaciones al profesorado deben realizarse a través de un entrenamiento en el manejo de las contingencias. En esta psicoeducación se debe describir el trastorno y los factores que están implicados, junto con una serie de principios de aprendizaje social, además del entrenamiento en determinadas técnicas operantes.

A través del entrenamiento del profesorado se pretende que adquiera competencias de intervención en problemas de conducta, conociendo nuevas estrategias para abordarlas. Con la aplicación de estas medidas se busca reducir las conductas problemáticas y el incremento de las adaptaciones que se deben llevar a cabo en el aula. El tutor deberá ser el encargado de representar al niño o niña que pueda sufrir este tipo de trastorno, con el objetivo de mantener contacto semanalmente con el niño y las demás personas implicadas en el proceso, pudiendo apreciar la evolución del niño/a en contextos diferentes. Por otro lado, el profesor deberá llevar un registro con un informe diario sobre las conductas realizadas en clase por el niño o niña.

6.3 Colaboración con la familia

Siguiendo en la línea de la intervención llevada a cabo por Rizo (2014) y del mismo modo en que se abordan tanto la formación del profesorado, como la intervención individualizada, también establece una serie de pautas para la colaboración de las familias. En este sentido, se debe llevar a cabo una psicoeducación con los padres, en la que se describa el trastorno (TND) y se ofrezca orientación a los padres para acometer con eficacia las distintas manifestaciones desadaptadas de sus hijos con TND.

Por otro lado, los padres deben ser entrenados en habilidades básicas parentales, utilizando técnicas operantes y el manejo de contingencias, así como el adecuado uso de los reforzadores de apoyo y técnicas en resolución de problemas para fortalecer de esta manera las conductas deseadas y reducir las conductas desadaptativas. Para la

realización de estas tareas, se propone un programa de economía de fichas, para llevarlo a cabo durante un tiempo determinado.

Las orientaciones a los padres deben realizarse a través del cumplimiento de las normas de convivencia, evitando peleas y solucionando conflictos de forma eficaz, valorando en todo momento los esfuerzos del niño o niña que pueda padecer este tipo de trastorno y promoviendo la afectividad a través de los reforzadores. Los padres deben entrenarse en técnicas de comunicación y negociación, además de técnicas de relajación y autoinstrucciones, tanto para los niños, como para ellos mismos. Por último, se propone a los padres que realicen semanalmente un registro sobre las conductas más problemáticas que se dan en el entorno familiar. Además, los padres deberán mantener contacto permanente con el profesorado, informando de cualquier problema o incidencia (Rizo, 2014).

En una línea similar a las orientaciones para padres propuestas por Rizo (2014), centradas en el abordaje de niños y niñas con dificultades comportamentales, se manifiestan los autores que han reflexionado sobre la necesaria colaboración entre familias y profesionales en el caso de niños con síndrome de Down o con otra discapacidad intelectual (colectivo en el que también se manifiestan dificultades de conducta).

En efecto, según las aportaciones del trabajo sobre familias y síndrome de Down (Down España, 2013), la necesidad de establecer una estrecha colaboración entre padres y profesionales viene fundamentada en que ambos ámbitos disponen de los elementos necesarios para optimizar la intervención ante conductas desadaptadas. Los padres son los que mejor conocen las motivaciones e intereses de sus hijos, así como el ambiente en el que se desarrolla, y los profesionales son conocedores de los principios, estrategias y métodos generales de intervención. Esta reflexión resulta válida igualmente para la situación familiar de los niños con TND. La colaboración con los centros educativos por parte de los padres, puede contribuir a reforzar los aprendizajes en el entorno familiar, en coordinación con los profesores, las pautas a seguir, tanto para la adquisición como para la eliminación de ciertas conductas desadaptadas.

Como señala Sanders (2005), la falta de una relación positiva y cálida con los padres, un apego inseguro, prácticas disciplinarias de dureza, inflexibles, rígidas o

inconsistentes; una inadecuada supervisión y relación con los hijos; los conflictos y la ruptura del matrimonio, y determinada problemática psicológica de los padres (depresión, ansiedad, estrés,...), aumentan el riesgo de que los niños desarrollen importantes problemas conductuales y emocionales. Ello hace necesaria una colaboración con los padres que incluye una formación de los mismos, un entrenamiento en habilidades básicas parentales y en estrategias de intervención en caso de que se den en su hijo problemas de conducta.

En este sentido, tal y como afirman Olivares, Méndez y Macía (1997), el entrenamiento de padres puede conceptualizarse como un enfoque para el tratamiento de los problemas de conducta que utiliza estrategias por medio de las cuales se entrena a los padres a modificar la interacción padres-hijos, con el fin de fomentar la conducta prosocial y disminuir y eliminar los comportamientos desadaptativos.

Me ha parecido interesante la propuesta de Olivares, Méndez y Ros (2005), que plantean un programa de entrenamiento para padres en el que establecen una serie de pautas de carácter general, y por ello considero que podría ser un esquema/propuesta para desarrollar en la escuela, con ayuda de los servicios sociales de la comunidad. Este programa de entrenamiento debería considerar una serie de puntos antes de iniciar la intervención, en el inicio de la intervención y en el desarrollo del entrenamiento, que paso a describir a continuación.

1. Antes de intervenir:

- a) Se plantea incorporar un servicio de guardería que permita que los padres que no puedan dejar a los hijos a cargo de un familiar, no tengan que renunciar al entrenamiento.
- b) Establecer un horario de entrenamiento compatible con la jornada laboral.
- c) Fomentar la necesidad de que asistan juntos los dos miembros de la pareja.

2. En el inicio de la intervención:

- a) Presentar con claridad los objetivos del programa de entrenamiento.

- b) Establecer y describir con claridad los parámetros del programa de entrenamiento: número y duración de las sesiones, fases del entrenamiento, tareas para casa, etc.

3. En el desarrollo del entrenamiento:

- a) El entrenamiento de cada grupo se llevará a cabo con personas con experiencia en el entrenamiento de padres, trabajo con adultos y el tratamiento de los problemas que tienen los niños.
- b) Programar un tiempo de entrenamiento moderado (por ejemplo, una sesión no superior a dos horas al día, una o dos veces por semana).
- c) Proporcionar información a través de manuales, grabaciones de audio y video, para que el terapeuta o profesor dedique el mayor tiempo posible a modelar habilidades y administrar la retroalimentación.
- d) Programar el entrenamiento en una secuencia de dificultad y complejidad, abordando inicialmente los problemas conductuales que sean más sencillos de tratar.
- e) Prevenir las dificultades que les puedan surgir a los padres a lo largo del desarrollo en el tratamiento, como por ejemplo llevando un diario donde se resuma las dificultades generadas, o a través del contacto telefónico.
- f) Dotar de flexibilidad a la estructura de las sesiones de entrenamiento. Fomentar el apoyo social dentro del grupo.

Considero que este entrenamiento con padres, cuyos hijos presentan dificultades comportamentales, no debería recaer exclusivamente en el centro educativo. La escuela inclusiva debe ser una escuela con fuertes lazos de conexión con la comunidad y por ello con esquemas colaborativos con asociaciones y con diferentes administraciones (locales, regionales, etc.).

Creo que un programa de entrenamiento para padres podría ubicarse en el centro escolar, pero la responsabilidad del diseño y de la aplicación podría recaer en la propia escuela (contando especialmente con el equipo de orientación escolar), y también en el

servicio provincial de educación, en servicios sociales locales, en asociaciones vinculadas a determinados colectivos (por ejemplo, discapacidad) y en asociaciones profesionales.

7. CONCLUSIONES

Con la realización del presente trabajo de fin de grado se pretende considerar la escuela inclusiva como el contexto natural para la solución de las dificultades que presentan los niños con TND y en este sentido se tiene en cuenta la diversidad de los niños y niñas, incluyendo en ella a los alumnos con dificultades de conducta. A lo largo de la revisión bibliográfica se concluye que este tipo de trastorno de la conducta puede generar serios problemas y conductas desadaptadas, tanto en la familia, como en la escuela, como con los propios compañeros.

Para que la escuela se constituya como centro eficaz de la resolución de problemas (entre ellos los que provienen de niños con TND) es preciso que haya una disposición favorable de la escuela inclusiva a la prevención, orientación e intervención con respecto a estas problemáticas. Este abordaje debe plantearse desde la no dramatización, la búsqueda de soluciones y la colaboración entre todos los agentes y entidades implicadas en el proceso de desarrollo del niño o niña.

Históricamente, el abordaje de los problemas de conducta del TND se ha llevado a cabo a través de diferentes estrategias, como la psicoterapia individual, la terapia de grupo, el tratamiento farmacológico y el tratamiento de entrenamiento para padres. Por otro lado, muchos trabajos revisados fomentan el enfoque de intervención cognitivo-conductual, centrándose principalmente en el desarrollo de las habilidades sociales y la solución de conflictos, como medidas para intervenir ante conductas problemáticas o desadaptadas. Sin embargo, he apreciado un déficit en la consideración compartida y colaborativa entre los diferentes ámbitos de intervención (escuela, familia y tratamiento psicológico).

Para que el tratamiento de las dificultades que presentan los niños/as con TND sea eficaz, he considerado que debe ser un tratamiento global, en el que no se fije solo la atención en el niño, sino que también se centre en los diferentes contextos en los que se desarrolla (escuela, familia y relación con iguales). Por ello, esta intervención debe ir dirigida a la familia, a la escuela y al propio niño, que contemple un adecuado entrenamiento a padres, unas pautas de intervención en la escuela compartidas por los profesores y una intervención psicológica con un enfoque cognitivo-conductual, tanto en la psicoterapia individual como en la terapia de grupo.

La propuesta de la escuela debe ir orientada a facilitar respuestas específicas, centrándose en una serie de pautas de actuación para los niños y niñas que puedan presentar TND. Ahora bien, estas propuestas más específicas de abordaje de las dificultades de conducta deben formar parte de unas medidas de atención a la diversidad. He considerado tanto el aprendizaje cooperativo, como el apoyo conductual positivo dos medidas eficaces tanto para el abordaje de los contenidos curriculares, desde una perspectiva de diversidad, como para prevenir y resolver dificultades de relación y de comportamiento de los alumnos.

BIBLIOGRAFÍA

Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (6ª Edición)*. Madrid: Siglo XXI.

Camps, V. (1994). *Los valores de la educación*. Madrid: Anaya.

Carr, E., Dunlap, G., Horner, R., Koegel, R., Tumbull, A., Sailor, W., y otros. (2002). Positive Behaviour Support: Evolution of an Applied Science Journal . En *Positive Behaviour Interventions* Vol. 4(1), 4-16.

Contini, N., & Betina, A. (2009). Las habilidades sociales en niños preescolares en contextos de pobreza. *Ciencias Psicológicas*, 3 (1) , 57-66.

López-Ibor, J., & Valdés, M. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

O.M.S. (1993). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud (CIE-10)*. Madrid: Meditor.

Sanches, I. (2005). Compreender, agir, mudar, incluir. Da investigação-acção à educação inclusiva. *Revista Lusófona de Educação* , 5, 127-142.

Sanders, M. (2005). Una estrategia conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles. En V. Caballo, & M. Simón (coords.) , *Manual de psicología infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.

Sarto, M. P., & Andrés, M. (2009). Escuela Inclusiva: Valores, Acogida y Convivencia. En M. P. Sarto Martín, & M. E. Venegas (coords.) , *Aspectos Clave de la Educación Inclusiva* (págs. 85-118). Salamanca: INICO.

Soler, M. (2010). Problemas de comportamiento y técnicas de modificación de conducta. *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, 35 .

Soodak, L. (2003). Classroom Management in a Diverse Society. *Theory into Practice*, 42 (4) , 327-333.

Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para el trastorno negativista desafiante*. México D.F: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz .

Verdugo, M., & Parrilla, Á. (2009). Aportaciones actuales a la educación inclusiva. *Revista de Educación, N°349* , 15-22.

Tamarit, J. (2013). Apoyo Conductual Positivo: Comprensión e Intervención ante las Conductas Desafiantes. En M. Verdugo, & R. Schalock (dirs.), *Discapacidad e Inclusion: Manual para la docencia* (155-180). Salamanca: Amarú Ediciones.

Alzate, R. (2003). Resolución de Conflictos. Transformación de la escuela. En E. Vinyamata (dirs.), *Aprender del Conflicto. Conflictología y Educación* (47-60). Barcelona: Graò.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Barkley, R. A. (1987). *Defiant Children*. New York: Guilford Press.

Betina Lacunza, A., & Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. En *Fundamentos en Humanidades, XII* (23) (159-182).

Booth, T. (2006). Manteniendo el futuro con vida; convirtiendo los valores de inclusión en acciones. En Verdugo Alonso, & Jordán de Urríes (dirs.), *Rompiendo inercias. Claves para avanzar VI Jornadas científicas de Investigación sobre personas con discapacidad* (págs. 211-218). Salamanca: Amarú.

Díaz Aguado, M. J. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema* 4 , 549-558.

Down España. (2013). *Familias y síndrome de Down*. Msdrid: Down España/MECD.

Education and Culture Lifelong Learning Programme, C. (2006). *Estrategias y prácticas en las aulas inclusivas*. European Commision: Iris (Improvement Through Research in the Inclusive School).

Emerson, E. (1995). *Challenging Behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.

García-Nonell, Rigau-Ratera, & Artigas-Pallarés. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Revista de Neurología*, 42 (Supl 2), S83-S88.

Goñi, M., Martínez, N., & Zardoya, A. (2007). *Apoyo Conductual Positivo. Algunas herramientas para afrontar las conductas difíciles*. Madrid: FEAPS.

González, L., & Pelechano, V. (1996). Programa Integrado de Entrenamiento en Habilidades Interpersonales en el Ciclo Medio. En V. Pelachano, *Habilidades Interpersonales. Teoría Mínima y Programas de Intervención. Vol II*. Valencia: Promolibro.

González-Gil, F. (2009). Escuela Inclusiva: Valores, Acogida y Convivencia. En M. Sarto Martín, & M. Venegas Renauld, *Aspectos Clave de la Educación Inclusiva* (143-158). Salamanca: INICO.

Green, R. (1998). *The explosive child: understanding and parenting easily*. New York: Harper Collins.

Jangira, N. (1995). Rethinking teacher education. *Prospects*, 5 (2), 261-272.

Jhonson, D., & Jhonson, R. (1994). *Cooperative Learning in the Classroom*. Virginia: ASCD.

Kelly, J. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: D.D.B.

Meichembaum, D. (1997). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Editorial Martinez Roca.

Monjas Casares, M. (2004). *Ni sumisas ni dominantes. Los estilos de relación interpersonal en la infancia y en la adolescencia*. Valladolid: Desarrollo e Innovación Tecnológica.

Pujolás, P. (2012). Aulas inclusivas y aprendizaje cooperativo. *Educatio Siglo XXI*, Vol. 30 n°1 , 89-112.

Pujolás, P. (2008). *Nueve ideas clave. El aprendizaje cooperativo*. Barcelona: Graó.

Palacios-Cruz, L., & De la Peña-Olvera, F. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y adolescencia: diagnostico y tratamiento. *Salud Mental*, vol 34.

Parrilla, A. (2005). ¿Compañeros de pupitre? *Claves para el trabajo inclusivo en el aula*. San Sebastián: Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco.

Olivares, J., Méndez, F., & Macía, D. (1997). *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Olivares, J., Méndez, F., & Ros, M. (2005). El entrenamiento de padres en contextos clínicos y de salud. En V. Caballo, & M. Simón, *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.

Rabadán Rubio, J. A., & Giménez-Gualdo, A. (2012). *Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia .

Rizo, A. (2014). Intervencion cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol. 1. N°. 1*, 89-100.

Rodrigues, D. (2006). Dez ideias (mal) feitas sobre a Educação Inclusiva. En D. Rodrigues, *Inclusao e Educação: Doza alhares sobre a Educação Inclusiva*. Sao Paulo: Summus Editorial.

ANEXO 1. PROTOCOLO DE OBSERVACIÓN

PROTOCOLO DE OBSERVACIÓN DE LOS TRASTORNOS CONDUCTUA- LES EN EL AULA		ESCALA DE VALORACIÓN			
Alumno/a: Observador/a:	Edad: Fecha:	Nunca	Algunas Veces	Con Frecuencia	Siempre

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE				
Desafía las normas o pautas que pro- vienen de alguna figura de autoridad				
No coopera, colabora u oferta ayuda a los demás cuando lo necesitan				
Se comporta con arrogancia, es irres- petuoso y grosero				
De forma impredecible, muestra mal genio o mal humor				
Es pesimista y negativo ante todo lo que se le propone o hace				
Parece estar resentido con todos y todo				
Presenta baja tolerancia a la frustración				
Utiliza vocablos inadecuados				
Es mentiroso				
Tiene problemas académicos (tendencia al fracaso escolar)				
Acusa a otro de su mal comportamiento (victimización)				
Se irrita con facilidad				